

Revue Tunisienne des Sciences Médicales

JANVIER 1922

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

PÉRITONITE AIGUE SANS PERFORATION DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

par

H. BOUQUET et A. DELAMARE

Chirurgien

Interne

de l'Hôpital Civil Français

Dans la séance de la Société des Sciences Médicales du 13 mai 1921, l'un de nous, à l'occasion d'une malade qu'il présentait avec M. Masselot et qui avait été atteinte de perforation intestinale d'origine typhique, rapportait en deux mots l'observation d'une malade opérée au vingt-et-unième jour d'une dothièmentérie et chez laquelle on ne trouvait pas de perforation intestinale, malgré l'existence d'une péritonite indéniable. Voici l'observation :

S., Céline, âgée de 36 ans, est entrée le 3 février 1921 à l'Hôpital Civil, dans le service d'observation des nerveux que dirige le Dr Plancke. Elle est malade depuis onze jours environ et présente des symptômes délirants qui nécessitent son admission dans le pavillon spécial. Elle a une fièvre peu élevée 38°2 qui augmente et atteint 39°3 trois jours après l'entrée. L'examen est négatif, ou presque; à signaler seulement de la céphalée et de la constipation. Le début brusque fait songer à une affection aiguë et un séro-diagnostic est positif pour la fièvre typhoïde. La maladie évolue normalement, la fièvre tend à baisser régulièrement, les symptômes délirants sont en voie de régression quand brusquement le 21 février au soir la malade est prise d'une douleur très vive dans le ventre, en coup de poignard. La température rectale, qui était de 37°8, s'élève à 40°9; le pouls est à 130. L'examen révèle un ventre de bois, une défense musculaire très marquée de tout l'abdomen. L'intervention, décidée immédiatement, est pratiquée à 9 heures du soir. Anesthésie à l'éther.

Cœliotomie sus et sous-ombilicale médiane : dès l'ouverture du péritoine il s'échappe du pus bien lié, mais aucun gaz. On enlève avec des compresses environ 600 gr. de pus, crémeux, non fétide. L'examen de l'intestin ne montre aucune perforation, l'appendice est sain, l'estomac et la vésicule sont normaux. On trouve seulement dans le Douglas deux trompes tendues,

mais non ouvertes. On se contente de drainer l'abdomen et de refermer la paroi à un plan aux fils métalliques.

Les suites opératoires sont excellentes, la température est normale au troisième jour, le pouls est à 92. On fait à la malade des lavements de sérum et sous la peau du sérum glucosé. Le drain est enlevé le quatrième jour. On obtient des gaz et des selles par l'anus au moyen de petits lavements. Le huitième jour la fièvre remonte, la malade fait un abcès de la cuisse consécutif à des piqûres d'huile camphrée faites avant son entrée dans le service. On enlève les agrafes de Michel le 1^{er} mars et les fils métalliques le 3. Au niveau de l'un d'eux, sous l'ombilic, il se fait une émission de liquide intestinal. Il existe une fistule intestinale. On ouvre la paroi largement à ce niveau après quelques jours et il est manifeste à ce moment qu'il existe une fistule probablement sur l'intestin grêle. L'état général se remonte progressivement, la température est normale. Nous attendons que l'orifice fistuleux soit très rétréci pour réopérer la malade. La seconde intervention est faite le 11 juin. L'orifice fistuleux est circonscrit par une incision, puis l'abdomen est ouvert au-dessus et au-dessous. L'intestin est suturé bout à bout après résection de l'anse grêle fistulisée. La paroi est refermée à trois plans sans drainage. La guérison est rapide, la malade quitte l'hôpital le 2 juillet.

Voici donc une malade qui fait au vingt-et-unième jour d'une fièvre typhoïde une péritonite aiguë. L'intervention montre l'absence de perforation. On nous dira qu'elle s'est produite le dixième jour, c'est vrai, mais pendant ce temps la température s'est abaissée; la malade est allée à la selle. La perforation n'est pas la cause de la péritonite, mais l'a suivie. Il s'agit sans donc d'une péritonite aiguë au cours d'une fièvre typhoïde lésion des organes abdominaux pouvant expliquer le processus morbide de la séreuse. Il manque à notre observation l'examen bactériologique du pus. Nous ne pensons pas qu'il ait pu résoudre la question. Il est logique d'attribuer cette péritonite à la maladie infectieuse en cours.

De telles observations sont rares, certains auteurs en nient la possibilité. Chantemesse (1) en cite cependant une observation typique, la vérification nécropsique a confirmé le fait. Guinard (2) en parle pour les nier.

Avec Bretonneau et Louis on admettait que la péritonite au cours de la fièvre typhoïde ne pouvait être causée que par la

(1) *Traité de Médecine*, Charcot, Bouchard-Brissaud, 3^e édit., t. II, p. 125.

(2) *Traité de Chirurgie*, Ledentu et Delbet XXIV, p. 11.

perforation de l'intestin. Après la publication des observations de Thirial et Bourdon (1850 1856), Trousseau admit la possibilité de la péritonite par propagation qui, pouvant se réaliser au cours du troisième ou quatrième septénaire, se montre souvent très précoce. L'infection passe à travers la tunique musculuse de l'intestin et détermine sur le péritoine une zone d'infiltration inflammatoire au niveau de l'ulcération ; ces lésions peuvent passer inaperçues quand la complication péritonéale se produit, au stade de gonflement des plaques de Peyer. Suivant les cas, la péritonite se généralise ou reste localisée. Au point de vue clinique on a noté l'évolution latente (2 à 3 jours), l'absence de ballonnement et la conservation de la matité hépatique.

Dieulafoy a fortement critiqué cette théorie et même nié l'existence de la péritonite par propagation. Quand on ne trouve rien du côté de l'intestin, de l'appendice, de la vésicule biliaire, de la rate, des ovaires, il conclut que l'on se trouve en présence d'une infection eberthienne analogue à celles qui frappent les autres séreuses. En somme Dieulafoy ne nie pas l'existence de la péritonite sans perforation au cours de la fièvre typhoïde, il en discute la pathogénie qui garde son obscurité.

Plusieurs observations récentes semblent prouver amplement que, si la perforation est la cause la plus fréquente de la péritonite typhique, il ne faut pas cependant perdre de vue la possibilité de la péritonite par propagation et savoir qu'il existe des formes rares avec début violent et collapsus, où l'on ne peut découvrir le point de départ pendant l'acte chirurgical. Notre observation est un fait à ajouter à ceux-ci. Les faits valent toutes les théories pathogéniques. C'est pour cette raison que nous avons cru intéressant de relater ce cas. La perforation secondaire paraît s'être faite au niveau d'un fil métallique ; ce dernier, au contact d'un intestin moins résistant, a-t-il été la cause du traumatisme ? Nous posons la question sans pouvoir la résoudre.



A PROPOS DE LA DÉCOMPRESSION DU GLOBE OCULAIRE ⁽¹⁾

par le Docteur **Emile JUNÈS**

Oculiste Municipal à Sfax

III. — LA PONCTION ASPIRATRICE DU VITRÉ ⁽²⁾

Nous expérimentons, depuis quelque temps, un procédé thérapeutique auquel les ouvrages d'ophtalmologie ne font que de très vagues allusions, alors que la sclérotomie postérieure y semble, par contre, fort en honneur ; nous voulons parler de la ponction aspiratrice du corps vitré, pratiquée, à travers la sclérotique, au moyen de la seringue de Pravaz.

Pour l'instant, nous voulons simplement attirer l'attention sur cette méthode en publiant quelques-unes de nos observations qui la concernent et choisies parmi celles qui nous ont paru les plus typiques. Les conclusions qui leur font suite constituent la substance d'un travail ultérieur plus complet.

OBSERVATIONS

1° Glaucome aigu essentiel.

Baruch S., 42 ans. Présente, au niveau de l'œil droit, l'attaque glaucomateuse classique : douleurs oculaires intolérables accompagnées de céphalée intense ; vive injection des vaisseaux conjonctivaux et scléroticaux ; chambre antérieure presque entièrement effacée ; pupille dilatée. Le tonus est élevé et la vision est abolie.

La ponction aspiratrice du vitré est pratiquée, pour ainsi dire, dès le début des accidents. Consécutivement, les douleurs diminuent et la nuit se passe d'une manière satisfaisante. Le lendemain, on constate que la congestion oculaire a, en grande partie, disparu, que la chambre antérieure a repris des dimensions à peu près normales et que le tonus s'est abaissé ; mais la vision reste nulle. Les myotiques sont instillés, dès lors, *larga manu*.

(1) Voir *Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, juillet et octobre 1921.

(2) Nous n'étudions ici que la ponction aspiratrice faite, au niveau du corps vitré, dans un but de décompression oculaire. Cette ponction est utilisable, en effet, dans d'autres circonstances, dans le décollement de la rétine, par exemple (où elle peut servir, soit comme moyen de diagnostic, soit pour réduire l'épanchement qui accompagne cette affection).

Le quatrième jour, le malade éprouvant de nouvelles douleurs et l'œil devenant manifestement plus dur, une deuxième ponction aspiratrice est effectuée. Depuis cette intervention, la tension reste abaissée dans des limites normales. Au bout de la première semaine, cet œil que nous continuons à soumettre à l'action des myotiques, commence à distinguer l'ombre des objets ; sa vue s'améliore chaque jour davantage, si bien qu'à la fin de la troisième semaine, son acuité visuelle atteint $\frac{3}{4}$.

Dans cette observation (que nous avons prise comme type parmi plusieurs autres à peu près semblables), nous voyons que la ponction aspiratrice du vitré nous a permis, non seulement de faire tomber rapidement la tension et, par là même, de calmer les douleurs et de reconstituer la chambre antérieure, mais encore, grâce à sa répétition et à son association avec les myotiques, d'éviter l'iridectomie et de relever, aussi bien que celle-ci aurait pu le faire, l'acuité visuelle déficiente.

2° Glaucome chronique simple.

Nous avons fait plusieurs fois l'essai de cette ponction aspiratrice dans les glaucomes essentiels chroniques accompagnés de cécité. En ce qui concerne ses effets sur la fonction visuelle, nous avons pu noter quelques résultats intéressants chez certains sujets où la perte de cette fonction était de date toute récente. En voici une observation :

Maria Pi..., italienne, 45 ans, glaucome chronique bilatéral, ayant atteint successivement l'œil gauche il y a cinq mois environ et l'œil droit deux mois après. Depuis trois ou quatre jours, en dépit des myotiques dont l'usage a été poursuivi avec persévérance dès le début de la maladie, la vision est abolie des deux côtés. Nous trouvons les deux yeux durs, avec dilatation et immobilité de la pupille ; la chambre antérieure est diminuée de profondeur ; il n'y a ni douleurs, ni injection vasculaire ; la pupille présente l'aspect excavé classique.

Nous pratiquons, sur les deux globes, une ponction aspiratrice du vitré et nous continuons énergiquement le traitement par les myotiques. Quatre jours après, la tension étant redevenue élevée, deuxième ponction aspiratrice, suivie d'une troisième après une nouvelle période de quatre jours. Le soir de cette dernière ponction, la malade qui était chez elle, alitée, en sou-

levant par hasard son bandeau, aperçoit sa commode avec son œil droit. Sans l'aide de personne, elle se lève, s'habille, passe à la cuisine, et, après quelques tâtonnements, arrive à préparer son repas. Le lendemain, à la clinique, je constate que son œil droit compte les doigts à dix centimètres ; mais déjà, m'avoue la malade, la vision a, de nouveau, beaucoup diminué. Le surlendemain matin, seule l'acuité lumineuse persiste ; elle disparaît, à son tour, dans la soirée.

Depuis, malgré les myotiques et de nouvelles ponctions, la vision de l'œil droit n'est plus réapparue. De guerre lasse, la malade nous quitte.

3° Opération de la cataracte et œil hypertone.

On connaît les accidents que provoque fréquemment l'hypertonie au cours de l'extraction du cristallin. L'expérience nous ayant prouvé les avantages réels qui peuvent résulter d'une pareille façon de procéder, nous avons recours à la ponction aspiratrice préalable du vitré toutes les fois que la cataracte à opérer se trouve accompagnée d'une tension trop élevée de l'œil. A cet égard, l'observation suivante nous paraît démonstrative.

Fathma bent Salem..., Tribu des Zlass, 44 ans. Les deux yeux sont cataractés et, quoique hypertoniques, possèdent une acuité lumineuse suffisante ; c'est ce qui nous décide à opérer.

La première intervention a lieu sur l'œil droit. Nous la pratiquons d'après la technique prudente que nous avons nous-mêmes préconisé ⁽¹⁾ (section de la cornée en deux temps, c'est-à-dire complétée après iridectomie et kystitomie). A peine avons-nous achevé cette section, et sans qu'il y ait eu le moindre mouvement de la part de la patiente, le cristallin se trouve brusquement projeté au dehors avec quelques gouttes de vitré. Occlusion immédiate des paupières. La cicatrisation se fait péniblement avec pincement d'un des angles du colobome. Les résultats optiques sont médiocres.

Deux mois après, à la demande de la malade, nous opérons l'œil gauche. Nous basant sur les indications du Schiøtz, nous pratiquons, dans un premier temps, l'aspiration du vitré jusqu'à obtention d'un tonus correspondant à la normale. L'extraction

(1) Modification à l'opération de la cataracte. Annales d'oculistique, 1918, page 432.

consécutive du cristallin se fait sans incidents et ses résultats, aussi bien visuels qu'esthétiques, sont des plus satisfaisants.

4° Suppuration du corps vitré.

Salem ben Hsin... (de Mahedia), 7 ans. A été, il y a une semaine, blessé à l'œil droit par une branche de palmier. Cet œil présente, au niveau de la sclérotique, à deux millimètres du limbe, heure X, une petite perforation en voie de cicatrisation et par où fait saillie l'iris. La pupille est oblique et de forme presque linéaire; elle s'éclaire mal. Le globe est injecté, dur, un peu douloureux à la pression et spontanément. La vision est réduite à la simple perception lumineuse: Myotiques et antisepsie locale.

L'enfant passe une mauvaise nuit. Le lendemain matin, l'injection vasculaire est plus considérable encore; il y a de l'œdème rosé le long du bord palpébral supérieur. La pupille présente une teinte jaunâtre. Les douleurs sont très vives et la vision est complètement abolie. Une ponction aspiratrice du vitré est pratiquée sous chloroforme au niveau de l'heure VII, l'aiguille étant légèrement dirigée en dehors. Le liquide extrait est purulent et atteint un tiers de centimètre cube.

Le soir même, l'amélioration est manifeste; la douleur, en particulier, n'existe plus. Le jour suivant, on constate que l'œdème palpébral s'est résorbé et que toute injection a disparu, sauf autour de la petite hernie irienne. Mais la vision demeure nulle.

Depuis, et sans autre traitement que des instillations d'argyrol, le tonus reste normal et la vision s'améliore légèrement. A son départ de la clinique qui a lieu huit jours après, le sujet distingue le mouvement des doigts à la distance de trente centimètres.

CONCLUSIONS

1° En fait d'instrumentation, la ponction aspiratrice du vitré n'exige, essentiellement, qu'une seringue de Pravaz munie d'une aiguille de calibre suffisamment large, celle, par exemple, qui sert aux injections huileuses. Pourvu que l'on s'astreigne à certaines règles bien définies, sa technique (sur laquelle nous nous appesantirons ultérieurement) est simple, précise et présente une innocuité réelle;

2° Elle doit être considérée comme une arme thérapeutique précieuse, particulièrement lorsqu'il s'agit de prévenir ou de

combattre les effets de l'hypertonie oculaire. Ses avantages sont alors tels qu'ils doivent, à notre avis, lui assurer une place parmi les meilleurs procédés que l'on oppose habituellement aux états glaucomateux ;

3° Dans les attaques de l'hypertonie aiguë, elle constitue un excellent moyen palliatif capable, soit de calmer rapidement des douleurs parfois excessives, soit de rétablir une chambre antérieure effacée : à ce point de vue, elle doit être préférée à la sclérotomie postérieure elle-même. Sa supériorité sur ce dernier mode de traitement résulte des considérations suivantes : *a)* sa plaie opératoire est minime, si bien que les chances d'infection du vitré et de blessure des vaisseaux profonds se trouvent considérablement réduites ; *b)* mais surtout, il devient possible, grâce à elle, de régler avec précision la sortie du vitré et, si l'on opère sous le contrôle du tonomètre, d'en doser exactement la quantité à extraire. C'est pourquoi, il n'y a guère d'inconvénients à répéter cette ponction sur le même œil, aussi souvent qu'on le jugera nécessaire ;

4° Opposée au glaucome aigu primitif, elle peut prétendre, en outre, à un rôle curatif ; en effet, combinée aux myotiques et renouvelée à intervalles plus ou moins rapprochés, elle est susceptible de ramener et de maintenir la tension à un niveau normal, ce qui permet d'attendre, sans dommages pour les éléments sensoriels, que le processus causal ait épuisé ses effets. Elle peut ainsi, parfois, suppléer l'iridectomie ;

5° Il y a tout lieu d'espérer que d'autres observations sur les glaucomes essentiels chroniques et à vision encore suffisante viendront donner une nouvelle importance à cette petite intervention. Dans ces cas, toutefois, étant donné la permanence de la cause, son action décompressive ne s'exercera utilement vis-à-vis des membranes profondes qu'au prix de sa répétition pour ainsi dire indéfinie ;

6° Dans l'extraction de la cataracte, lorsque celle-ci s'aggrave d'hypertonie, la ponction aspiratrice du vitré représente un temps préliminaire et, à notre avis, indispensable, destiné à prévenir les accidents opératoires que cette hypertonie pourrait provoquer ;

7° Enfin, la ponction aspiratrice du vitré peut, dans certains cas, arrêter une panophtalmie commençante.

NOTES SUR LE PALUDISME

MAMMITES & MÉTRORRHAGIES

par le Docteur BRAQUEHAYE

A propos du rapport si documenté de notre confrère le Dr Masselot, j'ai tenu à vous apporter quelques faits de complications rares du paludisme. Les voici :

En janvier 1917, me trouvant à Tunis à l'occasion d'une de mes permissions, je visitai l'hôpital de Sidi-Fathallah où étaient hospitalisés les Serbes. Au cours de ma visite, on me signala que parmi les nombreux malades atteints de paludisme, plusieurs avaient présenté, au moment des accès, des poussées de congestion mammaire. Je pus même en observer trois qui étaient en traitement dans le service du Dr Baudin.

Deux avaient de la congestion d'un seul côté ; le troisième avait une mammite double. A chaque accès, au moment de la poussée fébrile, la glande mammaire grossissait et devenait douloureuse. Le troisième, en particulier, avait eu de nombreux accès et, chaque fois, ils s'étaient accompagnés de congestion des seins.

Cliniquement les symptômes présentés par les malades étaient ceux de la mammite des adolescents. D'ailleurs c'étaient des hommes jeunes ayant de 20 à 25 ans.

Très rapidement, la congestion mammaire disparaissait avec les injections de quinine et les pansements humides compressifs de la mamelle.

Plusieurs autres cas semblables avaient été observés chez d'autres Serbes paludéens traités à Sidi-Fathallah.

Je n'ai trouvé aucun fait semblable dans les traités sur le paludisme et j'ai cru intéressant de vous les rapporter.

x

La seconde complication que je vous signale me paraît également intéressante. En voici l'observation.

En février 1901, je fus appelé auprès d'une jeune femme, Madame P..., pour des métrorrhagies datant de près d'un an. Elles étaient apparues peu de temps après des accès nets de paludisme.

La première fois qu'elle perdit du sang, la malade fit venir une sage-femme qui porta le diagnostic de fausse couche, bien qu'il n'y eut aucun autre symptôme.

Depuis, les métrorrhagies étaient survenues par période et d'une façon irrégulière. Elles ne cédaient à aucun des traitements habituels : Repos au lit, injections chaudes, glace sur le ventre, hydrastis, ergotine, etc.

Quand je vis la malade, l'utérus paraissait normal ; pas de douleurs dans le bas ventre ; pas de pertes blanches, culs de sac normaux. Devant l'insuccès des moyens médicaux, pensant à la rétention possible de débris placentaires après une fausse couche, je proposai un curettage qui fut accepté.

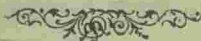
La curette ne ramena aucun débris et, pendant 15 jours, les hémorrhagies cessèrent. Au cours de la 3^e semaine, nouvelle perte de sang, mais en examinant la malade, je trouvai la peau chaude et le thermomètre marqua 39,5.

Le lendemain, ni fièvre, ni hémorrhagie, mais le surlendemain la malade perdait de nouveau du sang et la fièvre réapparaissait.

Vu les antécédents paludéens de la malade, je fis une série d'injections de quinine qui amena la disparition de la fièvre et des métrorrhagies.

Après 6 mois, nouvelles pertes sanglantes sans fièvre. Même traitement suivi de guérison.

J'avais lu, dans un travail d'Israel, de Berlin, des cas analogues d'hématurie d'origine palustre et je rapportai à cette cause les métrorrhagies de ma malade. Je lui conseillai de faire chaque année, au printemps et à l'automne, des injections de quinine et, pendant les 5 ans où je pus encore la suivre, elle n'eut plus d'hémorrhagies. Cela prouve aussi, comme l'a dit le D^r Masselot, que la quinine n'a pas toujours une action hémolytique.



UN CAS D'ÉCHINOCOCCOSE GÉNÉRALISÉE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE

par
le Dr BRUN et M. LAURIOL
Chirurgien Interne
de l'Hôpital Sadiki

L'observation que nous présentons aujourd'hui a trait à un cas d'échinococcose généralisée à tous les viscères et à toutes les parois de la cavité abdominale. Le volume extraordinaire de la tumeur, l'étendue de la généralisation et certaines particularités cliniques contribuent à donner à ce cas pathologique une physionomie assez spéciale.

OBSERVATION. — Youssef Y..., âgé de 12 ans, entre à l'Hôpital Sadiki le 11 décembre 1921.

C'est un enfant dyspnéique qui se présente à nous dans un état d'adynamie extrême. Le faciès est émacié subictérique. L'interrogatoire ne nous apporte aucun renseignement précis. Le petit malade fait remonter le début de l'affection à deux ans environ. Mais c'est là une affirmation sans contrôle.



Ce qui frappe quand on découvre le malade c'est le volume énorme de l'abdomen qui contraste avec le thorax amaigri. Les téguments présentent une teinte jaune clair généralisée. Ses membres inférieurs sont envahis par

un œdème considérable qui remonte jusqu'à la paroi abdominale et la région lombaire. Le ventre est globuleux et forme une saillie arrondie, régulière, symétrique. La tumeur abdominale refoule en haut et distend la base du thorax donnant au tronc une forme en tonneau. En bas elle bombe au devant du pubis. L'ombilic est déplié. La peau est lisse, tendue parcourue par une circulation collatérale sus et sous-ombilicale très prononcée. Elle présente de nombreuses cicatrices arrondies larges comme une pièce de deux francs, visibles sur les photographies et qui ne sont autre chose que des traces de cautérisations antérieures dues à la main peu discrète d'un guérisseur local. En arrière on remarque une voussure symétrique de la région lombaire et de la base du thorax. La peau de cette région est également le siège d'une circulation veineuse intense.

La palpation est absolument indolore. Elle fait sentir une tumeur rénitente, élastique, régulière sauf au voisinage de l'appendice xiphoïde où l'on perçoit quelques nodosités arrondies. Le bord inférieur du foie n'est pas perceptible, la rate non plus. En aucun point on ne trouve une sensation nette de flot ni de frémissement hydatique. La tumeur semble compacte avec quelques points de ramollissement.

À la percussion on note une matité franche étendue à tout l'abdomen, non modifiée par les changements de position. Cette matité remonte à droite à trois travers de doigt au-dessus du mamelon; à gauche elle reste à deux travers de doigt au-dessous du mamelon. Une étroite zone de sonorité la sépare de la matité du cœur dont la pointe bat au-dessus et en dehors du mamelon. En arrière la matité remonte à deux travers de doigt au-dessus de la pointe de l'omoplate droite; à gauche elle reste à quatre travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate correspondante.

La circonférence abdominale mesure 104 cm., chiffre énorme si on le compare à la taille du sujet qui n'est que de 143 cm.

L'auscultation du thorax fait entendre une respiration brève, saccadée, et quelques râles congestifs à droite. La zone respiratoire est très diminuée. L'auscultation du cœur confirme le déplacement de cet organe mais ne révèle aucun bruit anormal.

La langue est saburrale l'anorexie très accentuée. Le malade est constipé.

Les urines sont rares, 450 grammes en 24 heures, icériques. La réaction de Gmelin est positive.

L'examen du sang montre une éosinophilie de 6 %.

L'examen radioscopique révèle l'ascension et l'immobilité de la coupole diaphragmatique surtout marquées à droite. L'abdomen est obscur dans sa totalité. Les sinus costo-diaphragmatiques sont clairs.

En présence de ce tableau clinique, nous basant sur la gravité de l'état général, l'œdème, l'abondance de la circulation veineuse de la paroi, et sur les signes physiques observés nous

nous arrêtons comme diagnostic le plus vraisemblable à l'idée d'une tumeur maligne d'origine hépatique ou intestinale, sarcome ou myxome. Mais une ponction exploratrice pratiquée dans le flanc ramène un liquide limpide, eau de roche qui tranche le diagnostic en faveur d'un kyste hydatique. On se décide alors à tenter une laparotomie exploratrice.

Le malade est opéré le 17 décembre. Après une injection de 1 centigramme de morphine, on pratique sous anesthésie locale une laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'incision ouvre un ou deux kystes situés dans l'épaisseur des muscles grands droits. On ponctionne au trocart la tumeur polykystique qui adhère à la paroi. On retire ainsi quelques vésicules et des membranes hydatiques nageant dans un liquide clair.

Devant l'inutilité de tout acte opératoire on referme la paroi en un plan.

Le malade meurt 4 jours après l'intervention.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée le lendemain. Après avoir fendu la paroi abdominale sur toute sa hauteur on se trouve en présence d'une tumeur formée d'un grand nombre de kystes englobant toute la masse des viscères abdominaux. Pour extirper la pièce nous avons dû procéder à une éviscération totale de la cavité abdominale et du petit bassin. En haut le diaphragme adhère à la face convexe du foie. Plusieurs petits kystes sont développés dans l'épaisseur de ce muscle. Les reins et les uretères font corps avec la tumeur. Un kyste volumineux plonge en arrière dans le cul-de-sac de Douglas et repose sur périnée. La masse kystique comprend la prostate et la vessie. Il existait en outre des kystes peu volumineux dans l'épaisseur des muscles de la paroi antérieure et dans le psoas.

Nous énucléons ainsi une tumeur sphéroïde haute de 60 cm. et pesant près de 20 kilogr., parsemée de bosselures arrondies, blanchâtres qui tranchent sur le fond sombre du foie, de la rate et des reins.

La section de la pièce présente un aspect alvéolaire. De nombreux kystes dont le volume varie de celui d'un pois à celui du poing ont envahi le mésentère, la paroi des anses intestinales et le péritoné pariétal. Le foie est étalé, aminci et sa face inférieure est occupée par un kyste plus volumineux que les autres. La rate est envahie également. Un kyste fait saillie à sa face externe tandis qu'un autre naît au voisinage du bile. Les alvéoles ainsi ouvertes contiennent un liquide limpide où nagent de nombreuses vésicules. Un des kystes est rempli par un caillot cruorique. Au milieu de cette masse on reconnaît difficilement la disposition des anses intestinales qui sont écrasées.

PARALYSIE ASCENDANTE AIGUE GUÉRIE

par le Docteur Félix MASSELOT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin Chef de Service à l'Hôpital Civil Français

Nous pensons intéressant de rapporter devant la Société l'observation d'un syndrome de Landry dont l'issue a été favorable. L'histoire de notre malade mérite d'ailleurs de retenir l'attention par d'autres points. Elle soulève également le problème des grosses rates d'origine indéterminée, sujet particulièrement obscur malgré que ces faits soient d'observation assez fréquente.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une femme de 21 ans, sans profession, habitant l'Aouina depuis 6 ans, entrée à l'hôpital le 21 septembre 1921 parce que ses jambes ne peuvent plus la porter. Elle raconte que 15 jours auparavant, elle éprouva des douleurs dans les membres inférieurs et une gêne de la marche; cette impotence s'accrut progressivement jusqu'à lui interdire de se lever. Ces troubles ont débuté sans cause apparente, n'ont été accompagnés d'aucun autre symptôme morbide, en particulier la malade n'a ressenti aucun malaise fébrile. A l'examen nous constatons à son entrée, l'existence d'une paraplégie flasque telle que les mouvements des jambes se réduisent à de simples glissements sur le plan du lit. Le côté gauche semble un peu plus pris que le droit. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont abolis, la sensibilité aussi bien subjective qu'objective n'est pas touchée; à peine existe-t-il une légère hyperesthésie à la pique surtout nette du côté gauche.

Le membre supérieur droit est absolument normal; le gauche présente des troubles de la réflexivité (abolition des réflexes tendineux).

L'examen complet et méthodique du système nerveux ne nous permet de déceler aucun symptôme intéressant en dehors de ceux que nous venons de mentionner: paraplégie flasque sans troubles sensitifs, abolition des réflexes tendineux du membre supérieur gauche.

A l'examen somatique général, minutieusement pratiqué nous constatons comme seul symptôme morbide, la présence d'une hypertrophie splénique considérable. La rate dépasse très largement les fausses côtes, son grand axe mesure 29 cm. 1/2, elle fait dans l'abdomen une saillie de 14 cm.

Insistons à nouveau sur ce fait que la malade n'est pas fébrile et que d'ailleurs dans la suite elle ne présenta pas la moindre élévation thermique.

Dans ses antécédents, particulièrement intéressants à étudier pour tâcher d'y découvrir la cause des phénomènes observés aujourd'hui, nous notons une grippe en 1918, une affection fébrile qualifiée de paludisme par la malade en 1919 et en 1920 une infection peu fébrile résistant à la quinzisation intensive, ayant duré plus d'un mois, s'étant accompagnée de toux et d'expectoration légèrement rosée. Il ne s'agissait pas d'une affection tuberculeuse ; ni l'auscultation ni l'examen radioscopique ni les examens de crachats, ni l'évolution ultérieure ne permettent d'incriminer la bacillose. En l'absence d'examen sérologique il est difficile de conclure. Mais la forme de la courbe procédant par ondulations, la longue durée de la maladie, en tout près de 3 mois depuis le début des accidents, et l'échec du traitement quinqué, nous laissent supposer qu'il s'agissait de fièvre de Malte. Déjà à cette époque la rate était très grosse, elle avait été ponctionnée le 1^{er} juin 1920 à l'Institut Pasteur ; cet examen n'avait rien révélé d'intéressant.

Nous avons complété notre examen clinique par différentes recherches afin de tâcher d'élucider le problème étiologique.

La ponction lombaire nous a donné : liquide clair, hypertendu (36 1/2 au manomètre de Claude), l'examen pratique à l'Institut Pasteur du liquide obtenu a donné :

Albumine.....	2 gr. 50
Sucres.....	0 gr. 50
Absence d'éléments figurés.	
Réaction de Wassermann : négative.	

Donc hyperalbuminose simple ; dissociation albumino-cytologique.

L'examen de sang a montré :

Wassermann du sang : négatif.	
Hématies.....	4.030.000
Lencocytes.....	6.699

Formule lencocytaire :

Polynucléaires.....	55
Mononucléaires....	44
Eosinophiles.....	1

Donc mononucléose légère.

M. Nicolle qui a bien voulu s'intéresser à cette malade a refait une ponction de la rate le 9 octobre 1920 ; celle-ci a donné les mêmes résultats que la ponction faite le 1^{er} juin (absence d'hématozoaires, absence de pigments).

Une radiographie de la colonne vertébrale pratiquée à titre documentaire montra l'absence de toute lésion osseuse que d'ailleurs la clinique permettait d'éliminer.

Il nous restait pour que notre examen soit complet à faire un électro diagnostic, le D^r Jaubert de Beaujeu nous a fourni à ce sujet les renseignements suivants :

Electrodiagnostic du 26 Octobre 1921 :

	Faradique	Galvanique
Crural.....	13,5	2 ma
Quadriceps.....		4 ma
Sciatique poplitée interne..	13	2 ma
Sciatique poplitée externe..	10,5	2 ma
Tibial postérieur.....	9	3 ma

« Les réactions sont les mêmes pour les deux membres inférieurs. Les nombres faradiques correspondent à la graduation de la bobine ; la secousse est brève, rapide. Pas de D. R., il semble qu'il y ait hyperexcitabilité ».

Cet examen venait corroborer notre opinion que les troubles paralytiques présentés par notre malade étaient d'origine médullaire et non névritique. Il s'agissait à n'en pas douter d'une lésion médullaire assez étendue ou à foyers multiples puisque les membres inférieurs et le membre supérieur gauche étaient à la fois touchés, s'accompagnant d'une réaction méningée.

Ces phénomènes n'avaient rien à voir évidemment avec l'hypertrophie splénique constatée déjà un an auparavant. L'étude des antécédents de notre malade ne pouvait nous être d'aucun secours. Il s'agissait, en effet, d'un processus récent et à évolution rapide.

L'idée d'une polyomyélite antérieure qui nous était venue tout d'abord à l'esprit ne nous avait pas arrêté ; car la malade n'avait pas présenté de phénomènes infectieux et en particulier pas de fièvre ; les paralysies s'étaient installées progressivement, tandis que dans la paralysie spinale elles s'installent d'emblée et ont ensuite une marche régressive. Les réactions électriques étaient normales pour tous les muscles et les nerfs. Enfin, l'examen du liquide de ponction lombaire ne montrait pas de réaction cellulaire, alors que dans la paralysie spinale on compte en moyenne 50 éléments par millimètre cube et même plus parfois. Nous ne pouvions songer non plus à une intoxication de quelque nature qu'elle soit, toute notion étiologique manquant à ce sujet ; d'ailleurs les poisons chimiques, mercure plomb, etc..., donnent plutôt des névrites et les intoxications alimentaires par gesses, farines de maïs engendrent un syndrome spasmodique.

L'évolution de la maladie ne s'arrêta pas là. Nous notons sur notre observation le 3 octobre que les réflexes du membre supérieur droit disparaissent et que la malade se plaint d'une diminution de force musculaire très nette dans le bras gauche. Une deuxième ponction lombaire pratiquée à cette époque donna des résultats sensiblement équivalents à la première.

Du 3 au 11 octobre aucune amélioration mais pas d'aggravation nette. Dans la nuit du 11 au 12 la malade eut une crise « cardiaque ». Le 12 nouvelle crise à laquelle assista le docteur Cassar. La malade se plaignit de douleurs généralisées et d'étouffements puis elle perdit connaissance, devint très pâle, raide, couverte de sueurs. Elle ne respirait plus que par saccades, très difficilement, son pouls était petit et très lent ; on dut pratiquer longtemps la respiration artificielle pour faire revenir la malade à elle. A la suite de cette crise le pouls resta légèrement ralenti à 60, malgré la médication cardio-tonique. La malade eut dans les jours qui suivirent de nouvelles crises, certaines d'un quart d'heure de durée, d'autres de 4 heures. Au cours de l'une d'elles elle urina sous elle.

Ces phénomènes si angoissants avaient retenti considérablement sur l'état général de la malade qui avait beaucoup maigri.

Alors que la situation semblait désespérée les phénomènes s'amendèrent progressivement et sans raison à partir du 31 octobre. Les crises cessèrent la réflexivité réapparut au membre supérieur droit, puis au gauche ; la motilité des membres inférieurs revint progressivement, si bien que le 16 novembre notre malade put se lever pour aller se peser. Les réflexes des membres inférieurs furent les plus longs à revenir et ce n'est que tout à fait à la fin de son séjour à l'hôpital que le système nerveux récupéra son intégrité apparente complète. Dans les dernières semaines de son hospitalisation la malade engraisa de 7 kilogr. et elle sortit le 11 janvier complètement rétablie.

Chose curieuse, sa rate avait diminué de volume, elle ne dépassait plus le rebord costal que de 5 cm. au lieu de 14 cm.

Le diagnostic de paralysie ascendante aiguë ne peut donc faire de doute dans ce cas. Il s'agit de paralysie à forme médullaire, la plus grave de toutes, qui guérit rarement et qui pour certains, lorsqu'elle a une issue favorable, laisse toujours des séquelles nerveuses. Le cas de Soltmann rapporté par Comby prouve que cette affection peut guérir même quand des phénomènes bulbaires ont apparu. Le nôtre en est un nouvel exemple.

La paralysie ascendante aiguë est signalée à la suite de maladies infectieuses (variolo, grippe, rage, rougeole, fièvre typhoïde, pneumonie, infections diverses à streptocoques, bacille de Koch, bacille de Loeffler, proteus). Elle se voit surtout au cours des

épidémies de Polyomyélite aiguë. Sur 159 cas de polyomyélite terminés par la mort, Wickman signale 32 cas de maladie de Landry. Elle peut d'ailleurs être reproduite expérimentalement chez le singe.

Babonneix mentionne dans sa thèse qu'elle peut être consécutive à une intoxication. On l'a rencontrée dans l'intoxication saturnine, hydrargyrique, oxycarbonée. Elle doit affecter dans ces cas la forme névritique. Nous nous sommes étendus à dessein sur ces notions étiologiques bien connues à l'heure actuelle. Notre cas ne paraît pas pouvoir se réclamer d'une de ces origines.

On décrit d'autre part des paralysies ascendantes aiguës survenant chez des individus jusque là en bonne santé autant dire des cas dont on ne connaît pas la cause, groupe dans lequel jusqu'à plus ample informé rentre notre malade.

P. S. — Notre article était déjà donné à l'imprimeur lorsque nous avons eu connaissance d'un très intéressant travail du professeur Guillain sur deux cas dont le nôtre se rapproche beaucoup. Il s'agit en effet de malades atteints de troubles moteurs des membres, survenus sans cause apparente décelable, s'accompagnant d'abolition des réflexes tendineux et de dissociation albumino cytologique du liquide céphalo-rachidien sur laquelle nous avons insisté. Le professeur Guillain range ses observations dans la catégorie des radiculonévrites ; il s'appuie pour ce faire sur la prédominance des troubles moteurs aux extrémités et sur l'existence de douleurs à la pression des masses musculaires. La participation méningée est démontrée par l'hyperalbuminose rachidienne. Il s'agit dans notre observation au contraire de troubles médullaires, les paralysies étant uniformément réparties, les troncs nerveux et les masses musculaires n'étant pas douloureux à la pression. D'ailleurs l'existence de phénomènes bulbaires vient confirmer cette manière de voir.

Quoi qu'il en soit, on saisit facilement la parenté clinique de ces phénomènes nerveux, apparaissant de façon insolite et disparaissant de même. La haute autorité du professeur Guillain et l'important travail clinique qu'il a consacré à ce sujet donne à notre modeste travail plus d'importance que nous ne lui en concédions car il devient une contribution à l'étude de ces troubles nerveux encore inexpliqués, au lieu d'être simplement la relation d'une bizarrerie clinique.



UN CURIEUX CAS DE PHRÉNO-NÉVROSE

par le Dr MINQUET

Médecin major de 2^e classe à l'Hôpital du Belvédère

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est un jeune soldat indigène incorporé en octobre dernier, qui me fut adressé par l'Hôpital Militaire de Sousse, à la demande du médecin expert du centre de Réforme, pour être mis en observation. Il attire notre attention sur un ventre démesurément gros, ballonné, dont il a l'air de souffrir beaucoup surtout quand on l'examine. Son interrogatoire rendu difficile par ses réponses peu précises nous apprend cependant qu'il a commencé à souffrir du ventre quand son père qui est cultivateur l'obligea à travailler. Peu à peu son ventre aurait grossi jusqu'à atteindre le volume actuel. (Voir figure 1)

Il est cependant étonnant que cet énorme ventre n'ait pas attiré l'attention des médecins qui l'ont vu au conseil de révision et à la visite d'incorporation.

Nous n'avons rien trouvé d'intéressant dans ses antécédents. Cependant, il nous raconte qu'un de ses frères aurait présenté la même affection que lui, qu'il aurait été opéré il y a 2 ans $\frac{1}{2}$ et qu'il serait mort huit jours après l'opération.

Le 25 novembre, il se présenta à la visite et le médecin qui l'examina pensa d'abord à une occlusion intestinale aiguë et l'évacua d'urgence sur l'Hôpital de Sousse où une intervention fut décidée. Il fut anesthésié, mais au moment de l'opérer, on s'aperçut non sans surprise que son ventre était redevenu normal. Un grand lavement évacuateur eut raison d'une constipation qui ne remontait d'ailleurs qu'à 48 heures.

Quinze heures après cette anesthésie, le ballonnement s'était reproduit avec les mêmes caractères. On le conserva à l'hôpital de Sousse jusqu'au 20 décembre, date à laquelle il nous fut adressé.

Cet homme a un état général excellent, il n'a pas de fièvre.

Il est légèrement dyspnéique (54 respirations à la minute) son pouls est un peu accéléré : 90 pulsations à la minute.

Il se plaint de souffrir de la région hépatique, de la région

sternale et des régions inguinales. Il a un appétit robuste et des selles copieuses, quidiennes, d'aspect normal.

Son ventre est uniformément gros. Il mesure 85 cm. de circonférence. Il est ballonné, pointant en avant comme un ventre de femme enceinte. L'ombilic n'est pas déplissé. Il ne présente ni ascite, ni circulation collatérale. A la percussion, on a une sonorité tympanique un peu plus grave à gauche qu'à droite.

La tension de l'abdomen est telle que la palpation profonde est rendue impossible. On ne sent aucune masse anormale.

Le foie n'est pas remonté; la limite supérieure de la matité hépatique est trouvée à deux travers de doigt audessous du mamelon. Quant à son bord inférieur, le tympanisme et la tension de la paroi abdominale empêchent de l'explorer soit par la percussion soit par la palpation. La rate est un peu augmentée de volume (matité splénique sur deux travers de doigt).

Un examen radioscopique a été pratiqué qui nous a permis de faire les constatations suivantes : Cœur et poumons normaux. Diaphragme complètement immobilisé et abaissé en position d'inspiration. La forme en coupole est conservée et les sinus sont clairs. Dans les inspirations profondes, ou à l'occasion de la toux, il se produit de très légers mouvements d'ascension du diaphragme.

Poche à air modérément large; Abdomen très clair sans ombre anormale; Pas d'hépatomégalie; Splénomégalie légère.

L'examen du tube digestif après repas et lavement bismuthes montre que l'estomac n'est pas dilaté, que son évacuation se fait régulièrement, que les anses intestinales ne sont ni distendues ni rétrécies. Pas de mégacolon.

Du côté du système nerveux, on ne note aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité. Les réflexes tendineux sont conservés. Le réflexe abdominal existe ainsi que le réflexe crémastérien. Le réflexe plantaire et le réflexe pharyngien sont abolis.

La pupille est extrêmement paresseuse à la lumière et à l'accommodation. Il existe une inégalité pupillaire nette.

La réaction de Wassermann est positive + + +. Il n'y a dans les urines ni sucre ni albumine. Pas d'œdème des jambes. A

l'examen du sang, on a trouvé quatre éosinophiles pour 100. L'intra-dermo réaction de Casoni a été négative.

En somme, de cette observation, il faut retenir le gros ven-



Fig. 1



Fig. 2

tre avec météorisme, l'immobilité du diaphragme en position d'inspiration constatée à la radioscopie et la disparition momentanée de ces phénomènes au cours d'une anesthésie.

En présence de ces faits, on doit éliminer tout diagnostic de

tumeur abdominale solide ou kystique, tumeur qui aurait été facilement visible à la radioscopie en raison de la grande clarté de cet abdomen.

Il ne s'agit pas d'une péritonite avec épanchement liquide : le ventre n'est pas étalé. On n'a pas de flot, pas de zones de matité. C'est un ventre rempli d'air tel qu'on le provoque artificiellement dans le pneumopéritoine pour faciliter les examens radioscopiques. Le pneumopéritoine spontané à ma connaissance n'existe pas. Cet air doit se trouver dans le tube digestif. Pourtant nous avons placé pendant deux jours une grosse sonde recale sans provoquer aucune modification. La poche à air gastrique n'est pas démesurément grande. Cet air se trouve donc sous faible tension dans l'estomac et l'intestin grêle dont le fonctionnement n'est pas sensiblement troublé. Cet estomac et ces anses intestinales ainsi soufflées sont projetées en avant par la contracture du diaphragme en inspiration. Cette contracture est connue. Denécheau l'a décrite sous le nom de gros ventre de guerre; Roussy, Boisseau et Cornil l'ont appelée cathiémophrénose. Dans le traité de pathologie médicale de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, ces faits sont signalés. On met cette contracture sur le compte d'une névrose et cette affection figure sous le nom de phréno-névrose. La disparition de cette contracture du diaphragme sous l'influence de l'anesthésie a été décrite. Elle pourrait disparaître aussi après l'hyperflexion des cuisses sur l'abdomen. Nous avons essayé cette manœuvre chez notre malade sans aucun résultat. Nous avons pu constater qu'elle persistait pendant le sommeil.

La nature pithiatique de cette contracture peut s'expliquer par ce fait que notre malade a eu sous les yeux un exemple de gros ventre chez son frère qui paraît avoir eu une tumeur abdominale, peut-être un kyste hydatique et par le désir qu'a tout « Bou-jadi » de se faire réformer quand il arrive à la caserne. Il s'agirait alors d'une sorte d'auto-suggestion et logiquement on doit avoir raison de cette contracture par une thérapeutique psychique appropriée et par une contre-suggestion inverse de celle qui s'est produite inconsciemment.

Nous eûmes bientôt la confirmation de cette hypothèse. Le lendemain de la présentation de notre malade à la Société des

Sciences Médicales, nous l'avons anesthésié au chloroforme. Dès la deuxième bouffée d'anesthésique, le ventre s'affaissa tout d'un coup, mais au contact de la main qui voulait le palper, il se gonfla de nouveau avec une violence vraiment impressionnante. La preuve était faite, et nous avions dès lors la certitude de guérir notre malade.

Après lui avoir longuement expliqué que nous étions fixé sur la nature de son affection, et après lui avoir affirmé que nous allions le guérir en « brûlant » son mal par l'électricité, nous avons projeté sur son ventre, dans l'obscurité, de longues étincelles de haute fréquence suivant la technique que nous avons déjà exposée (1).

De même qu'au cours de l'anesthésie générale, le ventre se dégonfla. Mais la contracture se reproduisit dès que le malade fut debout. Il fut renvoyé au lendemain pour une deuxième séance qui ne fut pas nécessaire.

Quand, après une nuit de profond sommeil, il se réveilla, il constata qu'il était guéri. Son ventre était aussi plat qu'il était gros la veille et c'est avec une vive satisfaction qu'il nous le montra à la visite et qu'il se déclara pressé de retourner à son régiment. Son ventre ne mesurait plus que 78 centimètres au lieu de 85. (Voir figure 2)

Un nouvel examen radioscopique nous montra un diaphragme parfaitement mobile.

(1) Voir *Revue Tunisienne des Sciences Médicales de Tunis*, juillet-octobre 1920.

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 9 Décembre 1921

Présidence du Dr BOUQUET, *président*

Sont présents : MM. les Drs Bouquet, Spezzafumo, Benmussa, Cassuto, Masselot, Ortona, Jarmon, Nunez, Guido Levy, Lançon, Soria, Lumbroso, Minguet, Comte, Cuénod, Hayat, Benjamin Levy, Jaubert de Beaujeu, Molco, Scialom, Emile Levy, Salvo, Lauriol, Domela, Brun, Bardou.

x

M. le Secrétaire Général donne lecture du procès-verbal de la séance du 25 novembre 1921. Adopté.

x

Le Président souhaite la bienvenue aux Drs *Nunez* et *Guido Levy*, nouveau^x membres de la Société.

x

Présentations de malades

Un cas de maladie bleue

Le Dr *Lançon* présente un enfant d'un an atteint de maladie bleue chez lequel la coloration des téguments n'apparaît que quand il pleure ou s'agite. Cette observation sera ultérieurement publiée après essais de traitement par le novarsenobenzol.

Discussion :

Le Dr *Masselot* fait remarquer que la numération globulaire dans la maladie bleue a une importance au point de vue pronostic. Celui-ci est mauvais quand le nombre des globules rouges est au-dessus de la normale.

Il note aussi le wassermann positif; d'après lui, presque toutes les lésions congénitales du cœur sont syphilitiques.

Le Dr *Cassuto* cite un cas de maladie bleue qui a vécu jusqu'à 16 ans, ce qui est assez rare.

Le Dr *Lançon* rappelle deux observations de Bavier, de deux soldats ayant fait leur service avec une maladie de Roger.

Le Dr *Brun* donne une explication anatomique de la différence de gravité existant entre la maladie bleue (persistance du trou de Botal) et la maladie de Roger (communication interventriculaire). Chez l'embryon la valvule d'Eustachie qui existe à l'arrivée de la veine cave dans l'oreillette droite, tend normalement à diriger le sang vers le trou de Botal. Elle conserve sa direction et dans le cas de maladie bleue continue à diriger le sang vers le

pertuis interauriculaire, sans que d'autre part la contraction des oreillettes puisse être assez forte pour l'en empêcher.

Dans la maladie de Roger au contraire pendant la systole les valvules mitrales et tricuspides étant hermétiquement fermées, la pression est sensiblement égale, et il doit passer très peu de sang d'un ventricule à l'autre.

×

Xeroderma pigmentosum



Le Dr CUÉNOD présente une petite malade indigène atteinte de *xeroderma pigmentosum*, maladie rare dont il a déjà eu l'occasion de présenter des cas antérieurement aux séances de la Société. Ce nouveau cas (Mabrouka bent Ali, âgée de 5 ans et demie) est très remarquable par l'étendue des lésions. L'enfant est originaire de Gabès; son visage est complètement couvert de taches pigmentaires, de cicatrices et de petites tumeurs verruqueuses, avec maximum sur les paupières et sur le nez. Il existe sur la paupière droite du côté externe, une large ulcération sanguinolente, et à la paupière inférieure gauche une tumeur ulcérée du volume d'un pois chiche.

Sur les conjonctives, près du limbe, des deux côtés, plusieurs phlyctènes ulcérées déterminant une photophobie intense et un léger degré d'iritis. A distance, l'aspect général du visage est celui d'un cas récent de variole, ou rappelle encore celui d'un coup de feu tiré à bout portant. Sur tout le corps : sur la poitrine, l'abdomen, les cuisses et les bras, la pigmentation et les petites lésions cicatricielles sont très abondantes. La pigmentation du corps aurait débuté la première à l'âge d'un an et demi peu après que l'enfant, au dire du père, aurait été vaccinée contre la variole. Les lésions du visage datent d'un an à peine. L'enfant est née à Gabès, elle n'a qu'un frère de 8 ans qui ne présente rien d'anormal; le père (30 ans), la mère (28 ans) sont bien portants; on ne relève rien d'anormal chez les collatéraux.

×

Présentations de pièces

Rein Tuberculeux

Le Dr BOUQUET présente une pièce de tuberculose rénale enlevée récemment chez une jeune femme souffrant depuis deux ans environ de pollakiurie et de pyurie légère. L'examen cystoscopique avait montré des lésions de

tuberculose vésicale mais le cathétérisme urétéral avait été impossible aussi bien du côté malade que du côté sain. Le rein droit à l'examen était volumineux. Le Dr Bouquet l'a enlevé par voie transpéritonéale, il insiste sur la facilité d'ablation que l'on a par cette voie.

La pièce présentée est typique, elle rappelle les figures classiques : le rein est creusé de véritables cavernes, en certain point on peut voir des granulations dans le parenchyme rénal. La malade a quitté l'hôpital guérie.

×

Lithiase de la vésicule biliaire

M. Augé présente une vésicule biliaire enlevée le matin par le Dr Bouquet, contenant de nombreux calculs. La radiographie faite auparavant par le Dr Jaubert de Beaujeu avait montré de nombreux calculs. La malade avait été opérée un an auparavant pour ulcère pyloro-duodénal et dilatation stomacale.

Discussion :

Dr Brun : Il y a deux points très intéressants dans cette observation :

D'abord la vue à la radio des calculs de la vésicule biliaire. Jusqu'à ces derniers temps on faisait le diagnostic différentiel entre les calculs de la vésicule et ceux du rein, en disant que seuls ces derniers sont visibles à la radio.

Deuxième point : la malade a été opérée auparavant d'ulcères du duodénum, or il y a un rapport très étroit entre ces deux faits. On a remarqué la fréquence des calculs de la vésicule accompagnant ou suivant un ulcère duodénal.

×

Communications

Dr HENRY : Un cas de trophœdème chronique aigu

(Voir numéro de décembre 1921, page 543)

Discussion :

Le Dr Cuénod cite le cas d'un trophœdème géant des paupières à la suite d'un érygipèle.

Le Dr Ortona cite un cas de trophœdème considérable du segment inférieur du membre gauche. D'après les idées modernes la filaire ne doit être considérée que comme une coïncidence. Il y a une autre cause, une infection secondaire qui nous échappe.

Le Dr Brun n'a jamais vu de filaire dans l'éléphantiasis des Arabes. Il doit être du à des infections répétées. Dans ce cas l'opération de Valter peut donner de bons résultats.

Séance du 16 Décembre 1921

Présidence du D^r BOUQUET, *président*

Sont présents : MM. les D^{rs} Spezzafumo, Benmussa, E. Levy, Molco, Halfon, Naamé, Gobert, Cortesi, Minguet, Bendon, Guido Levy, Debasch, Salvo, Soria, Lançon, Henry, Lemanski, Ortona, Comte, Braquehayé, Masselot, Jaubert, Morpurgo, Nunez, Brun, Lauriol, Cassuto, Durand, Bardou, Hayat, Jamin, B. Levy, Scialom.

X

MM. les D^{rs} ROGALSKI et MOSCHIANO sont admis comme membres titulaires de la Société.

X

Présentation de malade

Luxation de la 4^e vertèbre cervicale

Le D^r CORTESI présente un jeune indigène qui, en tombant d'une terrasse sur la tête, s'est fait une luxation de la 4^e cervicale. Ce malade présente les signes suivants : disparition totale de tous les reflexes, atrophie musculaire générale et troubles de la déambulation

*
*
*

Présentation de pièce

Tumeur variqueuse du cou formée aux dépens de la veine jugulaire interne droite

par le Docteur BRAQUEHAYÉ

La pièce que je présente aujourd'hui et qui est loin d'avoir le volume qu'elle avait à l'état frais provient d'une femme arabe âgée de 24 ans entrée à Sadiki le 17 novembre 1921.

A ce moment, elle présentait une tuméfaction de la région latérale droite du cou, dont le début datait de plusieurs années sans que la malade puisse préciser. Mais depuis le Ramadhan (en juin dernier) elle a augmenté assez rapidement de volume.

La tumeur occupait à l'entrée de la malade presque toute la région antéro-latérale droite du cou : de l'os hyoïde au creux sus-claviculaire. En avant, elle atteignait presque la ligne médiane et, en dehors, elle plongeait sous le muscle sterno-cleido-mastoïdien. Elle augmentait de volume dans la position couchée

et surtout pendant les efforts, mais au repos ou dans la position verticale elle formait encore une saillie assez disgracieuse pour que la malade soit venue demander à en être débarrassée. Sa consistance était très molle, pas de douleur ; pas de changement de coloration de la peau.

Aucune maladie antérieure ; pas de traumatisme ; pas de tumeur, ni de ganglions dans le voisinage.

Diagnostic d'entrée : tumeur vasculaire congénitale (angiôme).

Opération le 21 novembre après anesthésie à l'éther. Incision de la ligature de la carotide externe qui mène sur une tumeur kystique d'aspect bleuâtre, allant de la trachée jusqu'au muscle sterno-cleido-mastoïdien, sous lequel elle s'enfonce d'un centimètre et demi ; elle mesure environ deux travers de doigt de large. En la disséquant, je constate qu'elle se bifurque en haut, donnant naissance en avant à une grosse branche qui est le tronc veineux thyro-linguo-facial. Il s'agit donc d'une énorme dilatation de la veine jugulaire interne. Je lie en haut la veine qui se rétrécit au dessus du tronc thyro-linguo-facial et je dissèque le vaisseau aussi bas que je peux au niveau de la clavicule, après avoir lié deux petites veines afférentes. A sa partie inférieure, la veine est de plus en plus grosse. Je la lie aussi bas que possible et je ressèque la partie disséquée. A l'état frais, la cavité de la veine admettait facilement le pouce.

Suture de l'aponévrose moyenne du cou par deux points au catgut ; sutures superficielles au crin ; suites opératoires simples. La malade est encore en traitement.

Ces faits de dilatation des veines jugulaires sont, je crois, exceptionnels et leur histoire est peu connue.

Velker, Golding-Bird et Gordon-Bennet ont rapporté des cas de varices des jugulaires, mais nous n'avons pu nous procurer ici leurs observations originales.

D'ailleurs s'agit-il bien de varices dans notre observation ?

Les veines variqueuses ont une paroi dégénérée qui se laisse distendre par la pression sanguine. Dans notre cas, la paroi était souple et semblait normale.

Je pense plutôt que ces dilatations sont dues à des malformations congénitales et sont à rapprocher de certains kystes congénitaux du cou dont les rapports avec les veines jugulaires sont connus.

Communications

La discussion du travail du D^r Masselot sur le paludisme est ouverte.

Les communications suivantes sont lues :

D^r LEMANSKI : La Thérapeutique moderne du Paludisme aigu ou chronique.

D^r COMTE : 1^o Préparation du sang sec sur lames;

2^o Remarques sur le Paludisme.

Le D^r HENRY lit un travail sur le paludisme rappelant les théories de Legrain.

Ces diverses communications sur le Paludisme avec les comptes rendus des discussions qui les ont suivies seront ultérieurement publiées avec un rapport général qui paraîtra dans un des prochains numéros de la Revue.

Séance du 6 Janvier 1922

Présidence du D^r BOUQUET, *président*

Sont présents : MM. les D^{rs} Cassuto, Soria, Braquehay, Masselot, Benmussa, Calamida, Moschiano, Cortesi, Brun, Durand, Augé, Jaubert, Minguet, Salvo, Henry, Lançon, Lauriol, E. Levy, Jamin, Naamé, Hayat.

[X]

Le procès-verbal de la séance du 16 décembre est lu et adopté.

[X]

Présentations de malades

D^r BRUN : Volumineux ulcère suspect de l'estomac. Gastrectomie. Guérison opératoire.

[X]

D^r MINGUET : Contracture du diaphragme (phréno-névrose)

(Voir même numéro page 19)

Discussion :

D^r Brun : Je ne sais si je me trompe mais il me semble percevoir la sensation de flot. Je me souviens avoir vu un malade qui présentait une tumeur arrondie sous l'ombilic. J'avais pensé à un mégacolon, je fis alors une laparotomie exploratrice. Je tombai sur une poche que je pris pour un kyste

hydatique à première vue. C'était un feuillet du péritoine, j'ouvre il s'écoule un liquide hématique. Je découvris ainsi d'autres poches cloisonnées par des lamelles de péritoine et renfermant le même liquide.

Il est vrai que chez le malade du Dr Minguet il y a un fait intéressant c'est la disparition du gonflement par l'anesthésie. Je rappelle alors les cas de tumeurs fantômes du gros intestin. — Dans ce cas je dirai péritonite tuberculeuse ou tumeur fantôme.

Dr *Jaubert* pense au kyste gazeux de l'abdomen à cause de la transparence à la radio.

Dr *Brun* : Il faudrait alors qu'il n'y en eut qu'un, parce que j'ai opéré des kystes gazeux et je les ai trouvés gros comme une noisette tout le long de l'intestin.

×

Présentations de pièces

Splenectomie pour rupture traumatique de la rate

Le Dr CALAMIDA présente une rate volumineuse qu'il vient d'extirper chez un malade tombé d'une hauteur de 5 mètres.

L'état général était bon au moment de l'accident, il ne présentait que quelques douleurs abdominales, un peu de défense de la paroi et des vomissements biliaires. P. 100 et de bonne qualité. Malgré cela l'intervention fut décidée et à l'ouverture de l'abdomen on constata une inondation par des caillots sanguins et une grosse rate déchirée sur son bord supéro-interne grosse rate pesant 935 grammes. Le malade avait eu la typhoïde et était paludéen.

Discussion :

Dr *Bouquet* : Il est à remarquer qu'il existe fréquemment de très grosses rates chez les indigènes et qui ne sont pas paludéennes. J'ai montré ces rates à M. le Dr Nicolle qui est d'avis qu'il y a d'autres causes de splénomégalie chez les indigènes.

Dr *Cortesi* fait remarquer que chez le malade du Dr Calamida il n'y avait vraiment pas d'indications formelles à la laparatomie mais il vaut mieux ouvrir un ventre pour rien que de ne pas l'ouvrir quand la chose est nécessaire.

Dr *Masselot* demande si le malade ne présentait pas de la matité dans les flancs.

Dr *Calamida* : Non. L'épanchement était d'ailleurs postérieur et caché par de l'intestin.

Dr *Soria* explique le bon état général et la faiblesse de l'hémorragie par la position de la déchirure qui est supérieure, et par conséquent les organes abdominaux ont d'eux-mêmes fait un véritable tamponnement.

×

Dr BRUN et LAURIOL : Pièces d'autopsie. — Un cas d'échinococcose généralisée à toute la cavité abdominale. (Voir même N° page 11)

Anévrisme arterioso-veineux du creux poplité

M. AUGÉ présente un malade russe, blessé en décembre 1920 par une balle, porteur d'un anévrisme artérioso-veineux du creux poplité droit. Il n'y a pas de voussure; mais un thrill très marqué. Le malade se plaint de douleurs dans le membre inférieur.

×

Communications

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion générale sur le Paludisme en Tunisie. Successivement les communications suivantes sont lues :

Dr LANGON : Remarques sur le traitement quinique et l'élimination de la quinine.

×

Dr HAYAT : A propos de deux cas de paludisme pernicieux.

×

Dr BRAQUEHAYE : Quelques complications rares du paludisme. (Voir même N° page 9).

×

Dr NAAMÉ : Pneumo-paludisme-cinchonidine et extrait surrénal ou adrénaline.

×

Ces diverses communications avec les comptes-rendus des discussions qui les ont suivies seront publiées avec un rapport général qui paraîtra dans un des prochains numéros de la Revue.



Les Repercussions intestinales des troubles endocriniens

Travail de l'Hôpital Saint-Michel, par Maurice UZAN

in *Journal de Médecine de Paris*, 28 février 1921, n° 6

Dans un premier chapitre consacré aux études cliniques, l'auteur adopte la division en thyroïdiens, surrénaux, et ovariennes en laissant une petite place à l'hypopituitarisme.

Les thyroïdiens. — Dans les manifestations stomacales il est difficile de reconnaître les hypo des hyperthyroïdiens; dans les manifestations intestinales il n'en est pas de même et l'auteur les divise en hyper et hypo.

a) *Hyperthyroïdie.* — Il est classique d'admettre que le plus souvent la manifestation intestinale des basedowiens est la diarrhée, diarrhée survenant par crises paroxystiques, sans douleurs abdominales. Les selles sont bilieuses ou lientériques, abondantes, à réaction acide, constituant la « diarrhée de sécrétion à type acide ». Malgré ces troubles l'appétit est conservé.

On peut observer une véritable diarrhée chronique rebelle aux traitements habituels. Le traitement anti-basedowien peut la juguler.

b) *Hypothyroïdie.* — On observe surtout ici de la constipation. Souvent c'est le seul signe qui frappe le malade et c'est au médecin de décélérer l'état thyroïdien par la recherche des petits signes d'hypothyroïdie. Souvent les femmes hypothyroïdiennes voient leur constipation s'accuser davantage pendant les règles. Radiologiquement on observe un gros relâchement intestinal. A faibles doses la thyroïde ramène rapidement les selles à la normale, mais si on augmente on voit reparaitre la constipation. C'est d'ailleurs là un cas général.

Un fait semblable a été observé pour l'adrénaline (Hobkins) et, avec l'extrait hypophysaire, l'auteur a vu un phénomène du même ordre.

Les Surrénaux. — L'auteur n'envisage que les cas d'insuffisance surrénale. Les selles sont nombreuses, liquides avec des grumeaux ou des peaux, plus ou moins colorées, plus ou moins fétides. Ceci dans les cas d'insuffisances surrénales aigus. Dans les cas bénins c'est plutôt la constipation qui domine la scène.

Les Ovariennes. — On doit noter :

A la *Puberté* : L'apparition des premières menstrues peut s'accompagner de troubles intestinaux.

Aux *Périodes menstruelles* : Flux intestinal des règles.

Chez les hypo-ovariques, l'hypotonie intestinale. De même à la ménopause qui n'est qu'un degré d'hypo-ovarie.

Les Hypophysaires. — Le syndrome d'hypopituitarisme s'accompagne presque toujours de constipation.

L'auteur conclut :

En somme, de même que l'estomac, le tube intestinal réagit aux actions glandulaires, et les troubles endocriniens se répercutent sur lui. Cliniquement, ces faits se démontrent :

1° En notant la coïncidence très fréquente entre un état endocrinien et une réaction intestinale.

2° En constatant la modification heureuse apportée par l'opothérapie à la réaction intestinale.

L'auteur se propose dans des travaux suivants d'apporter un argument expérimental en faveur des relations certaines entre le système endocrinien et l'appareil digestif.

(D^r Benmussa)

Dystrophie osseuse généralisée congénitale et héréditaire. — La Pleonostéose familiale

par André LEVI, in *Presse Médicale*, 7 janvier 1922, n° 2

Il s'agit d'une dystrophie osseuse généralisée à l'ensemble du squelette et particulièrement aux os longs; elle est congénitale, mais elle s'accroît au cours de l'existence. Elle est à la fois héréditaire et familiale.

L'auteur présente trois malades, le père et ses deux enfants. C'est le père qu'il prend comme type de description : Les membres supérieurs sont « en parenthèses » le long du corps, par suite de la rotation en dedans des bras et de la pronation des avant-bras.

Les coudes ne peuvent être rapprochés du corps; les mains sont sur le devant des cuisses et non en dehors, elles arrivent à l'union des deux tiers supérieurs des cuisses et non des deux tiers inférieurs.

Les mains sont courtes, épaisses, carrées, comme capitonnées; doigts à demi fléchis dans leur 2^e phalange (position fixe). Tête des premières phalanges proéminentes. Nodosités irrégulières sur le pouce.

Membres inférieurs en rotation externe fixée, les rotules regardent en dehors; léger genu valgum, écartement des pieds; pieds creux, cambrés, courts, carrés du bout.

Limitation des mouvements de la colonne vertébrale. La taille est à peu près normale. Par le fait de l'immobilisation relative de toutes ses articulations, le malade a un peu l'aspect figé, à première vue, d'un sujet atteint de spondylose rhizomélique. Le malade marche à petits pas.

Chez la fille, de rares déformations moins développées mais calquées sur celles du père.

Chez l'enfant nouveau-né les lésions ne sont encore marquées qu'aux mains.

L'examen radiographique du squelette permet de conclure que la dystrophie se caractérise par un développement prématuré et excessif de tous les os, tout au moins des os précédés d'une ébauche cartilagineuse. L'hypertrophie porte autant et peut-être plus sur les épiphyses que sur la diaphyse. La soudure diaphyso-épiphysaire précoce qui en résulte arrête le développement en longueur de ces os; ceux-ci sont « tout en largeur ». C'est cette hypertrophie qui est la cause de la réduction des mouvements.

La syphilis ne paraît pas être en jeu, l'hypophyse non plus. Certains caractères rappellent le mongolisme.

Il semble qu'il s'agisse d'une anomalie réversible du développement, un retour atavique et accidentel vers une race ancienne; cette race serait représentée encore dans l'univers par quelques Lapont.

(D^r Benmussa)

PRATIQUE JOURNALIÈRE

Danger des instillations vésicales d'huile goménolée chez les rétentionnistes infectés

par le Dr Robert DELEUIL

Au mois de juin dernier nous avons soigné un tabétique d'une quarantaine d'années qui

se plaignait d'incontinence nocturne douloureuse.

La cystite s'était installée sans bruit dans ce réservoir sans défense, entretenue par une vieille prostatite gonococcique, et un résidu considérable.

Je fis à ce malade, trois fois par semaine, des instillations d'huile goménolée à 20 % dans sa vessie, de la valeur chaque fois de la petite seringue, après avoir vidé en partie son résidu.

Chez tout rétentionniste chronique ayant une tendance légère à la distension, ces instillations huileuses (goménol ou gaïaiol iodoformé selon la formule de Collin) ont l'avantage de rester dans la vessie un temps très long et l'huile médicamenteuse ne s'élimine que très lentement; le malade, à chaque miction, émet quelques gouttes d'huile goménolée, de sorte que ce réservoir qui ne se vide jamais est constamment antiseptisé par un véritable pansement à demeure.

Je fis une dizaine d'instillations, au bout de quoi je m'absentais durant deux mois. Mais deux semaines après la fin du traitement ce malade présenta brusquement plusieurs matins de suite les symptômes fort douloureux d'un calcul vésico-urétral; et au milieu d'efforts de miction des plus pénibles, il pissait à plusieurs reprises des petits débris écaillés, de couleur acajou ou noirâtre, à odeur balsamique, de consistance molle et onctueuse, dont le plus gros avait la dimension d'une lentille.

Le laboratoire de Sadiki, dirigé par M^{me} le Dr Brun, reconnut dans ces écaillés un corps gras, savonneux, dont l'odeur aromatique ressemblait à celle du goménol.

Nous venons de voir dans le dernier compte rendu de l'Association française d'Urologie (Strasbourg, octobre 1921), une petite communication de Villemain de Nice, intitulée : *Concrétions ayant les caractères physico-chimiques des savons chez un rétréci rétentionniste incomplet avec infection vésicale.*

On avait fait chez ce rétréci, afin de mieux passer, de petites injections préliminaires, de quelques cmc. d'huile goménolée. (L'auteur ne dit point à quel taux).

Quelques jours après le malade pissait avec de vives douleurs des concrétions noirâtres. Une urétrotomie interne débarrassa son urètre de ces débris ayant à l'analyse les caractères physico-chimiques des savons.

Notre cas venant à côté de celui du D^r Villemain, il nous semble intéressant de mettre en garde contre les instillations vésicales d'huile goménolée, les confrères qui en usent à propos de toutes sortes de cystites, avec le désir louable de remplacer l'irremplaçable et douloureux nitrate d'argent dans des cas même où celui-ci a la valeur de médicament d'épreuve.

~~~~~

### Traitement des Métrites par le Neofilhos

par le D<sup>r</sup> UZAN

On sait combien sont nombreux les moyens médicaux employés pour

combattre certaines formes de métrite chronique. Le traitement de ces formes rebelles de l'affection par les caustiques a été justement abandonné; car, il amenait souvent des accidents : atrésie utérine, troubles annexiels, etc.

Depuis les diverses communications du Professeur Richelot à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris concernant le Filhos, la méthode a été employée avec succès par quelques gynécologues.

Le D<sup>r</sup> Boquel, professeur de Clinique obstétricale à l'école de Médecine d'Angers, écrit : « Richelot a vraiment préconisé là une méthode excellente et les résultats qu'on en peut attendre sont certains, si on s'adresse à des cas convenables. »

Potoki a appliqué le Filhos à ses malades avec succès. Lepage a obtenu d'excellents effets « guérissant en quelques semaines des femmes qui traitaient leurs lésions depuis longtemps.

Notre maître, le Professeur Pinard écrit : « Le caustique Filhos fut employé par nous en plusieurs circonstances et nous pûmes constater ses bons effets. »

La méthode de Richelot ne présente pas de difficultés dans son application.

Après avoir découvert le col avec un speculum, on met un tampon d'ouate hydrophile dans le cul-de-sac postérieur pour le préserver contre un léger suintement. On prend avec une pince le bout fermé du tube et on porte le caustique sur le col. On le laisse jusqu'à ce que la muqueuse noircisse fortement ce qui indique que l'escharre est produite. On donne ensuite une injection de deux litres et on applique une mèche de gaze imprégnée de glycérine. La malade retirera ce pansement le lendemain.

La caustérisation est renouvelée tous les huit jours; le nombre de caustérisation varie de six à douze.

Le traitement est peu douloureux; mais, il est préférable que la femme garde le repos toute la journée de l'application du caustique.

Pour notre part, nous employons la méthode de Richelot depuis dix ans,

soit en clientèle, soit dans nos consultations de gynécologie à la Maternité Israélite. Nous n'avons jamais observé d'atrésie du col avec le Néofilhos.

Nous ne croyons pas utile de reproduire ici toutes les observations prises, car, l'histoire clinique de ces malades est la même et peut être résumée en quelques mots :

Il s'agit le plus souvent de multipares ayant un col utérin gros, enflammé avec ectropion ou bien présentant l'aspect d'une plaie bourgeonnante (col en bouchon de bouteille de champagne).

Dès la troisième application du Néofilhos, un grand changement se produit dans l'aspect du col. Une plaie rose remplace la surface bourgeonnante. Après la cicatrisation, le col retrouve à peu près ses dimensions et sa forme primitives.

La leucorrhée, qui a augmenté pendant la durée du traitement, diminue très sensiblement.

Cette méthode est efficace puisque la cautérisation est destructive. Mais on ne peut pas songer à faire disparaître avec le néofilhos *toutes* les lésions anatomiques du col.

Et, dans une affection remarquable par sa résistance aux différents traitements comme la métrite chronique, on peut bien se contenter, comme le dit Gallard : « d'un état dans lequel certaines lésions anatomiques persistant encore, la malade sera débarrassée des principaux phénomènes morbides et des troubles fonctionnels qui lui étaient les plus pénibles à supporter. »

### Préparation du sang sec sur lame

Par le Docteur Ch. COMTE

L'examen du sang sec sur lame a pour but de rechercher les parasites

pouvant se trouver dans les globules ou dans le sérum, de noter la proportion relative des divers globules blancs, etc.

Il est nécessaire que la totalité de la goutte se trouve sur la lame car les divers globules ne se déposent pas uniformément, les blancs et les hémato-blastes se trouvent surtout dans la partie finale de la goutte.

Cette goutte de sang doit être petite, étalée en couche très mince, séchée au plus vite par agitation de la lame à l'air. Une bonne préparation présente à l'œil nu l'irisation typique de toute couche mince d'un produit étalée sur verre.

Pour arriver à bien préparer une lame de sang, bien des procédés ont été préconisés et publiés, celui que j'emploie offre certains avantages, il exige, il est vrai, un matériel spécial mais bien petit : de minuscules tubes en verre faciles à conserver dans un petit étui en métal.

Ces tubes, genre tube à vaccin de trois millimètres de diamètre extérieur doivent avoir de 8 à 10 centimètres de long, être étirés à un milli-

mètre environ sur une longueur de 4 centimètres. Cet étirage doit être fait avec soin pour que la partie capillaire soit solide et droite.

Pour un prélèvement, dès que le sang paraît au point piqué, on le recueille par capillarité dans le bout étiré du tube, puis prenant en main l'extrémité d'une lame on souffle une goutte de sang sur cette lame, le bout du tube la touchant. Si la goutte posée paraît trop grosse on en reprend une partie par capillarité. Puis tenant le tube entre le pouce et l'index, celui-ci appuyé sur le bord de la lame on pose la partie étirée du tube sur la goutte, celle-ci aussitôt par capillarité se répand en travers de la lame sous le tube. Il n'y a plus qu'à étaler le sang en conduisant le tube guidé par l'index vers l'autre extrémité de la lame. Le tube entraîne le sang par viscosité et l'index-guide permet d'éviter tout frottement du tube sur le verre, frottement qui pourrait léser et déformer les globules.

La goutte de sang doit se trouver étalée complètement avant d'arriver au bout de la lame de verre. Il faut agiter aussitôt vigoureusement la lame à l'air pour sécher au plus vite le sang. Si l'on doit faire plusieurs lames du même prélèvement, ce qui est toujours préférable, il y a lieu de charger une autre personne d'agiter les lames dès qu'elles sont prêtes, tandis qu'on prépare les suivantes.

L'emploi du tube capillaire a le grand avantage de doser la quantité de sang posée sur le verre, ce qui est fort difficile quand on prend directement le sang avec la lame sur la goutte qui suinte. Mais il a un autre avantage fort précieux, une fois le sang dans le tube capillaire on n'a plus à intervenir auprès du malade et l'on peut faire posément ses lames. Cet avantage est fort précieux quand on prend du sang sur des enfants, encore plus pour des prélèvements sur animaux dont la goutte de sang se perd vite dans les poils. Chez l'indigène qu'on visite sous tente ou dans des gourbis obscurs, le procédé vous permet de sortir à l'air et à la lumière pour faire les lames et parfois en ne restant pas accroupi auprès de ces malades pendant cette opération on peut éviter un peu mieux une contamination dangereuse.

Les lames doivent être prêtes d'avance, le mieux c'est de les avoir par paquets de trois ou quatre dans du papier fin où elles auront été emballées aussitôt lavées à l'alcool-éther et flambées.

Avec des tubes d'un calibre supérieur étirés aux deux extrémités, on peut recueillir de même assez de sang pour des séro-diagnostic. Il suffit d'avoir une petite pince ou un bout de verre fusible et une bougie ou ce qui est préférable une petite boule de coton imbibée d'alcool pour sceller ensuite les extrémités du tube. Mais pendant que le sang est recueilli, il faut éviter qu'il arrive à l'extrémité opposée, l'air ne sortant plus, le prélèvement est interrompu. Au moment de leur confection ces tubes doivent être scellés aux deux extrémités ayant été stérilisés par flambage. On les ouvre, comme des ampoules au moment du prélèvement.



## LES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

(Docteur Emile DURAND. — Etude physiologique et clinique du diéthylisovalériamide (Valimyl). Thèse de Paris 1921.)

### Le Valimyl

M. E. Durand a consacré sa thèse à l'étude pharmacologique et clinique du Valimyl (1) (diéthylisovalériamide) employé comme sédatif de tous les troubles du système nerveux. C'est aux progrès de la chimie de synthèse que l'on doit d'avoir pu obtenir un produit véritablement agissant, contenant les principes actifs de la valériane, inodore et facilement accepté des malades les plus difficiles. La valériane en nature, bien qu'elle soit toujours un des meilleurs antispasmodiques, est en effet à peu près abandonnée, à cause de son odeur repoussante, et surtout à cause de l'inconstance de ses effets thérapeutiques, selon que l'on s'adresse à la plante fraîche, ou à des extraits quelconques. Le Valimyl possède par sa structure chimique une activité remarquable, comparable en tous points à celle du suc frais de la valériane. Dans l'hystérie, les névroses, les névralgies, les troubles nerveux de toute nature (dyspepsie nerveuse, troubles de la ménopause, de la grossesse, bourdonnements d'oreilles), le Valimyl s'est montré comme un médicament énergique, d'action toujours constante et parfaitement inoffensif. Il agit comme un véritable régulateur du système nerveux et comme un calmant de l'éréthisme organique, quelle qu'en soit la forme ou la gravité. Vingt-cinq observations personnelles, recueillies dans divers services hospitaliers de Paris ou puisées dans la littérature internationale appuient les conclusions favorables de l'auteur.

(Docteur André CHAMPION. — Contribution à l'étude de l'Isobromyl - Thèse de Paris 1921.)

### L'Isobromyl

Un hypnotique parfait doit remplir plusieurs conditions : il doit, en premier lieu, être complètement inoffensif pour l'organisme, et en particulier pour les organes d'absorption et d'élimination. Il doit encore rester sans effet sur les échanges respiratoires, sur la pression artérielle, procurer un sommeil normal et rapide, sans accoutumance et surtout ne laisser au réveil aucune sensation de lourdeur ni de malaise. L'Isobromyl (1) ou  $\alpha$ -monobromisovalérylurée, satisfait à ces desiderata du praticien. Sa toxicité est très faible, puisqu'elle avoisne un gramme par kilo d'animal. En outre, bien que produit de synthèse, l'Isobromyl s'apparente étroitement à des principes actifs naturels, dont on a masqué la toxicité par des dosages ou des combinaisons chimiques appropriés.

La base de l'Isobromyl est en effet l'acide valérianique, auquel la racine

---

(1) Le Valimyl et l'Isobromyl sont préparés par les Laboratoires Glin.

de valériane doit son activité et dont les propriétés antispasmodiques et calmantes sont bien connues.

A cet acide sont combinés d'une part le brome, élément sédatif par excellence, et d'autre part l'urée, composé existant normalement dans l'organisme humain qui joint à une action élective sur certaines cellules nerveuses, l'avantage précieux d'être éliminé sans dommage par l'émonctoire rénal.

De nombreuses observations publiées dans la littérature internationale et des observations personnelles recueillies par l'auteur dans divers services hospitaliers de Paris montrent que l'Isobromyl est susceptible d'être administré à tous les malades sans exception, y compris les enfants et les vieillards, sans que l'on ait à craindre ni accident, ni accoutumance.

La dose moyenne pour produire un sommeil tranquille, auquel succède sans interruption le sommeil naturel, est de 0 gr. 50 à 0 gr. 60, pris le soir dans une infusion tiède. L'action hypnotique se manifeste rapidement et survient par étapes progressives sans aucune sensation pénible.

---

## INFORMATIONS

### A la Société de Chirurgie de Paris

Notre excellent confrère et collaborateur le Dr BRUN, chirurgien de l'Hôpital Sadiki, vient d'être élu membre correspondant national de la Société de Chirurgie de Paris.

En adressant à ce jeune et très distingué chirurgien nos plus amicales félicitations, nous interprétons certainement les sentiments de tout le corps médical tunisien dont le Dr Brun a su s'attirer l'entière sympathie.

### Une industrie nouvelle para-médicale en Tunisie

Un minotier distingué M. Graffan du Kef a eu l'idée d'utiliser la fleur de gruau si appréciée du blé dur tunisien pour en faire une farine alimentaire à demi torréfiée utilisable dans l'alimentation des enfants, problème si difficile à résoudre dans ce pays.

Après maints essais et de patientes recherches, M. Graffan finit par lancer cette farine de gruau qu'il dénomme « Montjoie ». Utilisée par plusieurs de nos confrères cette farine très légère, très vitaminée a été parfaitement supportée par les bébés les plus difficiles qui la trouvent d'ailleurs savoureuse. Nous engageons vivement nos confrères à recommander la farine « Montjoie » et à contribuer ainsi à encourager l'industrie française en Tunisie.

---

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales

FÉVRIER 1922

## TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

### SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE MÉDITERRANÉENNE

par le D<sup>r</sup> E. BURNET

Sous-Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis

Note présentée par M. le D<sup>r</sup> Roux à l'Académie des Sciences

(Séance du 6 février 1922)

On emploie actuellement dans les laboratoires deux procédés de diagnostic de la fièvre méditerranéenne : l'hémoculture et la séro-réaction. Ils ne sont applicables que si l'on dispose d'une installation convenable. Or dans beaucoup de pays à fièvre méditerranéenne, les laboratoires font défaut ou sont trop éloignés des malades.

Nous proposons un procédé qui peut être utilisé par tout médecin dans sa clientèle : l'intradermo-réaction faite avec une goutte de filtrat d'une culture en bouillon de *Micrococcus melitensis*.

A la suite de cette inoculation, on voit se produire dès la sixième heure une réaction locale caractérisée par de l'œdème et de la rougeur. L'œdème est le phénomène essentiel. La rougeur peut manquer.

Chez le cobaye, l'inoculation peut se faire dans la peau épilée de la patte ou du flanc, ou dans la peau de l'oreille. Une fois la réaction apparue, on sent facilement entre le pouce et l'index l'épaississement considérable du pli de la peau. Si l'inoculation a été faite à l'oreille, l'oreille qui a réagi est épaissie et chaude; l'oreille non inoculée, qui est restée mince et souple comme une feuille, fournit le meilleur témoin.

Le cobaye infecté réagit au filtrat dès le huitième jour après l'inoculation sous-cutanée de un  $\frac{1}{2}$  cent. cube d'une suspension louche de *Micrococcus melitensis*. Sa sensibilité va ensuite en augmentant. On obtient de fortes réactions à partir du 20<sup>e</sup> jour.

Nous avons cherché s'il se produisait chez le cobaye infecté une accoutumance à la réaction locale : il ne s'en produit pas. Nous avons pratiqué chez le même cobaye, en huit jours, six inoculations successives en divers points du corps : la 6<sup>e</sup> réaction valait la première. On peut même répéter avec succès l'inoculation dans un tissu qui a réagi une huitaine de jours auparavant, et il semble que le tissu soit devenu plus sensible.

D'autre part, nous avons constaté que l'inoculation intracardiacque ou intrapéritonéale d'une notable quantité de filtrat (4 cent. cubes), lorsqu'elle ne tue pas l'animal (car elle est toxique pour les cobayes infectés de *melitensis*), supprime ou atténue beaucoup l'intradermo-réaction faite le lendemain.

L'inoculation sous-cutanée cause un œdème local, avec rougeur au point d'inoculation : réaction tout à fait comparable à celle qui suit une inoculation sous-cutanée de tuberculine chez l'homme tuberculeux.

Chez l'homme atteint de fièvre méditerranéenne, la réaction positive apparaît, dès la 7<sup>e</sup> heure après l'inoculation du filtrat, sous l'aspect d'un œdème local, accompagné de rougeur, et même d'une légère douleur. La zone de réaction, de 4 à 6 cent. de diamètre environ, est à contour régulier et bien délimitée. Le médecin la trouvera très nette le lendemain de l'inoculation. Elle persiste plusieurs jours.

Nous l'avons observée chez tous les sujets (huit chez lesquels la fièvre méditerranéenne était diagnostiquée par l'ensemble des symptômes cliniques, par la séroréaction ou l'hémoculture ou par ces deux réactions à la fois).

Ces réactions positives ont été obtenues du douzième au trente-cinquième jour de la maladie (autant qu'on pouvait en fixer le début) et, chez deux sujets guéris, trois et cinq mois après la fin de la fièvre. Chez un sujet guéri depuis dix-huit mois, la réaction a été négative. Chez deux autres malades suspects de fièvre méditerranéenne et qui n'ont pas réagi, l'hémoculture, la séroréaction et l'évolution clinique ont prouvé qu'il ne s'agissait pas de fièvre méditerranéenne.

44 sujets normaux, 8 tuberculeux, 2 typhoïdiques au troisième septénaire, 7 paludéens, n'ont pas réagi.

Le dépôt d'une goutte du même filtrat sur la peau légèrement scarifiée ne nous a pas donné de réaction.

L'inoculation sous-cutanée cause un œdème un peu douloureux.

Nous avons constaté que le bouillon filtré sur bougie Cham-



berland L est actif dès le 8<sup>e</sup> jour de la culture. Nous conseillons d'employer dans la pratique le filtrat de cultures d'un mois.

L'activité du filtrat résiste à l'ébullition (une minute) qui l'atténue seulement un peu. Le filtrat phéniqué à 0,5 p. 100 est actif comme le filtrat non phéniqué.

Nous continuons l'étude de cette réaction, en l'étendant à la chèvre, profitant des nombreux troupeaux de chèvres laitières que nous avons à notre disposition.

Il nous reste à fixer la durée de l'activité des cultures; la durée de la sensibilité des sujets infectés; les conditions de conservation du filtrat actif; les caractères anatomiques et physiologiques de la réaction; ses rapports avec la réaction tuberculinique.

Nous croyons dès maintenant que cette intradermo-réaction, sûre, simple et partout applicable, doit rendre service dans les pays où la fièvre méditerranéenne sévit et où, faute de laboratoire, elle risque d'être méconnue.

---

## VOLUMINEUX OSTÉOCHONDROME DE LA PAROI THORACIQUE ANTÉRIEURE

### Opéré depuis deux ans, non récidivé

par le Dr R. G. BRUN, Chirurgien de l'Hôpital Sadiki

---

Nous avons eu l'occasion d'opérer à l'hôpital Sadiki, en juillet 1920, un volumineux ostéochondrome de la paroi thoracique antérieure droite. Le malade a été présenté à une des séances de la Société Médicale de Tunis, quelques jours après l'intervention. Nous avons eu la chance de le voir revenir nous consulter ces jours derniers, pour nous demander un certificat médical; nous avons eu le plaisir de constater que 20 mois après l'intervention il ne présentait aucune trace de récidive et que son état général s'était considérablement amélioré. Voici son observation résumée :

Salah ben Belgacem, âgé d'environ 35 ans, nous est adressé par M. le Médecin-major Simoni, du Centre de réforme de Salambo, avec le mot suivant : « Nous sommes appelés à expertiser le nommé S. b. B. atteint d'une volumineuse tumeur de la paroi thoracique. Cet homme a déjà été opéré deux fois, en 1916 et en 1917; la première fois, à Bar-le-Duc, on a pra-

tiqué l'extirpation d'un ostéochondrome du deuxième cartilage costal droit ; à la fin 1917 M. Cotte, à Salonique, pratique l'ablation en masse de la tumeur, après résection élargie de deux côtes ; le malade demande à être opéré de nouveau. Nous serions heureux d'avoir votre avis sur l'opportunité d'une intervention. Si vous estimez qu'il est inopérable, vous seriez aimable de nous le faire savoir, et dans ce cas nous évaluerions l'invalidité occasionnée par la tumeur en tenant compte de l'incurabilité. »

Le malade présentait, à cette époque, une tumeur du volume d'un gros œuf d'autruche débordant la clavicule droite pour venir bomber dans la région sus-claviculaire ; cette tumeur atteignait en bas le mamelon, en dedans le bord droit du sternum, la ligne axillaire en dehors. De forme arrondie, bosselée, cette tumeur est dure, elle adhère fortement au plan profond mais la peau qui la recouvre est mobile sauf à l'endroit des cicatrices laissées par les opérations antérieures. Par son prolongement sous la clavicule, cette tumeur comprime le paquet vasculo-nerveux de la racine du membre supérieur, il existe un léger œdème de ce dernier et les veines superficielles en sont considérablement dilatées (fig. 1). La tumeur est opaque aux rayons X.

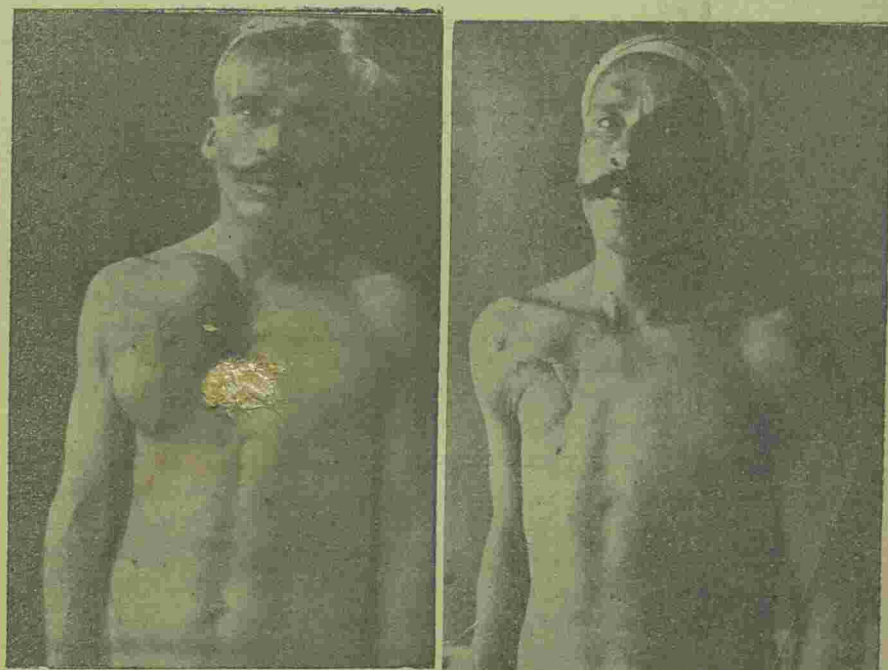
L'intervention proposée est acceptée par le malade. On enlève en bloc la tumeur ; on est amené à réséquer les troisième et quatrième côtes ainsi qu'une partie des cartilages costaux correspondants et d'élargir encore la résection des côtes déjà réséquées au cours des deux précédentes interventions.

La tumeur avait un prolongement thoracique qui avait refoulé la plèvre et le poumon sans les envahir. Le seul temps délicat de l'intervention a été le dégagement du prolongement sous claviculaire. L'opération fut faite presque à sec ; la durée fut de 20 minutes. Anesthésie à l'éther. Le malade n'est nullement shocké par ce traumatisme.

À la coupe, la tumeur est lobulée, formée de masses de cartilage facilement reconnaissable à sa couleur gris bleuâtre ; par endroit la tumeur partiellement ossifiée donne à la coupe la sensation d'une dureté plus grande. L'examen microscopique n'a pas été fait.

Il s'agit là d'un cas d'ostéochondrome. Celui-ci est surtout fréquent au niveau des petits os des extrémités, phalanges,

orteils, métacarpiens, métatarsiens ; par ordre de fréquence ces tumeurs s'observent ensuite au niveau de l'omoplate, du bassin, des os longs des membres, du rachis, enfin des côtes, des os du crâne et à la face. La localisation chez notre malade est donc relativement rare ; les tumeurs sont le plus souvent de volume moyen, mais peuvent dans certain cas, comme dans le nôtre, atteindre un volume considérable, sans retentissement notable cependant sur l'état général ; elles peuvent pourtant déterminer des troubles de compression, comme chez notre malade ; et si



*Le malade avant et 2 ans après l'intervention*

l'on peut considérer le plus souvent ces tumeurs à développement lent comme des tumeurs bénignes, puisqu'elles n'envahissent ni les vaisseaux, ni les ganglions, et ne donnent pas de métastases, cependant ce n'est pas une règle absolue, car on a vu un certain nombre de ces tumeurs se généraliser, presque toujours par la voie sanguine et donner des métastases pulmonaires. L'intervention chirurgicale peut donc être considérée comme le meilleur traitement, et doit être pratiquée le plus tôt possible.

---

# ANÉVRISME ARTÉRIO-VEINEUX POPLITÉ

## EXTIRPATION & QUADRUPLE LIGATURE

par

**H. BOUQUET** et **D. AUGÉ**

Chirurgien

Interne

de l'Hôpital Civil Français

—x—

Les anévrismes artério-veineux ne sont pas fréquents dans la pratique civile. Ils ont une cause traumatique et il est tout à fait exceptionnel qu'ils soient spontanés. Deux cas étaient signalés en 1889 par Delbet sur 22 et encore étaient-ils dus à la rupture d'un anévrisme artériel dans la veine (1). Le cas que nous rapportons ici a une origine traumatique, nous l'avons observé sur un malade russe, qui en était porteur depuis 1920, à la suite d'une blessure de guerre.

O... Akim, âgé de 21 ans, a été blessé le 15 septembre 1920 par une balle qui a traversé en s'éton la partie supérieure de la jambe droite. La plaie a donné lieu à une hémorragie assez abondante. Elle ne se serait fermée qu'en janvier 1921. Depuis cette date le malade souffre de la jambe quand il marche, il accuse une sensation de gêne, de fourmillement et de tension du membre.

A l'examen on constate une cicatrice, qui est l'orifice d'entrée de la balle, située à deux travers de doigt sous la rotule et à un travers de doigt en dehors de la crête tibiale. L'orifice de sortie est plus inférieur, il est situé à la face postérieure à cinq travers de doigt au-dessous du plateau tibial et deux travers de doigt dedans de la ligne médiane. Il n'y a pas de voussure. En palpant la région on trouve un thrill caractéristique, surtout marqué à la partie inférieure du creux poplité. L'auscultation fait entendre un souffle rude à renforcement systolique qui se propage jusqu'à l'arcade de Fallope en haut et jusqu'au tendon d'Achille en bas. Le pouls est perceptible en dessous sur la tibiale postérieure, mais il est affaibli. Il n'existe ni œdème de la jambe, ni troubles trophiques, ni dilatation veineuse. Il n'y a pas à proprement parler de douleur, mais plutôt une gêne surtout manquée pendant la marche. La pression artérielle prise avec l'oscillomètre de Pachon indique 13-7-5 pour le membre supérieur et pour le membre inférieur, à gauche 15,5-7 alors qu'à droite, côté malade, elle est seulement de 8-4. Les réflexes tendineux sont normaux. Il

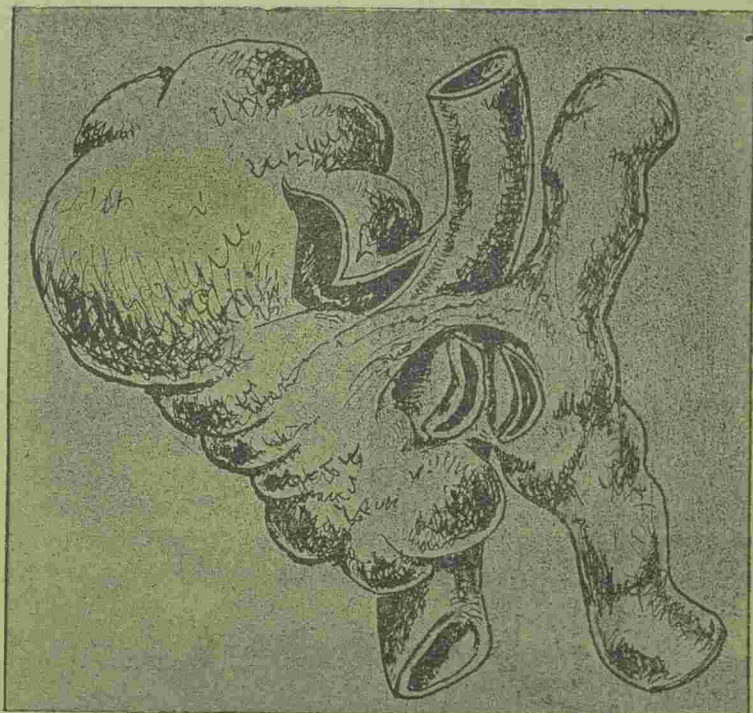
(1) P. Delbet et P. Mocquot : « Maladies des Artères » in Nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, XI, p. 299.



existe un léger degré de chute du pied et une zone d'hypoesthésie à la face antéro-externe de la jambe droite.

L'examen somatique ne révèle rien d'anormal, l'auscultation du cœur ne montre aucune modification. Le malade est pâle, son teint est anémié, il est vrai qu'il vient d'avoir des accès de paludisme.

On propose au malade une intervention qu'il accepte, elle est faite le 13 janvier sous anesthésie à l'éther. Incision sur la ligne médiane au niveau du creux poplité et sur 25 centimètres de longueur, découvrant largement les vaisseaux. Un fil de catgut, non serré, est placé sur l'artère à la partie supérieure du creux poplité. La veine poplitée est très dilatée, elle a le volume du pouce. On fait une dissection soigneuse et l'on pratique la quadruple ligature avec ablation de la poche. Celle-ci est bas située sur la moitié inférieure de l'artère poplitée, avant sa bifurcation.



On peut voir sur le dessin ci-dessus qu'il existe une communication entre les deux vaisseaux et une véritable varice artérielle. Nous devons ce dessin, fait d'après la pièce, à l'amabilité du docteur Blanc, que nous tenons à remercier ici. Il y a en somme un véritable anévrysme artériel et

une communication entre l'artère et la veine, ce qui donne à l'anévrisme son caractère artério-veineux.

Les suites opératoires ont été excellentes. Réunion par première intention. Le malade se lève au quinzième jour. Il tire encore légèrement la jambe, mais il ne souffre plus et n'a pas cette sensation de gêne et de tension qu'il accusait avant l'intervention. Actuellement la marche est redevenue normale sans grande gêne. Il n'y a d'œdème du membre inférieur, pas de varicosités. La tension artérielle au Pachon est à la jambe de 10-6 à droite, pour 15,5-8 à gauche. Il persiste une zone d'anesthésie réduite à une surface triangulaire située en dessous de la malléole externe droite.

Nous avons donc fait l'extirpation et la quadruple ligature. Analysant dans le Journal de Chirurgie d'août 1914 une observation d'anévrisme artério-veineux publié par l'un de nous, Lenormant écrivait : « Si la réconstitution des vaisseaux blessés par la suture artérielle constitue le traitement idéal de l'anévrisme artério-veineux, il n'en reste pas moins que l'extirpation avec quadruple ligature donne, elle aussi, de très beaux succès ».(1)

Pendant la guerre on a vu de nombreux anévrismes artério-veineux. Les Bulletins de la Société de Chirurgie en signalent fréquemment et, malgré tout ce qui avait été dit sur les méthodes conservatrices, sur ce traitement idéal, c'est à l'extirpation et à la quadruple ligature que les auteurs ont généralement demandé la guérison de leurs malades. Grégoire, faisant le total des cas d'anévrismes artério-veineux présentés à la Société de Chirurgie ne trouve que neuf interventions conservatrices pour 91 cas (2). Soubotitch (3) en 1916, dans la même enceinte, avait défendu les opérations conservatrices, en particulier l'opération de Matas, mais, Monod et Quénu (4) ont fait observer les dangers de cette thérapeutique, les récurrences possibles, donnant leurs préférences à l'extirpation. Déjà en 1915, P. Duval (5), Auvray (6),

(1) Journal de Chirurgie, XIII, p. 179.

(2) Grégoire : Anevrismes artério-veineux et suture artérielle, Soc. de Chir. in Bull. et Mém., 5 mars 1919, p. 407.

(3) Soubotitch : Quelques considérations sur les anévrismes traumatiques, Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 16 février 1916, p. 361.

(4) Id., p. 437-443.

(5) P. Duval : A propos de dix-huit anévrismes traumatiques opérés, Soc. de Chir., 17 février 1915, in Bull. et Mém. 1915, p. 460.

(6) Auvray : Quinze anévrismes traumatiques opérés, Soc. de Chir. 14 avril 1915, in Bull. et Mém. 1915, p. 851.

Le Jemtel (1), Le Moniet (2) avaient fait ressortir l'impossibilité souvent du traitement conservateur et les bons résultats de la quadruple ligature suivie de l'extirpation de la poche. Egale-ment C. L. Callender (3) analysant dans un gros travail 447 cas d'anévrisme artério-veineux montre qu'au point de vue théra-peutique l'extirpation du sac donne 95,9 pour 100 de guérisons. Les opérations conservatrices sont souvent impossibles. Enfin Serafini de Turin (4) étudiant la valeur du traitement conserva-teur dans le cas particulier des anévrismes artério-veineux pop-lités conclut que « les résultats des opérations conservatrices, pour préférables qu'ils puissent être théoriquement, en particu-lier dans les anévrismes bas situés de la poplitée, ne peuvent encore être dits réellement supérieurs à ceux de l'extirpation ou de la ligature ». Sencert (5) préconise lui aussi l'extirpation, c'est « le traitement de choix des anévrismes artério-veineux poplités ».

Tous les auteurs insistent sur l'utilité de se donner beaucoup de jour, il faut de longues incisions pour parer à toute éven-tualité. Il est bon de mettre un fil d'attente sur l'artère au-dessus de la lésion et il y a lieu justement de mettre ce fil haut pour être à l'abri de l'accident qui pourrait arriver sur ces vaisseaux à parois friables, c'est-à-dire leur section au contact du fil. De semblables ennuis ont été signalés.

Rappelons en terminant la latence bien connue des anévrismes artério-veineux, ils évoluent souvent sans grande sympto-matologie et sans troubles notables pour l'économie. Mais il ne faudrait pas conclure à la non opportunité du traitement car « ils déterminent tôt ou tard des troubles trophiques et des douleurs intolérables ». (6)

(1) Le Jemtel : Dix-huit anévrismes traumatiques opérés, Soc. de Chir., 17 nov. 1915, in Bull. et Mem. 1915, p. 2168.

(2) Le Moniet : Quelques remarques à propos de quinze anévrismes traumatiques opérés, Soc. de Chir., 5 janvier 1916, in Bull. et Mem. 1916, p. 34.

(3) Callender : The Johns Hopkins Hospital Report, t. XIX, 1920, p. 259 à 858.

(4) Serafini : Archivio Italiano di Chirurgia, t. I, fas. 2-3, décembre 1919.

(5) Sencert : Les blessures des vaisseaux 1917, collection Horizon, p. 216.

(6) P. Delbet et R. Mocquot, loco. cit. p. 300.



## BOUE CALCULEUSE DE LA VESSIE

### REMARQUES SUR SON DIAGNOSTIC

par M. Robert DÉTEUIL

---

Nous voudrions attirer l'attention sur la fréquence, en Tunisie, d'une forme de lithiase vésicale à laquelle on ne pense pas assez, et qui donne lieu, de la part de confrères qui doivent être expérimentés, à des erreurs importantes. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de poser un diagnostic de lithiase vésicale qui ne permettait pas au chirurgien de retirer de cette vessie un vrai calcul entier. Le chirurgien ne trouve rien. Mais il constate tout de même qu'une matière en partie calcaire, adhérente, revêt presque entièrement la muqueuse; une boue épaisse, plus ou moins granuleuse, s'attache à la paroi, et l'on peut la retirer en raclant avec le doigt ou une curette.

Il y a quelques mois nous avons examiné un malade israélite, d'une quarantaine d'années, qui présentait les symptômes cliniques d'un calcul de la vessie. Il n'avait jamais eu de coliques néphrétiques et ne présentait ni rétrécissements, ni grosse prostate. Un médecin avait nié énergiquement toute lithiase, et pensant vraisemblablement à la tuberculose, avait fait à ce malade des instillations d'huile goménolée. Il suivait un régime à cause d'une grosse quantité d'albumine. Cet homme n'avait aucune lésion clinique de tuberculose; c'était un calculeux et le dépôt purulent de ses urines était en grande partie formé de sels calcaires. Les dernières gouttes d'urine étaient blanches, crayeuses. Je lui passais une sonde à bécuille en gomme n° 18 qui força très malaisément le sphincter. Je n'eus absolument aucune sensation. Ayant introduit de l'eau dans la vessie, je ne fis qu'expulser par la sonde un liquide qui resta continuellement blanc crayeux. Mais en retirant attentivement cette sonde de la vessie presque vidée, je perçus dans la région du col un raclement semblable à celui que vous donne un vieux rétrécissement. En regardant ma sonde, je vis les deux yeux bouchés par une sorte de magma blanchâtre, semi solide, et ayant étalé cela sur une gaze je pus constater un certain nombre de fins graviers calcaires ayant une légère odeur de goménol et surtout d'ammoniaque.



Si je donne ces détails c'est qu'ils ont, ce me semble, une certaine valeur diagnostique. Je cystoscopais avec difficulté ce malade quelques jours après. La vessie était tapissée de fines colonnettes et de cellules, et presque entièrement blanche sur sa face inférieure du fait d'une épaisse couche calcaire. Un certain nombre de graviers calcaires parsemaient le trigone, de la grosseur d'un pois. En arrière de l'orifice urétéral droit, un calcul léger, blanc jaunâtre, comme une grosse noisette déchi-quetée, flottait en partie avec élégance dans le liquide vésical. Nous le touchâmes malgré nous avec le cystoscope et il se brisa avec une extrême facilité. De sorte que le fond de la vessie avait l'aspect qu'elle offre après la lithotritie d'un gros calcul. Nous nous rendîmes compte que tous ces petits calculs se brisaient et se réduisaient en poussière avec une inimaginable fragilité, si bien que l'urine devint boueuse. Nous lavâmes cette vessie ; mais la seringue soulevait là dedans des nuages de boue épaisse ; nous lavâmes plus de trente fois, très incomplètement.

Nous revîmes le malade huit jours après et nous lavâmes à nouveau sa vessie un très grand nombre de fois. Nous eûmes enfin une vision claire, et nous nous rendîmes compte que la cystite, très améliorée au point de vue calcaire, présentait tout autant qu'avant des néoformations ulcéro-membraneuses et polypeuses. Quinze jours après il y avait autant de boue calcaire qu'auparavant.

Une cystostomie, après la sonde à demeure, fut proposée et refusée par le malade.

Un homme qui présentait de la boue calculeuse fut observé par nous en décembre 1919 à l'Hôpital Civil dans le service du docteur Bouquet. D'environ 40 ans, il avait un urètre infranchissable, et on lui avait fait quelques années auparavant une périnéostomie afin de réparer son canal. Il pissait par cette fistule urétro-vésicale. Nous vîmes sa vessie rattatinée et presque inexistante au cystoscope à vision directe de Luys. Elle présentait sur toute sa surface extrêmement inégale un épais enduit de calcaire visqueux, très blanc, très adhérent, et dont l'aspect chaotique aux alentours du sphincter vésical, chagriné et ondulé comme un limon nouveau dans les profondeurs du trigone, enfin absolument uni et dessinant comme un sable très

fin les colonnes vésicales, au sommet et sur les côtés, était extraordinaire et donnait l'impression stéréoscopique d'un glacier avec ses crevasses, ses moraines, ses blocs erratiques... En retirant le tube de Luys on ramenait une certaine quantité de boue crayeuse et de débris calcaires.

Nous avons examiné à l'hôpital Sadiki un arabe qui présentait une cicatrice de taille hypogastrique, et aussi les symptômes d'une récurrence calculeuse. Mais la sonde et l'explorateur ne permettaient absolument pas de déceler le moindre frottement calculeux, le choc le plus doux. Nous cystoscopâmes ce malade, et lavâmes avec extrêmement de douceur son intolérante vessie, parsemée de lésions de cystite ulcéreuse et incrustée; mais pas le moindre calcul. Par contre une boue épaisse, grise et sale, recouvrait le trigone, soulevée en nuages lourds par le cystoscope. En examinant l'ancienne cicatrice opératoire, nous vîmes suspendue à cette cicatrice comme un lustre au plafond, toute une construction légère de calculs friables, crêmeux, extrêmement fragiles, dont la nature calcaire était démontrée par le choc démolisseur du cystoscope, différenciant ces calculs d'un gros œdème bulleux.

À l'ouverture de la vessie on ne trouva rien, si ce n'est une boue calcaire mélangée de fausses membranes.

Nous connaissons tous ces boues calculeuses épaisses, qui emplissent les bas-fonds rétentionnistes des prostatiques infectés. Si nous avons la patience de laver ces vessies, et il faut pour cela plusieurs longues séances, nous arriverons à nettoyer entièrement la muqueuse, et la vessie apparaîtra presque normale, débarrassée entièrement de tout débris calcaire. À peine une légère congestion. Il n'y a pas ici de cystite. Si nous examinons au contraire, les cas de boue calculeuse dont nous donnons l'observation, nous remarquons qu'ils sont tous atteints de cystite, une cystite assez intense ulcéreuse, pseudomembraneuse, chagrinée, toujours végétante et plus ou moins incrustée.

Il se dégage toujours une très forte odeur d'ammoniaque; dans les derniers cas c'était presque de la *cystite putride* avec dégagement de gaz. Dans notre premier cas ce qui épouvanta le malade et le conduisit chez moi c'était de la pneumaturie. Il eut été intéressant de rechercher par la culture la flore microbienne, certainement riche en anaérobies.

Si dans les premiers cas le diagnostic avec la sonde à bécuille est aisé et ne permet point d'hésiter, dans le troisième cas le secours du cystoscope est précieux.

Avons-nous vraiment affaire à de la lithiase ?

Nous pensons que non, et qu'il s'agit ici d'une *forme particulière de cystite qui ne serait pas seulement incrustée mais boueuse*.

Nous ne sommes pas en présence de calculs extrêmement friables qui se réduisent en poussière au moindre choc. Le cystoscope nous montre qu'à côté de ces calculs friables il y a une masse boueuse primitive qui se dépose directement sous cette forme.

En est-il ainsi à cause de nombreux anaérobies qui augmentent la décomposition ammoniacale ? Nous ne sommes pas aussi en présence de cystite incrustée banale. Il y a nous semble-t-il quelque chose de plus ; il y a une infection à anaérobies avec parfois aspect putride et pneumaturie ; il y a de la cystite plus ou moins végétante ; il y a de la boue calcaire.

Il nous a semblé enfin que plus la décomposition ammoniacale des urines était grande, plus cette boue était considérable et épaisse.

Il arrive pourtant un moment où cette boue doit se concrétionner, et il se produit alors *l'incrustation totale* de la muqueuse vésicale, signalée par d'Hœnens, Legueu, Rafin.

Il en existe à l'hôpital Sadiki un fort beau cas. C'est le moule de toute une vessie, atteignant le volume d'un gros poing ; incrustation phosphatique enlevée par taille hypogastrique.

Quelle est l'origine de la cystite primitive ? Peut-être faut-il faire une part à la cystite chronique blénnorragique dont nous connaissons les néoformations chagrinées, polypeuses, cérébri-formes...

Quel peut être le traitement de la boue calculeuse ?

Nous n'avons pas eu l'occasion d'appliquer nos idées à ce sujet.

Il ne faut point songer à laver ces cystites à la seringue. La sonde à demeure constamment bouchée s'incruste trop vite. La taille hypogastrique s'impose. Il nous semble qu'il y a nécessité à la faire suivre d'un curage à la compresse ; et si la cystos-

copie a révélé des surfaces importantes d'incrustations, et de la cystite végétante, il faut en faire le curetage à la curette tranchante préconisé par Marion et François.

Les Américains semblent remettre en honneur l'irrigation continue au sérum chaud de la vessie. C'est là un procédé de premier ordre de désinfection vésicale, et dans les cas de cystite putride qui nous occupent l'irrigation continue ferait merveille.

Plus tard quand la vessie sera refermée il sera peut-être bon de vérifier à nouveau par le cystoscope, l'intégrité de la muqueuse, et ici, le curetage électrique par la haute fréquence comme l'a fait Heitz-Boyer est certainement une excellente méthode de vérification.

---

## RADIOGRAPHIE DU REIN PAR LE PROCÉDÉ CARELLI

par le D<sup>r</sup> A. JAUBERT DE BEAUJEU

---

Le 22 novembre 1921 le Docteur *Carelli*, de Buenos-Ayres, faisait à la Société d'Electrothérapie à Paris une conférence sur « Le Pnéumo-péritoine, son insuffisance pour le rein normal et sur un procédé personnel pour voir le rein sans le pneumo-péritoine ».

Dès que j'ai eu connaissance de ce nouveau procédé, frappé de sa simplicité et des résultats intéressants obtenus, j'ai demandé aux chirurgiens et médecins que cela pouvait intéresser, de bien vouloir faire un essai. L'occasion vient de se présenter pour un malade du Service du Docteur Bouquet à l'Hôpital Français.

Il s'agissait d'un malade dont le rein saignait.

La radiographie avait été négative au point de vue calculose.

J'ai proposé d'employer la méthode Carelli pour tâcher de préciser le diagnostic :

« Ce procédé consiste à créer autour du rein dans l'atmosphère adipeuse un emphysème artificiel qui détermine sur la plaque un contraste tranché entre l'organe qui donne une image blanche et la capsule périrénale qui transparait en une image noire ».

La technique est des plus simples :



Après avoir repéré l'apophyse transverse de la 2<sup>e</sup> vertèbre lombaire on enfonce directement sur elle une aiguille à ponction lombaire jusqu'au contact de l'os. On fait alors basculer légèrement l'aiguille en dirigeant obliquement la pointe en haut et en avant de manière à raser le bord supérieur de l'apophyse



et on l'enfonce de 1 cm environ. On doit alors être dans le tissu adipeux périrénal. On relie l'aiguille à l'un des deux vases communicants préparés d'avance dont l'un est rempli d'oxygène et l'autre d'eau.

A l'aide d'une soufflerie de thermo-cautère on fait passer l'eau dans le vase contenant l'oxygène. L'oxygène est refoulé dans le tissu périrénal qu'il remplit peu à peu.

On injecte entre 300 et 400 centimètres cubes de gaz.

Un contrôle radioscopique intermittent permet de suivre l'opération et de l'arrêter lorsque le rein est bien visible.

On retire l'aiguille et une goutte de collodion recouvre l'orifice minuscule.

On prend alors une épreuve.

Au lieu d'oxygène on peut employer l'acide carbonique qui se résorbe un peu trop rapidement.

Il y a lieu d'adjoindre un oscillomètre sur la tubulure amenant le gaz, ce petit appareil permet de constater une série d'oscillations dues aux différences de pression provoquées par les mouvements respiratoires dans la masse adipeuse : c'est pour Carelli un indice certain de pénétration dans la loge à injecter.

C'est la technique que nous avons suivie, aidé par M. Delamare, interne du Service et nous avons obtenu l'épreuve ci-jointe.

Le rein est entièrement visible, ses contours sont nets, il est de grandeur moyenne, il semble n'y avoir rien d'anormal.

La petite opération a été des plus simples et sans incidents, le malade a accusé une très légère sensation de tension locale.

Il a pu marcher de suite après et venir à mon domicile deux heures après où j'ai fait une nouvelle épreuve.

Il semble que l'on ait dans la méthode de Carelli un nouveau procédé de diagnostic rénal à la fois inoffensif et précis, c'est pour cela que j'ai tenu à vous le présenter.

### Bibliographie

1. Bulletin de la Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie, nov. 1921.
2. Bulletin de la Société de Radiologie Médicale de France, déc. 1921.
3. Delherm et Morel Kahn : L'emphysème-rénal « Pneumo-rein ». L'Hôpital, janv. 1922.



## TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 20 Janvier 1922

Présidence du D<sup>r</sup> BOUQUET, *président*

Sont présents : MM. les DD<sup>rs</sup> Spezzafumo, Cassuto, Benmussa, Lemanski, Naamé, Lançon, Ortona, Comte, Lauriol, G. Levi, Bendon, Jaubert, Henry, Scialom, Masselot, Braquehay, Domela et Soria.

[X]

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

[X]

**Admission :** M. le D<sup>r</sup> GEORGES PERRIN est élu membre correspondant de la Société, à l'unanimité.

[X]

### Présentations de malades

D<sup>r</sup> LANÇON présente un malade atteint de **cardiopathie mitro-aortique** soumis avec succès à la médication mercurielle.

L'observation du malade paraîtra dans un des prochains numéros de la Revue.

[X]

### Discussion :

Le D<sup>r</sup> Lemanski fait remarquer que le souffle que l'on entend au bord droit du sternum indique une lésion ancienne. Actuellement il est reconnu que toutes les aortites sont syphilitiques. Quant à leur traitement, on a abandonné les arsenicaux. Le D<sup>r</sup> Lemanski conseille la plus grande prudence dans l'emploi du cyanure.

Le D<sup>r</sup> Masselot, au point de vue clinique, ne retient de l'observation du D<sup>r</sup> Lançon que l'apparition brusque de l'insuffisance du ventricule gauche. Celle-ci ne se présente toujours pas de cette façon. L'insuffisance aiguë s'accompagne d'un syndrome douloureux et très grave. Le malade a pu ne pas s'en apercevoir au début et ne s'aliter qu'au moment où elle a atteint un certain degré de gravité.

Pour la question du traitement, j'ai des observations et je ne me suis pas encore fait une opinion bien nette, dit le D<sup>r</sup> Masselot. C'est surtout la tolérance aux arsenobenzols qui m'occupe. J'ai été très prudent et mes malades ont parfaitement supporté jusqu'aux doses de 90 de néo. Le D<sup>r</sup> Jamin connaît un de mes malades atteint d'un anévrysme de l'aorte qui a supporté deux séries de néo, allant jusqu'à 90 et cela sans aucune réaction.

Personnellement j'ai très peur du cyanure parce qu'on n'est jamais sûr

du terrain sur lequel on opère. J'ai eu un cas d'un individu paraissant tout à fait sain qui à la quatrième injection de cyanure a fait brusquement une insuffisance aiguë du foie qui le tua en 48 heures. D'autre part j'ai observé trop fréquemment des stomatites et des diarrhées sanguinolentes.

D<sup>r</sup> Jamin : On peut faire supporter des doses énormes de neo aux aortiques. La crise nitritoïde s'accompagne d'un abaissement de la tension. Je pense qu'elle n'a pas plus de gravité chez les aortiques que chez les autres. Le résultat c'est qu'on a vu la péricardite et les douleurs recéder quand l'aortite est attaquée au début. On a vu aussi des phénomènes de réactivation qui cessent d'ailleurs à la fin du traitement.

Pour le cyanure je crois que c'est un médicament qui n'est pas dangereux. Abadie en a donné à ces malades jusqu'à 2, et 3 mois et journallement. On lui reproche la stomatite et la diarrhée. Pour empêcher la diarrhée il suffit de donner un centigr. d'opium en même temps que la piqûre. Je crois que c'est un médicament tout à fait indiqué dans les aortites et je n'ai jamais vu d'accidents.

Le D<sup>r</sup> Lançon répond en bloc aux observations de ses confrères : Pour la question clinique, je ne peux pas évidemment affirmer la brusque insuffisance du myocarde. Le malade s'est alité du jour au lendemain, sans seulement pouvoir bouger. Je ne fais que présumer, je n'affirme pas.

Pour le cyanure, j'en ai fait beaucoup, j'ai toujours observé une polyurie abondante au début de la médication,

Avec le néo, je n'ai vu qu'un seul accident il s'agissait d'une réactivation d'angine de poitrine coronarienne.

Le D<sup>r</sup> Lemanski cite un cas d'hématurie grave et mort après une série d'injections intraveineuses de cyanure au millième.

Le D<sup>r</sup> Ortona : On n'a pas parlé encore du simple biiodure qui n'a pas donné d'accidents et qui a souvent de bons résultats. Pour ma part, je commence par cette médication inoffensive et je ne recours aux médications héroïques que si je n'ai pas de résultats. Le biiodure me sert encore à tâter le terrain.

Le D<sup>r</sup> Jamin pense qu'on ne peut pas dire d'une façon générale que le biiodure est moins plus inoffensif que le cyanure. D'autre part peut-on dire qu'on puisse tâter un terrain avec le biiodure ?

Le D<sup>r</sup> Ortona pense que oui parce que l'on fait le biiodure intramusculaire et que faisant le cyanure intraveineux son action est évidemment beaucoup plus rapide.

Le D<sup>r</sup> Lançon : En injection intra musculaire le biiodure est plus toxique que le cyanure.

X|

#### Epithélioma de la face guéri par l'opothérapie

Le D<sup>r</sup> NAAMÉ présente à la Société une malade qui a été atteinte d'un epithelioma de l'angle oculo-nasal. Diagnostic confirmé par l'Institut Pasteur, epithelioma pavimenteux lobulé. Cette malade est présentée comme guérie par des extraits des glandes endocrines : opothérapie thyro-ovarienne.



L'importance de ce fait clinique serait telle que pour entraîner la conviction des membres présents, il serait nécessaire que le Dr Naamé publie ultérieurement des faits semblables bien établis et scientifiquement contrôlés. Les médecins ou chirurgiens des hôpitaux mettent à la disposition du Dr Naamé tous leurs malades atteints de cancers inopérables.

[X]

**Volumineux polype sphacélé de l'utérus ayant amené une fistule urethro-vaginale par compression**

par le Docteur BRAQUEHAYE

Le 9 janvier 1922 se présentait à la consultation de l'hôpital Sadiki la nommée Henifa D..., âgée de 40 ans environ, avec le diagnostic de cancer de l'utérus.

Cette femme, par suite d'hémorragies continues, était dans un état d'anémie extrême. A l'examen, le vagin est rempli par une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, de consistance fibreuse et en voie de sphacèle. Cette tumeur macère dans un liquide fétide, d'odeur ammoniacale. Bien que, par le toucher, je n'arrive pas à sentir le col utérin qui est repoussé très haut dans l'abdomen, je porte le diagnostic de polype fibreux utérin en voie de sphacèle, car la tumeur tourne facilement sur elle-même, comme autour d'un pédicule.

La malade est opérée le 11 janvier sous anesthésie à l'éther. Après quelques tours de torsion, le pédicule se rompt, mais il est nécessaire de pratiquer un véritable accouchement pour faire sortir le polype du vagin.

En introduisant la main entière dans le vagin, je sens le col utérin, volumineux, très dilaté à 15 cent. environ. Le polype s'insérait sur la lèvre antérieure par un pédicule mince mesurant à peine un centimètre de diamètre. Ecouvillonnage de la cavité utérine, cautérisation à la teinture d'iode, tamponnement avec un mèche de gaze iodoformée.

En déprimant les parois vaginales avec un écarteur, je constatai en avant, au niveau du pubis, une fistule à bord bourgeonnant du diamètre d'un pois, faisant communiquer l'urèthre à 3-4 centimètres du méat avec le vagin. La pression de la tumeur sur le pubis a été cause de cette complication.

Les suites opératoires ont été simples et la malade est en bonne voie de guérison.

La fistule urethro-vaginale, située bien au-dessous du sphincter, ne gêne pas la malade.

Cette observation m'a paru intéressante à vous rapporter à cause du volume de la tumeur, mais surtout à cause de la fistule urethro-vaginale qui est une complication rare des polypes utérins.

[X]

**Phréno-nevrose**

Le Dr MINGUET présente le même malade atteint de phréno-nevrose guéri. La suite de l'observation et le traitement ont confirmé son diagnostic. L'observation complète a paru dans le n° de janvier de la Revue page 19.

Le D<sup>r</sup> Augé présente la pièce d'opération de l'anévrysme artéroso-veineux présenté à la dernière séance. L'observation complète du cas est publiée dans ce même numéro, page 46.

## Séance du 3 Février 1921

Présidence du D<sup>r</sup> BOUQUET, *président*

*Sont présents* : MM. les DD<sup>rs</sup> Spezzafumo, Cassuto, Benmussa, Braquehay, Jaubert de Beaujeu, Ortona, Cortesi, Scialom, Soria, Hayat, Lauriol, Augé, Masselot, Lemanski, Comte, Henry, Jamin, Salvo, Nunez, Moschiano.

[X]

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

[X]

### Communications du Bureau

#### Bibliothèque

Le Président communique une lettre du D<sup>r</sup> Henry relative à la réorganisation de la Bibliothèque de la Société. Au reçu de cette lettre le Bureau de la Société a pensé qu'il serait utile de grouper à la Bibliothèque du Souk el Attarine avec tous les livres de médecine y existants, le fonds de livres qui appartiennent à la Société. Des démarches ont été faites auprès du Bibliothécaire qui a promis de prendre pour le corps médical des dispositions très avantageuses.

Après échanges de vues les propositions suivantes présentées par le Bureau sont votées à l'unanimité.

1<sup>o</sup> La Société fait don à la Bibliothèque de Souk el Attarine du fonds de bibliothèque lui appartenant ;

2<sup>o</sup> Ce fonds sera groupé à part dans des rayons spéciaux ;

3<sup>o</sup> Une salle de lecture particulière sera réservée au corps médical ;

4<sup>o</sup> Les livres de la Bibliothèque médicale ne pourront être prêtés qu'aux médecins.

[X]

### Présentations de malades et de pièces

#### Radiographies d'estomacs pathologiques

Le D<sup>r</sup> JAUBERT DE BEAUJEU présente trois radiographies d'estomacs pathologiques :

1<sup>o</sup> Une image diverticulaire niche de Haoudek ;

2<sup>o</sup> Un ulcère circulaire du pylore ;

3<sup>o</sup> Une infiltration totale néoplasique de l'estomac.

Le D<sup>r</sup> Lemanski signale à ce propos la rareté des images en sablier.

Le Dr *Braquehaya* cite un cas où à la radio l'estomac se présentait en sablier. A la laparotomie, il constata un estomac de forme très normale : il s'agissait de spasme.

X

#### Réfection de la joue par la méthode de Moure

Le Dr *Lauriol* présente au nom du Dr Brun un malade sur lequel est tentée la réfection] de la joue gauche par la greffe d'un lambeau du cuir chevelu basculé de façon à rester irrigué par l'artère temporale. Le malade est présenté après ce premier temps de l'intervention.

X

### Communications

Le Dr *Jamin* signale comme toxique la série **13891** de Novarsenobenzol Billon. D'autre part la série **12944** a été signalée comme toxique à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie (23 juin 1921).

X

#### De la nécessité d'un Bulletin d'Informations Médicales

par le Docteur Ch. COMTE

Le Dr COMTE fait l'historique de diverses épidémies qui ont sévi en Tunisie; il montre que la politique du silence qui était en général de règle lors de toute éclosion de maladies contagieuses a eu les conséquences les plus fâcheuses.

Dès la moindre alerte, le corps médical en entier devrait en être prévenu sans retard. Dans ce but il y aurait à créer un bulletin d'informations médicales bien tenu à jour et établi grâce à la collaboration générale et active de tous les confrères.

La base même du bulletin serait les déclarations prescrites par les décrets; elles devraient être faites en toute sincérité avec tous les renseignements recueillis sur l'origine probable de ces maladies contagieuses.

En plus, les médecins pourraient souvent fournir des renseignements précieux sur l'état sanitaire des régions d'où viennent leurs clients. Ces informations seraient très utiles quand elles concerneraient les pays voisins de la Tunisie, ou en relation constante avec elle. On ne peut, en effet, compter sur les renseignements fournis officiellement en vertu des règlements internationaux, ils sont des plus incomplets et toujours très tardifs.

D'un intérêt général évident, ce bulletin d'informations médicales serait aussi une œuvre d'assistance mutuelle entre médecins qui se trouveraient ainsi souvent mis en garde contre certaines contagions qui ont fait déjà trop de victimes dans le corps médical : elle serait fort longue si on se donnait la peine à la dresser, la liste des médecins morts du Typhus en Tunisie, en Algérie et au Maroc, elle serait même incomplète car il fut un temps où un malade n'avait pas le droit d'avoir en Tunisie le Typhus et encore moins un médecin pouvait-il en mourir.

Ce bulletin aurait aussi un intérêt scientifique, il permettrait de suivre

l'évolution de certaines affections contagieuses et de découvrir leur véritable foyer d'origine où des mesures sévères de prophylaxie seraient à organiser.

×

Le Dr CONSTANT, de Vittel, communique la note suivante :

#### L'accès de goutte

Je lisais dans le numéro de la « Presse Médicale » du 14 décembre 1921, un article intitulé : *L'accès de goutte*, où l'auteur estime qu'il faut se garder de tout remède propre à diminuer l'intensité de l'accès et à en abrégier la durée.

Je ne suis pas de cet avis et je considère que cette expectative est une erreur et parfois un danger, 26 ans d'expérience m'ont confirmé dans ma résolution invariable et inébranlable d'abrégier et d'enrayer l'accès.

Pourquoi laisser souffrir un malade et surtout l'exposer à une répercussion dangereuse sur un organe essentiel (cœur, etc...) ? Je connais un cas où cette méthode eut de fâcheux résultats.

D'autre part, il est bien établi, qu'au cours de l'accès de goutte, une décharge urique abondante se produit. Le principal souci du médecin doit être de ne pas entraver cette élimination. La colchique est-elle susceptible de troubler cette décharge ? Non.

Je prescris généralement la colchicine ; j'ai fait de nombreuses analyses au cours d'accès de goutte, les malades étant sous l'influence de cette médication, l'élimination urique n'était pas arrêtée.

J'ai même employé la colchicine chez des goutteux atteints de néphrite (5 gr. d'albumine par litre) évidemment avec précaution et à doses fragmentées et cela sans aucun incident.

Je n'en dirai pas autant de la morphine, qui doit être formellement condamnée et arrête l'excrétion urique.

En résumé, au début d'un accès, ne pas hésiter à employer la colchique, même à doses élevées, tout en surveillant les reins.

×

L'ordre du jour appelle ensuite la suite de la discussion générale sur le Paludisme.

Successivement les DD<sup>rs</sup> Scialom, Spezzafumo et Ortona lisent de fort intéressantes communications qui seront publiées avec les précédents travaux sur le Paludisme.







LE MÉDECIN DANS LA RUE

---

C'est bien, en effet, la place occupée habituellement par l'homme de l'art, chargé de rétablir la santé du valétudinaire qui gémit sur sa couche. Le thérapeute base sa médication sur les observations sagaces et minutieuses que lui fournit l'examen approfondi du sujet qui est confié à ses soins. Les qualités principales de discernement, d'esprit de décision, d'ordre, de méthode, de bon sens même, vont s'exercer en leur entier en présence de la maladie et du malade. Le vrai médecin se révélera et s'affirmera dans toute son autorité et dans toute sa maîtrise justement dans cette ruelle, au chevet, près du lit du fébricitant ou de l'œgrotant. C'est au lit du malade, dans la ruelle que l'expérience véritable s'acquiert et que se juge la valeur des théories et des doctrines. Le professeur et les livres demeurent dans les Universités et les bibliothèques, le clinicien n'a plus à compter que sur lui-même et son propre fonds. Ses résolutions auront une importance de premier ordre tant au point de vue scientifique et médical pur, qu'au point de vue de la probité professionnelle. Là, seul, il devra établir un bon diagnostic, préciser un pronostic sincère et judicieux, formuler nettement un traitement approprié. Il se trouvera dans la nécessité de choisir entre différents procédés de guérison.

L'hésitation, l'indécision trop persistantes ne sont pas permises et deviendraient coupables et dangereuses. Il faut donc savoir résolument choisir et adopter des procédés thérapeutiques éprouvés et dans lesquels on a confiance.

C'est bien là le champ d'action de la clinique. Le *médecin est souvent dans la ruelle* ! Nous verrons, si le lecteur veut bien nous suivre, quelles sont ses pensées et l'orientation de ses méditations dans ces conjonctures et ces occurrences.

×

La Société de Sciences Médicales a mis, comme on le sait, à son ordre du jour, la question très importante, dans ces pays, de la thérapeutique du paludisme. Ce fut une occasion très instructive d'entendre d'excellentes communications. Le docteur Masselot lut un travail très complet et très étudié sur la malaria aiguë fébrile, dans lequel il exposait des vues personnelles, basées sur une expérience hospitalière très documentée. Il précisa des règles diagnostiques et thérapeutiques de grande valeur pratique.

Ses notations sur la splénomégalie, sur la posologie et le choix du sel de quinine, son mode d'administration, les doses d'entretien constituent une très précieuse ligne de conduite dont profiteront grandement tous les praticiens.

L'entente ne s'est pas, cependant, complètement faite sur le point précis des doses de quinine à employer et sur le mode d'introduction.

Le Dr Masselot est partisan, à juste titre, des doses fortes, et on ne saurait lui en faire un grief. Il préconise 2 grammes, *pro die*, de formiate de quinine, en injections intramusculaires, et recommande, pendant quelques jours, des doses d'entretien égales, auxquelles feront suite les injections intramusculaires d'hectine à 0 gr. 20 quotidiennes.

D'autres observateurs, MM. Spezafumo, Ortona, Naamé, Henry, Jamin, Cortesi, Lançon ont pris successivement la parole.

Les docteurs Spezafumo et Ortona ont rappelé les travaux remarquables de l'école italienne, à laquelle ils ont rendu un hommage très ému et justifié, et ils ont signalé les bons effets de la quinine employée à certains stades de la crise malarique, de la potion de Bacelli, et du sérum quinino-adréraliné.

Le Dr Naamé est le partisan enthousiaste de l'opothérapie, en général, et de l'administration de l'adrénaline, en particulier, dans le paludisme.

Le Dr Henry, quelque peu frondeur, à l'encontre des théories parasitaires, met en doute, avec l'école algérienne, la réalité du germe vivant du paludisme et bat en brèche la thérapeutique communément admise.

Le docteur Cortesi, en excellent praticien, expose les données de son expérience personnelle et indique les principales règles de traitement qui lui ont toujours réussi.

Le Dr Jamin parle de l'arsénobenzol en thérapeute averti et convaincu et démontre l'utilité des composés arsénicaux dans les fièvres quino-résistantes.

Le Dr Lançon montre l'importance de la rétention uréique dans le sang au cours du paludisme, à la suite des recherches personnelles qu'il a poursuivies.

×

Le médecin dans la ruelle, qui aura lu, écouté, médité ces observations et ces communications pense que certaines divergences ne sont qu'apparentes.

Les partisans des fortes doses ont raison parce que, sans conteste, ils ont eu à faire, surtout depuis cinq ou six ans, à du paludisme singulièrement grave et résistant, évoluant sur des sujets débilités.

La thérapeutique indispensable est celle qui a recours à l'administration de la quinine par la voie intramusculaire, à l'emploi de l'hectine,

succédant aux doses d'entretien de la quinine, accompagné de l'usage des produits opothérapiques, rate et foie, de la décoction de quinquina, et de l'hydrothérapie.

Je n'ai pas l'intention de recommander le *traitement passe-partout* qui est, absolument, contre l'esprit clinique. Il faut choisir, discerner, approprier à chaque cas, à chaque individu, tant au point de vue de la sélection des drogues que de leurs doses et de leur usage prolongé.

Parfois, même, dans certaines circonstances matérielles insurmontables, et surtout dans le cas de très grand éloignement du médecin, il sera opportun de savoir bien manier la quinine et ses adjuvants, *per os*.

×

Ce sera, là, le rôle du *médecin dans la ruelle* dont nous nous entretenons encore si vous le voulez bien, le mois prochain.

(D<sup>r</sup> Lemanski)



## NOTES THÉRAPEUTIQUES

par le Docteur CASSUTO

### Médications sympathicotonique et vagotonique

L'étude physiologique  
du sympathique a per-  
mis de rattacher à des  
troubles fonctionnels de

ce système nerveux un grand nombre de malaises plus ou moins bien définis que l'on a nommés syndrome solaire (algies, nérophagies, vertiges, nausées des ptoses), syndromes coliques des déséquilibres de l'intestin, battements aortiques épigastriques, tachycardies postprandiales et hypertyroïdisme. L'ésérine ou physostigmine, un des deux alcaloïdes de la fève de Calabar est le médicament spécifique de ces troubles sympathicotoniques comme l'atropine est le médicament de la vagotonie.

M. F. Moutier dans un article publié par le *Paris Médical* du 3 décembre 1921, conseille l'emploi du Salicylate d'Esérine par voie buccale à la dose progressivement atteinte en trois jours de 2 milligr. par 24 heures. Il est à noter que l'ésérine est le médicament des malaises et non de la douleur.

La toxicité de l'ésérine serait d'ailleurs moins grande qu'on ne le pense généralement. Surmont (*Echo Médical du Nord*, 24 décembre 1921) rapporte l'observation d'un ptosique à syndrome solaire qui par suite d'une erreur d'ordonnance absorba près de 15 milligr. de salicylate d'ésérine en trois jours sans en ressentir le moindre malaise.

Si l'ésérine est sympathicotonique, l'atropine paraît être un vagotonique de choix. La théorie hypervagotonique de l'asthénie (l'hypertonie du vague provoquant le spasme bronchique) conduit à conserver la première place à la belladone frénatrice du pneumogastrique et trouve sa confirmation dans les remarquables résultats fournis par ce médicament employé à dose suffisante et rapportés par Lian (*Presse Médicale*, 17 décembre 1921).

Certes, le véritable traitement d'urgence de la crise d'asthme déclanchée est l'injection de  $\frac{1}{2}$  à 1 milligr. de chlorhydrate d'adrénaline. Mais la belladone fournit des résultats supérieurs en ce sens qu'elle peut empêcher les crises de se produire.

Lian conseille d'administrer aux asthmatiques, après leurs crises et pendant plusieurs jours, jusqu'à mydriase persistante, trois pilules par jours à 1 clg d'extrait et de poudre de belladone, une au début du dîner, une deuxième vers 10 heures du soir et une troisième vers le matin. Cette médication instituée une semaine, puis suspendue quelques jours, doit être reprise de la même façon ou à doses moins fortes.



## La thérapeutique des Helminthiases d'après les travaux récents

Dans un article de mise à point de cette question publié par le Bulletin Médical du 26

novembre 1921, le docteur Ch. Joyeux envisage deux cas :

1° *Thérapeutique des parasites de l'intestin.* — L'auteur rappelle que le principe de la médication est de provoquer l'engourdissement du ver pour lui faire lâcher prise, puis de le balayer par un purgatif.

Parmi les nombreux antihelminthiques il en est un fort peu connu en France qui constitue le traitement de choix de l'ankylostome : c'est l'*Huile essentielle de Chénopode* qui s'administre en capsules contenant chacune 15 gouttes de produit (trois capsules pour un adulte, deux pour adolescent et une pour enfant de six à dix ans). Ces capsules sont données à une heure d'intervalle et suivies de l'administration d'un purgatif huileux.

Le *Thymol* est moins efficace : il peut s'administrer non seulement par la bouche mais en lavements, ce qui est précieux surtout pour le trichocéphale.

Pour les oxyures employer soit les lavements d'eau sucrée (4 morceaux pour 250 gr. d'eau) soit, d'après Lœper le carbonate de Bismuth à hautes doses.

2° *Les helminthes ne se trouvant pas dans le tube digestif* sont plus difficiles à atteindre : Contre la Bilharziose on a surtout conseillé l'*Emétique* en injections intra-veineuses contenant 1 cgr par centicube d'eau : on peut atteindre dix centigrammes par injection en commençant par des doses de 25 milligr. Mais l'emploi de ce médicament est délicat et non sans danger.

## La valeur du Luminal ou Gardénal dans le traitement de l'Epilepsie

M. L. Cheinisse revient sur cette question dans la Presse Médicale du 14 janvier 1922. La

Phényléthylmalonylurée dénommée *Luminal* en Allemagne et *Gardénal* en France, a été largement expérimentée depuis deux ans dans le traitement de l'épilepsie. Mais on est encore loin d'être définitivement fixé sur la valeur thérapeutique de ce produit. Le Gardénal exerce une action manifeste sur les crises convulsives mais il semble que son efficacité est plus nette dans les cas avec crises fréquentes, le Gardénal paraissant avoir moins d'influence sur les épilepsies à crises éloignées. Il convient de remarquer que le Gardénal « n'est pas un médicament curatif mais un suspensif. »

L'administration du Gardénal exige quelques précautions. Ce produit juggle les attaques épileptiques mais il opprime le jeu normal des cen-

tres nerveux : il frappe trop fort : à dose thérapeutique (20 centigr. en moyenne) il amène souvent un état de torpeur physique en même temps que l'activité cérébrale se rétrécit et que l'attention s'émousse. Cet effet néfaste sur l'activité physique est assez constant pour qu'on ait cherché à y remédier. On a conseillé d'associer au Gardénal la belladone et la caféine à petites doses.

Autre précaution : ne jamais suspendre brusquement l'emploi du Gardénal, mais progressivement : la suspension brusque du traitement pouvant déclancher des crises plus fréquentes et plus intenses.

A noter que si le Gardénal est efficace à l'égard du grand mal, il reste, par contre, sans effet sur le petit mal comital.



### **Médication antichoc par le sérum glycosé concentré**

M. Duhot, de Bruxelles conseille la méthode suivante pour éviter le choc novarsé-

nical. Fleig de Montpellier en avait eu en 1912 l'intuition première : Cette méthode consiste à injecter le novarsénobenzol dissous dans une solution glycosée à 50 p. 100. Voici la technique recommandée : dans une seringue de 20 cc. dissoudre le novar dans 2 cc. d'eau bi-distillée et remplir ensuite avec du sérum glycosé à 50 p. 100. Injection endo-veineuse de la solution ainsi obtenue. Plusieurs malades totalement intolérants aux injections intra-veineuses de novar ont supporté les mêmes arsénicaux en solution glycosée.



### **L'emploi des sels de Bismuth dans le traitement de la Syphilis**

Depuis plusieurs mois on expérimente dans le traitement de la syphilis les injections de sels

insolubles de bismuth (Trépol). L'action du Trépol sur les accidents primitifs et secondaires est très satisfaisante mais l'emploi de ce médicament présente quelques inconvénients qui ont été signalés par divers auteurs et dont les principaux sont : 1° la *Stomatite*, qui paraît assez fréquente (33 p. 100 d'après Cl. Simon), stomatite à sphacèle rapide avec salivation moindre que la stomatite mercurielle; 2° l'*albuminurie* en général passagère; 3° l'apparition fréquente sur la peau du visage et les muqueuses buccales de taches pigmentées ardoisées rappelant celles des addisonniens.

Ces divers inconvénients du traitement bismuthé semblent sinon supprimés du moins très nettement amoindris par l'emploi de sels solubles tartro-bismuthate de potassium et de sodium en solutions glucoso-phéni-

quées en injections intra-musculaires à la dose de 10 centigr. tous les deux jours. L'action de cette médication est identique à celle des sels insolubles et ne présenterait pas les mêmes inconvénients. (Soc. Fr. de Dermatologie et de Syphiligraphie, 12 janvier 1922).

~~~~~

**Nouvelles indications du chlorure
de calcium**

1° *Traitement de la
diarrhée chez les Tu-
berculeux.* — Plusieurs
auteurs (Bist, Amenille,

Mercklen) ont traité la diarrhée des tuberculeux par des injections intra-veineuses de 1 à 2 gr. de chlorure de calcium en solution à 50 p. 100. Ils en obtinrent des améliorations notables quelquefois même un arrêt définitif de la diarrhée. Les injections doivent être pratiquées tous les jours ou tous les deux jours. Le seul inconvénient signalé est un léger picotement à la langue et aux membres inférieurs, de très courte durée d'ailleurs.

2° *Action diurétique du CaCl_2 dans les hydropisies cardiaques.* — Employé dans les cas où le traitement usuel avait échoué, le CaCl_2 administré à doses assez fortes et progressives, de 4 à 10 gr. pro die, a produit une déshydratation rapide et intense. Le calcium élimine le sodium plus encore que le potassium et exerce ainsi une action diurétique des plus puissantes. Mais l'administration du chlorure de calcium ne doit pas être prolongée au-delà d'une période de cinq à six jours lorsqu'il ne produit pas de diurèse sans quoi il peut provoquer des troubles très graves : facies terreux, asthénie intense, anorexie complète qui disparaissent d'ailleurs par l'ingestion de chlorure de sodium. (Soc. Méd. des Hôp. 20 janvier 1922).

Par contre en injections intra-veineuses, de très petites doses suffisent. Singer a employé pro-die 1 centicube de solution à 10 p. 100 en combinant la médication calcique à la *digitale*. L'association de la digitale aux sels de calcium serait surtout indiquée dans les cas où la décompensation accentuée avec œdèmes et affaiblissement critique de l'activité cardiaque exige une action prompte, urgente. D'autre part les états de stase avec hypertension ainsi que les œdèmes dans les néphrites et chez les cardio-rénaux paraissent aussi justiciables de ce traitement combiné qui amène l'abaissement de la tension artérielle et tonifie le cœur.



ANALYSES DIVERSES

Premier cas de Kala-azar d'origine marocaine

Guérison par l'acétyl-amino-phényl stibinate de soude (stibényl)

par MM. KLIPPEL et MONNIER-VINARD

(Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 20 janvier 1921)

Ce cas de kalaazar était caractérisé essentiellement par des accès de fièvre, de la splénomégalie, de l'anémie, si bien qu'il fut longtemps considéré comme un cas de paludisme et traité comme tel.

Les auteurs insistent sur les caractères propres de la maladie qui permettent dans un cas comme celui-ci d'éliminer assez rapidement l'infection malarienne : tout d'abord l'absence constante d'hématozoaires dans le sang, et l'inefficacité absolue du traitement quinqué. Ce sont des signes négatifs importants. De plus la marche générale de la fièvre est différente de celle observée au cours du paludisme; les accès sont bi-quotidiens et même parfois tri-quotidiens, ce qui est assez spécial au kalaazar; de plus la courbe de température présente trois phases : une phase fébrile initiale, avec accès quotidiens ou bi-quotidiens durant plusieurs semaines; une accalmie thermique spontanée de deux à trois semaines; une reprise de la fièvre sous forme de plusieurs accès quotidiens.

Les modifications de la formule sanguine l'anémie, la leucopénie sont beaucoup plus marquées que dans le paludisme; de même l'augmentation du nombre des mononucléaires; de plus le kalaazar entraîne la disparition complète des éosinophiles, ce que ne produit pas le paludisme.

Tous ces signes sont des signes de présomption, seule la constatation des leishmanias permet d'affirmer le diagnostic. On a pu les trouver dans le sang; on les recherchera surtout par la ponction de la rate, qui, en suivant la technique indiquée par Nicolle, ne semble pas être un moyen d'exploration dangereux.

Dans le cas rapporté par les auteurs, la guérison complète a été obtenue avec des injections de stybényl : Ce médicament semble réaliser véritablement le traitement spécifique des leishmanioses. Jusqu'à ces dernières années le pronostic de la leishmaniose était extrêmement sombre et sa mortalité atteignait 96 p. 100. Depuis 1906, à la suite des travaux de Nicolle et Mesnil, on a utilisé avec succès le tartrate d'émétique dans le traitement des trypanosomiasés et des leishmaniosés, et Caronia et di Christiana ont guéri plusieurs cas de kalaazar infantile avec ce médicament. L'emploi du stibényl, composé organique d'antimoine, (acétyl-amino-phényl-stibinate de soude).

Dans le cas en question, les injections de stibenyl ont provoqué une chute rapide de la température, et la guérison complète en quatre mois; sans provoquer de réaction locale ou générale.

Chez cette malade, adulte de 25 ans, les auteurs ont fait une première série de six injections intraveineuses, à un jour d'intervalle, aux doses respectives de 5, 12, 20, 30, 20 et 12 centigrammes soit 99 cg. au total; puis sans arrêt, cinq injections à quatre jours d'intervalle, 1 gr. 20 au total; après un repos de trois semaines, le traitement a été repris à raison de une injection intraveineuse tous les quatre jours, 1 gr. 80 au total. Le traitement a été alors définitivement suspendu, les auteurs se guidant d'une part, sur la chute thermique, d'autre part, sur la formule sanguine redevenue normale. D'après eux les formules hémolencocytaires répétées sont le meilleur guide de la marche à suivre, et le traitement ne doit être interrompu que lorsque la formule sanguine se maintient normale.

M.B.R.

Œdème pesteux primitif aigu

par M. GABRIEL DELAMARE

(Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 20 janvier 1922)

Le malade en question fut amené à l'auteur avec le diagnostic de phlegmon axillaire. Il s'agissait en réalité d'un cas d'œdème primitif aigu séro-hémorragique et diffus du tissu sous cutané, survenu le deuxième jour d'une peste mortelle en quatre-vingts heures, sans autres localisations viscérales qu'un petit foyer congestif à la base pulmonaire droite. Dans la sérosité on isole le bacille de Yersin.

L'erreur de diagnostic était d'autant plus compréhensible qu'on admet généralement que la présence d'une adénopathie est indispensable pour porter le diagnostic de peste. Or la palpation la plus attentive des régions ganglionnaires ne permettait pas de sentir l'adénopathie, et à l'autopsie on ne trouva pas trace d'adénopathie superficielle ou profonde. Il semble donc qu'il se soit agi d'une septicémie pesteuse avec détermination conjonctive primaire.

Ce cas d'œdème pesteux sans adénopathie est à rapprocher des cas de peste avec bubons tardifs. Ils montrent qu'il faut abandonner l'idée de la quasi constance de l'adénopathie pesteuse primitive, dans les formes non typhoïdes et non pneumoniques. La peste est, comme les autres pasteurelloses, et quelques soient ses déterminations anomatiques, une septicémie hémorragique. L'existence de la bacillémie non agonique dans la peste pulmonaire et dans la peste bubonique est prouvée par des recherches de laboratoire d'auteurs divers. On peut ainsi admettre avec D... l'existence

anatomo-clinique de deux types principaux de septicémie pesteuse : le type sans localisation, peste cliniquement septicémique, ou mieux typhoïde; le type avec localisations : peste pneumonique, bubonique charbon, œdème pesteux.

M.B.R.

~~~~~  
Les Réactions Gastro-intestinales des troubles endocriniens

Faits expérimentaux et considérations Pathogéniques, par Maurice UZAN  
(Travail de l'Hôpital Saint-Michel)

(Journal de Médecine de Paris, 10 mars 1921, n° 7)

Les expérimentations doivent être de deux ordres :

1° Des expériences de suppression, d'exaltation, ou de modification de la fonction d'une glande close;

2° Des expériences d'injections d'extraits d'organes.

*Expérience de suppression de fonction.* — Les résultats les plus curieux ont été observés après l'ablation des surrénales. La suppression bilatérale entraîne l'apparition d'ulcères gastriques. L'auteur admet avec Loeper que l'on n'a pas à faire à un ulcère véritable, mais à une de ces ulcérations que l'on peut voir au cours de certaines intoxications ou infections et qu'on peut parfois reproduire expérimentalement par injections de produits toxiques, par exemple la toux diphtérique comme l'avaient déjà fait Enriquez et Hallion.

*Expériences d'exaltation ou de modification de la fonction.* — *Injection d'extraits.* — *Thyroïde* : Fréquence de la diarrhée chez les animaux soumis à l'hyperthyroïdisation expérimentale. Aucune expérience n'a été faite sur l'intestin séparé. Aussi est-il difficile de savoir si cette action se fait directement sur la musculature et la muqueuse ou par l'intermédiaire du nerf.

*Surrénales.* — Le tube gastro-intestinal possède une sensibilité très grande à l'adrénaline à tel point que la méthode de Hoskins, destinée à reconnaître l'adrénaline se base sur l'action de ce corps sur l'intestin de cobaye : un fragment intestinal placé dans du liquide de Ringer à la température du corps présente des contractions pendulaires. Si on ajoute au liquide une solution d'adrénaline, on obtient l'arrêt de ces contractions. Si on injecte de l'adrénaline, pendant plusieurs semaines on voit survenir peu à peu des phénomènes d'hyperchlorhydrie passagère, puis durable avec hyperkinésie gastrique en même temps qu'il y a accélération du transit digestif. Puis l'hyperkinésie devient moins manifeste, l'estomac devient rigide et scléreux. Il est apparu deux phénomènes nouveaux.

1° Sclérose vasculaire, thrombale des vaisseaux;

2° La paroi gastrique réagit directement elle aussi par de la sclérose.

*Hypophyse.* — L'injection sous-cutanée de 3cc. d'un extrait à 20 p. 100 de lobe postérieur de bœuf donne au bout de 3 à 5 minutes des contractions intestinales avec borborigmes de 1 à 2 selles en 20 à 30 minutes (Houssan).

L'auteur conclut. — L'action des glandes closes sur le tube digestif serait triple.

1° Action directe sur la muqueuse et la musculature gastro-intestinale;

2° Action sur l'innervation;

3° Action sur la vascularisation.

Mais les phénomènes ne sont pas aussi simples, car il faut savoir que le tube digestif a lui-même une action sur le système endocrinien.

1° Par ses sécrétions, en particulier les sécrétines;

2° Par sa motricité, indirectement.

Toute action produite par une cause extérieure quelconque sur la motricité intestinale ou sur la sensibilité abdominale vient modifier l'équilibre nerveux du tube digestif.

(Dr Benmussa)

### Les Syndromes vago-sympathiques en pathologie

par M. P. HARVIER

(Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques, 10 novembre, n° 21)

C'est du maintien de l'équilibre entre les deux tonus, sympathique et parasympathique (dont le pneumogastrique forme la partie essentielle) que résulte l'état physiologique; de leur rupture d'équilibre naît l'état pathologique passager ou définitif. Il y a deux grands syndromes, le vagotonique et le sympathicotonique.

1° *Syndrôme vagotonique* : facies pâle, pupilles avec tendance aux myosis; extrémités violacées, moites et froides. Transpirations faciles et abondantes. Troubles du rythme respiratoire. Gêne rétro-sternale. Hydrorrhée nasale. Arythmie extra-systolique après les repas. Pouls généralement lent. Tension légèrement supérieure à la normale. Troubles digestifs. Constipation avec débâcles diarrhéiques.

2° *Syndrôme sympathico-tonique* : facies coloré, parfois une saillie anormale des yeux, pupilles dilatées, peau sèche. Dermographisme. Tachycardie. Actions salivaires et digestives diminuées. Constipation. Troubles analogues à ceux de la maladie de Basedow.

Les deux syndromes peuvent coexister, s'intriquer. A. Guillaume a proposé de les appeler des neurotoniques.

En clinique pour déceler ces maladies les physiologistes ont proposé de déceler la prédominance du système vague ou sympathique par l'étude des réactions provoquées au moyen de l'injection de substances chimiques, ayant une action élective sur l'un ou l'autre nerf.

L'adrénaline se comporte comme un excitant du sympathique.

L'atropine paralyse le système vague.

La pilocarpine est un excitant du pneumogastrique.

Les neurotoniques réagissent naturellement aux trois substances.

L'étude de la réaction pupillaire est un procédé d'exploration plus rapide.

L'étude des réflexes vago-sympathiques, en particulier du réflexe oculocardiaque, est encore infiniment plus simple. Le réflexe est exagéré chez les vagotoniques, il est absent ou inversé chez les sympathico-toniques.

L'auteur ne pense pas qu'il faille accorder une valeur clinique absolue à ces différents procédés, les phénomènes cliniques observés par les médecins sont autrement complexes que les faits enregistrés par les physiologistes.

Le système nerveux de la vie végétative est influencé par les perturbations apportées au fonctionnement des glandes endocrines. La vie végétative est réglée par un appareil neuro-glandulaire complexe.

L'auteur envisage maintenant les causes les plus importantes des différents syndrômes neuro-végétatifs. On peut distinguer deux groupes de faits :

1° Les syndrômes neuro-végétatifs co-existent avec une maladie nettement définie.

2° Les syndrômes neuro-végétatifs occupent le premier plan du tableau clinique.

a) Toute manifestation d'ordre sympathico-tonique doit éveiller l'idée d'un trouble de la fonction thyroïdienne;

b) Le syndrôme neuro-végétatif, généralement à prédominance sympathique, apparaît encore consécutivement à une violente émotion ou à un traumatisme psychique;

c) Les syndrômes peuvent apparaître dans la convalescence ou à la suite des maladies infectieuses;

d) Il est encore des cas de neurotonie dont le point de départ peut-être trouvé dans une lésion abdominale ou simplement dans un trouble du fonctionnement digestif.

Le traitement de ces syndrômes doit être avant tout étiologique. L'hé-mato-éthyroïdienne lorsque l'origine est thyroïdienne. L'opothérapie ovarienne ou thyro-ovarienne peut avoir ses indications. Chercher aussi le trouble fonctionnel digestif ou la lésion génitale.

(D<sup>r</sup> Benmussa)





La môle hydatiforme : Pathogénie et thérapeutique

(Paul BORIE : contribution à l'étude pathogénique et thérapeutique de la môle hydatiforme. - Thèse de Montpellier 1921)

La dégénérescence kystique bilatérale des ovaires semble devoir être une des causes de la môle. Inversement, en présence d'une môle avec ovaires volumineux, la régression de ces organes doit être surveillée. Au cas de non régression ou d'augmentation de volume, l'hystérectomie sera pratiquée.

Cette conclusion de la thèse de M. Borie trouve une nouvelle confirmation dans une communication faite à la Société des Sciences Médicales de Montpellier (2 décembre 1921) par MM. Forgue, Roux et Milhaud sur un cas de môle hydatiforme avec dégénérescence kystique bilatérale des ovaires sans paroi de kyste lutéinique. L'hystérectomie fut commandée par les hémorragies abondantes qui ne cédèrent ni au curage, ni au curetage. Il s'agissait d'une môle sans trace de transformation chorio-épithéliomateuse.

Les auteurs insistent sur l'indication de pratiquer l'hystérectomie fondée soit sur ces hémorragies, soit sur les lésions ovariennes, qui ne regressent pas à l'inverse des kystes lutéiniques. Si ceux-ci paraissent dépendre du développement de la môle, il semble au contraire que la môle puisse dépendre de ces ovaires dégénérés sans kystes lutéiniques (kystes mucoïdes multiloculaires).

E. C.



## A PROPOS DES RÉCENTS ÉVÉNEMENTS DE TULLE

ESSAI D'INTERPSYCHOLOGIE

par le D<sup>r</sup> LEMANSKI

Médecin honoraire de l'Hôpital Civil de Tunis

On connaît les troubles qu'apportent dans les esprits, à Tulle, depuis quelques mois, l'envoi persistant de lettres anonymes. Des dénonciations calomnieuses, des insinuations perfides, ou des accusations qui ont la prétention d'être précises s'adressent à presque tous les membres de la Société d'une petite ville de 16.000 habitants. Des maris apprennent leur prétendue infortune, des femmes reçoivent de copieux éclaircissements sur les infidélités flagrantes du chef de famille; des fiancés abandonnent leurs projets, les plus chers, à la suite de renseignements déplorablement qui leur sont fournis par la même voie; des chefs d'administration sont avertis des gestes de leurs subordonnés, prévaricateurs, faussaires ou indéli-cats.

Tout d'abord, chacun s'est refusé à donner créance à ces perfides et lâches insinuations, et ne s'est point laissé gagner. Au contraire, on leur opposait un juste et raisonnable mépris.

Tout le monde connaît la tirade fameuse de *Don Basile*, dans le *Barbier de Séville*; elle marque et développe, admirablement, le néfaste et sourd travail de la calomnie; elle rampe, tout d'abord, puis croît et s'enfle, jusqu'à éclater formidablement, brisant tout autour d'elle.

Ainsi en advint-il, à Tulle. Cette tranquille cité sur les bords paisibles de la Corrèze, située à 420 km. de Paris, semblait à l'abri de pareils sursauts, dans le calme de la Province, loin de l'agitation fébrile d'une capitale. Les lettres anonymes se multipliaient, tombaient à profusion dans chaque maison, la poste les jetait dru comme grêle. Personne ne se sentait à l'abri : les coupables tremblaient, les innocents pâlissaient à la pensée d'être suspectés. Les plus calmes, les plus énergiques, les plus sages se sentaient faiblir et perdre la maîtrise de soi, le *self contrôle*, comme le sens critique.

Des catastrophes se produisirent. Un chef de division à la préfecture, affolé par d'immondes et abjectes accusations lancées contre sa femme, se tua de désespoir. Un autre accablé par tant de noirceurs et d'infâmies devint fou et fut enfermé (1).

(1) Dans un récent article du *Figaro* on lisait :

Cependant la population de Tulle et notamment le personnel de la préfecture continue à s'affoler. Un chef de division, dont la femme a été accusée et que l'instruction a désormais complètement innocentée, a déposé une plainte en diffamation contre la sœur d'un de ses collègues qui a publiquement accusé sa femme. Un autre chef de division, dont les dépositions sont maintenant considérées comme tout au moins exagérées, a subi une telle dépression nerveuse que, sur prescription médicale, le préfet l'a mis en congé.

Le trouble gagnait tous les cerveaux. On n'osait plus se regarder dans la rue, la sérénité traditionnelle avait disparu, la méfiance du voisin devenait réciproque et coutumière. Les uns et les autres appréhendaient la dénonciation qui pouvait amener les plus redoutables dénouements. Ce fut la terreur véritable, la panique délirante.

Les pouvoirs publics, l'administration préfectorale et municipale, le paquet furent saisis et se mirent en mouvement. Le préfet, très profondément troublé, lui-même, par l'émotion envahissante, prononça un discours indigné sur la tombe, prématurément ouverte, d'un de ses collaborateurs.

L'opinion allait être lamentablement saisie, d'autant que le ou les coupables, ainsi dénoncés à la vindicte publique, restaient, désespérément, inconnus et insaisissables.

Tulle fut violemment atteinte de ce *délire collectif*, de cet *entraînement grégaire* qui sont bien connus depuis les récents travaux concernant le psychisme des foules et l'interpsychologie individuelle, familiale ou sociale. On sait les nombreux exemples de folie obsidionale, les aberrations des troupes humaines en déroute, les myoclonies et les grandes attaques spasmodiques des possédés de Loudun, des convulsionnaires de Saint-Médard, des agités du baquet de Mesmer, des séances des sectes religieuses des Aïssaouas. Les descriptions de pareils faits sont bien connus : nous en rappellerons brièvement les caractères principaux.

Au XVIII<sup>e</sup>, on crut à l'intercession miraculeuse du diacre Paris, mort en 1727, et sur son tombeau, au cimetière Saint-Médard, se passèrent les faits les plus extraordinaires. L'affluence était grande et les cas de délire religieux, de contorsions spasmodiques (clonisme) s'accompagnaient bientôt de macérations, de disciplines, de supplices expiatoires ou piopitiatoires. Les plus fanatiques se faisaient battre à coups de bâtons, piquer à la pointe de l'épée, attacher sur la croix.

L'anesthésie hystérique consécutive de ces sujets fut considérée comme inexplicable, prétexte à terreur véritable par la foule des curieux ou des adeptes, et laissa aussi, bien perplexes les médecins et les milieux savants de l'époque, qui en ignoraient les causes, depuis bien étudiées par les écoles de la Salpêtrière, de Nancy, de Bordeaux (1).

Ces aberrations disparurent avec les débats de la Révolution qui entraîna les esprits dans le torrent impétueux des idées de liberté et de fraternité. Des préoccupations nouvelles donnèrent d'autres aliments à la bêtise et à la badauderie.

Un tableau d'Eugène Delacroix, datant de 1838, les *Convulsionnaires de Tanger*, montre dans un paysage local d'un grand réalisme une théo-

---

(1) Nul n'ignore les travaux de Charcot, Dumontpallier, Basc, Granel, Ballet, Bernheim, Pitre, Regis, Raymond, P. Grasset, Dupré, etc.

rie hurlante et trépignante d'Aissaouas qui grimacent et se contorsionnent, les yeux exorbités, écumant, vociférant, se déchirant la face bientôt ensanglantée, se mordant les mains et les bras. C'est là une vision à laquelle nous sommes accoutumés, en Tunisie.

Les possédés de Loudun et de Morzène (Hte-Savoie) du xvi<sup>e</sup> siècle, présentèrent les signes de la démonomanie épidémique, syndrome d'hystérie extatique avec anesthésie.

Pour tout cela il est facile de prononcer les mots d'hystérie et de pithiatisme.

Toutefois l'étiologie et la pathogénie de pareils troubles méritent d'être mieux analysés et caractérisés d'une manière moins schématique.

Toute une population ne devient pas subitement hystérique, ou démoniaque comme on aurait dit au Moyen-Age.

Il faut, à ce point de vue, relater que des hommes qui, par leur situation, leur culture générale, leurs habitudes professionnelles semblaient, particulièrement, à l'abri de la contagion, ont succombé à l'*entraînement grégaire*.

Je fais allusion à l'attitude singulière et aux procédés bizarres et illégaux de ce juge d'instruction qui, pour mieux et plus rapidement mettre la main sur les coupables, sur les auteurs des lettres anonymes, décide de réunir dans son cabinet, trois femmes, plus complètement bouleversées. Ce sont, celles-là, des pithiatiques avérées, altérées de *théâtralisme*, ambitieuses de se produire et de jouer un rôle éclatant. Elles se mettent à la disposition, spontanément, du juge d'instruction, pour être utilisées, comme *voyantes*, comme *somnambules extra-lucides*. Fait unique dans les fastes judiciaires modernes, le magistrat du parquet corrézien accepte la proposition et consent d'user de ces moyens illégaux d'instruction criminelle.

Pendant toute mesure et toute tenue judiciaire il s'empresse de faire venir de Paris, un hypnotiseur célèbre qui va mettre les sujets en *état de trame* et qui, ainsi, se fera un jeu de préciser le nom et la résidence des misérables. Les « expériences » n'eurent que des résultats déplorables et totalement négatifs. L'hermétisme, l'ésotérisme, la kabbale, les visionnaires ou hypnotiseurs firent lamentablement faillite. Cet appel contemporain aux sciences occultes émanant d'un juge d'instruction délirant et aux abois fit la plus désastreuse impression et loin de calmer les esprits les affola davantage.

La conduite de ce juge d'instruction eut une répercussion qui dépassa, de suite, la zone contaminée. Un parlementaire déposa, sur le bureau du Sénat, une demande d'interpellation. Le ministre de la justice intervint, d'ailleurs de suite, aussitôt que ces faits lui furent connus et demanda des explications au parquet général de Limoges.



Des sanctions intervinrent, d'ailleurs rapidement, pour rappeler le magistrat désarmé à un plus strict respect des saines traditions de la procédure et à une observance plus rigoureuse des règles de l'instruction criminelle.

Disons en passant, au point de vue de la médecine légale, que des aveux, des renseignements, des indices obtenus de pareille façon eussent été, au demeurant, sans portée et d'une nullité absolue, la loi se refusant à les reconnaître, à les accepter, à les prendre en considération, comme suspects, entachés d'erreur, émanant d'incapables ou de débiles, ressortissant à la pathologie cérébrale. On ne saurait, à notre époque, faire officiellement appel aux sciences occultes ou extra-physiques qui, jusqu'à présent, ne se sont jamais affirmées ou avérées par les procédés habituels et indiscutables de l'expérimentation correcte et impartiale.

De pareilles enquêtes, mais officieuses, furent faites par des amateurs, des journalistes, des devins hindous, des sorciers, des voyants, lors de l'affaire du curé Chatelain, qu'on croyait avoir été assassiné. On précisa même le lieu de sa sépulture. Le résultat fut grotesque : on apprenait bientôt que le mauvais et indigne pasteur avait fui avec une institutrice.

Rapprochement piquant avec l'attitude du juge d'instruction de Tulle. En 1731, après une visite au cimetière de *Saint-Médard*, Louis Basile Carré de Montgéron, né à Paris en 1686, conseiller du Parlement en 1711, devint un enthousiaste adepte des extravagances de ceux qui fréquentaient sur la tombe du diacre Paris. Il décrivit les scènes et les crises coutumières dans son livre, « *La Vérité des miracles opérés par l'intercession du diacre Paris.* » L'ouvrage fit scandale et lui fit octroyer un repos forcé à la Bastille. Puis, il fut exilé à Valence, où il finit sa vie en 1754 (1).

\* \*

Sans en appeler à une histoire et à une bibliographie trop copieuse et trop abondante de la question, je mentionne seulement, pour la pathogénie neuro-psychique du délire collectif de Tulle, les travaux de Pierre Janet et Grasset; en particulier l'*automatisme psychologique* du premier,

(1) Le *Figaro*, dans l'article auquel je fais déjà allusion, dit encore :

Il convient, en effet, d'arrêter la justice sur une pente dangereuse car, ainsi qu'il se passe dans toutes les affaires mystérieuses, les suggestions de cet ordre ne manquent point.

On signalait, il y a quelques jours, le « pendule magnétique » analogue au pendule des sorciers et qu'un employé des P. T. T. venait d'inventer et qui permettrait de découvrir, d'après ses oscillations, si un homme ment ou dit la vérité.

Dans ce même ordre d'idée, un autre inventeur propose de relier à un cadran certaines protubérances crâniennes qui correspondent aux cases cérébrales fonctionnant au moment du mensonge. Le cadran fonctionne si cet effort est réalisé. L'inventeur habite à Paris et a soumis sa découverte à l'Académie des Sciences qui n'a jamais « daigné » répondre.

D'autres, des humoristes sans doute proposent des solutions d'apparence plus simple, comme le licenciement de toutes les femmes des emplois publics.

et le *Psychisme inférieur* du second. Le polygone du Professeur de Montpellier est bien connu. Il est certain que l'activité des centres de la corticalité cérébrale ne constitue pas un tout intangible et indivisible. Les phénomènes nombreux de distraction, de sommeil naturel ou provoqué, de rêves, de somnambulisme, d'état de trances du médium, de catalepsie montrent que la séparation passagère, prolongée ou permanente sont des phénomènes réels dans l'ordre des faits neuro-psychiques, physiologiques ou morbides.

L'ensemble de ces manifestations neuro-psychiques rentrent dans le cadre de la désagrégation psychique. L'agrégat psychique privé de son armature habituelle, qui lui assure la conscience, la volonté, l'auto-critique libre, perd ses qualités de psychisme supérieur et l'individu en est réduit à son automatisme psychologique, comme le distrait, l'endormi, le somnambule, l'hystérique, le médium en transe. Cet état de désagrégation n'est pas dépourvu d'une certaine conscience, ni même d'une certaine volonté, d'une énergie partielle de détermination, mais le sujet ne possède plus ses qualités de maîtrise et de direction vraiment spontanées et physiologiquement libres.

On n'ignore plus aujourd'hui les effets, multiples et complexes, de l'entraînement grégaire, (armées en déroute, fuite de populations sinistrées, meetings, assemblées politiques, casernes, lycées, etc.), qui annihile, pour ainsi dire, l'individu, pour en faire le jouet d'impulsion, de besoins, d'instincts subconscients qui se font jour et s'imposent au moment de la désagrégation, cette faillite du psychisme supérieur, conscient, volontaire, libre. Ces mouvements des foules, ces perturbations morbides du neuro-psychisme des collectivités sont éminemment contagieux. Ils gagnent rapidement de proche en proche, surtout si la désagrégation est favorisée par un choc mental, surtout affectif, assez violent et persistant, qui crée l'état de moindre résistance et le terrain de réceptivité.

L'étiologie neuro-psychique se confond ainsi intimement avec les causes générales nosologiques.

Le suicide du chef de division à la préfecture, la persistance de l'envoi des lettres anonymes, leur perfidie et leur violence, puis aussi la mentalité d'après-guerre avec le malaise durable et universel du temps de paix actuel, ne sont pas étrangers, certes, au déclenchement de pareilles épidémies.

Chacun, y compris les autorités, le parquet et son juge d'instruction, ont perdu, insensiblement, le calme, le sang-froid, et le sens de l'auto-critique. Ainsi les coupables (qui eux-mêmes sont incontestablement des sujets atteints de fautes neuro-psychiques) ont redoublé d'audace et de férocité, et continuaient, presque certains de l'impunité, à lancer de tous côtés leurs lettres scélérates.

Le préfet aurait dû calmer les esprits, en disant à tous, publiquement, l'inanité et la stupidité de ces attaques, au lieu de dramatiser les incidents. L'apaisement se serait fait. La publicité, dans ces cas, est toujours dangereuse et néfaste, en troublant les intelligences de faible armature cérébrale, de synthèse, d'agrégal neuro-psychique inconstants et mal équilibrés.

Pour mieux vous faire comprendre j'userai de comparaison qui, sans avoir toute rigueur scientifique, aider pourtant à mon explication. C'est le trouble affectif, c'est le choc émotionnel qui, pour *Déjerine* et *Gauckler*, pour *Dupré*, *Devaux* et *Grasset* sont à la base de la plupart des psychonévroses, comme de beaucoup de psychoses pures, sans lésions organiques connues. Leur mécanisme est la désagrégation. Ainsi dans l'épidémie de Tulle les facteurs affectifs, la peur, la crainte du scandale, l'appréhension de la calomnie, les discordes familiales aperçues et redoutées ont largement préparé le terrain, pour que la menace et le danger ont été rendus publics, ont pris l'importance et la consistance du scandale et de la catastrophe, s'abattant sur toute une population.

C'est l'origine, signalée par plusieurs auteurs, des psychoses de guerre, observées en 1914-1918, dans les armées.

Aux époques de grandes luttes on voit des espions partout, durant les guerres, au cours des révolutions, on voit des traîtres et des suspects dans chaque passant, dans chaque assemblée. Il n'est pas jusqu'au bolchevisme, considéré dans ses exécutions sommaires formidables, qui ne puisse être rangé dans ce délire collectif et cet entraînement grégaire.

\*  
\* \*

Pour terminer cette étude, d'ailleurs très imparfaite, j'insisterai sur les points suivants. La distraction, le sommeil, les rêves, l'hypnose, le somnambulisme, le spiritisme, l'entraînement grégaire sont des états extra-physiologiques et pathologiques (1) qui appartiennent à la désagrégation neuro-psychique, établissant l'automatisme psychologique avec ses caractères spéciaux : plasticité, contagiosité, suggestibilité, pithiatisme comme l'a défini Babinski.

L'entraînement grégaire, en particulier, comporte d'une façon plus générale, toutes les manifestations physiologiques ou pathologiques de l'interpsychologie.

Cedernier terme se définit de lui-même. Ernest Dupré le célèbre psychiste parisien, s'était voué à son étude dans les dernières années de sa vie.

---

(1) Voir l'excellente description de GRASSET dans son *Traité de physio-pathologie générale*.

J'ai esquissé rapidement les grands traits des faits qui nous occupent pour en mieux schématiser la pathogénie.

Les rapports réciproques des hommes entre eux, l'interpsychologie, sont aussi variées que complexes, je le répète.

Ils sont utiles, favorables, salutaires à l'individu, dans l'ambiance normale et honnête. L'interpsychologie anime et relève l'homme qui se trouve en contact avec des éléments sains, grâce à l'émulation, à la loyale concurrence, à la probité dans l'ambition.

Ils sont néfastes dans les milieux pervers et tarés tels que les prisons, les bagnes, les compagnies de discipline, les associations d'escarpes, les réunions d'*oullaws* de toutes sortes.

Les hommes réagissent donc bien les uns sur les autres dans les conditions variées normales ou morbides, de la vie collective.

Les troubles neuro-psychiques de Tulle, comme les convulsions de Loudun ou de Saint-Médard, ressortissent à l'*entraînement grégaire*, c'est un *délire collectif*, dû à la désagrégation neuro-psychique, passagère ou durable.

Le temps, le calme et la sagesse, avec la persuasion, sont les meilleurs éléments de la thérapeutique qui doit leur être appliquée.





## NÉCROLOGIE

Le corps médical tunisien vient d'être douloureusement éprouvé par la perte de deux confrères très estimés de Tunis : les Docteurs VULLIEN Directeur du Service de Santé Maritime et BATAILLER frappés tous deux par l'inexorable destin en pleine vigueur physique et intellectuelle.

De très nombreux médecins ont tenu à accompagner jusqu'à leur dernière demeure les deux disparus dont les obsèques eurent lieu le même jour.

Le Dr Bouquet au nom de la Société des Sciences Médicales de Tunis et le Dr Plancke au nom du Syndicat des Médecins Français dirent aux familles toute l'émotion ressentie par le Corps Médical tunisien.

D'autres orateurs ont traduit les sentiments des subordonnés ou des anciens malades de ces deux confrères.

M. Piaux, Secrétaire Général du Gouvernement Tunisien dans un discours d'une haute tenue morale et littéraire a dit, au cimetière, l'homme que fut notre très regretté confrère Vullien, apportant à son collaborateur et ami l'hommage très ému de sa reconnaissance et de son affection. Il rappela le dévouement de cet homme qui a tant travaillé pour les autres et cette activité inlassable qui devait malheureusement faire de cet organisme pourtant vigoureux une proie facile pour la grippe traîtresse.

« Ceux pour qui la maladie est une hôtesse passagère et qui n'ont à subir que par accident l'assaut des forces mystérieuses et perfides qui luttent contre la vie, ne songent peut-être pas assez que le médecin vit jour après jour dans cette atmosphère, au contact de ces germes de mort qu'il rapporte à son foyer, menacé ainsi non seulement de se détruire lui-même, mais d'atteindre ceux qui lui sont les plus chers.

« La souffrance est impatiente ; la souffrance est exigeante. Un homme de cœur ne sait pas résister à son appel. Ainsi à toute heure le médecin est au service d'autrui, et pour ses malades, il se refuse le droit d'être malade. Nous avons vu, au cours de ces dernières semaines, notre cher Vullien poursuivre ainsi sa tâche, en négligeant sa fièvre, en maltraitant son mal. Il y a six jours, il est tombé et, de suite, il a clairement compris qu'il était perdu. Ses confrères ont lutté avec toute leur science, avec un dévouement passionné, mais ils avaient vite deviné, non pas une de ces maladies d'évolution normale et connue, mais le mal pernicieux, obscur, diffus, qui est trop souvent le triste privilège des médecins et de leur famille. Aussi en m'inclinant devant cette tombe, je veux associer à mon hommage, la grande famille médicale à laquelle Vullien était heureux et fier d'appartenir. »

M. Piaux rappela ensuite le curriculum vitae de notre confrère depuis plus de 16 ans à Tunis, ancien interne de l'Hôpital Civil, puis médecin assistant dans ce même établissement, puis médecin Inspecteur des Ecoles, Directeur de la Santé Maritime et fondateur de l'Œuvre Villemin et de l'Œuvre de Préservation de l'Enfance. Mais citons encore l'orateur :

« Le Docteur Vullien aimait beaucoup les enfants, et ceux-ci d'un instinct sûr, lui donnaient leur confiance, car ils ne se livrent qu'à ceux dont ils se sentent aimés.

« Devant cette tombe, je ne puis m'empêcher de songer à tous les petits-malades du Docteur Vullien. Je songe à ces regards candides, parfois anxieux, qui se fixaient sur le docteur entrant dans la chambre close ; je songe aux têtes brunes et aux têtes blondes sur lesquelles sa main s'est posée, aux frères corps brûlant de fièvre à travers lesquels il cherchait le battement de la vie ou le murmure du mal.

« La reconnaissance des enfants est sans doute quelque chose de presque insaisissable et qui se traduit non par des mots, mais par un geste ou un sourire.

« Devant la mort, bien souvent leur paisible inconscience est douloureuse à nos cœurs meurtris. Cependant je suis sûr que dans ces petites âmes, une place demeurera pour le souvenir du bon docteur. »

La Rédaction de cette Revue a tenu à reproduire ces quelques bribes du magistral discours de M. Puaux, *in memoriam* de notre confrère si regretté.

Aux familles éplorées Vullien et Batailler nous renouvelons l'expression de notre sympathie bien attristée.

E. C.

## INFORMATIONS

### Distinction honorifiques

Il y a quelques jours le Corps Médical Tunisois apprenait avec plaisir la promotion d'emblée au grade d'officier de la Couronne d'Italie de notre sympathique collègue et ancien président, le Dr ORTONA.

Le Gouvernement Italien a voulu par cette haute distinction récompenser l'ancien Directeur de l'Hôpital Italien qui, sans trêve pendant deux années, venait de fournir un labeur considérable de réorganisation de cet établissement hospitalier et avait su s'y confirmer l'estime de ses confrères et s'y attirer le respect et la reconnaissance de la clientèle hospitalière.

Le Gouvernement Français n'a pas tardé à s'associer au geste du Gouvernement Italien et un récent décret a nommé le Dr Ortona chevalier de la Légion d'honneur.

Nous sommes sûrs d'interpréter les sentiments du Corps Médical Tunisois entier en adressant à notre excellent confrère et ami nos plus cordiales et affectueuses félicitations pour ces deux distinctions honorifiques si justement attribuées. — E. C.

### Jeux Floraux

Notre excellent confrère et collaborateur, le Dr Emile JUNES, oculiste à Sfax, qui chaque année remporte plusieurs récompenses aux Jeux Floraux du Languedoc a encore brillamment concouru et obtenu les récompenses suivantes :

Le prix d'honneur accompagné de la Fleur de Liseron du prix Ferdinand Fabre pour un poème : *Le Charme des Saisons*.

Les deux premières mentions « très honorable » des prix Lecomte de Lisle et Péré de Nodrest.

Enfin la Fleur du Chardon bleu et la nomination comme Maître-ès-Jeux Floraux en remplacement du Dr Henri Vigen, décédé.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

### Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord

Nous adressons nos meilleurs vœux de prospérité à ce nouveau périodique né de la fusion du Bulletin Médical de l'Algérie et de la Revue Médicale d'Alger.

Le premier numéro fort bien présenté fait grand honneur à ses directeurs.

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales

MARS 1922

---

## LE PALUDISME EN TUNISIE

---

*La « Société des Sciences Médicales de Tunis » a inscrit à l'ordre de ses travaux pour 1921-22 la question du Paludisme en Tunisie. De nombreux travaux ont été communiqués et discutés au cours des Séances de Novembre-Décembre 1921, Janvier et Février 1922.*

*Le premier travail communiqué a été celui du Dr Masselot. Cet important rapport sur le Paludisme aigu en Tunisie a été publié dans notre N° de Novembre 1921 auquel nous renvoyons le lecteur.*

*Tous ces travaux ainsi que les discussions qui ont suivi leurs lectures sont analysés dans le rapport d'ensemble que nous publions en tête de ce numéro. Ce rapport est suivi de la publication de la plupart des communications qui y sont citées.*

### RAPPORT GÉNÉRAL

par les D<sup>rs</sup> BENMUSSA et MINGUET

---

La question du paludisme en Tunisie qui avait été étudiée à la Société des Sciences Médicales de Tunis il y a une dizaine d'années fut, à la demande du Docteur *Lemanski*, remise à l'ordre du jour au mois de novembre 1921. La recrudescence des cas de paludisme constatée un peu partout pendant l'année 1921, en particulier parmi les réfugiés russes, justifiait cette étude à laquelle apportèrent leur collaboration la plupart des médecins qui avaient pu observer de nombreux cas de paludisme soit dans les services hospitaliers, soit en clientèle.

Ainsi que nous l'a dit le Docteur *Masselot*, « la question du paludisme n'est pas tirée au clair », on en est encore à discuter le traitement quinique. Aussi, lira-t-on avec intérêt tout ce qui pourra contribuer à la mise au point de cet important chapitre de la pathologie, faits cliniques rigoureusement observés, travaux de laboratoire, méthodes thérapeutiques, fruit d'une longue expérience, résultats obtenus, etc.

Il importait de grouper dans un travail d'ensemble toutes les observations, tous les documents épars dans les différentes communications qui furent faites sur ce sujet aux réunions de la Société. Tel est le but du présent rapport.

La question posée était : le Paludisme en Tunisie. On ne demandait pas aux orateurs de faire une revue générale du Paludisme. Il s'agissait avant tout d'un travail de clinique et de thérapeutique. Il ne rentrait donc pas dans le cadre de ce sujet de refaire l'histoire de la question. Cependant nous croyons intéressant de rappeler que le Docteur *Henry* fit dans sa communication allusion à la théorie de Legrain, que les Docteurs *Spezzafumo* et *Ortona* évoquèrent les travaux de l'Ecole Italienne et en particulier de Bacelli, Marchiafava, Celli et Ascoli.

Nous ne laisserons pas non plus sous silence les importants travaux de notre excellent confrère le Docteur *Lemanski* dont il a été parlé à plusieurs reprises, sur la méthode des injections intra-musculaires des sels de quinine, sur la communication qu'il en fit en 1900 à la Société de Thérapeutique de Paris qui, à cette époque, estima que c'était là une méthode barbare. Il inspira à ses internes *Vullien*, *Drouillard* et *Roques* des thèses qui sont encore d'actualité. Il fut véritablement un précurseur et nous tenons à lui en rendre ici un public hommage.

×

Malgré que les communications et les discussions aient eu pour sujet principal l'étude clinique et thérapeutique du paludisme ; quelques observations intéressantes ont été produites sur le parasite et ses moyens d'études, sur le moustique, sur l'influence des saisons, sur l'éclosion du paludisme et sa distribution géographique.

×

Les parasites du paludisme sont des Sporozoaires du groupe des Hemosporidies. Ils appartiennent à une famille de coccidies, les plasmodiæ. Les théories de Legrain ont bien été présentées par le Docteur *Henry* mais rejetées énergiquement par *Lemanski* porte parole sur ce sujet du reste de l'assemblée. Le Docteur *Comte* donne des détails précis sur les méthodes de coloration et les différents réactifs. Une planche nous indique les différentes formes sous lesquelles le parasite se présente et les deductions cliniques que l'on peut en tirer. Il signale la fréquence



des examens négatifs et le devoir de tout praticien de ne pas écarter pour cela le diagnostic de paludisme. Le Docteur *Comte* donne ajoute quelques détails techniques sur les prises de sang et son étalement sur lame.

La théorie uniciste a été rappelée, pour être combattue avec énergie, par *Spezzafumo*. Les trois variétés de *plasmodium* constituent trois espèces bien distinctes d'hématozoaires. S'il y a des formes qui débutent d'une façon irrégulière et qui se régularisent après, cela tient au fait suivant : Il arrive quelquefois que toutes les générations de parasites ne sont pas adultes en même temps, leur génération anticipe ou retarde, sauf à se régulariser dans la suite.

×

Le moustique appartient à un groupe de la famille des culicidés, les anophèles. L'anophèle est très difficile à trouver : on ne le voit pas, on ne l'entend pas. Il ne sort que la nuit. Une seule fois *Comte* vit dans un rayon de soleil un anophèle piquant la main d'un individu.

*Legrand*, de Djerissa, a observé une véritable épidémie de paludisme dans une région qui en était habituellement indemne, malgré la rareté des moustiques qu'expliquent la fréquence des vents et l'absence d'eaux stagnantes. Il se demande si dans ces conditions on ne devrait pas incriminer d'autres insectes et en particulier ces imperceptibles « sand flies » qui traversent les mailles des moustiquaires.

×

L'influence des saisons est incontestable. Le paludisme est une maladie automnale. C'est en septembre et octobre qu'on observe le plus grand nombre de paludéens. Il y a une relation entre le nombre des cas de fièvre et la quantité de pluie tombée. Aussi l'année 1921 fut une des plus mauvaises et, dit *Comte*, le fait était à prévoir avec les pluies tardives du printemps et du commencement de l'été. En outre, *Henry* pense que la nature du sol, du sous-sol et leur humidité, la nébulosité, l'humidité atmosphérique, la décomposition des matières organiques jouent vraisemblablement un rôle important dans l'éclosion des fièvres.

Au point de vue de la distribution géographique du paludisme en Tunisie, le Docteur *Masselot* a relevé dans 150 cas environ le lieu présumé de l'impaludation. Les cas les plus nombreux venaient de Tunis (26 cas), chiffre faible eu égard à la densité

de la population ; de Kef-Rebiba (12 cas), de Pont-du-Fahs (10), d'Enfidaville (10), de Bêja (7), de Zaghouan (6), de Mateur (5).

Il semble d'après la carte publiée par Masselot qu'on observe le paludisme dans toutes les régions de la Tunisie.

×

Les cas observés par le Docteur *Comte* nous apportent sur l'*incubation du paludisme* des renseignements qui ont toute la valeur d'une expérience de laboratoire. Il put constater que des spahis du Sud qui, à tour de rôle, allaient prendre la garde près d'une source présentèrent tous un accès palustre successivement à 7 jours d'intervalle du moment où ils furent de garde.

Cependant, le paludisme peut rester latent pendant longtemps. Le Docteur *Comte* a vu des malades, manifestement infestés par l'hématozoaire rester dans un état de bien-être parfait jusqu'à ce qu'une cause fortuite provoque chez eux le véritable accès qui les couche au lit. C'est ainsi qu'on peut voir en Tunisie, dans certaines années, de fortes épidémies massives et mortelles, éclater dès que la fin des nuits d'automne devient fraîche et lorsque tombent les premières pluies d'octobre. Or, souvent des tribus ainsi frappées sont déjà loin des lieux où elles ont été infectées. La preuve de l'infection ancienne est donnée par la présence des corps en croissant.

La première manifestation de l'infection palustre est toujours la fièvre. Son début peut être brusque ou progressif. Pour le Docteur *Masselot*, elle n'est nullement pathognomonique, même si elle est franchement intermittente. « La fièvre en elle-même ne permet pas le diagnostic ».

Le mode d'invasion de la fièvre a une grande valeur diagnostique, mais on trouve dans d'autres affections les stades de frissons, de chaleur et sueurs qui peuvent par contre manquer dans le paludisme. Certains malades sont peu ou pas abattus, d'autres fortement prostrés (forme typhoïde).

Le symptôme capital est l'hypertrophie splénique plus précoce qu'on semble l'avoir écrit (*Masselot*). La rate est grosse, de consistance assez molle ; son bord mince est difficilement accrochable. Cette hypertrophie se fait surtout dans le sens de la hauteur. L'exploration de la rate doit être faite avec soin, en se plaçant à gauche du malade et en déprimant doucement l'hypocondre, le malade respirant largement, les cuissés fléchies sur

le bassin. Le Docteur *Ortona* estime qu'au début d'une fièvre, la recherche de la rate ne suffit pas pour établir un diagnostic. Le Docteur *Comte* conseille pour la délimitation de la rate l'emploi du phonendoscope et la recherche du frottement ausculté.

Tous les observateurs sont d'accord pour signaler la fréquence des phénomènes gastriques. Le Docteur *Masselot* les a constatés dans 34 % de ses cas. Ce sont des crampes d'estomac, des vomissements, des nausées. Le Docteur *Legrand*, de Djérissa, note des vomissements avec gastralgie, qu'exaspère l'ingestion de quinine. Le Docteur *Lemanski* insiste sur le vomissement qui a une valeur séméiologique qui n'est pas à négliger.

Il convient de signaler la congestion hépatique. Pour le Docteur *Masselot*, elle est loin d'être constante. Dans 27 % des cas, elle s'accompagne de subictère.

Le Docteur *Henry* a constaté souvent, au début des accès un syndrome pancréatique se traduisant par du subictère, des douleurs dans la région pancréatico-cholédocienne, des nausées, des vomissements alimentaires puis bilieux. Il peut y avoir aussi de la tuméfaction de la vésicule biliaire. Il faut noter aussi l'herpès. « C'est un bon signe », écrit le Docteur *Lemanski*. Le Docteur *Masselot* a observé fréquemment l'herpès labial.

Tout paludéen est plus ou moins anémié. Dans 27 % des cas étudiés par le Docteur *Masselot*, une anémie légère est apparue dès le quatrième ou cinquième jour. Quant à la grande anémie, elle est, dit-il, l'apanage des paludéens anciens non traités.

Toutes les **formes cliniques** si nombreuses et si variées que peut prendre l'infection palustre peuvent être observées en Tunisie. Plusieurs ont fait l'objet de communications très intéressantes.

Le Docteur *Hayat*, à l'occasion de trois observations, a étudié les *accès pernicioeux*. Il admet que toutes les formes d'accès pernicioeux relèvent ou de l'urémie, ou de l'insuffisance surrénale aiguë, ou d'une véritable méningite à marche rapide. Et il en donne comme exemple les trois cas qu'il a observés.

Le premier a trait à un malade en état de coma urémique qui en réalité faisait un accès palustre grave et qui guérit sous l'influence du traitement.

Le deuxième cas est celui d'un malade présentant un syndrome

d'insuffisance surrénale aigüe : il s'agissait d'un paludisme méconnu. « Ce cas, comme le précédent, écrit le Docteur *Hayat*, démontre, qu'à l'instar de la syphilis où les accidents nerveux graves n'arrivent qu'aux malades insuffisamment traités, les formes pernicieuses du paludisme s'observent surtout chez les individus dont le paludisme a été méconnu et non soigné à temps ».

Le troisième est un cas remarquable de méningite paludéenne.

Le Docteur *Scialom* a présenté deux observations intéressantes de paludisme perniciosus, l'une avec accès algides, l'autre avec accès hyperthermiques. Le malade qui était dans le coma guérit en une nuit par une injection de trois grammes de quinine.

Le Docteur *Scialom* a, comme le Docteur *Hayat*, rencontré un syndrome méningé : il s'agissait d'un enfant qui présentait un tableau méningitique au complet. Il relate encore un cas de fièvre typho-palustre, un syndrome cholériforme et dysentéri-forme de nature paludéenne, l'histoire clinique curieuse d'un Tunisien qui depuis vingt ans fait un accès annuel unique sans aucune atteinte de l'état général. Il admet l'existence du paludisme larvé monosymptomatique, latent (anémie terreuse). Il eut l'occasion d'en soigner un cas qui se manifestait par des névralgies périodiques qui cédèrent à l'administration de pilules de quinine.

Le paludisme peut prendre le masque de la tuberculose. Le Docteur *Naâmé* a eu l'occasion de rencontrer plusieurs faux tuberculeux de cette espèce. Il rappelle à ce sujet les travaux de *de Brun*, de Beyrouth, sur le pneumo-paludisme du sommet qui se caractérise par de la matité ou de la submatité, de l'augmentation des vibrations thoraciques, du souffle ou de la respiration soufflante et notamment par une absence complète de râles.

Le Docteur *Scialom* a décrit également un cas de pneumo-paludisme.

Au sujet de la fréquence en Tunisie des formes classiques de paludisme, le Docteur *Cortesi* écrit : « D'après mes observations en Tunisie, les formes quartes sont rares, fréquentes les continues et très communes les irrégulières d'origine palustre ».



D'après le Docteur *Henry*, « les trois quarts des fièvres intermittentes sont des double-tierces ».

L'évolution du paludisme a été particulièrement bien étudiée par le Docteur *Masselot*. Elle dépend avant tout, nous dit-il, de la rapidité et de l'intensité de l'action thérapeutique. Dans la plupart des cas (80 %) la chute se produit en un, deux ou trois jours.

« Tantôt c'est une chute brusque et immédiate, quelquefois vertigineuse au-dessous de 37° avec ou sans reprise consécutive d'une fébricule légère. Tantôt c'est une descente en lysis. Tantôt la température baisse d'une façon continue et progressive, sans la moindre rémittence. Parfois enfin, le malade fait 2 ou 3 accès franchement intermittents dont les maxima sont chaque fois décroissants de 1° à 1° 5 sur la maxima précédente ».

Le paludéen peut rester subfébrile dans 35 % des cas, surtout s'il n'a été traité par la quinine que tardivement. Le plus souvent sa température reste au-dessous de 37°. Chez les anciens paludéens, il peut persister une fébricule qui résiste au traitement, qui peut faire craindre au médecin une tuberculose possible. Cette fébricule qui s'était montrée quino-résistante et arsenico-résistante finit par disparaître spontanément. Elle est heureusement influencée par le changement de climat.

Le plus souvent, en même temps que tombe la température, les symptômes fonctionnels disparaissent : la sensation d'abattement, les troubles digestifs, l'inappétence s'éteignent rapidement. Mais l'anémie et la splénomégalie persistent longtemps.

Quand le paludisme aigu évolue chez un sujet antérieurement impaludé, la température reste au-dessus de 37° trois fois plus souvent que dans le paludisme récent, même si le traitement a été bien conduit. L'anémie est deux fois plus fréquente. La rate n'est pas plus grosse, mais au lieu d'être comme dans le paludisme récent molle et rémittente, elle est dure : c'est une véritable cirrhose splénique. Le foie est en général plus gros. Enfin, il faut signaler dans le paludisme récidivé la fréquence des reprises en dehors de toute infestation nouvelle, malgré le traitement, sous des influences diverses : froid, surmenage, excès de table, shock opératoire (*Brun*), etc.

« Le paludisme, écrit le Docteur *Cortesi*, loin d'être l'infection bénigne que l'on guérit facilement avec quelques dragées de

quinine, est une infection qui laisse souvent une tare dans l'organisme. Après les traitements les plus énergiques et les mieux conduits, j'ai vu réapparaître le paludisme chez des gens chez lesquels toute nouvelle infection pouvait sûrement être écartée. »

×

En Tunisie, plus que partout ailleurs, se pose la question du diagnostic différentiel du paludisme aigu avec la fièvre typhoïde, qui comme le fait remarquer le Docteur *Masselot*, présente fréquemment un début brusque, qui peut évoluer sans adynamie et sans stupeur.

Le Docteur *Masselot* a bien étudié les caractères cliniques qui permettent de faire ce diagnostic. Dans les formes typhoïdes du paludisme, la prostration est plus marquée en général que dans une fièvre typhoïde au même jour d'évolution. La fièvre est plus élevée. La fièvre typhoïde, contrairement au paludisme, respecte assez souvent l'estomac. Dans la fièvre typhoïde du début, la splénomégalie est modérée; la rate ne déborde jamais les fausses côtes de deux travers de doigt.

Dans ces formes typhoïdes du paludisme, les réactions violentes du malade qui semble sidéré par son infection, la fréquence des vomissements peuvent faire penser au typhus.

Quand l'infection palustre présente des séquelles fébriles quino-résistantes et arsenico-résistantes dont il a été question précédemment, le diagnostic avec la tuberculose peut être hésitant. C'est dans les formes qui ne s'accompagnent que d'une hypertrophie splénique peu accusée que les difficultés de diagnostic seront les plus grandes.

L'examen du sang au laboratoire quand il est positif, a une valeur absolue. Mais, ainsi que le fait remarquer le Docteur *Masselot*, le laboratoire est impuissant à éclairer le diagnostic à la fin de l'accès ou si le malade a été quininisé. De plus, on perd un temps précieux à attendre le résultat de l'examen microscopique. Mieux vaut, ajoute-t-il, trancher la question par l'épreuve thérapeutique en administrant la quinine à doses suffisantes. Cette épreuve est sans danger. « Toute fièvre, écrit le Docteur *Lemanski*, qui, après une quiniisation suffisante en durée et en quantité, ne cède pas en 24 ou 48 heures, trois jours au plus, n'est pas du paludisme ».

Le Docteur *Ortona* partage à peu près l'avis du Docteur *Masselot* au sujet de la valeur diagnostique de l'examen de laboratoire. Il est infiniment précieux quand il est positif. Mais il a constaté que dans la forme tierce, le parasite peut être très rare ou même manquer complètement dans le sang périphérique.

La difficulté du diagnostic pour le Docteur *Ortona* réside en grande partie dans la forme de paludisme à laquelle on a affaire.

Le diagnostic de la fièvre tierce simple et de la fièvre quarte est aisé si on tient compte de la saison où apparaît la fièvre, de la région d'où provient le malade, de la périodicité régulière de cette fièvre, de son début par des frissons et de la transpiration qui marque la fin de l'accès.

Beaucoup plus difficile est le diagnostic des fièvres estivo-automnales car le type thermique est moins régulier, le frisson initial fait le plus souvent défaut, l'accès est de longue durée et présente des oscillations, des apyrexies brèves. Souvent, le diagnostic de l'accès pernicieux se fait par la brusque chute de température accompagnant l'apparition du syndrome pernicieux.

Le diagnostic hématologique de cette forme présente lui-même de plus grandes difficultés en raison de la petite taille de l'hématozoaire et de la faible abondance du pigment.

C'est dans cette forme qu'on trouve des globules blancs pigmentés. On peut être amené, quoique rarement, à faire la ponction de la rate.

×

L'effort de l'assemblée a particulièrement été porté sur la question de la thérapeutique du paludisme. Les communications ne furent pas toujours concordantes. Pourtant comme le souligne avec esprit *Cortesi*, personne n'est mieux placé pour trouver dans l'intérêt de tous à ce sujet un terrain d'entente.

« Nous sommes, dit-il, en un pays où le paludisme est endémique, entouré de pays paludéens, à deux pas de Constantine où *Laveran* fit sa grande découverte ; nous sommes médecins venus de France, d'Algérie, de Sicile, de la Sardaigne, de Rome où le paludisme eut ses grands chercheurs, des rives du Pô où les études de *Golgi* ont pris naissance. »

Comme le fait remarquer *Cortesi* les divergences semblent



être plus apparentes que réelles. En principe nous sommes tous d'accord que le paludisme doit être traité par l'arsenic et la quinine, sur la voie d'introduction, sur les doses, sur l'heure d'administration de la quinine, l'accord n'est pas complet.

La quinine est évidemment acceptée à l'unanimité comme le spécifique de l'hématozoaire. Les uns ne lui supposent aucune toxicité, les autres ont contre elle quelques préventions. *Lemanski* limite son emploi au strict nécessaire. Il la compare aux antiseptiques forts qui n'ont pas plus de respect pour les micro-organismes pathogènes que pour les cellules vivantes de l'organisme. — « Je n'apporte aucune preuve expérimentale de « l'action hémolysante, ou colloïdoclasique de la quinine, mais « je ne peux pas la considérer comme un médicament de toxicité « insignifiante et d'action nulle sur les globules sanguins ou le « milieu humoral, dit *Lemanski* », Partageant en partie les mêmes idées. *Laçon* déconseille la quinine dans les formes hémoglobinuriques. Plus catégorique dans ses opinions *Henry* nous présente la quinine comme un poison des globules rouges, des cellules hépatiques et rénales. *Masselot*, que nous verrons plus loin partisan des doses fortes et prolongées, ne lui prête aucune toxicité. *Naámé* qui lui reproche de gêner quelques malades par des bourdonnements d'oreilles la remplace souvent avantageusement par la cinchonidine. *Ortona*, *Cassuto*, *Cortesi*, *Scialom* n'ont aucun grief à formuler contre la quinine et emploient fréquemment les doses fortes. Enfin ni la grossesse, ni la menstruation, ni l'albuminurie ne constituent des contre-indications (*Masselot*).

Pour le choix du sel de quinine, le chlorydrate et le formiate sont l'un et l'autre employés. Les avantages du formiate seraient d'être plus riche en quinine, 87,56 % au lieu de 81,61, plus soluble, moins douloureux si on l'administre par voie hypodermique.

Quatre voies d'introductions sont employées : L'ingestion et les injections intraveineuses hypodermiques et intramusculaires.

Il est nécessaire d'envisager la méthode par ingestion malgré son peu d'efficacité relative. *Comte* et *Lemanski* rapportent, au cours d'une des séances, les observations de deux cas où les cachets de quinine ne firent rien quand une seule injection intramusculaire suffit pour arrêter la fièvre. *Masselot* signale



que la quinine *per os* donne des nausées et ralentit la digestion des albuminoïdes. Malgré tout il est des cas où la méthode par ingestion est employée. Par les médecins de colonisation par exemple, quelles difficultés ne rencontrent-ils pas pour faire des injections journalières à plusieurs kilomètres de leur cabinet. En pleine grande ville chez les malades pusillanimes refusant toute piqûre. La méthode peut donner de bons résultats, *Lemanski* rappelle les résultats assez heureux obtenus en trois jours avec un gramme de quinine par jour, en cachets, chez les ouvriers du Bône-Guelma. Ceci avant l'avènement des injections intra musculaires. Ce traitement défini par *Cortesi*, traitement de nécessité, peut se comprendre de la façon suivante : 2 grammes par jour pour les hommes, 1 gr. 60 pour les femmes, 7 jours de traitement. La dose journalière est divisée en 4 cachets à faire prendre à 6 heures d'intervalle. Commencer le 1<sup>er</sup> jour à 6 heures du matin, le lendemain à 7 heures, le surlendemain à 8 heures et ainsi de suite. Les cachets sont administrés avec de la limonade chlorhydrique. Ensuite pendant 4 à 5 semaines, la potion de *Baelli*, composée de sulfate de quinine, de tartrate ferrico-potassique et acide arsénieux, à la dose quotidienne de 3 cuillerées à soupe (*Cortesi, Ortona*).

La voie intraveineuse a l'avantage d'agir très rapidement, mais la quinine s'élimine plus rapidement que par les autres voies, 5 à 10 minutes après l'injection. L'élimination est forte pendant 14 à 24 heures et peut varier comme durée totale de 24 à 35 heures (*Laçon*). Ses applications restent très rares. *Masselot* et *Scialom* n'eurent jamais l'occasion de les pratiquer, malgré la gravité de certains cas auxquels ils eurent à faire. *Cortesi* les pratique comme traitement d'urgence dans les cas très graves et *Ortona* si l'examen du sang montre un très grand nombre de parasites sur le point de se diviser.

La voie hypodermique n'est conseillée qu'à la façon de *Pendé*, par *Ortona*. Le bichloydrate de quinine étant dilué dans 250 centigr. de sérum physiologique adrénaliné.

Par cette voie, la quinine est éliminée assez rapidement, moins rapidement que par la voie endoveineuse, mais plus rapidement que par la voie intramusculaire, 10 à 15 minutes après l'injection nous dit *Laçon*.

Enfin la méthode de choix est d'employer la voie intramus-

culaire, elle est nécessaire et suffisante à tous les cas de paludisme (*Masselot, Scialom*). Elle permet une absorption assez rapide, une élimination aussi retardée que possible. Elle permet la quininisation la plus parfaite de l'organisme. D'après *Lançon* la quinine ne commence à apparaître dans l'urine qu'une heure et quart après l'injection, sauf si l'on emploie une solution suffisamment diluée ; dans ce cas, l'élimination commence au bout de 30 minutes.

×

Quelles doses employer ? 1 gr. et 1 gr. 20 ont suffi à *Lemanski* pendant de longues années à arrêter les accès et supprimer la périodicité. Il ne condamne pas les doses fortes mais s'oppose à tout traitement « passe partout ». Il faut que le clinicien sache assujétir son traitement aux différents cas. Pourtant, objecte *Masselot*, y a-t-il un criterium clinique permettant de supposer que telle dose suffit à tel cas ? *Lemanski* force la dose jusqu'à 1 gr. 50 et 2 gr. si le cas est rebelle. *Masselot* l'attaque d'emblée à 2 gr. et ajoute-t-il tout paludisme diagnostique même celui à l'apparence bénigne doit être attaquée avec la même énergie. *Cortesi, Scialom* se contentent souvent de la dose de 1 gr., sans pour cela craindre aucunement les doses fortes, même 3 gr. (*Scialom*) employés dans certains cas graves sans le moindre inconvénient.

Les enfants supportent très bien la quinine. *Cortesi* donne 0,25 à 1 an, 0,50 à 3 et 4 ans. *Comte* cite le cas d'un bébé de 11 mois chez qui 0,20 ne firent rien quand 0,30 le guérèrent définitivement.

Le seul principe visé évidemment est d'obtenir le maximum d'effet avec le minimum de médicament.

C'est dans ce but qu'avait été instituée la loi horaire pour l'administration de la quinine.

Dans le travail de *Masselot*, point de départ des discussions, on trouve la phrase suivante : « La vieille loi horaire de l'administration de la quinine ne nous semble plus avoir qu'un intérêt historique. Nous nous demandons d'ailleurs comment au temps où elle était fidèlement suivie, un médecin pouvait arriver à établir l'horaire des accès qui se modifie de lui-même et encore plus sous l'influence de la quinine ».

D'autre part au lit du malade peut-on connaître la forme à

laquelle on a à faire ? On ne peut évidemment pas laisser évoluer la fièvre sous prétexte de faire un diagnostic précis, comme le conseille pourtant *Henry. Cassuto* partage l'opinion de *Masselot*. Ils piquent leurs malades sans se soucier de l'heure à laquelle se déclanchera l'accès, ni de la forme de la fièvre. Cette façon de faire n'est pas du tout partagée par les partisans de la loi horaire ; *Ortona, Cortesi, Spezzafumo*. Ils accordent au contraire une grosse importance à la question de l'heure d'administration de la quinine. Si les renseignements sont faciles à avoir, dit *Cortesi*, je pique 6 à 8 heures avant l'accès, s'ils sont vagues, je pique tous les jours à une heure différente, pour avoir au moins une fois le bon moment. *Ortona* demande au laboratoire des renseignements précis sur le plasmodium auquel il a à faire. Il ne laisse pas pour cela évoluer la fièvre. Rien n'est plus facile dit-il, dès votre diagnostic de paludisme posé, de faire une lame, de piquer immédiatement et ensuite grâce au résultat du laboratoire de poursuivre une thérapeutique moins aveugle.

Se basant sur un signe clinique (le signe de Drouillard) précieux s'il était constant, *Lemanski* injecte la quinine dès que la température dépasse 37 même de quelques dixièmes et il ne l'injecte qu'à cette condition ; car *Lemanski*, dont le grand principe est « Pas de fièvre, pas de quinine » condamne tout traitement quinique d'entretien.

Celui-ci a le suffrage de ceux qui ne craignent pas l'hémolyse par la quinine. Les doses d'entretien restent pour les orateurs proportionnelles à leurs doses d'attaque. Ainsi *Masselot* fait 3 fois par semaine 2 grammes pendant 15 jours pour diminuer ensuite progressivement jusqu'à 0,50. *Scialom* préconise la reprise énergique du traitement à la moindre indisposition ou accident susceptible de rallumer le paludisme. Mais tout le monde est d'avis d'intercaler les arsenicaux aux différents traitements quiniques.

Ils sont en effet des adjuvants précieux dans le traitement du paludisme. Sans compter une action élective sur l'hématozoaire (*Lemanski* thèse de Roques) évidemment pas aussi spécifique que la quinine, l'arsenic est agent de réparation du terrain. Il combat l'anémie, relève l'état général et repose l'économie d'un traitement quinique trop prolongé.



L'arsenic est employé sous ses formes les plus diverses.

Quoiqu'on l'ait préconisé, le néo-salvensan ne peut être employé comme traitement de fond du paludisme. Il doit être réservé aux cas d'idiosyncrasie à la quinine et aux sujets quinino-résistants. Chez les paludéens syphilitiques anciens où il donne souvent des résultats brillants. Résultats non constants font remarquer *Jamin* et *Masselot* car il arrive que « au cours « d'un traitement arsenical intensif et régulier dirigé contre une « syphilis, on voit apparaître périodiquement des accès palus- « tres. Ce fait semble même être plus fréquent avec les fortes doses ». A ce propos *Jamin* signale à la Société la difficulté qui existe à différencier un accès palustre d'un accident d'intolérance pour le néo. D'autant plus qu'il arrive assez souvent que les premières injections déclanchent l'accès palustre. Le fait est indéniable, ajoute *Jamin*, sans qu'il soit particulièrement fréquent, ni soumis à une règle évidente.

Il résulte de la discussion sur ce sujet que l'action du néo sur les syphilo-paludiques est très irrégulière, puisqu'il arriva que dans une des séances de la Société, *Masselot* et *Cassuto* citent deux observations absolument opposées. *Masselot* eut à soigner une néphrite syphilitique qui a la 7<sup>e</sup> dose de composé arsenical (il s'agissait dans le cas du sulfarsenol) et au moment où la néphrite prenait bonne tournure, fit 4 accès de fièvre quarte de suite. C'est la quinine qui fit baisser la température. *Cassuto* eut à soigner un cas de paludisme tenace avec rechutes périodiques toutes les quinzaines. Un Wassermann découvre l'association syphilo-paludique et un traitement par le neo-salvaran arrête définitivement la fièvre.

*Lemanski* préfère l'hectine à tous les composés arsenicaux. Il l'emploie dans le paludisme depuis de nombreuses années. Elle se rapproche des arsenbenzols par son radical benzosulfone et réussit à merveille dans la syphilis comme dans le paludisme. Tandis qu'elle est employée par *Masselot* dans les périodes intercalaires apyrétiques et en dehors du traitement quinine d'entretien, elle forme pour *Lemanski* la base de ce traitement.

Enfin l'arrénhal et le cacodylate de soude sont aussi communément employés.

Le traitement opothérapique renforce l'action des arsenicaux.



*Lemanski* attache une grande importance à l'opothérapie hépato-splénique soit sous la forme d'organes frais, quand ils sont bien supportés. soit sous la forme de poudre sèche.

*Naamé* préconise les extraits surrénaux : « Je crois, dit-il, que « si le paludisme devient rebelle, cela tient à la déficience du « foie ou des surrénales, ne permettant plus aux organes de « remplir leur fonction antitoxique ». L'adrénaline d'ailleurs a tous les suffrages, mais elle doit être employée dans certains cas particuliers, et non pas uniformément dans tous les cas de paludisme. Pourtant dit *Naamé* « un médecin « italien a constaté qu'une heure après une injection d'un milligramme d'adrénaline chez un paludéen, les hématozoaires « apparaissent dans le sang. Cela doit assurément favoriser « l'action parasiticide de la quinine.

Ces considérations lui font associer les extraits surrénaux à la quinine, à tous les cas de paludisme.

Comme traitement adjuvant n'oublions pas le quinquina sous forme de décoction, vieux médicament très utile; il est fébrifuge, tonique puissant, reconstituant général, médicament des convalescences et des cachexies. Il est bien entendu que les vins de quinquina doivent être proscrits car l'alcool est un ennemi terrible du paludique.

Le Fer est employé pour combattre l'anémie palustre. *Ortona* l'emploie sous forme d'arséniate de fer, de tartrate ferrico-potassique dans la potion de *Bacelli*, avec *Cortesi* et *Scialom*.

Enfin les paludéens ont besoin du secours de l'hydrothérapie et de la climatothérapie dont *Lemanski* nous indique les règles.



## NOTES SUR LE PALUDISME EN TUNISIE

par le Dr Comte

### Examen du sang

Dans presque toute la Tunisie le paludisme est à l'état endémique, il se présente sous des formes très variées parfois avec une gravité telle qu'il est pris pour du typhus, par contre, il peut exister longtemps chez des personnes qui ne se doutent pas qu'elles sont infestées.

Il faut donc soupçonner et rechercher le paludisme chez beaucoup de malades, et rarement négliger de faire des prélèvements de sang sec sur lames pour qu'il en soit fait l'examen. Une analyse à résultat positif ne doit pas se borner à accuser simplement la présence de l'hématozoaire dans le sang : il est nécessaire, pour éclairer le médecin traitant, d'indiquer sous quelle forme le parasite se trouve chez son malade, car le traitement et le pronostic peuvent être modifiés d'après ces renseignements.

Un résultat négatif d'examen ne doit jamais faire éliminer aussitôt toute possibilité de paludisme chez le patient. Le parasite a pu faire défaut dans le sang périphérique au moment du prélèvement, ou il peut y être en nombre si faible que le chercheur n'a pas eu la patience de prolonger suffisamment son examen pour le trouver.

La présence probable de l'hématozoaire introuvable peut être souvent démontrée par les caractères spéciaux que présentent les divers éléments du sang.

La méthode de coloration des préparations joue un grand rôle. Lors de ma communication précédente, le docteur Nicolle nous a exposé combien, selon les chercheurs, les résultats peuvent varier. Personnellement avec sa grande expérience il a pu obtenir 90 pour 100 de résultats positifs tandis que la moyenne des mois précédents n'avait pas dépassé cinq pour cent. Les divers produits employés pour la coloration n'avaient pas été au préalable contrôlés, quand ils devraient toujours l'être ainsi que le fait tout chimiste qui vérifie ses réactifs neufs avant de faire des dosages.

Ces difficultés de recherche peuvent d'ailleurs être diminuées par un artifice de préparation qui consiste à réduire les globules rouges à l'état de squelette. On n'aperçoit plus que leurs fins contours tandis que les parasites et les globules blancs, même avec des colorants infidèles, se détachent fortement colorés dans une préparation presque incolore : si cette méthode n'est pas classique, elle mériterait l'être.

J'insiste sur l'utilité des examens de sang car je ne puis oublier la surprise de certains confrères apprenant le résultat positif d'examens que j'avais provoqués.

## La Fièvre

L'année 1921 a été des plus propices pour réunir de nombreux documents sur le paludisme. Dès le mois de mai, il était à prévoir que la fièvre serait très répandue et grave en Tunisie. Les années à pluies tardives au printemps si favorables aux récoltes, ont toujours été néfastes pour les humains. L'infestation doit se faire dès mai ou juin, mais le paludisme ne se manifeste sous une forme alarmante que lorsqu'une cause déterminante en provoque le déclenchement. Bien souvent cette cause, c'est le froid, soit celui qui saisit les individus lorsque les fins de nuits deviennent fraîches, soit celui qui résulte des premières pluies d'automne. C'est surtout à ces deux époques que se produisent les grosses épidémies massives, à forte mortalité, dans des tribus qui ont regagné déjà leur campement dans un pays fort sec après avoir été dans les régions paludiennes du Nord pour la transhumance ou pour les cultures et la moisson. Une preuve de cette infection latente et ancienne se trouve dans ce fait qu'on ne découvre dans le sang de ces malades souvent que l'hématozoaire en croissant, forme de résistance du parasite dans un milieu fortement épuisé.

Jusqu'à ce moment le parasite a dû vivre et proliférer surtout dans la rate qui se distend en conséquence. Cet organe est très sensible aux réflexes : un froid subit, tout comme une vive douleur, peut le faire contracter; il déverse alors dans la circulation tous ses parasites et leurs toxines, provoquant ainsi le gros accès de fièvre alarmant et parfois mortel.

La taille de la rate est un élément de diagnostic très intéressant dans le paludisme, sa palpation est parfois difficile; il y aurait avantage à se servir du phonendoscope de Bianchi ou de tout autre stéthoscope permettant de délimiter les contours des organes par le frottement ausculté.

Le premier accès de fièvre reconnu peut rarement être une indication sur le temps d'incubation du paludisme.

J'ai pu cependant noter une série de cas successifs où il ne s'était écoulé que sept jours entre le moment où des indigènes ont pu être infectés et celui où ils étaient obligés de se coucher avec des accès de fièvre tels qu'ils étaient signalés comme atteints de typhus. C'étaient des spahis dans le Sud qui se relayaient à tour de rôle tous les trois jours, auprès de Tripolitains campés près d'une source mal captée.

Or, chaque spahi, sept jours après sa prise de service était obligé de se coucher vaincu par la fièvre. Cette période de sept jours fit écarter aussitôt toute idée de typhus et un fort traitement de quinine, per os, prouva, par la guérison des malades, que le diagnostic de paludisme était exact comme le confirma l'examen de leur sang.

La notion fièvre, c'est-à-dire d'élévation de la température du corps au-dessus de la normale échappe complètement à nombre de personnes. L'observation a pu en être faite à maintes reprises, surtout au moment des fortes chaleurs de l'été. Ces personnes impaludées ou atteintes d'autres affections fébriles, éprouvent une sensation de bien-être au moment de leurs accès, peut-être parce qu'elles sont plus près ainsi de la température ambiante. En général elles sont alors plus ardentes au travail, plus actives que d'habitude, mais ensuite elles ont une sensation de fatigue dont elles ne peuvent s'expliquer la cause.

Cet état de suractivité souvent intermittente dure ainsi jusqu'au jour où une cause fortuite provoque le gros accès avec frisson. Il se produit chez ces paludéens une modification de caractère que peut faire suspecter à un médecin psychologue leur état de malade, en remarquant dans leur caractère une exagération de leurs prédispositions naturelles : leur équilibre normal se trouve rompu.

### Le Traitement

Si les injections intra-musculaires des sels de quinine forment la base du traitement idéal de tout paludéen, il ne faut pas oublier que seuls peuvent en profiter les malades des hôpitaux et les favorisés de la fortune qui ont à volonté, à leur chevet, et médecins et infirmiers. Ce n'est pas le cas pour la plus grande majorité des paludéens en Tunisie. Il ne faudra donc pas en préconisant uniquement le traitement idéal enlever toute confiance au médecin et au malade dans le traitement quinquine « per os ».

Ce traitement a donné et peut encore donner de bons résultats, c'est, d'ailleurs, le seul qui peut être prescrit bien souvent surtout par les médecins de colonisation, véritables chevaliers errants du bled, qui ne peuvent jalonner les pistes de leur vaste territoire d'infirmiers armés de seringues et munis d'ampoules de quinine et d'arsenic. Ils doivent se contenter de distribuer des comprimés ou dragées de quinine. Il serait bon qu'ils aient aussi une bonne provision de pilules de composition convenable pour constituer le traitement d'entretien et remplacer les injections arsenicales.

Il faudrait pour les enfants qui forment une très importante partie de la clientèle impaludée quelque produit dans le genre du chocolat à la quinine dont il est fait usage dans d'autres pays.

×

Les maladies pestilentielles quand elles s'abattent sur un pays passent et disparaissent après avoir fauché plus ou moins d'existences; on les redoute bien que certaines comme la peste ne vivent que sur leur ancienne



renommée. Le paludisme, quand il est aussi répandu qu'il l'est en Tunisie, est un fléau autrement redoutable : il persiste dans le pays, semble même d'année en années gagner du terrain, faisant tous les ans d'innombrables victimes tantôt dans une région tantôt dans une autre, parfois comme en 1921 redoublant ses coups de tous côtés à la fois.

La Société de Médecine a raison de s'en inquiéter car tout doit être fait pour diminuer les méfaits de ce fléau dont on peut se rendre maître, connaissant l'agent infectant et possédant le remède souverain. Il ne faudrait pas oublier que le paludisme a été considéré à bon droit comme la cause principale de déchéance de civilisations puissantes et prospères dont la Grèce et la Sicile portent encore les nobles traces.

---

## NOTE SUR LE PALUDISME A DJERISSA EN 1921

par le Dr LEGRAND

---

Djerissa est une petite localité minière de 6 à 700 âmes, bâtie à un peu moins de 700 mètres d'altitude sur des calcaires triasiques : le village est à flanc de montagne, dans une situation salubre et constamment ventilée, et remarquablement bien approvisionné en eau potable : on n'y observe presque jamais de paludisme autochtone.

Or cette année, en septembre, octobre et novembre, j'ai observé un nombre d'accès paludéens assez élevé pour pouvoir parler d'épidémie. Au point de vue statistique, je note en effet 11 malades alités avec hyperthermie, une interruption de travail de plus de quinze jours, de l'anémie et une asthénie prolongées; une trentaine d'autres, principalement des Italiens, femmes ou enfants, firent du paludisme semi-ambulatoire et guérirent en quelques jours par simple ingestion de chlorhydrate de quinine. Parmi les ouvriers indigènes de la mine, venant à la consultation, il y eut également trois ou quatre douzaines d'impaludés qui guérirent en moins d'une semaine avec cinq à six grammes de quinine « per os ».

Malgré trois tournées en campagne, je n'ai pu me faire une opinion sur l'importance de l'épidémie chez les paysans : on parlait de plusieurs centaines de décès indigènes dans les trois caïdats environnants en septembre et octobre, au point qu'on a prononcé le mot de grippe infectieuse : les malades que j'ai vus à la fin d'octobre présentaient des signes de cachexie palustre au début, avec grosse rate, surtout chez les enfants; œdèmes mal-léolaires et teint terreux : plusieurs succombaient à la suite des premiers

froids du fait d'entérites saisonnières achevant des organismes profondément débilités. Il ne fut, du reste, fait par ici, aucune distribution de quinine ni préventive, ni curative.

Notre contingent de détenus militaires offre, par contre, quelques données suggestives, en raison de leur régime très uniforme et très surveillé, et de leur impossibilité de communiquer avec la population libre ambiante. Sur 120 à 130 hommes à la fin de l'automne, je note neuf évacuations du fait de paludisme rebelle aux injections ou laissant une asthénie incompatible avec le dur travail qu'on exige au pénitencier. Sur ces neuf évacués il y a six indigènes et trois Français (pour un effectif à peu près égal des deux races, à cette période). A noter un décès par hépatite palustre à forme typhoïde et ictère grave chez un ancien paludéen.

Outre ces évacués, assez fortement touchés pour rester indisponibles durant un bon mois, j'ai pratiqué des injections (1 gr 50 de bichlorure Clin pro die) à deux douzaines de leurs camarades incommodés pour quelques jours. Tous suivaient pourtant le régime réglementaire de la quinine préventive à raison de 0 gr 50 en ingestion journalière. Est-ce la dose ? Est-ce le mode d'administration ? Elle m'a semblé, par comparaison avec la population libre voisine, qui n'en prend pas, parfaitement inefficace.

Sur les 25 détenus que j'ai vus en consultation en septembre et octobre, je note 19 indigènes et six Français — 21 cas nouveaux, et quatre anciens combattants de Macédoine ou paludéens des camps algériens.

Au point de vue clinique je n'ai remarqué que l'irrégularité des formes classiques de la fièvre, qu'on peut rapporter à la quinsisation préventive insuffisante; la rate m'a paru non seulement percutable mais débordante dans la moitié des cas, et véritablement hypertrophiée en tous sens chez les enfants. Les détenus ont manifesté trois subictères sans hypertrophie hépatique, et en plus l'ictère grave mentionné plus haut.

Le symptôme le plus singulier m'a paru être la gastralgie ou cardialgie, et la fréquence des vomissements : j'ai observé ces symptômes si pénibles et plus ou moins associés chez toutes les femmes et la moitié des hommes : chez une jeune fille, le vomissements ne cessèrent pas pendant trois jours et trois nuits, résistant non seulement à la quinine, mais à la morphine : et devant son état de dénutrition et de déshydratation, je dus installer l'entéroclyse glucosée et le goutte à goutte à la sonde rectale. Cette situation si inquiétante s'amenda brusquement au 4<sup>e</sup> jour, probablement quand les humeurs furent saturées de quinine.

Bien entendu ces gastralgies préexistaient aux prises du médicament, mais s'exaspéraient par son ingestion.

Une femme enceinte ayant refusé la quinine en temps opportun (par crainte d'accouchement prématuré) avorta à cinq mois et mourut le surlendemain dans un état d'anémie et de dénutrition auquel les injections tardives, enfin acceptées, ne purent remédier.

La question la plus intéressante soulevée par cette épidémie, diffusée cette année à toute la Tunisie, est celle de son origine. En effet, en 1920, je n'ai pas observé ici, à Djerissa, un seul cas de paludisme franc et récent, mais seulement des retours de fièvre chez d'anciens paludéens émigrés de la côte algérienne.

J'ai signalé, au début, la situation salubre du village : les eaux sont bonnes, non magnésiennes, de triple origine; leur mode de captation et d'adduction ne laisse rien à désirer. Aucune mare, ni cours d'eau intermittentes aux environs immédiats : de plus, les rares poches aqueuses que j'ai pu découvrir, étaient, en septembre même complètement dépourvues de larves d'anophèles ou de culicides : au surplus, les vents dominants sud-ouest, les sirocos fréquents quoique passagers, ne laisseraient pas à ces insectes si fragiles, la facilité de s'abriter et de pulluler sous nos ombrages clairsemés.

Dans les habitations, les moustiques étaient fort rares, réduits à quelques unités dans les recoins des pièces obscures : rareté frappante et bien suggestive pour quelqu'un qui a eu l'occasion d'observer leur pullulation pendant dix mois de l'année dans une région profondément impaludée comme la vallée du Yang-Tsé à Hankow.

Il me paraît donc problématique de rapporter aux anophèles, dans la région que je viens de définir, le développement et la transmission de ce paludisme qui vient de sévir au déclin de l'été et tout l'automne. Il doit y avoir d'autres modes de propagation de la malaria, ainsi que l'opinion commence à s'en répandre en divers milieux médicaux. Si on met à part l'endémie qui a intéressé la population libre européenne ou indigène de la campagne, il reste que nos détenus, à qui la réclusion impose un régime à part, lui ont payé un tribut proportionnellement plus lourd : bien que leur camp, éloigné de 300 mètres de toute agglomération libre, soit très sec, bien tenu, très ventilé et sans déviation appréciable d'eaux usées, un quart de l'effectif a été touché en septembre et octobre.

Faut-il attribuer cette infection palustre à l'usage d'une eau de boisson véhicule d'hématozoaires ? C'est la première idée qui vient à l'esprit quand on considère les conditions d'infection malarienne dans la plaine de l'Oued Sarrath, éloigné de six à sept kilomètres, et dont la population

a été spécialement éprouvée cette année : de plus, parmi les détenus, les indigènes non buveurs de vin ont été touchés deux fois plus que les Français.

Faut-il incriminer, en l'absence d'anophèles quelque insecte non suspect encore, tel que ces imperceptibles « sand-flies » qui traversent tous les moustiquaires et se sont montrées si incommodes et si abondantes cet été ?

C'est ce que l'enquête menée par votre Société contribuera peut-être à élucider.

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ACCÈS PERNICIEUX DU PALUDISME

par le Dr HAYAT

On a longtemps discuté de la nature des accès pernicieux du paludisme. Les médecins d'autrefois lui attribuaient un certain caractère mystérieux. Tôt, plus tard, les classait parmi les fièvres « comitées », autrement dit « accompagnées » de maladies intercurrentes assez graves pour entraîner rapidement la mort. Plus près de nous, on en a fait une septicémie plasmotiale massive.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est facile de démontrer que, tant au point de vue clinique qu'au point de vue pathologique, toutes les nombreuses variétés d'accès pernicieux décrites relèvent :

ou de l'urémie;

ou de l'insuffisance surrénale aigue;

ou d'une véritable méningite à marche rapide.

*Accès pernicieux d'origine urémique.* — Benamou, d'Alger, dans un intéressant travail paru dernièrement dans la *Presse Médicale*, conclut de ses observations qu'un certain nombre d'accès pernicieux du paludisme relèvent de l'hyperazotémie; et c'est — dit-il — le dosage systématique « de l'urée sanguine dans tous les cas sévères de paludisme qui permet de mettre en évidence ces formes urémiques. »

L'observation suivante d'un malade de notre aimable collègue le docteur Debasche est un exemple fort intéressant de ces cas, qui doivent être assez fréquents en Tunisie.

*Observation.* — S..., 55 ans, négociant, présente pendant trois à quatre jours une fièvre légère 37°5/38 de la céphalée, des douleurs à l'épigastre,



et du subdélire qui attira l'attention de l'entourage. Le malade attribue sa maladie à un refroidissement survenu à la suite d'un voyage en auto découverte. Le cinquième jour, il accusa un point de côté, à gauche : à l'auscultation, congestion de la base du poumon. Le lendemain, le malade était dans le coma, avec pouls imperceptible, myosis, extrémités froides, sueurs abondantes... On pensa à l'urémie et on le traite comme tel : saignée générale, toni-cardiaques, sérum glucosé. Le dosage de l'urée dans le sang donne 0,92 par litre, et comme il y avait dans la famille même du malade et dans le même quartier, d'autres personnes atteintes de paludisme, le Dr Debbasche fit faire la recherche des hématozoaires du paludisme : la réponse de l'Institut Pasteur fut positive. Le lendemain, après une amélioration sensible des conditions circulatoires et reprise de la fièvre à 38°, on fit une ponction lombaire, en raison du coma persistant où se trouvait le malade. A l'examen du liquide céphalo-rachidien qui était en hypertension, on trouva une quantité assez élevée d'albumine, indiquant une réaction méningée.

La quinine a été employée dès qu'on a eu la preuve qu'il s'agissait de paludisme :

Premier jour : 2 gr 50;

Deuxième jour : 2 grammes;

Troisième jour : 2 grammes.

L'état du malade s'améliora dans des proportions telles qu'on pouvait le considérer comme guéri quatre jours après. A ce moment-là, un nouveau dosage de l'urée sanguine donna : 0,37 par litre. Fait à noter : il s'agit d'un ancien paludéen.

On pouvait objecter, au sujet de cette pathogénie des accès pernicieux de paludisme, que l'hypérazotémie accompagne souvent l'évolution de certaines maladies infectieuses aiguës (angiocholites, grippe...) sans leur donner, pour cela, le caractère particulièrement grave du paludisme pernicieux. Or, l'hyperazotémie dans cette dernière infection tire sa gravité de ce fait — aujourd'hui démontré — que le paludisme de gravité moyenne s'accompagne ordinairement d'une azotémie particulièrement basse, pendant et en dehors des accès.

*Accès pernicieux ressortissant de l'insuffisance surrénale aiguë.* — Depuis que l'on connaît le syndrome de l'insuffisance surrénale aiguë, il n'y a plus de doute que les accès pernicieux dits algides et cholériformes ne relèvent de cette pathogénie.

Or, on pourrait objecter à cette manière de voir, que l'insuffisance sur-

rénales est considérée aujourd'hui comme un fait constant au cours du paludisme bénin et de moyenne gravité, et pourtant les accès pernicieux sont exceptionnels. Cette objection tombe devant les faits suivants : les autopsies ont montré que dans les accès pernicieux les capsules surrénales sont le siège de lésions de dégénérescence ou d'hémorragie diffuse, tandis que dans toutes les autres formes de paludisme, ces capsules surrénales ont été trouvées intactes : ce qui explique le succès de l'opothérapie et de l'adrénaline dans les cas de paludisme banal où il n'y a probablement que simples troubles fonctionnels de capsules surrénales sans lésions destructives, comme dans les accès pernicieux.

A ce propos, voici une observation qui démontre combien il est difficile de diagnostiquer le paludisme, quand ses propres symptômes sont noyés dans le tableau clinique du syndrome surrénal.

J'ai été appelé en consultation, il y a six ans, auprès d'une jeune femme qui présentait, depuis quinze jours — et en dehors de toute grossesse — des vomissements incoercibles très graves. Je retrouvai une malade très amaigrie, au teint terreux, aux muqueuses décolorées, le nez pincé, les yeux excavés, l'abdomen contracté, le pouls misérable. Pas de gros foie. Rate légèrement hypertrophiée. Urines non albumineuses.

Le médecin traitant, découragé par l'inefficacité du traitement, et spécialement du goutte à goutte rectal adrénaliné, pensa à mettre l'estomac au repos en conseillant une jejunostomie (P) et arrêter ainsi les vomissements.

Je reconnus dans cette jeune femme une malade venue deux mois auparavant d'une ville de l'intérieur pour passer l'été à La Marsa, malade que j'avais soignée pendant un mois pour une fièvre continue diagnostiquée paludéenne et traitée avec succès par la quinine. Je pensais donc à l'origine paludéenne de ces vomissements d'autant plus qu'en dehors des vomissements qui ne cessaient jamais, la malade présentait tous les jours une crise avec légère élévation de la température suivie de sueurs froides profuses et de prostration extrême.

Néanmoins deux examens de sang faits à trois jours d'intervalle, à l'Institut Pasteur, donnèrent des résultats négatifs. La quinine à la dose de 2 grammes par jour en piqûres intra-musculaires ne donna pas non plus de résultats satisfaisants. Sur les conseils de notre ancien Maître, le docteur Ardin Delteil (d'Alger) qui vit la malade, on refit quelques jours après un troisième examen du sang et on y trouva de « nombreux plasmodium vivax. » Il était trop tard : la malade succombait le surlendemain.

Ce cas, comme celui du docteur Debbasche, démontre qu'à l'instar de la syphilis où les accidents nerveux graves n'arrivent qu'aux malades insuffisamment traités, les formes pernicieuses du paludisme s'observent surtout chez les individus dont le paludisme a été méconnu et non soigné à temps.

III. — Nous arrivons enfin à la troisième catégorie que nous avons envisagée, les accès pernicioeux relevant d'une localisation méningée. — « Quand on a l'esprit porté vers les méninges, on ne pense généralement pas au paludisme ! » Et pourtant, depuis longtemps Lavedan a écrit que « sur les sujets morts de fièvre pernicioeuse il n'est pas rare d'observer une injection vive des méninges à la convexité du cerveau, voire même des lésions de méningite. »

Depuis que la ponction lombaire s'est généralisée dans la pratique courante, il a été démontré que bon nombre de malades présentant les symptômes de l'accès pernicioeux du paludisme relèvent d'une localisation méningée comme en témoignent les modifications du liquide céphalo-rachidien (lymphocytose chez les uns, polynucléose chez les autres, augmentation du pourcentage de l'albumine dans tous les cas...)

Cette question a été l'objet d'études suivies de la part des médecins d'Alger (Ardin Delteil, Soulié, Raymond, etc...) et d'un travail d'ensemble de notre ancien collègue le docteur Porot en 1911.

Voici une observation empruntée à Barriot et Alhard qui concrétise ce qui précède :

Un homme de 35 ans présente de la fièvre élevée, du subictère, de l'embaras gastrique banal, de l'obnubilation. Trois jours après, raideur de la nuque, puis assez rapidement coma. Ponction lombaire; liquide céphalo-rachidien en hypertension très riche en albumine. Hématozoaires dans le sang. Guérison par la quinine.

Ces considérations démontrent que, quelle que soit la forme clinique de l'accès pernicioeux, accès dits comateux, soporeux, délirant, apoplectique, dyspnéique, méningé, syncopal, algide ou cholérique, il est facile de le cataloguer dans l'une des trois catégories que nous venons d'établir. Au point de vue pratique, il importe d'associer au traitement intensif par la quinine, les moyens appropriés à l'urémie chez les uns, (saignée générale, drastiques, etc.) à l'insuffisance surrénale chez les autres (extrait total injectable de capsules surrénales en plus de l'adrénaline) ou à la méningite si celle-ci est évidente (ponctions lombaires répétées).

## NOTES PRATIQUES SUR LE PALUDISME

par le Dr D. Scialom

I. *Clinique.* — Le praticien ne doit jamais oublier que dans nos régions il y a non seulement le paludisme *aigu* (Lemanski, Cortesi, Conseil, Masselot) et *chronique* (cachexie), mais encore le paludisme *larvé* (névralgies périodiques), monosymptomatique, latent.

Le paludisme est aussi *protéiforme* (grippe, tuberculose, états typhiques, fièvre méditerranéenne, etc.). Suivant la prédominance *symptomatique* (syndrômes) nous avons les accès *pernicieux* (embolies parasitaires dans les viscères), les *typhoses* (Lemanski, Masselot), les formes *méningitique*, *cholérique*, *dyssentérique*, les congestions *pulmonaires* apicales ou basales, etc.

D'où son diagnostic différentiel souvent délicat (Scialom, Bull, de la Société des Sciences Médicales de Tunis, *Maladies fébriles*, 1906, épidémies de fièvres en Tunisie, 1907).

### Observations

1° *Accès algide.* — J'ai eu l'occasion d'être appelé en 1904 auprès d'un colon des environs de Bizerte, atteint de *paludisme* algide; le malade semblait dans le *coma*. Une injection immédiate de quinine à 1 gr. continuée pendant deux autres jours a donné une guérison apparente, garantie ensuite par la quinine « per os » pendant sept jours et suivie par un traitement à base de quinquina et de liqueur de Fowler.

Le malade était un éthylique paludéen d'une cinquantaine d'années. L'analyse sommaire de l'urine avait décélé pendant quelques jours des traces d'albumine.

2° *Accès pernicieux.* — En 1909, j'ai été appelé d'urgence au chevet d'un israélite âgé de 35 ans, venant de Béja : le malade avait une température de 41° depuis quelques heures, les yeux étaient injectés, la respiration stertoreuse; le patient paraissait être entré définitivement dans le *coma*. Je n'ai pu avoir aucun renseignement de la famille absente ou de l'entourage. Je fis une injection de quinine de *trois grammes*. Le lendemain matin le malade avait 36°5. Il repartait le jour même pour Béja après m'avoir affirmé qu'il était habitué à avoir des accès paludéens.

*Paludisme larvé.* — J'ai souvent l'occasion à l'Ariana (au printemps et surtout à l'automne) de constater des cas de *névralgies périodiques* que je traite par la quinine d'Etat à raison de six pilules pro die pendant trois



jours (chez les adultes); je fais suspendre le traitement pendant trois jours; je prescris de le reprendre encore pendant trois jours à la même dose de six pilules par jour. Je conseille toujours au patient de continuer le traitement prophylactique à raison d'une pilule tous les matins. Si l'état général est atteint je soumetts le patient pendant trente à quarante jours aux pilules d'Esanofele ou Couturieux.

*Etat typhique paludéen.* — J'ai eu l'occasion d'observer des malades ayant une fièvre continue avec *typhose* (Lemanski) que les injections de quinine arrivaient à guérir rapidement; la quinine a été, en dehors du laboratoire, le seul moyen diagnostique.

*Syndrôme méningitique.* — J'ai observé le cas d'un enfant habitant l'avenue de Paris, qui est entré brusquement en *convulsions* avec fièvre, céphalée, vomissements, constipation, rate perceptible, Kernig. Une consultation se basant sur l'hérédité du malade avait émis l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse probable. Trois injections de quinine ont tout fait rentrer dans l'ordre.

*Syndrôme cholériforme et dyssentérique.* — J'ai vu des malades ayant des troubles gastro-intestinaux rappelant le choléra et la dyssentérie avec grosse rate, guérir rapidement à la suite de quelques injections intra-musculaires de quinine alors qu'un traitement diététique et symptomatique rationnel avait été insuffisant.

*Congestion pulmonaire.* — Dans la vie militaire j'ai observé un cas de congestion de la base et un cas de congestion du sommet. Les deux soldats ont guéri rapidement à la suite du traitement anti-paludéen (quinine et arsenic).

*Accès annuel.* — Je connais un Tunisien qui, chaque été, fait un accès franc de paludisme aigu et ce, depuis une vingtaine d'années, sans aucune atteinte de l'état général.

*Diagnostic.* — Le domicile du malade est important à connaître (région paludéenne, banlieue de Tunis, avenue de Paris).

C'est surtout à l'automne et au printemps que l'on constate le plus souvent les accès paludéens (frisson, chaleur, sueur). L'existence des Anophèles (piqûre nocturne de la femelle, Grassi) dans un endroit habité est en faveur du diagnostic de *plasmodiose* (prophylaxie). La *splénomégalie* précoce (mais inconstante) fait suspecter la malaria (penser à la leishmaniose). Mais le plus souvent et surtout dans les infections associées, le laboratoire est le seul moyen scientifique de porter un diagnostic de certitude (étalement de sang du malade sur une lame ou faire une ponction de la rate).

Un moyen pratique de diagnostic différentiel de probabilité est l'épreuve thérapeutique par la quinine.

Nous ne parlons pas des nécropsies (congestion ou sclérose des viscères, pigments, Kelsch et Kiener, Marchiafava, Manson).

*Thérapeutique.* — A. — Pendant la guerre dans les hôpitaux militaires du Belvédère et de Gabès où j'ai été affecté sur ma demande aux divisions des *fiévreux* et des *contagieux*, les paludéens étaient soumis à la cure suivante :

1° 0,80 centigr à 1 gr 20 de chlorhydrate de quinine en injection quotidienne, intramusculaire (et non sous-cutanée), répétée pendant trois jours, rarement pendant cinq jours;

2° trois jours de suspension de tout traitement s'il y a apyrexie;

3° répétition des injections de quinine à la même dose pendant trois jours, même si la fièvre ne réapparaît pas;

4° dix jours d'injections de cacodylate de soude à 0,10 etgr., quelquefois nous ordonnions du fer (Carton, Porot).

En clientèle je suis ordinairement cette même ligne de conduite en utilisant la quinine (par la voie intramusculaire, jamais je n'ai trouvé d'indication à l'endoveineuse) diluée au quart (moins de douleur, pas d'induration, suppuration rare). Une seule fois j'ai eu recours à 2 gr. et 3 gr. de quinine. J'y ajoute presque toujours pour les adultes le quinquina, l'opothérapie spléno-hépatique (Lemanski). Chez les enfants je fais appel souvent à l'euquinine, (Celli) à l'aristochine (sans amertume), aux suppositoires et aux lavements de quinine, aux doses relativement élevées; je ne crois pas à l'efficacité des frictions à l'aide de pommades à base de quinine.

Je remplace fréquemment le cacodylate, l'arrhénal par l'hecline (Lemanski, Masselot). J'utilise assez souvent la liqueur de Fowler, les pilules d'Esanofele ou Couturieux.

J'emploie quelquefois l'adrénaline (Naamé) comme traitement symptomatique. Je conseille souvent la quinine (0,25 centigr pro die) préventive et la reprise systématique du traitement intensif à la moindre indisposition (grippe, accouchement, etc.) et aux changements de saison ou de pays.

B. — *Arsénobenzol.* — Dans un cas de paludisme aigu rebelle à une injection quotidienne de 2 gr de quinine répétée pendant cinq jours consécutifs j'ai réussi en trois jours à juguler les accès avec le novarsénobenzol (0,15 centigr pro die par la voie sous-cutanée). Une autre fois j'ai utilisé d'emblée le néo par la voie intraveineuse, le patient refusant la quinine.

C. — *Traitement Tramontano*. — Plusieurs malades et quelques paludéens d'Orient ne voulant plus se soumettre aux injections de quinine j'ai eu l'occasion d'essayer avec succès le traitement Tramontano dont je ne connais pas la composition : ce traitement consiste : 1° en pilules (trois par jour pour les adultes) probablement à base de quinine et 2° en une potion amère peut-être à base de quinquina, d'amers et d'arsenic (trois cuillerées à soupe par jour). C'est un de mes paludéens guéri qui m'a fait connaître cette médication empirique.

*Prophylaxie*. — Détruire les larves et nymphes d'Anophèles (poissons, pétrole). Eviter les piqûres de moustiques (moustiquaires, fenêtres et portes métalliques, Italie, Amérique). Mettre en vente des pilules de quinine et même les distribuer. (Etat italien, Etat tunisien, services de santé militaire).

*Conclusions*. — Le paludisme est une *plasmodiose* (Neveu Lemaire) c'est-à-dire une infection due à des plasmodies (*malariae*, *vivax*, *falciparum*, Laveran, 1881; Welsch, 1887; Grassi et Feletti, 1890; Marchiafava et Celli, 1885, etc.) transmises par la piqûre *nocturne* de l'*Anophèle* infecté (Manson, 1894; Ross, 1895; Grassi, 1895), caractérisée généralement par des *accès* ou de la *fièvre* (quotidienne, quarte, tierce, irrégulière, continue) de la *splénomégalie* (congestion en accordéon, boue splénique ou sclérose) une pigmentation spéciale des téguments et des viscères (mélanémie, hémozoïne de Sambon, hémosidérine de Kelsch et Kiener, granulations de Schuffner, grains de Maurer), une atteinte des viscères (le drame malarique est plus viscéral que circulatoire) et dont le traitement *spécifique* est la quinine et le quinquina, l'arsenic et le fer, l'opothérapie splénohépatique et quelquefois l'adrénaline enfin le changement de climat dans des régions privées de moustiques genre *Anophèle* (agent intermédiaire, cycle évolutif).

La thèse *tellurique*, l'existence d'un *microorganisme* spécifique du paludisme autre que les plasmodies, transmis en dehors des *moustiques*, la non spécificité de la *quinine* ont besoin encore de faire leurs preuves.

La connaissance complète du paludisme est due aux travaux originaux des écoles française, italienne et anglaise (Laveran, Grassi, Manson, Kelsch et Kiener, Marchiafava, etc.).

## NOTES SUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME

par les Docteurs ORTONA et SPEZZAFUMO

Depuis les temps les plus reculés et bien antérieurement à la découverte des propriétés thérapeutiques de l'écorce de quinquina on savait déjà que les fièvres paludéennes non seulement tierce et quarte bénigne, mais aussi celles plus graves de la saison automnale pouvaient guérir spontanément *viribus naturae* comme du reste il arrive pour plusieurs maladies infectieuses. Mais heureusement ce paludisme est une des rares maladies contre laquelle nous possédons un remède spécifique qui est vraiment prodigieux.

Tous les médecins savent aujourd'hui que les sels de quinine sont facilement absorbés dans le sang et en grande partie éliminés par les urines. L'élimination commence 15 à 17 minutes après l'ingestion; 10 à 15 minutes après l'injection hypodermique; 10 minutes après celle intraveineuse. D'après Kerner toute la quinine serait éliminée en 36-48 heures, une partie passe dans la bile. Mais la quinine pour donner le maximum d'utilité doit être donnée en dose suffisante et au moment le meilleur. On sait que le spécifique administré à la dose thérapeutique ordinaire n'arrête pas le développement du parasite quand son processus de segmentation est commencé, mais la jeune génération parasitaire qui en résulte est détruite puisque l'action maxima du remède s'exerce sur la phase de vie extraglobulaire du parasite qui suit la sporulation accomplie.

Baccelli a recherché quelle était l'action de la quinine injectée dans les veines dans les fièvres aestivo-automnales étudiant le sang toutes les demi heures : il crut constater une plus grande vivacité des mouvements dans les premières deux ou trois heures, il est certain toutefois qu'après 24 heures presque tous les parasites étaient disparus, seules les formes pigmentées et falciformes de Lavedan étaient visibles dans le sang même, plusieurs jours après l'injection de quinine et la cessation de la fièvre.

Marchiafava et Bignami ont étudié les modifications de la courbe thermique produites par les injections, hypodermiques dans la tierce maligne:

a) si la quinine est administrée à l'approche de la crise à la dose de deux grammes et en deux fois avec intervalle de 2 à 3 heures et l'on continue dans l'apiréxie successive une fois toutes les 12 heures dans la majorité des cas on empêche l'accès suivant, ou bien le patient n'a que des petites élévations thermiques avec un peu de malaise, dans d'autres cas l'accès suivant est retardé ou avorté.



b) si la quinine est administrée dans les six heures qui précèdent l'attaque attendue, dans la même dose de deux grammes elle peut n'avoir aucune influence sur l'accès suivant ou bien elle peut la retarder, mais elle empêche les accès ultérieurs.

c) si la quinine est administrée au début de l'accès dans la majorité des cas l'accès se poursuit normalement et il peut être même grave et prolongé, mais parfois on a une exagération de la pseudocrise ou une crise rapide de façon à abrégér l'accès. Mais en règle l'accès suivant ne se produit pas, bien que soient fréquentes des élévations irrégulières de la température.

d) si la quinine est donnée pendant l'attaque et continuée pendant tout l'accès parfois la courbe n'est pas modifiée d'une façon appréciable, d'autres fois il y a une atténuation ou abolition de l'élévation précritique, et surtout l'attaque successive peut manquer ou peut être substituée dans les journées qui suivent par de légères élévations thermiques.

Dans les pernicieuses avec fièvre irrégulières l'observation est moins nette puisqu'il faut continuer à donner la quinine par intervalles rapprochés.

Dans la tierce double et la quarte triple ou double nous avons l'action maxima de la quinine quand elle est donnée à la dose de 1 gr. ou 1 gr. 20 trois ou quatre heures avant l'accès; la même dose doit être répétée dans les trois ou quatre jours suivants et pour éviter les récidives on la renouvelera tous les six jours pendant cinq ou six semaines. Il sera même prudent, dans les formes récentes, d'administrer une dose à la fin de l'accès; cette dose à la fin de l'accès étant justifiée par l'action que nous connaissons sur les parasites endyloglobulaires jeunes.

Dans les formes aestivo-automnales soit dans les fièvres tierces soit dans les tierces doubles ou quotidiennes, on doit donner la quinine en dose plus forte soit 1 gr. 50 à 2 gr. à l'approche de la crise et la même dose sera faite dans les quatre ou cinq heures qui précèdent le moment où l'on présume l'éclosion de l'accès suivant, et puis l'on continuera pendant cinq jours de suite. Pour éviter les récidives une dose de 1 gr. 20 au moins tous les six jours et pendant plusieurs semaines. Certains auteurs avaient proposé une dose journalière plus légère de 0 gr. 20 ou 0 gr. 25 tous les jours mais Marchiafava et Bignami sont contraires à cette pratique puisqu'il a été prouvé que la concentration du remède dans le sang doit être suffisante pour arrêter la vie des parasites, soit qu'ils se trouvent en petite quantité, soit que cette quantité soit suffisamment massive pour produire la fièvre.

La quinine par conséquent doit être administrée en temps opportun et en quantité suffisante *dans peu de temps* au moment le plus utile pour que son action arrive quand les parasites peuvent être atteints au maximum, à la dose nécessaire et dans un court espace de temps pour que la concentration du remède soit suffisante à les tuer. Dans le cas contraire la fièvre devient irrégulière et elle peut devenir rebelle au traitement.

Bien entendu tout ce qui a été dit n'empêche pas que dans les cas graves et les formes pernicieuses la quinine doit être administrée au plus tôt puisque dans toutes les périodes du cycle parasitaire elle exerce une action plus ou moins utile toujours.

Les sels de quinine plus couramment donnés sont le bichlorhydrate de quinine à dose plutôt diluée pour les injections sous-cutanées ou intramusculaires, le chlorhydrate et le sulfate par ingestion suivis d'une limonade chlorhydrique pour faciliter la solution et l'absorption du remède. Les injections intraveineuses ont été pour la première fois pratiquées par notre maître Baccelli mais elles doivent être réservées pour les cas très rares de fièvre pernicieuse où l'examen du sang montre un très grand nombre de parasites surtout proches de la scission de façon à faire prévoir une prochaine et très nombreuse charge parasitaire, ou dans les cas pernicioseux avancés dans lesquels à cause de l'affaiblissement des forces cardiaques nous pouvons craindre que l'absorption dans les interstices des tissus soit trop lente, surtout dans les pernicioseux algides.

Mais exceptés ces cas excessivement rares, nous donnons la préférence à la méthode du professeur Pende qui est applicable à la très grande majorité des paludéens et qui met à l'abri des abcès qui peuvent suivre les injections sous-cutanées ou musculaires (même bien faites) sans oublier aussi qu'elle ne cause pas la moindre douleur. Pende depuis une douzaine d'années alors qu'il était encore assistant dans le service de Médecine du Professeur Bignami à l'Hôpital de San Giovanni à Rome, pratiquait, 6 à 7 heures avant l'accès prévu, une large hypodermoclyse de 250 cc. de solution physiologique de chlorure de sodium contenant quatre ampoules de chlorhydrate de quinine à 0 gr. 50 soit deux grammes : 1/60 d'alcaloïde et 1/2 ampoule de solution au millième d'adrénaline. Il refait une autre injection semblable 24 heures après (ou dans le cas très grave 12 heures après) dans les tissus cellulaires sous-cutanée de la cuisse. Il pratique la même injection le sixième jour après cinq jours de repos sans quinine, et une autre après cinq jours. A partir de celle-ci il donne toujours après cinq jours de repos la quinine par ingestion à la dose de deux grammes

en six cachets et pendant deux jours, et ainsi de suite pendant deux jours par semaine et pendant deux mois.

Pendant la guerre le professeur Pende, mobilisé, a traité de la même façon tous ses paludéens avec un succès qui ne s'est jamais démenti et sans aucun inconvénient. L'hypodermoclyse ne dure jamais plus de vingt minutes; elle est très bien supportée, nullement douloureuse et elle n'a jamais été suivie ni d'escarres ni d'abcès. L'absorption est très rapide. L'adjonction de l'adrénaline servirait à prévenir les phénomènes de collapsus vasomoteur qu'on pourrait redouter chez les sujets particulièrement prédisposés aux phénomènes d'atonie vasculaire. Les bons effets peuvent être attribués en outre de la quinisation intensive, à l'action bienfaisante aussi de la solution physiologique et de l'adrénaline.

Pendant les intervalles de la quinine, Pende fait pratiquer des injections d'arséniate de fer.

Nous ne voulons pas entrer ici dans l'étude des inconvénients du traitement par la quinine ni des idiosyncrasies heureusement rares, ce qui nous conduirait bien loin dans ces brèves notes.

Nous n'insisterons non plus sur l'arsenic dont l'utilité est indéniable dans cette infection. Baccelli recommandait beaucoup l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler, qu'il associait à la quinine et au tartrate ferrico-potassique surtout dans les suites de la malaria et dans la cachexie paludéenne. La considération pour ce médicament s'est toujours accrue dans ces derniers temps surtout après la découverte des cacodylates faite par Armand Gautier et ensuite avec l'arrhénal, l'hectine et le salvarsan.

L'arsenic est devenu précieux non seulement comme adjuvant de la quinine et comme reconstituant dans l'anémie paludéenne à la manière préconisée par Baccelli mais dans les cas où la quinine est mal supportée ou dans les cas très rares, nous en convenons, mais pourtant bien connus où la fièvre paludéenne résiste à la quinine, elle est vaincue par le néosalvarsan. C'est pour ça qu'il est aujourd'hui classique de faire suivre toujours le médicament d'assaut qui reste sans contredire la quinine, d'une cure arsenicale sous forme d'arrhénal ou d'hectine.

---

## PNEUMO-PALUDISME

### Cinchonidine et extrait surrénal ou adrénaline

par le Dr NAAMÉ

---

Dans son très intéressant rapport, M. Masselot, à propos d'une jeune femme paludéenne, mais présentant des signes d'induration pulmonaire confirmés par la radioscopie, se demande s'il s'agit de tuberculose ou de paludisme.

Je me permettrai à ce sujet de signaler les travaux De Brun sur le pneumo-paludisme du sommet, qui se caractérise par de la matité ou submatité, augmentation des vibrations thoraciques, souffle ou respiration soufflante, et notamment par une absence complète de râles. Néanmoins, une bronchite pourrait compliquer le pneumo-paludisme; et je me rappelle, il y a quinze ans, avoir observé un paludéen chronique, considéré comme tuberculeux, qui présentait des signes d'induration pulmonaire et avait des crachats abondants : un traitement arsenico-quinique l'a complètement guéri.

Mais parfois, il n'y a que de petites modifications respiratoires : inspiration atténuée, expiration rude et prolongée, submatité légère ou simple résistance au doigt, signes que j'avais observés chez des malades de Palestine.

En 1900, lors de mon arrivée à Tunis, j'eus l'occasion d'observer avec mon ami le docteur Schoull, dans son service à l'Hôpital Civil, un réformé pour tuberculose, qui n'était en réalité qu'un paludéen chronique, présentant des signes de pneumo-paludisme au début et qu'un traitement adéquat a complètement guéri.

×

D'autre part, M. Masselot me permettra de revenir sur la question du traitement. Il est indiscutable que les sels de quinine, surtout par la voie musculaire, en constituent la base. Mais dans les formes chroniques traînantes, la quinine fatigue par les bourdonnements d'oreilles qu'elle provoque, surtout chez ceux dont l'ouïe est faible. Dans ces cas j'ai recouru au sulfate de cinchonidine, sel préconisé par De Brun à la dose de 1 gr 50 à 2 gr par jour. Avec lui, un peu de vertige et pas de bourdonnements d'oreilles. Il est vrai qu'il est moins actif que la quinine, mais je l'associe soit à l'opothérapie hépato-splénique préconisée par Lemanski, soit et surtout à l'adrénaline ou extrait surrénal. Je n'exagérerai pas en disant que



cette association m'a quelquefois réussi là où les injections de quinine ont presque échoué. J'ai eu dernièrement à soigner un paludéen qui avait reçu une trentaine d'injections quinquiques. Je lui ai prescrit trois cachets par jour, à prendre à une heure d'intervalle, composés chacun de 0,40 centigrammes de cinchonidine et de 0,25 centigrammes de surrénine. Les accès ont plus facilement cédé.

Je crois que si le paludisme devient rebelle, cela tient à la déficience du foie ou des surrénales, ne permettant plus aux organes de remplir leurs fonctions antitoxiques. Les travaux de Paisseau et Lemaire sur la surrénalite paludéenne en font foi.

J'avais évoqué en 1911 l'action antitoxique de l'adrénaline dans le choléra, et Marie, en 1919, a démontré que l'adrénaline avait le pouvoir de neutraliser les toxines solubles. En outre, d'après Sajous, les sécrétions glandulaires favorisent la production de cellules phagocytaires.

J'ajouterai qu'un médecin italien a constaté qu'une heure après une injection d'un milligramme d'adrénaline chez un paludéen, les hématozoaires apparaissent dans le sang. Cela doit assurément favoriser l'action parasiticide de la quinine.

Donc associer l'opothérapie, c'est permettre à l'organisme de prendre concurremment part à la lutte contre le paludisme, d'où guérison plus rapide avec des doses moindres de quinine ou de cinchonidine (1).

---

## L'EMPLOI DU 914 DANS LE TRAITEMENT DU PALUDISME

par le Docteur JAMIN

---

Que l'on ne s'étonne pas de me voir prendre la parole sur une question qui semble si loin de ma spécialité, mais si le docteur Masselot a soigné des paludéens syphilitiques, j'ai eu à soigner pas mal de syphilitiques paludéens. Sans doute il ne s'agissait vraisemblablement pas de paludismes récents et encore moins aigus, mais je ne crois pas que, pour ce que j'ai à dire, la chose soit d'importance capitale.

---

(1) Depuis la rédaction de cette note, j'ai observé un cas de paludisme subaigu compliqué de violentes quintes de toux sèche, dont la cinchonidine et la surrénine, exclusivement données, ont eu raison. Le sommet droit présentait une résistance au doigt et une légère modification respiratoire.

Je voudrais corroborer les observations du docteur Masselot en quatre points :

1° Le déclenchement de l'accès palustre au cours des premières injections d'arsénobenzol. Le fait existe d'une façon indéniable sans qu'il m'ait paru particulièrement fréquent, ni soumis à une règle évidente.

2° Le point sur lequel j'attire spécialement l'attention de la Société est la difficulté très réelle qui existe à faire le départ entre l'accès palustre et une réaction thermique due à l'arsénobenzol. Comme le dit Masselot, les trois stades de frisson, chaleur et sueurs, ne sont à eux seuls pathognomoniques de paludisme et un cas très récent nous l'a encore prouvé : il s'agissait d'un auxiliaire médical de Sadiki recevant pour syphilis un traitement novarsénical et qui fit, à sa troisième injection, un accès si typique que les médecins qui l'ont vu — et j'en étais — en ont fait du paludisme. En réalité il s'agissait d'intolérance au novarsénobenzol comme la suite le montra. Existe-t-il un moyen de différencier facilement ces deux origines fébriles, paludisme ou néo ? Je n'en connais pas et dois dire que notre malade n'a pas présenté la conjonctivite arsenicale dont parle Milian.

3° La nécessité d'un traitement d'entretien par un médicament autre que le néo. La comparaison avec la syphilis est inattaquable au point de vue thérapeutique et de même que la généralité des syphiligraphes associe le mercure à l'arsenic dans le traitement de la spirochétose pâle, de même un médicament de fond me semble nécessaire pour le traitement du paludisme et il ne paraît pas devoir être le novarsénobenzol : je n'en veux d'autres preuves que ces cas, relativement fréquents, où au cours d'un traitement arsenical intensif et régulier dirigé contre une syphilis, on voit apparaître épisodiquement des accès palustres légitimes (avec constatation d'hématozoaires, au moins dans un cas) ; ils semblent même plus fréquents avec les fortes doses.

4° Reste enfin la question des doses. Je ne l'ai point spécialement étudiée quant au paludisme, mais j'ai l'impression — qui n'est qu'une impression, d'ailleurs illogique — qu'il n'est pas nécessaire d'atteindre les doses de un centigramme et demie de sel par kilogramme de malade pour arrêter l'évolution de l'accès. Je livre à de plus autorisés cette constatation que m'ont permis de faire les confrères qui m'ont demandé pour certains de leurs paludéens — récents et aigus — de faire les injections intra-veineuses.

## REMARQUES SUR LE TRAITEMENT QUINIQUE ET SUR L'ELIMINATION DE LA QUININE

par C. LANÇON

---

Rappelé du front fin août 1916, nous étions, deux mois après, affecté à l'hôpital militaire de Tunis, comme chef de service, puis comme médecin du secteur.

Nous ne surprendrons personne, en déclarant, qu'à l'exemple de tout médecin de la Métropole n'ayant jamais quitté son terroir, nous n'étions point familiarisé avec le paludisme. Nous nous rappelions bien avoir vu dans le service du professeur Bondet deux ou trois paludéens, originaires des Dombes, auxquels notre maître lyonnais prescrivait généreusement deux cachets de quinine « pro die » pendant toute la durée de leur séjour dans son service et nous tenions cette thérapeutique pour suffisante.

Manquant d'entraînement en pareille matière, nous étions, à notre arrivée en Tunisie, accessibles à toutes les suggestions. Nous avons donc interrogé plusieurs confrères susceptibles de nous indiquer des directives et nous devons avouer que les principes, qui nous furent donnés pour le traitement du paludisme, ne concordèrent pas toujours.

Tout en restant dans l'orthodoxie et sans vouloir franchir la dangereuse frontière algéro-tunisienne, nous ne pouvons oublier cependant que la malaria n'est pas le monopole de l'Afrique du Nord, ni même de la Tunisie et que, en divers points du continent européen, le traitement du paludisme a été fortement étudié : nos confrères italiens en particulier pourraient nous décrire ici le schéma thérapeutique utilisé dans les régions impaludées de la péninsule et nous exposer la lutte intensive organisée, pendant la guerre, contre ce fléau qui décimait les effectifs de nos alliés dans des proportions presque aussi fortes que celles enregistrées pour nos troupes d'Orient.

Laissant à de plus qualifiés que nous le soin d'attribuer à chaque agent thérapeutique la place qui lui convient, qu'il s'agisse de la quinine, du quinquina, même en décoction, de l'arsenic et de ses multiples dérivés (arrhénal, cacodylate, arséniate de soude, arsénite de potasse, arsénobenzol et autres), qu'il s'agisse encore des sels de fer, des préparations opothérapiques, des diverses formes d'hydrothérapie, pour lesquelles nous ne nourrissons qu'un sentiment de prudente réserve, nous nous bornerons à vous soumettre quelques remarques concernant les différents modes d'absorption et l'élimination de la quinine.

Ayant choisi dans notre service quelques malades impaludés sévèrement, mais exempts de l'ares gastro-intestinales, et surtout cardio-rénales, nous nous sommes efforcés d'étudier une administration du spécifique moins empirique que celle employée couramment.

Dans le très documenté article du D<sup>r</sup> Masselot, qui a le mérite réel de donner un *modus faciendi*, que chaque praticien pourra modifier à son gré suivant ses tendances personnelles, nous avons lu et relu le chapitre consacré au traitement. Nous croyons avoir senti que l'auteur y instituait, comme à regret, cette thérapeutique uniforme, soit pour le mode d'administration, soit pour la posologie du spécifique : « Notre thérapeutique est assez peu physiologique... », dit Masselot. Or, précisément ne serait-il pas possible de la rendre plus physiologique, c'est-à-dire plus rationnelle ?

Si la loi de l'heure a été posée et admise par un grand nombre de cliniciens, et, si l'on accepte aujourd'hui que la quinine n'a aucune action sur l'accès déclanché, il est en vérité tout différent de précipiter l'absorption du médicament d'en maintenir et d'en prolonger l'usage ou de le suspendre pour y revenir ou non, suivant la forme de la fièvre, la fréquence et l'intensité des accès et en tenant compte du terrain sur lequel l'infection évolue.

D'autre part quoiqu'on en dise et quels que soient les plaidoyers actuels en faveur de la quinine, il est malgré tout difficile de présenter cet alcaloïde comme un ami du globule rouge et d'affirmer qu'il ne présente aucun inconvénient dans les formes hémoglobinuriques.

Quant à la posologie insuffisante, il semble que le clinicien doive l'éviter presque autant que les doses exagérées. Pour notre compte, après cinq années de séjour en Tunisie, nous pensons sincèrement que beaucoup de paludéens présentent une résistance particulière à la quinine par le seul fait que la médication quinique leur a été appliquée avec trop de parcimonie : ils ont acquis une accoutumance médicamenteuse, qui, chez eux, rend la quinine inopérante.

Toutes ces considérations plaident en faveur d'une administration judicieuse de la quinine avec des règles aussi précises que possible.

La quinine, une fois introduite dans l'organisme, diffuse très rapidement (tous les auteurs sont d'accord sur ce point). Elle s'élimine par le tube digestif et surtout par les reins.

Disons tout de suite que les transformations métaboliques du médicament doivent être importantes, si l'on base son jugement sur le déficit existant entre la quantité de quinine ingérée et celle éliminée dans les



urines et dans les selles. La recherche de la quinine dans les fèces est fréquemment positive, mais inconstante, quel que soit le mode d'introduction de l'alcaloïde.

Dans les urines, le dosage approximatif de la quinine doit être considéré en quelque sorte comme un index, qui permettra de formuler des estimations comparatives d'élimination. En 1917 les pharmaciens militaires, MM. Krieger et Boisson, qui ont bien voulu nous donner les indications nécessaires pour la recherche de la quinine dans les urines de nos malades en observation, nous avaient conseillé l'emploi du réactif chloro-ammoniacal, réactif beaucoup moins sensible pour les alcaloïdes que l'iodo-mercurique, mis en valeur depuis cette date.

Pour diminuer les causes d'erreur, deux de nos malades soumis à expérimentation étaient porteurs d'une sonde à demeure, qui nous permettait de recueillir l'urine par petites doses fractionnées.

Nous nous sommes servis du chlorhydrate basique de quinine, dont nous donnions une seule dose de un gramme, en une fois, par une voie quelconque : stomacale, sous-cutanée, intra-musculaire ou intra-veineuse.

L'apparition de l'élimination se montra la plus rapide avec les injections intra-veineuses, en moyenne de cinq à dix minutes après. Nous n'avons jamais vu la quinine apparaître avant cinq minutes, ni tarder plus de dix, exactement dix minutes trente secondes, comptées de la fin de l'injection.

L'élimination est forte pendant 14 à 24 heures, faible pendant 8 à 36 heures et peut varier comme durée totale de 24 à 35 heures.

Ces résultats qui correspondent en tous points aux expérimentations du professeur Soulier et du pharmacien Speizer d'Alger, diffèrent sensiblement des travaux de Jeanselme et Dalimier parus postérieurement à nos recherches. Ces auteurs estiment, en effet, que l'élimination apparaît immédiatement (3), qu'elle atteint son maximum de la 4 à la 6<sup>e</sup> heure et qu'elle semble prendre fin entre la 24<sup>e</sup> et 30<sup>e</sup> heure.

Rapportant les autres modes d'administration à la voie intra-veineuse, nous avons trouvé, comme l'ont démontré depuis Abrami et Senevet, qu'immédiatement après l'injection dans la veine venait l'injection sous-cutanée, avec laquelle l'apparition se produisait de 10 à 15 minutes après la piqure.

Nous disons intentionnellement injection sous-cutanée et non intra-musculaire, car, avec cette dernière, l'apparition de l'élimination nous a

toujours paru retardée : une heure après une injection intra-musculaire d'un gramme, l'analyse ne décelait pas encore de quinine dans les urines, mais une heure 15 après, le réactif chloro-ammoniacal donnait la coloration vert émeraude classique. Il convient d'ajouter que nous avons utilisé une solution concentrée (formule des hôpitaux militaires à 40 % avec uréthane).

Ce laps de temps est moindre et est réduit à trente minutes environ, si l'on emploie une solution étendue à 40 pour 200 ou même pour 300.

Nous insistons sur l'indication résultant de ces données, qui mettent en relief l'avantage des solutions de quinine suffisamment diluées et, par extension, la supériorité du sérum quininé dans les formes où l'anémie est marquée.

Quant aux modes d'administration *per os*, nous n'avons pu tirer de conclusions pratiques et, sur les trois malades observés, pour lesquels toutes supercherie était rendue impossible, nous avons obtenu des résultats paradoxaux : chez l'un, la quinine fut trouvée 45 minutes après l'ingestion de deux cachets de 0,50 centigr; chez l'autre, trois heures après l'administration de la même dose, la réaction chloro-ammoniacale et la recherche des cristaux de sulfate d'iodo-quinine étaient négatives.

Si donc l'apparition de l'élimination est variable suivant la voie par laquelle le malade absorbe la quinine, il ne nous a pas semblé que l'élimination fût comme durée sensiblement modifiée par tel ou tel mode d'administration. Si cette conclusion est encore en désaccord avec les recherches de Jeanselme et Dalimier, elles concordent avec les idées de Jean Baur et Bocca.

Pour conclure, l'élimination apparaît donc plus rapidement avec l'injection intra-veineuse ou sous-cutanée, mais la durée totale de cette élimination dans le temps est sensiblement la même, qu'il s'agisse d'intra-veineuse ou d'intra-musculaire. Cette considération, qui plaide en faveur de l'intra-veineuse dans les cas graves, où il faut agir vite, empêche d'en généraliser l'emploi, les avantages inhérents à cette administration n'en compensant pas les inconvénients.

Cette étude n'est qu'ébauchée et pourrait être reprise avec toute la conscience désirable. Menée parallèlement avec des examens de sang répétés aux différents stades des accès, elle pourrait, semble-t-il, fournir à la clinique des indications permettant d'étayer le traitement du paludisme sur des données vraiment scientifiques.

On pourra nous objecter qu'il s'agit d'infiniment petits, mais, comme

médecin élevé loin du paludisme et de son spécifique, nous conservons à l'égard de la quinine un respect sincère mais quelque peu défiant, qui nous empêchera toujours de la prescrire trop largement et aussi trop parcimonieusement et qui, de toute façon, nous invitera à proportionner notre effort thérapeutique au but à atteindre.

## LA THÉRAPEUTIQUE MODERNE DU PALUDISME AIGU OU CHRONIQUE

par le Dr LEMANSKI

Médecin honoraire de l'Hôpital Civil de Tunis

Le docteur Masselot, dans le numéro de novembre 1921, de la *Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, a publié des *Notes cliniques sur le paludisme aigu en Tunisie*, qui retiendront toute notre attention. Sous ce titre modeste, mais très précis et justifié, l'auteur a écrit une étude remarquable sur ce sujet, étude dirigée par un sens clinique délicat et d'une documentation symptomatique très fouillée. Je suis heureux d'avoir été la cause indirecte de ces belles recherches en demandant à notre Société de mettre, à nouveau, à l'ordre du jour la question du traitement du paludisme.

Je n'ai pas rendu, tout d'abord, justice à mon collègue, je n'ai pas eu l'idée de le couvrir de fleurs pour le mieux, attaquer ensuite.

Je dirai, dès l'abord, que j'accepte les données de son travail en entier, et je n'ai que l'intention d'indiquer quelques variantes dans les directives générales.

Je n'ai rien à ajouter aux observations rigoureuses concernant le type thermique, l'évolution, les manifestations diverses, les complications, et également, la géographie tunisienne du paludisme.

Comme le docteur Masselot, je pense que les symptômes dominants du paludisme aigu sont :

La fièvre, précédée ou non de frisson, l'embarras gastrique, la splénomégalie, l'herpès, auxquels j'ajouterai la trémulation de la langue.

La fièvre évolue entre 40° et 40°5; le type de 40°4 est fréquent, sans qu'il soit nécessaire d'insister davantage.

L'herpès est un bon signe.

L'embarras gastrique est presque de règle : le vomissement n'est pas rare.

L'auteur a raison de dire que le vomissement a une valeur séméiologique qui n'est pas à négliger.

Mon maître Bucquoy, jadis, à l'Hôtel-Dieu de Paris, disait : la fièvre typhoïde n'aime pas le vomissement.

Je suis tout à fait de l'avis du docteur Masselot avec les considérations très intéressantes qu'il présente au sujet de l'hypertrophie et de l'examen clinique de la rate. Il écrit, avec juste raison, au point de vue diagnostic : « On voit tout le parti qu'un médecin peut tirer d'une bonne palpation splénique, dans le diagnostic des fièvres. »

Il aurait pu dire : « Dans le diagnostic des fièvres, en Tunisie ! » Vous savez, en effet, combien la pyrétologie nord-africaine est complexe, variable étiologiquement, et polymorphe dans ses degrés, sa durée, sa marche.

Le diagnostic peut demeurer si difficile que souvent il faut avoir recours à l'épreuve quinine.

*Toute fièvre qui après une quinisation suffisante, en durée et en quantité, ne cède pas en 24 ou 48 heures — trois jours au plus tard — n'est pas du paludisme.*

Cette loi ne comporte que de rares exceptions.

×

Le docteur Masselot préconise avec juste raison dans l'action thérapeutique les injections intrafessières de *formiate* de quinine (1), à la dose quotidienne de 2 gr., puis il a recours à l'hectine B. Il condamne, rigoureusement, l'absorption *per os* de la quinine, sauf pour les doses d'entretien.

Je m'écarte, quelque peu, de l'auteur sur deux points.

Tout d'abord, les doses de quinine pendant l'hyperthermie, que je ne trouve pas exagérées, mais que j'ai maintenues, pendant de longues années à 1 gr ou 1 gr 20, suffisantes pour arrêter les accès, et supprimer la périodicité.

Je ne suis pas hostile aux doses fortes : je sais que les règles générales

(1) Le formiate de quinine basique soluble dans 19 parties d'eau « Le plus riche en quinine des différents sels neutres ou basiques comme le plus soluble des sels basiques. Indolore en injection intramusculaire. Action tonique jointe à l'action habituelle de la quinine ; contenant 87,50 pour 100 de quinine (Lyon et Loiseau, formulaire).

|                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| Formiate de quinine. . . . .     | 87,50 par 100 de quinine |
| Bichlorhydrate de quinine. . .   | 82,9 —                   |
| Monochlorhydrate de quinine . .  | 81,74 —                  |
| Bromhydrate de quinine . . . .   | 76,61 —                  |
| Valérienate de quinine . . . . . | 76,06 —                  |
| Sulfate de quinine. . . . .      | 71 —                     |



des formulaires ne peuvent donner que les doses moyennes mais qu'il appartient au clinicien expérimenté de les augmenter avec opportunité.

Si cette divergence de posologie existe entre le docteur Masselot et moi, c'est que sa pratique s'est inspirée des considérations cliniques nées de l'observation des impaludés d'Orient, du Maroc, du temps de guerre et, qu'au contraire, j'ai observé, avant la guerre, des paludéens, la plupart du temps, à rechutes.

J'ai donc, pour habitude de commencer par les doses de 1 gr, *pro die*, sans redouter de monter plus haut dans la gamme quinique, si j'y suis obligé.

Je laisse de côté la quinine d'entretien par injection ou *per os* : j'ai de suite recours aux arsénicaux et aux adjuvants que j'indiquerai plus loin.

Plus loin, également, je dirai qu'à mon avis, la seule indication de la quinine dans le paludisme est la fièvre.

Pour la reprise de la quinine je suis guidé par l'hyperthermie nouvelle, l'état général, et le *signe de Drouillard*.

Avec mon interne Drouillard, il y a plus de vingt ans, nous avons remarqué qu'à la suite d'une seule injection d'un gramme de quinine, bien souvent, la fièvre tombait au-dessous de  $37^{\circ}$  et se maintenait ainsi, plusieurs jours. Dès que la température montait au-dessus de  $37^{\circ}$  (même de quelques dixièmes seulement) nous reprenions la quinine.

La dose d'entretien me paraît donc inutile et il semble qu'elle doive être avantageusement remplacée par les arsénicaux.

On trouvera le développement complet de cette thérapeutique dans les thèses de Drouillard et Vullien. Je vais y revenir dans un instant.

Insistons encore, en passant, sur la nécessité de condamner pendant l'hyperthermie l'usage de la quinine *per os*.

Le docteur Masselot en décrit fort bien tous les inconvénients.

Je ne reviendrai pas sur les travaux que j'ai publiés, à ce sujet (1).

Depuis 1898, j'ai soigné systématiquement tous les paludéens par les injections de quinine.

En 1900, j'ai remplacé l'injection sous-cutanée par l'injection intramusculaire; j'ai pris date par des communications à la Société de Thérapeutique de Paris, où j'ai eu à combattre de nombreuses objections.

---

(1) Traitement du paludisme par les injections intramusculaires de quinine, Société de Thérapeutique de Paris et Bulletin de l'Hôpital Civil Français, de Tunis, 1901.

La pratique admise généralement confirme les idées que j'ai toujours soutenues depuis 1898.

×

Après deux ou trois jours de quinisation le docteur Masselot a recours aux arsenicaux : il emploie l'hectine, à laquelle je suis fidèle depuis de nombreuses années. On a employé, pendant longtemps, d'autres composés arsenicaux, en injections hypodermiques : tels l'arrhénal et le cacodylate de soude.

L'arrhénal contient 27.37 pour 100 de son poids d'arsenic métalloïdique :

Le cacodylate de soude 46.87

L'hectine 21.

Chiffres donnés par Lyon et Loiseau.

L'hectine (1) se rapprochant davantage des arsénobenzols, par son radical benzosulfone, réussit, à merveille, dans la syphilis, comme dans le paludisme.

Le docteur Masselot est d'avis d'avoir recours, dans la période intercalaire apyritique, à la médication d'entretien par la quinine.

Pour ma part, je suis tenté d'établir la loi générale suivante :

*« La quinine ne doit être administrée que pendant la période fébrile. »*

Par légère dérogation à cette loi, on peut administrer la quinine pendant un ou deux jours après l'abaissement thermique à 37° ou au-dessous de 37°.

Pendant longtemps, dans mon service de l'Hôpital Civil français, je suis resté fidèle à la loi que je viens d'énoncer. On trouvera, à ce sujet, une importante documentation clinique dans les thèses de Drouillard et Vullien, que j'ai inspirées, et dans mes communications à la Société de Thérapeutique.

Quelles sont les bases cliniques sur lesquelles repose l'énoncé de cette loi ?

Avec mon interne Roques en 1912, j'ai étudié de très près l'action de l'hectine dans le paludisme. De nos observations, consignées dans la thèse inaugurale de Roques, il résulte qu'on pourrait parfaitement soigner l'accès aigu de paludisme par l'hectine seule (doses *pro die* 0,10 à 0,20 et plus).

Mais la quinine a une action si parfaitement spécifique sur l'hémato-

---

(1) L'hectine est un benzosulfone-para-amino-phénylarsinate de soude (Lyon et Loiseau).

zoaire qu'il ne serait pas rationnel de l'abandonner pour le traitement de l'accès fébrile.

Toutefois, je pense que, dans une certaine mesure, la quinine peut être comparée, dans son énergie antiparasitaire, au sublimé, à l'iodoforme, à l'acide phénique, aux antiseptiques forts qui détruisent les micro-organismes pathogènes, mais qui n'ont pas un respect illimité pour les cellules vivantes de l'organisme.

Je n'apporte aucune preuve expérimentale de l'action hémolysante, ou colloïdoclasique, de la quinine, mais je ne peux pas la considérer comme un médicament de toxicité insignifiante et d'action nulle sur le globule sanguin ou le milieu humoral. Cliniquement, je reconnais en elle un précieux élément pharmacodynamique de choc, mais je m'efforce de réduire et limiter son offensive pour réparer par les arsénicaux, les destructions inévitables du champ de bataille, à la suite d'une lutte acharnée.

Donc, *sans fièvre, pas de quinine : ni par la bouche ni en injection.*

J'en excepterai, les doses très minimales 0 gr 20 en deux fois, par fraction de 0.10, *pro die*, à titre prophylactique.

L'administration de l'hectine, en injections quotidiennes de 0.10 à 0.20, doit être poursuivie pendant 10 à 12 jours, avec la feuille de température devant les yeux.

Là, intervient l'importance du *signe de Drouillard*. Le paludéen apyrétique a une température qui se maintient, au-dessous de 37°. Dépasse-t-il de quelques dixièmes seulement, cette température ? C'est le très probable avertissement d'un prochain accès. La fièvre commence. Vous êtes autorisé à employer de nouveau la quinine. *Vous tombez sous le coup de la loi.*

Je ne veux d'ailleurs rien exagérer, en ce qui concerne l'importance et la rigueur de cette loi de clinique thérapeutique, qui, comme toute loi, n'est pas parfaite, et subira de multiples amendements ou dérogations suivant l'opportunité des cas. Il y a des malades et non pas des maladies, répétons-le encore. A côté de la thérapeutique spécifique, et de ses variétés, il y a la médication syndromatique.

Pour renforcer l'action des arsénicaux, j'ai toujours pensé que l'opothérapie hépato-splénique avait une importance incontestable.

Il s'agit, certainement, en l'espèce, de ces « chemical messagers », des auteurs anglais contemporains, des actions humorales à distance (hormones, hormones) que A. C. Guillaume compare à la télégraphie sans fil par opposition au système nerveux qui câble ses incitations.

Quoi qu'il en soit, pratiquement, je suis convaincu de l'efficacité opothérapique hépato-splénique.

J'en ai signalé, jadis, il y a une quinzaine d'années, les effets dans un article du *Bulletin Médical*.

J'y ai souvent ajouté l'emploi de l'adrénaline, intervention justifiée, sur le système neuro-glandulaire de la vie organo-végétative (grand sympathique vrai et systèmes parasympathiques crânial et pelvien), par les multiples algies, réflexes ou métamériques, très fréquentes dans le paludisme, aigu, chronique ou larvé.

J'avais pour règle, à l'hôpital, d'employer les organes frais rate ou foie crus, à la dose journalière de 50 gr. chaque jour, mélangés à du bouillon tiède ou à de la confiture. Beaucoup de malades acceptaient cette médication.

Les poudres sèches, à défaut, seront prescrites, en cachets.

La posologie de l'adrénaline varie avec les indications spéciales, symptomatiques, en se maintenant dans les doses classiques (1).

Je complète le traitement par l'administration prolongée des préparations aqueuses de quinquina.

Certes, on ne mettra plus en parallèle l'action des sels de quinine et celle des quinquinas; mais une comparaison s'impose. La digitaline n'a pas les mêmes vertus que la macération de digitale; les alcaloïdes de l'opium ne remplacent pas ce dernier.

Il est donc justifié de ne pas abandonner le quinquina et de ne pas en méconnaître les propriétés et indications thérapeutiques : fébrifuge, tonique puissant, reconstituant général, médicament des convalescences et des cachexies.

Je prescris la macération ou l'infusion, de quinquina rouge de préférence, à la dose de 20 pour 1000 et jusqu'à 100 pour 1000.

Où l'extrait aqueux à la dose de 1 à 6 gr. par 24 h. J'y ajoute parfois le formiate de soude chez les déprimés du système nerveux, dans le paludisme chronique :

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| Formiate de soude.....     | 4 gr. |
| Extrait mou quinquina..... | 6 gr. |
| Sirop écorce orange.....   | 100   |
| Glycérine.....             | 200   |

La poudre de quinquina en cachets (0 gr. 25 à 0. 50) trouve également son emploi.

(1) En poudre surrénale fraîche, mouton ou veau, 2 à 3 gr.

Poudre sèche 0,60 à 0,90.

Adrénaline soluble à 1/1000, XX à XXX ou XL gouttes, à doses fractionnées, surveiller. Injection sous-cutanée. Un cent. cub.



Proscrire absolument le vin de quinquina, tolérer, en certain cas et passagèrement la potion de Jaccoud.

Enfin, je relate brièvement, les indications et les pratiques hydrothérapiques, très salutaires dans le paludisme aigu ou chronique et trop généralement négligés.

Balnéation froide, tiède, ou sinapisée. Cette dernière, d'action excellente dans l'accès algide pernicieux.

Douche chaude ou écossaise;

Douche froide, faisant l'objet, pour chaque cas, d'une prescription spéciale, suivie de réaction;

Tub, tiède ou froid, quotidien, de courte durée, précédé et suivi d'exercices musculaires bien établis comme nature et durée.

La climatothérapie, la thalassothérapie ont leur indication précise.

Comme le docteur Masselot, je pense qu'il faut réserver l'usage des arsénobenzols aux cas très graves, à titre de médication rapide d'assaut.

Je n'ai pas eu pour but d'attaquer ou même de discuter le travail de clinique thérapeutique, en tous points remarquable, de mon collègue le docteur Masselot, mais j'ai voulu indiquer des « variantes » à l'action thérapeutique générale, si bien établie par mon distingué confrère.

En résumé, prescription générale, se rapprochant très sensiblement de la pratique formulée par le docteur Masselot.

1° Injections intrafessière de quinine de 1 gr. *pro die* et jusqu'à 2 gr. exceptionnellement, en période fébrile, par dérogation, continuée pendant deux ou trois jours.

2° Dans la période intercallaire — pas de quinine — hectine (0.10 à 0.20) tous les jours — pendant 10 à 12 jours.

3° Reprise de la quinine dès manifestation du signe de Drouillard, ou reprise de la fièvre.

4° Opothérapie hépato-splénique, et adrénalinique.

5° Préparation aqueuse de quinquina, ou extraît aqueux, ou poudre.

6° Hydrothérapie, climatothérapie : traitement thermal : Vichy, Pougues (1), La Bourboule.

---

(1) LEMANSKI : *Traitement du paludisme et de l'anémie des pays chauds à Pougues*, Poinat, Paris, 1913.

## RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME

par le Docteur A. CORTESI

M. le docteur Lemanski, dans le Bulletin de notre Société Médicale du mois d'avril 1911, à propos du traitement du paludisme aigu, écrivait : « C'est une question sur laquelle il semblerait qu'on dût être d'accord et cependant les divergences sont nombreuses non seulement en France, mais encore en Afrique où une expérience commune, pourrait, ou en conviendra, faire disparaître toute polémique. »

M. le docteur Lançon dans ses « Remarques sur le traitement quinique et sur l'élimination de la quinine », dans une de nos séances de janvier 1922, nous disait : « Nous ne surprendrons personne en déclarant qu'à l'exemple de tout médecin de la Métropole, n'ayant jamais quitté son terrain, nous n'étions point familiarisé avec le paludisme. Nous nous rappelions bien avoir vu dans le Service du Prof. Bondet, deux ou trois paludéens, originaires de Dombes, auxquels notre maître lyonnais prescrivait généreusement deux cachets de quinine *pro die*, pendant toute la durée de leur séjour dans son Service et nous tenions cette thérapeutique pour suffisante. Manquant d'entraînement en pareille matière, nous étions, à notre arrivée en Tunisie, accessible à toutes les suggestions. Nous avons donc interrogé plusieurs confrères susceptibles de nous indiquer des directives et nous devons avouer que les principes qui nous ont été donnés pour le traitement du paludisme, ne furent pas tous jours concordants. »

Voilà des constatations de la part de deux de nos plus distingués confrères du plus grand intérêt faites à la distance d'une dizaine d'années. On en pourrait avoir encore aujourd'hui la confirmation dans la lecture de tous les très intéressants travaux présentés à notre Société au sujet du paludisme en Tunisie.

Sur le traitement du paludisme l'accord n'existe pas non seulement en Afrique mais non plus à Tunis. Pourtant personne, il me semble, n'est mieux placé que nous pour trouver dans l'intérêt de tous à ce sujet, un terrain d'entente. Nous sommes en pays où le paludisme est endémique, entouré de foyers paludéens tels que l'Algérie, la Tripolitaine, la Sardaigne, la Sicile, à deux pas de Constantine, où Laveran fit sa grande découverte; nous sommes médecins venus de France, de l'Algérie, de la Sicile, de la Sardaigne, de Rome où le paludisme a eu ses grands chercheurs, des rives du Po où les études de Golgi ont pris naissance.

C'est dans l'espoir de venir à une entente au sujet du traitement du paludisme et je dis intentionnellement paludisme en général, et non paludisme aigu, que je prends la parole ce soir : d'autant plus que les divergences à ce sujet me semblent au fond plus apparentes que réelles.

En principe nous sommes tous d'accord que le paludisme doit être traité par l'arsenic et la quinine : sur la voie d'introduction, sur les doses, sur l'heure d'administration de la quinine, l'accord n'est pas complet. Il y a parmi nous des quinophiles, des arsénophiles, mais là aussi, il y a moyen de s'entendre.

×

Il est classique de diviser cliniquement le paludisme en : paludisme aigu, paludisme chronique et cachexie palustre, et de rattacher au paludisme aigu, les fièvres intermittentes, les fièvres remittentes et les fièvres pernicieuses avec toutes leurs variétés. Cette division clinique du paludisme, me paraît thérapeutiquement non sans inconvénients parce qu'il me semble qu'elle puisse engendrer chez le médecin peu familiarisé avec le paludisme, la croyance de l'existence de trois formes nettes, distinguées du paludisme et de conséquence une certaine différence de traitement des trois maladies, qui ne sont, comme nous savons tous, que les trois étapes, les trois stades de l'infection paludéenne, dont l'un fait suite à l'autre, souvent à cause d'un trop timide incomplet et brief traitement initial.

Dix-sept ans d'exercice professionnel parmi une clientèle pauvre, constituée en grande partie de travailleurs italiens, français et indigènes, m'ont convaincu que le paludisme, loin d'être l'infection bénigne que l'on guérit facilement avec quelques dragées de quinine, est une infection qui laisse très souvent une tare dans l'organisme humain; qu'après toute attaque de paludisme le terrain désormais estensemencé et la semence est toujours prête à germer au moindre choc qui diminue la résistance individuelle.

Après les traitements les plus énergiques et les mieux conduits, j'ai vu reparaître le paludisme chez des gens, chez lesquels toute nouvelle infection pouvait sûrement être écartée et d'autre part j'ai souvent vu éclater des accès classiques de paludisme chez des gens qui, non seulement ne se doutaient pas être des paludéens, mais qui n'avaient jamais présenté le moindre symptôme classique de cette maladie.

La « bonifica umana », la stérilisation des paludéens est très souvent plus difficile à obtenir que ce que l'on pense.

L'apirexie, le brisement de la périodicité des accès, le blanchiement,

sont des résultats satisfaisants sans doute, mais ne sont pas la guérison à laquelle le médecin doit tâcher d'aboutir par tous les moyens.

A la réalisation de cet idéal, les méthodes les plus variées et complexées ont été conseillées. Me ralliant à tout ce qui a été fait et dit par mes confrères en Tunisie et à mon expérience personnelle, je serai tenté de diviser le traitement du paludisme de la façon suivante :

- 1° Traitement d'urgence;
- 2° Traitement idéal;
- 3° Traitement pratique;
- 4° Traitement de nécessité;
- 5° Traitement de désespoir.

#### *Traitement d'urgence*

A appliquer dans toutes les formes pernicieuses et dans les cas graves de paludisme avec phénomènes graves du côté du système nerveux où il faut agir très vite et très énergiquement.

J'ai eu l'occasion dans des formes pernicieuses et des cas très graves de tierce avec phénomènes graves nerveux (délire, carphologie, tremblement général et de la langue, perte des urines, excitation furieuse, comas en grosseur, états algides) d'utiliser les injections intraveineuses de quinine selon la formule de Baccelli que voici :

Chlorydrate de quinine : gr. 1

Chlorure de sodium : gr. 0.07

Eau distillée et stérilisée : gr. 10

et dont j'ai injecté, en une seule fois, soit la moitié soit la totalité de la solution.

Les effets ont été toujours des plus satisfaisants et je n'ai presque jamais dû recourir à une deuxième injection.

Nous savons d'après les expériences classiques, répétées par notre collègue le docteur Lançon ici à Tunis, que l'apparition de l'élimination de la quinine est plus rapide avec les injections intraveineuses. Je ne vois pas pourquoi dans les cas très graves où il faut apporter avec urgence et énergie un coup décisif, on devrait renoncer au spécifique et à cette méthode; on devrait préférer les injections intraveineuses d'arsénobenzol comme nous propose le docteur E. Roques. Les études du docteur Nicolle et du docteur Conseil nous ont démontré que si l'action du 606 dans le paludisme est des plus manifestes et très rapide, par contre elle n'est point durable et elle n'est point plus complète.

Par une heureuse coïncidence notre confrère le docteur Jamin, ce soir



même, va nous faire part de ses réflexions sur l'emploi du 914 dans le paludisme. Je n'ai pas d'expérience personnelle à ce sujet, mais je remarquerai seulement que l'injection endoveineuse de quinine ne présente aucun des inconvénients constatés à la suite des piqûres endoveineuses de 606 et de 914; son action est des plus sûres, évidentes et manifestes; Sa pratique est des plus simples; il suffit d'avoir à disposition une ampoule d'un gramme de bichlorure de quinine et une ampoule de 10 gr de sérum physiologique, que l'on trouve prêtes dans toute pharmacie.

L'injection de 606 intraveineuse devrait être réservée, à mon avis, aux seuls cas d'idiosyncrasie à la quinine, aux cas quinino résistants et dans le paludisme grave chez les syphilitiques. Le docteur Ortona dans son travail nous a exposé la méthode de Pende qui consisterait dans l'injection hypodermique de 250 gr. de solution physiologique à laquelle on ajouterait quatre ampoules de gr. 0.50 de bichlorhydrate de quinine et une demi-ampoule de solution au millième d'adrénaline, comme traitement de tous les cas de paludisme. Je n'ai pas d'expérience personnelle à ce sujet; mais dans les cas où il est nécessaire d'agir vite, cette méthode pourrait être prise en considération surtout si les conditions circulatoires sont bonnes. La dilution de la quinine dans le sérum physiologique éviterait les inconvénients des piqûres sous-cutanées de solutions concentrées et d'autre part la plus rapide absorption de l'alcaloïde par voie hypodermique que par la voie intramusculaire en justifieraient l'emploi. L'injection doit dans les cas très graves être répétée douze heures après, dans les moins graves, 24 heures après.

#### *Traitement idéal*

Applicable dans les cas de moyenne gravité où le malade peut être surveillé de très près et continuellement ou par le médecin lui-même ou tout au moins par une personne intelligente et imbue de la pratique des malades.

Notre excellent confrère le docteur Lemanski, dans son très intéressant travail « La thérapeutique moderne du paludisme aigu et chronique », nous a exposé comment il soigne depuis 1898 avec des résultats toujours favorables tous ses paludéens. De sa longue pratique il établit « que la quinine ne doit être administrée que dans la période fébrile » et il conclut : « Chez les paludéens sans fièvre, pas de quinine ni par la bouche, ni « par injections. » En résumé le traitement du docteur Lemanski est celui-ci :

« En pleine attaque fébrile ou pratique dans chaque fesse, avec les pré-

« cautions antiseptiques d'usage, une injection de 1 cc. contenant gr. 0.50  
« de bichlorhydrate de quinine. Puis le malade est soumis au traitement  
« arsénical dès le lendemain de l'injection de quinine. A la première re-  
« prise hypertermique on renouvelle les deux injections intrafessières de  
« quinine et on continue l'administration de l'arsenic. »

Examinons de plus près le traitement du docteur Lemanski. Nous savons que l'injection intramusculaire faite pendant l'accès, si elle n'a aucune action sur l'accès lui-même, a pourtant l'effet de supprimer dans le cas les plus favorables, de retarder ou de diminuer d'autres fois dans son intensité et dans sa durée le prochain accès.

M. Lemanski après avoir pratiqué la première injection, profite de l'intervalle possible d'apyrexie pour administrer à son malade l'arsenic, produit qui joint à une certaine action élective sur le protozoaire, une action hémopoïétique très puissante. Pendant ce temps plus ou moins long, il surveille de très près son malade « *vigile aspettativa a mano armata* » et se basant sur le signe de Drouillard (qui a établi que lorsque chez un paludéen en traitement, apyrétique depuis quelques jours, la température qui ordinairement reste au-dessous de la normale, s'élève à 37° ou un peu au-dessus (température axillaire) l'on peut généralement dire que le malade est en puissance d'accès), il guette le nouvel accès et quelques heures à l'avance il injecte à nouveau de la quinine. Le docteur Lemanski se mettrait donc dans les meilleures conditions pour avoir par le minimum de quinine administrée à l'approche de l'accès, le maximum d'effet de ce spécifique. Ce traitement basé d'une part sur un signe clinique précurseur de l'accès et d'autre part sur la loi que la quinine administrée avant l'accès (six à huit heures) par injection intramusculaire a son maximum d'effet (d'après l'élimination par les urines) huit-dix heures après, devrait donner les résultats les plus satisfaisants dans toute forme de paludisme. M. le docteur Lemanski ces résultats les a obtenus. Qu'il me soit permis de faire deux réflexions et deux demandes : 1° Le signe de Drouillard est-il constant; 2° Quel temps se passe-t-il entre l'apparition du signe de Drouillard et le déclenchement vrai de l'accès ?

Si ces deux dates étaient fixées, nous devions savoir gré au D<sup>r</sup> Drouillard qui par son observation clinique nous aurait donné le moyen, mieux que par les longues, difficiles et patientes recherches microscopiques, d'établir l'approche de l'accès. D'après la thèse du docteur Vullien, le signe de Drouillard ne serait pas constant et l'accès pourrait se déclencher douze et même 24 heures après l'apparition du signe. Dans tous les cas, c'est un

signé précieux, qui peut nous aider beaucoup dans le choix de l'heure de l'administration de la quinine. Pour ma part je donne une grande importance à cette question de l'heure et plus d'une fois j'ai réussi avec trois, quatre injections intrafessières de 1 gr de quinine à avoir raison de fièvres paludéennes et mes malades ont guéris. J'ai appelé idéale cette méthode de l'administration intermittente et avant les accès de la quinine, non seulement parce qu'elle devrait donner les meilleurs résultats, avec l'emploi minimum d'alcaloïde, mais encore parce que je crois la méthode applicable facilement dans les hôpitaux mais très difficilement en pratique et dans la clientèle. La surveillance continue du malade devrait être faite par le médecin lui-même et celui-ci pourrait être absent dans le meilleur moment.

### *Traitement pratique*

Applicable dans le traitement du paludisme aigu et chronique de moyenne gravité, dans la clientèle et dans les hôpitaux.

M. le docteur Masselot, dans son très intéressant et très documenté travail publié dans notre Revue de novembre 1921, nous a exposé la conduite à laquelle il s'était arrêté au point de vue du traitement du paludisme aigu. Le Dr Masselot emploie le formiate de quinine en injection intramusculaire à la dose de 2 gr. chez les hommes adultes et la dose de gr. 1.50 chez la femme par jour. L'injection est faite en une seule fois, n'importe à quel moment de l'accès dès que le paludéen est vu et reconnu par le médecin. Cette injection de 2 gr. il la répète au moins trois jours de suite, même si la fièvre tombe dès le premier jour. Quelques fois si la fièvre persiste, il fait une quatrième injection; il n'a jamais eu besoin d'aller au-delà.

Par sa conduite il a pu toujours blanchir ses paludéens les plus graves, sans pour cela se servir jamais de l'injection intraveineuse. Après il prescrit le traitement quinique d'entretien en ordonnant 2 gr. de quinine, trois fois par semaine pendant les quinze premiers jours. Il diminue après la dose progressivement, jusqu'à ne faire plus absorber que les 50 ctgr nécessaires à la quénisation préventive, lorsque le malade doit séjourner dans un pays d'endémie palustre.

Concurremment avec ce traitement il fait un traitement arsenical qu'il entreprend dès la chute de la température. Le traitement du docteur Masselot n'est, avec quelque variante, que le traitement que depuis plusieurs années emploient plusieurs médecins de Tunis. Pour le Dr Masselot la

vieille loi horaire de l'administration de la quinine n'a qu'un intérêt historique. Il se demande d'ailleurs comment au temps où elle était fidèlement suivie, un médecin pouvait arriver à établir l'horaire des accès qui se modifie de lui-même et encore plus sous l'influence de la quinine. Je ne suis pas de l'avis du docteur Masselot sur la vieille loi horaire.

D'habitude je pratique journallement pendant six à huit jours, une injection intrafessière de 1 gr. de bichlorure de quinine dissous dans 2 cc. d'eau. La dose de 1 gr est celle que j'emploie couramment, mais j'ai injecté 1 gr. 50 et 2 gr. de bichlorure de quinine dans quelques cas, mais sans inconvénients. Je n'ai aucune crainte de la quinine injectée à forte dose.

S'il est possible d'établir par les renseignements donnés par le malade lui-même ou par les parents, l'heure de l'accès, je cherche à faire l'injection six à huit heures auparavant. Si les données au contraire sont incertaines, je pratique la série de six, huit injections en changeant tous les jours l'heure à laquelle doit être faite l'injection. J'insiste sur cette particularité de modalité du traitement, parce que tout en admettant que l'heure des accès soit très difficile à préciser même avec l'aide du microscope, et tout en admettant que la quinine modifie sûrement par son action l'heure des accès, je crois que l'on puisse en quelques cas prendre en considération vis-à-vis de l'heure de l'injection, l'heure présumée de l'accès. Après ce traitement par injections, je prescris pendant un mois au moins, trois cuillerées à soupe par jour de la potion Baccelli dont voici la formule :

Sulfate de quinine : gr. 4  
Tartrate ferripotassique : gr. 10  
Acide arsénieux : gr. 0.05  
Eau : gr. 300

Je dois avouer que tout en ayant presque toujours blanchi mes malades, j'ai plusieurs fois constaté des récides. Néanmoins je crois que cette méthode de traitement, comme celle du docteur Masselot, sont les plus pratiques pour soigner les formes de paludisme qu'en général l'on constate en Tunisie. D'après mes observations en Tunisie les formes quartes sont rares, très fréquentes les tierces, non rares les continues, et très communes les irrégulières d'origine palustre.

En conclusion cette méthode, que l'on pourrait appeler d'administration continue de la quinine à dose massive dans les premiers jours d'attaques, et à doses d'entretien après, est la plus recommandable en clientèle.



### *Traitement de nécessité*

Mes confrères, le docteur Lemanski et le docteur Masselot, condamnent tous les deux l'administration de la quinine par la bouche; je suis de leur avis, mais dans la pratique courante il arrive assez fréquemment d'avoir à soigner des paludéens atteints de toute forme plus ou moins grave, chez lesquels le traitement par injections ne peut être institué, soit parce que le malade demeure à la campagne loin de tout médecin et de tout infirmier, soit pour tout autre raison morale ou matérielle. Dans ces cas, depuis dix ans j'emploie une méthode de traitement d'administration de la quinine « per os » qui m'a donné souvent des résultats satisfaisants. Les malades qui refusent le traitement par injections, et réclament le traitement par la voie gastrique de leur infirmité, sont en général des individus habitués aux plus rudes travaux, à l'alimentation la plus grossière et qui souvent ont déjà sans aucun « criterium » absorbé des dragées de quinine. Dans ces cas, je fais suspendre pendant un ou deux jours la drogue et je purge. Après ce repos, pendant sept jours consécutifs, je fais prendre dans les 24 heures à mes malades, 2 gr. (s'il s'agit d'homme); 1 gr. 50 (s'il s'agit de femme) de chlorydrate de quinine en cachets et de la façon suivante :

Premier jour de traitement : 4 cachets de 40 centigrammes ou 50 ctgr. de chlorydrate de quinine aux heures suivantes : 6 h. du matin — midi; 6 h. du soir — minuit;

Deuxième jour : même dose, aux heures suivantes : 7 h. du matin — 1 h. du soir; 7 h. du soir — 1 h. du matin;

Troisième jour : même dose à 8 h. du matin — 2 h. du soir; 8 h. du soir — 2 h. du matin;

Quatrième jour : même dose à 9 h. du matin — 3 h. du soir; 9 h. du soir — 3 h. du matin;

Cinquième jour : 10 h. du matin — 4 h. du soir; 10 h. du soir — 4 h. du matin;

Sixième jour : 11 h. du matin — 5 h. du soir; 11 h. du soir — 5 h. du matin;

Septième jour : 12 h. du matin — 6 h. du soir; 12 h. du soir — 6 h. du matin;

Je fais absorber ces cachets avec de la limonade chlorydrique l'estomac non complètement vide et après ce traitement je prescris pendant quatre à cinq semaines deux ou trois cuillerées à soupe de la potion Baccelli.

Je ne puis affirmer que mes malades aient toujours rigoureusement suivi mes indications horaires de l'absorption de la quinine, mais

j'ai pu constater à plusieurs reprises l'efficacité de cette méthode chez des gens intelligents mais pusillanimes, chez lesquelles la pensée de l'injection était suffisante à troubler l'esprit. C'est une méthode de nécessité à laquelle pourrait être obligé de recourir le médecin de colonisation dans le « bled » infesté.

### *Traitement de désespoir*

Il semblerait après l'exposition de ces notes désordonnées, incomplètes et hâtives qu'on dût par une méthode ou l'autre se rendre maître du paludisme. Mais, hélas, il n'est pas ainsi ! Comme j'ai déjà dit, maintes fois l'infection paludéenne résiste avec une tenacité désespérante à tous les efforts du médecin.

Dans ces cas, où la quinine, le 914, l'hectine, le cacodylate de soude, l'arséniate de soude, l'arrhéнал administré par les voies buccale, sous-cutanée, intramusculaire, endoveineuse, rectale et d'après les plus savantes lois de pharmacologie, demeurent impuissants, il serait toujours permis au médecin à bout de ses réserves thérapeutiques de retourner aux anciens temps et de demander à la poudre de la comtesse d'El Cinchon, administrée d'après la méthode de Torti (romaine) ou de Bretonneau (française), ou de Sydenham (anglaise), la guérison de son malade.

---

# TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

---

Séance du 10 Février 1922

---

Présidence du Dr BOUQUET, *président*

---

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

×

## Présentations de malades

### Un cas de Xeroderma pigmentosum

par le Docteur JAMIN

Le Xeroderma, considéré comme très rare, est relativement fréquent en Tunisie : ce cas serait le douzième cas publié.

Zakia bent Ahmed, 5 ans, née et vivante à Tunis, de parents non consanguins ; le père présente une tuberculide circonscrite du cou. Pas d'autres enfants, pas de cas semblables dans la famille.

Début de l'affection à l'âge de 3 ans, d'emblée sur tout le corps (disent les parents) d'abord par des éphélides, puis par des télangiectasies mettant 4 mois pour atteindre l'état actuel.

L'éruption est généralisée : constituée par des taches plus ou moins confluentes café au lait très clair sur le tronc, elle offre son maximum aux parties découvertes et de tout le tégument c'est la face qui est la plus touchée : On y remarque des taches pigmentées nombreuses, de volume variable, des points plus pigmentés donnent l'aspect de lentigo miléaire et de nævus pigmentaire. Eléments un peu papuleux extrêmement rares. Bouquets de télangiectasies rares, rougeurs diffuses limitées avec quelques milium, points blancs atrophiques rares. Etat squameux de régions naso-génien avec sécheresse rude de la peau au toucher, pas d'atrophie cutanée encore notable.

Lésions oculaires (Dr CUÉNOT) : « *Paupières* : pigmentation un peu plus marquée et taches pigmentaires un peu plus nombreuses que sur le reste du visage. A l'angle externe de la paupière inférieure droite, un petit nodule ulcéré, probablement première manifestation épithéliomateuse qui commence souvent au niveau des paupières et du nez. *Conjonctives* : Forte conjonctivité hyperhémique avec photophobie, causée par des fissures de l'angle externe et par un petit nodule hyperhémique d'aspect phlycténulaire au niveau du limbe cornéen de côté interne sur les deux yeux. Pas d'autres lésions.

Enfin la petite malade se plaint d'un prurit assez vif ayant commencé il y a 6 mois et qui est peut-être responsable d'éléments pyococciques d'aspect echtymateux au cou, oreille droite, membres supérieur et inférieur droits.



Le Dr NICOLLE confirme le diagnostic de Xeroderma pigmentosum ayant épithéliomatose.

×

Le Dr Lemanski rappelle les travaux récents au sujet des rapports des lésions des glandes surrénales avec la pigmentation. On pourrait essayer dans ce cas les glandes surrénales fraîches.

×

### Présentations de pièces

Le Dr JAUBERT : Radiographie du rein par le procédé Caulli

(Voir numéro de février, page 54)



## Communications

Le D<sup>r</sup> CORTESI : Traitement du paludisme aigu et chronique

(Voir même numéro page 132)

×

D<sup>r</sup> Lemanski : Au sujet du signe de Drouillard, nous avons remarqué que la température après l'injection de quinine tombe presque toujours au-dessous de 37°. C'était au début de l'emploi des injections intramusculaires et grâce à elle la périodicité n'existait plus. Dès que la température voisine 37° on fait une injection de quinine. Dans l'intervalle on employait l'arrhénal. Le signe de Drouillard serait très précieux s'il était constant. Les thèses de Roques, Drouillard et Vullien ont montré sa valeur.

Le D<sup>r</sup> Lemanski rappelle qu'en 1900 il fit une seconde communication à la Société de Thérapeutique de Paris au sujet de la méthode des injections intramusculaires. La méthode fut jugée barbare.

Ces jours-ci il eut l'occasion de soigner encore une petite fille où la méthode par ingestion, imposée par la famille, n'eut aucun résultat. quand une seule injection de 1 gr. 50 suffit pour arrêter complètement la fièvre,

Le D<sup>r</sup> Masselot, malgré la gravité des cas auxquels il eut à faire, n'eut jamais l'occasion de pratiquer d'injections intraveineuses.

D'autre part le D<sup>r</sup> Masselot met au point la signification du mot « Blanchiment » des malades, qui ne veut évidemment pas dire stérilisation.

Pour reprendre la question de la quinine et de ses doses, le D<sup>r</sup> Masselot estime 1° que la quinine n'est pas un toxique, jamais il n'eut le moindre accident, sauf quelques rares cas d'idiosyncrasies où les individus sont aussi sensibles à 0,50 qu'à 2 gr. de l'alkaloïde, 2° que 2 gr. sont nécessaires. Un grand nombre de fièvres ne cèdent pas à la dose de 1 gr. 50, 3° Trois injections sont nécessaires. avec une seule ou deux, on a des récédives. Enfin nous n'avons pas de critérium clinique qui puisse nous indiquer quelle est la dose qui suffit à tel cas. Le plus petit accès doit être traité aussi énergiquement que n'importe quel autre.

Sur l'initiative d'un D<sup>r</sup> Masselot quelques chiffres de posologie infantile sont donnés.

Le D<sup>r</sup> Cortesi donne 0,25 à un an, 0,50 à 3 et 4 ans.

Les D<sup>rs</sup> Lemanski et Cassuto sont d'avis que la quinine est fort bien supportée par les enfants.

Le D<sup>r</sup> Comte signale qu'un enfant de 11 mois eut des rechutes avec la dose de 0,20 et fut guéri définitivement avec 0,30 pro die.

×

## Réflexions sur l'emploi du 914 dans le traitement du paludisme

par le Docteur JAMIN

(Voir même numéro page 118)

Le D<sup>r</sup> Lemanski maque sa préférence pour l'hectine qui se rapproche des arsenobenzols sans en avoir les inconvénients.

Le D<sup>r</sup> Masselot cite un cas de nephrite syphilitique soignée par le sulfarsenol. Après amélioration considérable de la malade, au 10<sup>e</sup> jour elle fit 4

accès de fièvre quarte de suite. Elle était à ce moment à sa 7<sup>e</sup> dose de sulfarsénol. La quinine fit baisser la température.

Le Dr Cassuto cite le cas tout à fait opposé d'une musulmane paludique avec examen de sang positif chez qui la quinine ne faisait qu'arrêter la fièvre sans empêcher les rechutes qui se produisaient à 15 jours d'intervalle. Le Dr Cassuto fit un Wasserman, lequel positif +++ lui fit entreprendre un traitement par le neo qui guérit complètement la malade de ses accès palustres.

×

Dr LEMANSKI : Essai d'interpsychologique

(Voir n° de février, page 76)

×

### Enquête sur l'Echinococcose en Tunisie à tous les Médecins de Tunisie

Notre illustre confrère le Dr Nicolle a transmis à notre Société une lettre qui lui a été adressée par M. le Dr Dévé, professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen.

M. Dévé fait une enquête au sujet de la fréquence et de la répartition de l'échinococcose en France, Algérie, Colonies et Protectorats et désire avoir des renseignements aussi exacts que possible sur cette question.

Dans sa réunion du 10 mars, notre Société a décidé que pour répondre à la demande de M. le Prof. Dévé, elle ne pouvait mieux faire que d'inscrire à l'ordre du jour de ses travaux la question de l'*Echinococcose en Tunisie*.

Cette question sera donc portée à l'ordre du jour d'une séance de mai 1922, mais, d'ores et déjà, nous prions instamment tous nos confrères établis en Tunisie de vouloir bien adresser au secrétaire général de la Société et avant le 8 mai 1922 leurs réponses au questionnaire suivant :

1<sup>o</sup> Combien de cas de kystes hydatiques avez-vous observés ou opérés depuis votre installation dans la région ? Nombre d'années ?

2<sup>o</sup> Fréquence des cas rencontrés aux autopsies.

3<sup>o</sup> Etiologie spéciale : cas observés chez les bouchers, charcutiers, bergers — ou leur famille.

Ils pourront, s'ils le désirent, joindre à leurs réponses des observations cliniques. Le collationnement de tous ces documents permettra l'élaboration d'un rapport général qui, après adoption, sera adressé à M. le Prof. Dévé et publié dans la Revue Tunisienne des Sciences Médicales.

Le Secrétaire Général,

Dr CASSUTO.

### Etudes épidémiologiques et prophylactiques du paludisme

par Edmond SERGENT et Etienne SERGENT

(Institut Pasteur d'Algérie)

in *Annales de l'Institut Pasteur de Paris*, n° 11

Les auteurs indiquent les gîtes à Anophèles et l'influence des pluies. En 1918 par exemple la formule « Printemps pluvieux été fiévreux » s'est confir-

mée une fois de plus. D'autre part les longues périodes de grande chaleur sont favorables au paludisme, parce qu'elles fournissent aux *Plasmodium* la température qui leur est nécessaire pour évoluer dans le corps des moustiques. D'après les expériences de laboratoire, la température minima nécessaire est  $+ 16^{\circ}$ . — Le remuement des terres est d'une inocuité absolue quelque soit le préjugé qui en fait une cause efficiente du paludisme. Les marais ne sont pas nécessairement des gîtes à anophèles : le marais de Belamine, qui n'engendrait pas les fièvres, contenait de l'eau salée, impropre à la pullulation des larves d'Anophelines.

Il peut y avoir de l'anophélisme sans paludisme, il suffit pour cela qu'il n'y ait pas de réserves de virus.

Les anophelines nées d'un oued qui longe une ville trouvent à proximité la nourriture sanguine qui leur est nécessaire et ne s'éloignent que très peu de leur lieu d'éclosion. La longueur du sol peut se restreindre à quelques dizaines de mètres aux abords immédiats des villes. Il peut s'allonger à 1.500<sup>m</sup> ou à 2.000<sup>m</sup>.

La plus grande hauteur du sol des anophèles, constatée en Algérie, a été de 185<sup>m</sup>. Ils peuvent être transportés facilement par les trains.

Il est très important de connaître la date des premières pontes des anophelines dans une région donnée, pour organiser une campagne antipaludique ; la connaissance de cette date fournit à l'hygiéniste une indication précise pour la fixation du moment où la destruction des gîtes à anophèles doit être complète.

Les autres signalent le danger de l'envahissement des villes par les indigènes migrants, réservoirs de virus. Ils indiquent les mesures prophylactiques prescrites dans les années 1918, 1919 et 1920 en Algérie.

La dose de quinine employée préventivement est de 0,40 par adulte et par jour. La durée du traitement est du 1<sup>er</sup> mai au 30 novembre en général.

Les petites mesures anti-larvaires ont consisté en des herbements, faucardages, régularisation des berges des oueds, assèchement des mares, épandage alternatif des eaux de source ou de fontaines, pétrolages sur 20 ou 30 kilomètres d'oueds, canaux, marécages. Les animaux domestiques sont un écran de protection contre les moustiques adultes. Ceux-ci les préfèrent à l'homme.

(D<sup>r</sup> Benmussa)



## Le Paludisme Chronique

par le Dr GRANJUX

(Revue de Médecine et d'Hygiène Coloniales)

Tome XIII, 1921, n° 4

Il y a quelque temps à la Société de Médecine Légale, un de ses membres a fait une communication dans laquelle, se

basant sur ce que, d'après lui, le Paludisme chronique n'existerait pas, surtout chez les impaludés rapatriés en France, il proposa pour les pensions des impaludés deux barèmes : l'un pour le « paludisme en activité (avec hématozoaires dans le sang) », l'autre pour les « séquelles d'un paludisme antérieur dont le début remonte à plus d'un an (pas d'hématozoaires dans le sang) ». Bien entendu les chiffres des allocations du deuxième barème devaient être de beaucoup inférieurs à ceux du premier.

La Société de Médecine Légale, considérant avec juste raison que cette négation du Paludisme chronique était en contradiction avec les idées générales du monde médical, demanda à la Société de Médecine Tropicale de vouloir bien faire connaître son opinion sur ce point.

Une discussion très intéressante s'engagea à ce sujet : M. Mourier-Vinard démontra que l'indigène en pays palustre, l'impaludé chronique, anémique et splénomégalique a, d'une façon à peu près continue, des parasites dans le sang ; en France, au contraire, l'absence des parasites est la règle, leur présence un peu durable, l'exception, leur apparition intermittente le fait habituel, comme le démontrent les faits de paludisme autochtone contracté dans le voisinage des anciens paludéens.

À la suite de cette discussion la Société de Médecine Tropicale a voté à l'unanimité la déclaration suivante :

« La Société de Médecine et d'Hygiène Tropicale déclare qu'il existe un Paludisme Chronique, et que si la constatation de l'hématozoaire de Laveran est un des plus importants éléments de diagnostic, une constatation négative ne constitue pas une raison suffisante pour écarter le diagnostic de paludisme ».

(E. C.)

## Données hématologiques et cliniques de la guérison des paludéens rapatriés

par J. RIEU

Bulletin de la Soc. Path. Exotique, 1921

Pour l'A., chez les rapatriés, traités rationnellement par la quinine, le Paludisme secondaire s'éteint progressivement, malgré les rechutes, à partir de la saison hiberno-vernale qui suit l'infection, l'extinction du Paludisme à Pl. præcox se faisant avant celle du Paludisme tierce bénin à Pl. vivax ou quarte (à Pl. malarie).

Les signes de cette extinction apparaissent nettement entre le 6<sup>e</sup> et le 15<sup>e</sup> mois après la dernière saison où a pu se faire l'infestation ; ils consistent en :

- a) disparition définitive des parasites du sang périphérique ;
- b) retour de la formule leucocytaire ou la formule : disparition de la monocytose ;
- c) atténuation de la splénomégalie ;
- d) cessation des accès proprement dits.



L'A. déclare que les manifestations vraies du Paludisme chez les malades soustraits à toute infection nouvelle et bien traités durant environ une année mais il reconnaît cependant que certains cas infectés par des atteintes répétées sont dans les mêmes conditions, après rapatriement, bien plus longs et plus difficiles à guérir.  
(E.C.)

### Nouvelle conception sur la structure du sang

par le Dr C. TRIOLO (de Tunis)  
(Haematologia, février 1922, Naples)

Notre confrère italien, médecin de S. A. le Bey, est l'auteur de plusieurs travaux hématologiques originaux (Académie de

Médecine de Turin 1917, Société de Biologie de Paris 1914, Gazzetta Ospedall 1908) : les globules rouges ont, d'après M. Triolo, une forme sphérique ; le plasma sanguin ne préexiste pas à l'état libre dans le torrent circulatoire, il ne se sépare du sang que si celui-ci s'altère ; le globule sphérique est formé d'une partie liquide (le plasma) et d'une partie solide : les globules déformés et le liquide sont le produit de l'altération des globules sphériques normaux ; le plasma sanguin est contenu presque en entier à l'intérieur des globules rouges.

Les caractères fondamentaux du sang sont donc pour l'A. et à l'encontre des notions classiques : 1° les globules rouges constituent à eux seuls toute la masse sanguine ; 2° ils sont remplis de tout le plasma sanguin et sont soumis à un changement continu de leur volume ; 3° ils s'altèrent facilement en se séparant du contenu plasmatique qui, mis en liberté, se coagule.

(Dr D. Scialom)

### INFORMATIONS

M. le Dr PLANCKE, président du Syndicat Médical Français de Tunisie, vient d'être élu président de la Fédération des Grandes Sociétés Françaises de Tunisie.

×

Notre excellent confrère le Dr DURAND a été nommé directeur du Service de Santé Maritime en remplacement du regretté Dr Vullien dont il était l'adjoint.

×

Nous adressons nos plus sincères condoléances à notre camarade le Dr GÉRARD qui vient d'être cruellement éprouvé par la perte de sa fillette.

### Clinique et Laboratoire

Nous avons reçu le premier numéro de ce nouveau journal édité à Paris. Son programme est d'exposer aux praticiens les données cliniques qui les intéressent, de leur indiquer la grande utilité du laboratoire et ce qu'on peut lui demander. Nos meilleurs souhaits de bienvenue à ce nouveau confrère.



## LISTE DES ÉCHANGES

---

### Journaux Français

*Archives internationales de Laryngologie.*  
*Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord.*  
*Bulletin Sanitaire de l'Algérie.*  
*Bulletin de la Société Anatomique de Paris.*  
*Clinique (la).*  
*Clinique et Laboratoire.*  
*Echo Médical du Nord (l').*  
*Journal de Médecine de Bordeaux.*  
*Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord.*  
*Maroc-Médical.*  
*Marseille-Médical.*  
*Médecin Syndicaliste (le).*  
*Monde Médical (le)*  
*Nouveau Journal des Médecins (le).*  
*Paris-Médical.*  
*Pratique Médicale Française (la).*  
*Presse Médicale (la).*  
*Presse Thermale et Climatique (la).*  
*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique.*  
*Revue de Médecine et d'Hygiène Tropicales.*  
*Revue Tunisienne de l'Institut de Carthage.*  
*Toulouse-Médical.*  
*Tunis-Médical.*  
*Vie Médicale (la).*

### Journaux Etrangers

*Bruxelles-Médical.*  
*Annali d'Igiene (Roma).*  
*Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali (Tripoli).*  
*Bollettino della R. Accademia Medica di Genova.*  
*Bollettino delle Scienze Mediche (Bologna).*  
*Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini (Roma).*  
*Journal Médical Italien.*

---

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales

AVRIL 1922

## TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

### FRACTURE DU RACHIS & COMPRESSION DE LA QUEUE DE CHEVAL

par les Docteurs H. BOUQUET et F. MASSELOT

Les fractures de la colonne vertébrale sont des lésions relativement rares ; plus rares encore sont les cas de guérison. On sait que les compressions ou blessures du système nerveux par fracture rachidienne sont d'autant moins graves qu'elles sont plus basses. L'observation que voici vient à l'appui de la thèse classique :

B... Carmelo, âgé de 18 ans et demi, charretier, est victime, le 25 septembre 1920, d'un accident du travail ; son cheval s'étant abattu, un tonneau qui chargeait sa voiture, lui passe sur le dos. Il perd connaissance et l'on constate au réveil que ses deux jambes sont paralysées. Il n'existe rien d'anormal au niveau de la colonne vertébrale, en dehors d'un point douloureux au niveau des vertèbres lombaires. La paraplégie est complète. Rien à l'abdomen. Pendant quelques jours le malade perd ses urines et ses matières puis les troubles sphinctériens disparaissent. Une radiographie, faite peu après l'accident, montre l'existence d'une fracture de la troisième vertèbre lombaire, l'apophyse épineuse paraît détachée.

Il entre dans le service de l'un de nous le 24 novembre. L'examen montre l'existence d'une paraplégie flasque très accusée. L'impotence est absolue pour tous les muscles extenseurs des membres inférieurs et presque complète pour les autres groupements musculaires, si bien que les membres ne se déplacent que par reptation sur le plan du lit. La paralysie est plus accentuée au niveau du membre gauche. Les réflexes patellaire et achilléen sont abolis. Les réflexes plantaires sont indif-

férents. La sensibilité subjective est relativement peu touchée, pourtant le blessé accuse quelques douleurs en éclair. La sensibilité objective est également peu atteinte, il n'existe pas d'anesthésie franche, mais une hypoesthésie du membre inférieur gauche. Toutes les masses musculaires ont fondu, mais il n'y a pas de troubles trophiques cutanés. La température locale des membres paralysés est abaissée. Il n'existe pas de troubles sphinctériens, pas de demi-érection de la verge. Rien à signaler dans l'examen neurologique des autres parties du corps. Mentionnons simplement que le réflexe abdominal est conserve, même l'abdominal inférieur, ainsi que le crémasterien.

L'examen de la colonne vertébrale permet de déceler une légère gibbosité dans la région lombaire. La radiographie montre une fracture du corps de la troisième lombaire; l'apophyse épineuse de cette vertèbre est détachée. Le tassement est plus accentué à gauche. L'électrodiagnostic pratiqué par M. Jaubert de Beaujeu donne les résultats suivants :

COURANT FARADIQUE

|                       | droit  | gauche           |
|-----------------------|--------|------------------|
| Crural                | normal | hypoexcitabilité |
| Quadriceps            | normal | inexcitabilité   |
| Couturier             | normal | normal           |
| Groupe antéro-externe | normal | inexcitabilité   |
| Groupe postérieur     | normal | hypoexcitabilité |

COURANT GALVANIQUE

|                                  | droit            | gauche           |
|----------------------------------|------------------|------------------|
| Crural                           | normal           | hypoexcitabilité |
| Quadriceps                       | normal           | hypoexcitabilité |
| Sciatique (au creux poplité)     | normal           | hypoexcitabilité |
| Groupe antéro externe et jumeaux | hypoexcitabilité | secousses lentes |

L'ensemble de ces constatations permettait de porter le diagnostic de paraplegie par compressions de la queue de cheval consécutive à une fracture de la troisième vertèbre lombaire.

Le 14 janvier 1921 après une observation d'un mois environ





FRACTURE DU RACHIS : FUSION DE LA 2<sup>e</sup> ET 3<sup>e</sup> VERTÈBRES LOMBAIRES

*(Cliché Janbert de Beaujeu.)*

et un traitement électrique destiné à voir si une récupération partielle de la motricité pouvait se faire spontanément, le malade est passé en chirurgie où il est opéré environ quatre mois après l'accident.

Intervention le 19 janvier 1921 : anesthésie à l'éther. Incision dorso-lombaire de 15 centimètres sur la ligne médiane. Il existe un cal très dur au niveau de la 3<sup>e</sup> lombaire. On fait sauter péniblement les lames vertébrales des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> lombaire. Au niveau de la 3<sup>e</sup> le canal rachidien paraît diminué de volume. La dure-mère paraît saine et n'est pas ouverte, on suture les muscles en arrière de la brèche osseuse et la peau est suturée sans drainage. Les suites opératoires sont bonnes, malgré l'existence d'un hématome sous-cutané qui est évacué au quatrième jour, par désunion de la plaie cutanée.

Le 7 février l'examen du blessé montre que la motricité est revenue dans le membre inférieur droit. À gauche les extenseurs de la cuisse fonctionnent ; le blessé lève facilement le pied au-dessus du plan du lit. Les mouvements d'adduction et d'abduction se font sans force mais sont très amples ; la flexion de la jambe sur la cuisse atteint 45°. Par contre les extenseurs du pied, les péroniers et le jambier postérieur sont toujours inertes. Les réflexes tendineux sont toujours abolis.

Peu à peu, à la suite d'un traitement massothérapique et électrothérapique, la récupération de la motricité des membres inférieurs s'opéra de telle façon que le blessé pût se lever et marcher avec une canne. Il était très gêné par l'inertie de son pied gauche qui traînait à terre et l'obligeait à soulever considérablement le membre inférieur gauche pour pouvoir marcher. Il fut décidé de lui faire une arthrodèse tibio-tarsienne gauche. Intervention le 28 juin 1921 sous anesthésie à l'éther. On fait une incision externe à concavité antérieure, en avant et en dessous de la malléole externe. On détruit à la rugine le cartilage de l'astragale et celui de la mortaise. L'articulation est refermée à 2 plans, sans drainage. Le pied est fixé à angle droit dans un appareil plâtré qui est maintenu pendant un mois.

La marche s'est améliorée de jour en jour et actuellement (mars 1922) le malade déclare qu'il se déplace sans fatigue. La motricité du membre inférieur droit est normale. Il traîne encore un peu la jambe gauche. Il peut marcher sans canne.

Malgré l'ankylose presque complète de sa tibio-tarsienne, le blessé a un léger steppage, car les mouvements de la médio-tarsienne sont assez accentués en raison de la laxité articulaire due à l'inertie des muscles du pied gauche. Les orteils n'effectuent que quelques très légers mouvements autour de l'horizontale. L'anesthésie persiste au membre inférieur gauche, au niveau de la racine des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> orteils. Les reflexes tendineux sont toujours abolis. Il n'existe ni trouble trophique ni refroidissement périphérique.

Dans la région lombaire la cicatrice est souple, on constate une dépression à l'endroit où a porté la laminectomie. La radiographie faite actuellement et due à l'obligeance de notre confrère Jaubert de Beaujeu, indique une fusion des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> vertèbres lombaires, dont les apophyses épineuses ont disparu.

L'intervention chirurgicale a transformé ce blessé ; d'un infirme, condamné au lit ou à être poussé dans une petite voiture, elle a fait un homme capable de gagner sa vie. Notre malade a repris son métier de charretier, il conduit une voiture. La récupération a été grande, aurait-elle été plus grande encore si l'opération avait été plus précoce ? Nous le pensons, et, d'après l'expérience de ce cas, il est certain qu'à l'avenir nous interviendrons d'emblée, pour ainsi dire d'urgence dans les compressions de la moelle et surtout de la queue de cheval. Les compressions ou blessures de la moelle sont du reste beaucoup plus graves que ces dernières. La moelle est-elle plus fragile que les faisceaux nerveux de la queue de cheval, il est difficile de le dire. Nous avons eu l'occasion d'observer il y a quelques années un cas de fracture de la colonne dorsale, terminé rapidement par la mort, dans lequel, à l'autopsie nous avons trouvé une section complète de la moelle.

Mauclaire <sup>(1)</sup> a relaté à la Société de Chirurgie en 1918 un cas de guérison de plaie de la queue de cheval, après intervention chirurgicale. Guillaïn et Barré, dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris <sup>(2)</sup>, ont mon-

(1) MAUCLAIRE : Pl. de du rachis et de la queue de cheval par éclat d'obus, Société de Chirurgie, 31 juillet 1918, in Bull. et Mem. p. 4474.

(2) G. GUILLAIN et J.-A. BARRÉ : Les lésions de la queue de cheval par projectiles de guerre, Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 15 mars 1918, in Bull. et Mémoires, 3<sup>e</sup> série, tome XLII, n° 10, p. 272-277, et in Travaux de Neurologie de guerre, p. 298.

tré qu'en matière de blessures de guerre, la mortalité pour les lésions de la queue de cheval n'était que de 34 pour 100, tandis qu'elle atteint 64 pour 100 dans leur statistique générale des blessures de la moelle. Le type clinique de la blessure de la queue de cheval qu'ils ont schématisé d'après leurs observations, au nombre de 22, est semblable à celui de notre malade. La gravité est souvent fonction de l'ouverture des méninges. Dans notre cas la dure-mère était intacte, d'après les constatations opératoires ; c'est là un indice très favorable au point de vue pronostic. Dans un article du « The Lancet », Chasters Symonds <sup>(1)</sup> avait noté lui aussi la moindre gravité des blessures de la queue de cheval. Ces auteurs sont unanimes à préconiser l'intervention rapide, c'est la conclusion à laquelle nous nous sommes déjà arrêtés. A un autre point de vue Couteaud <sup>(2)</sup> recommande l'intervention précoce parce qu'elle est beaucoup plus facile. Faite tardivement le chirurgien trouve un os éburné, il travaille dans un cal dur, et non dans du tissu osseux sain. Nous n'avons pas éprouvé cette difficulté au cours de l'intervention.

---

(1) CHASTERS SYMONDS : La laminectomie dans les blessures par coups de feu de la moelle, *LANCET*, t. CXCH, n° 4873, 20 janvier 1917, p. 93-97.

(2) COUTEAUD : Des traumatismes rachidiens de guerre, Société de Chirurgie, 17 avril 1918, in *Bull. et Mémoires*, p. 728.



## FRACTURE ISOLÉE DE L'APOPHYSE ÉPINEUSE DE L'AXIS

par les Docteurs DOMELA et JAUBERT DE BEAUJEU

Les lésions isolées des apophyses épineuses des vertèbres sont rares et de diagnostic difficile.

La radiographie peut être d'un grand secours, s'il s'agit de la région cervicale et dans une certaine mesure de la région



lombaire : les apophyses épineuses cervicales sont bien visibles sur les épreuves de profil, celles de la colonne dorsale sont difficiles à voir et se confondent avec les arcs costaux (1), celles des vertèbres lombaires peuvent être visibles, mais elles sont peu nettes et déformées par suite de l'éloignement de la plaque radiographique.

(1) Jaugeas, précis de Radiodiagnostic, Paris, 1918.

Dans la littérature dont nous disposons à Tunis, aucun cas de fracture isolée d'une ou plusieurs apophyses épineuses ne nous a paru être signalé.

Les traités classiques de radiologie n'en parlent pas.

Baetjers et Waters (1) écrivent :

« Les fractures des apophyses épineuses sont vues à la région cervicale ; ces apophyses sont ici plus longues et plus grêles et pour cette raison sont plus facilement fracturées.

Les fractures des apophyses épineuses des vertèbres dorsales et lombaires sont peu fréquentes ou peu visibles aux Rayons X ».

Nous venons d'observer un cas de fracture indirecte de l'apophyse épineuse, de l'axis qu'il nous a paru intéressant de rapporter.

Voici l'observation :

Le 13 novembre 1921 une automobile conduite par M. B... et filant à une vitesse moyenne fut accrochée par une « arabat » marchant en sens inverse, pivota et se renversa avec les deux personnes assises sur la banquette de devant, tandis que Madame B..., assise sur la banquette de derrière, fut projetée par dessus le pare-brise. M. B... s'en tira avec une luxation sous coracoïdienne du bras droit que l'un de nous put réduire sans difficulté ; son domestique n'eut que quelques blessures légères à la face ; quant à Madame B..., âgée de 50 ans, elle présentait en dehors d'un état de shock facile à comprendre, une raideur totale de la nuque avec douleurs aiguës dans la région sous occipitale et cervicale postérieure gauche ainsi qu'une forte contusion de l'épaule droite, respiration normale, pouls légèrement accéléré, l'examen de la région retropharyngienne ne révèle rien d'anormal, aucune paralysie, un examen radiologique de la colonne cervicale est alors pratiqué : l'épreuve de face ne montre rien d'anormal. Sur l'épreuve de profil on voit nettement que l'extrémité de l'apophyse épineuse de l'axis a été arrachée et a glissé en bas et en avant.

Quant au mécanisme de la fracture nous croyons devoir l'expliquer par une hyperflexion forcée de la tête sur la colonne cervicale, ainsi que des diverses vertèbres cervicales les unes sur les autres ; l'épaule droite fortement contusionnée a du

---

(1) Baetjers et Waters, *Injuries and Diseases of the Bones and joints*, New-York, 1921.

considérablement amorti le choc qui aurait pu produire des lésions plus graves luxation ou fracture de la colonne cervicale. Il s'agit d'une fracture par arrachement et le fait que le fragment osseux se trouve déplacé en bas semble prouver que les attaches inférieures et surtout les ligaments inférieurs l'ont pour ainsi dire emporté sur les attaches supérieures, ce qui étonne un peu à cause du développement plus considérable des muscles supérieurs qui ont leur insertion sur l'axis.

Sans la radiographie le diagnostic aurait été impossible, grâce aux renseignements exacts de l'épreuve et grâce aussi à l'absence de tout symptôme clinique nous avons pu rassurer de suite la famille et nous dispenser d'une immobilisation de la colonne cervicale, au contraire après quelques jours de repos quelques massages furent ordonnés et l'on fit faire peu à peu des mouvements actifs et passifs.

La guérison suivait au bout de six semaines et actuellement Madame B, ne ressent plus aucune douleur et peut effectuer tous les mouvements normaux du cou sans aucune gêne.



### 3 OBSERVATIONS DE KYSTES HYDATIQUES SUPPURÉS DU FOIE SUTURÉS APRÈS ÉVACUATION DE LA POCHE; GUÉRISON

---

#### 1<sup>o</sup>. - Observations du Docteur Braquehaye

##### *Premier cas.*

La nommée Zolra bent Mohamed, âgée de 40 ans, se présente à l'hôpital Sadiki le 27 janvier 1922. Son ventre est énorme, elle peut à peine marcher; elle est tout à fait anhéante. Aussi est-elle admise d'urgence par le service de garde avec le diagnostic : ascite palustre.

On fait d'urgence une ponction qui donne issue à un liquide trouble, grumeleux, de couleur jaune d'œuf. Mais le trocart se bouche à chaque instant et on sort péniblement 5 ou 6 litres de liquide avec la grosse aiguille du Potain. Cela suffit à soulager un peu la malade.

L'examen du liquide est fait au laboratoire par M<sup>me</sup> Brun. En voici le résultat : Examen de pus : nombreux polynucléaires altérés. Cocci; Gram négatif.

Aucun renseignement précis sur le début de la tumeur; depuis plus de dix-huit mois le ventre est très gros et la malade a présenté plusieurs fois des poussées de fièvre. Mais depuis quelques mois l'état général est devenu de plus en plus mauvais à mesure que le ventre augmentait encore de volume.

Ayant eu déjà un cas semblable l'an dernier, avec un liquide de même nature, je pense à un kyste hydatique suppuré.

Opération le 30 janvier; Anesthésie à l'éther; la parotomie médiane sous-ombilicale. Le kyste adhère à la paroi. Il est ponctionné au gros trocart à kyste de l'ovaire et vidé.

Malgré les 5 ou 6 litres enlevés il y a trois jours, on retire encore par le trocart treize litres de liquide de même nature que celui qui a été tiré précédemment. On injecte deux litres de formol et, après évacuation de celui-ci, le kyste est ouvert. On trouve de très nombreuses hydatides du volume d'un grain de raisin. Elles sont retirées à la louche. On en remplit une cuvette d'une capacité de trois litres environ. Nettoyage et assèchement de la poche avec des compresses de gaze stérilisée. La vésicule mère dégénérée est retirée par lambeaux.

A l'exploration, la poche admet la totalité de l'avant-bras droit. On sent ainsi que l'origine du kyste siège dans la partie postérieure du lobe droit du foie; la main atteint la face inférieure du diaphragme.



Lavage de la poche à l'éther. Suture de la paroi du kyste par un surjet au catgut; suture des muscles et des aponévroses au fil de lin; suture de la peau au crin.

Suites opératoires simples. Réunion p.p.i. sans que la température ait jamais dépassé 37°5.

*Deuxième cas.*

La nommée Fathma bent Mohamed Dib, âgée de 40 ans environ, entre à l'hôpital Sidiki le 20 février 1922, pour une tumeur abdominale dure, du volume des deux poings, tenant au lobe droit du foie par sa partie supérieure. Elle suit les mouvements de la respiration; elle est indolore.

La malade ne peut nous fournir aucun renseignement précis sur le début et l'évolution de la tumeur.

Opération le 22 février. Anesthésie à l'éther. Incision longitudinale sus-ombilicale sur le bord droit du muscle droit, à la partie la plus saillante de la tumeur.

Ponction du kyste avec le gros trocart du Potain. Il sort un liquide trouble, coloré en jaune par la bile. Mais on ne peut vider le kyste, car le trocart se bouche à chaque instant. Une éprouvette aseptique est remplie de ce liquide pour l'examen microscopique.

Cet examen fait par M<sup>me</sup> Brun a donné les résultats suivants : Dépôt : pus. 1° nombreux leucocytes désintégrés; 2° Bacilles, Gram négatif, vraisemblablement coli-bacilles; 3° présence de pigments biliaires.

Formolisation pendant dix minutes. Incision de la poche. Elle est remplie de nombreuses hydatides de grosseur variable, mais toute la paroi du kyste est recouverte par un magma semblable à du mastic, de l'épaisseur du pouce. On trouve dans le fond de la poche un très grand nombre de petits calculs biliaires noirs et brillants du volume d'un grain de millet, à celui d'un grain de chenevis.

Dans le sillon de la vésicule biliaire, on voit cet organe blanc, volumineux, dur. On pense à un second kyste et l'on fait une ponction, mais malgré l'aspiration, il ne vient rien au trocart.

En curettant les parois de la poche du kyste pour enlever le magma, on trouve une communication entre le kyste et la vésicule. Celle-ci est bouchée du même magma mastic que le kyste et dans l'orifice de communication on rencontre un gros calcul biliaire noir luisant à l'extérieur, rouge brun au centre, rappelant par sa forme l'anse brisée d'un vase grec. Curettage de la cavité de la vésicule. Ethérisation. Suture totale de la poche par un sur-

jet au catgut. Suture des aponévroses et des muscles au fil de lin. Suture de la peau au crin de Florence.

Suites opératoires simples. Réunion p.p.i. sans que la température ait dépassé 37°4.

×

Ces deux observations se joignent à celles que notre collègue le docteur Brun a rapportées à la Société de Chirurgie et ici même.

Elles prouvent qu'il est possible de réunir par première intention les kystes hydatiques suppurés du foie. On en abrège ainsi singulièrement la durée.

En outre, la première observation est intéressante par suite du volume du kyste, qui contenait environ vingt litres de liquide. On en avait retiré en effet cinq à six litres à la première ponction; treize litres trois jours après pendant l'opération et il restait encore environ trois litres d'hydatides retirés à la cuillère pendant l'opération.

Quant à la deuxième observation, on peut se demander si la vésicule biliaire n'a pas été atteinte primitivement de kyste hydatique et si celui-ci après avoir perforé sa paroi supérieure ne s'est pas propagé dans le foie. La cavité de la vésicule était en effet bourrée de cette matière semblable à du mastic que l'on rencontre dans les kystes en voie de guérison par dégénérescence et l'on peut se demander si elle n'était pas à un état plus avancé, c'est-à-dire plus ancien que le kyste hépatique.

Mais on peut penser aussi qu'une vésicule calculeuse et *par suite infectée* a pu s'ouvrir dans le kyste, en un point où sa paroi présentait une moindre résistance et expliquer ainsi la présence de bactérium coli dans le contenu kystique.

Cette seconde hypothèse paraît plus probable.

---

## 20. - Observation du Docteur Montefiore

Encouragé par les publications de notre distingué confrère le docteur Brun à qui j'ai vu opérer à Sadiki deux kystes suppurés sans drainage, je me suis décidé à opérer de la sorte le malade dont je vais vous relater l'observation.

Il s'agit d'un cultivateur de Batna, Ben Gacem B. H. B. A., 30 ans, entré à ma maison de santé le 9 mars 1922 pour une volumineuse tumeur de la région épigastrique, tumeur qui se propageait aux côtés droit et gauche. Il y a 7 ans, il avait noté que la région épigastrique allait en augmentant

progressivement et à son arrivée à Tunis il présentait une circonférence abdominale de 106 cm. Depuis deux mois il ne pouvait presque plus marcher ni se nourrir et se plaignait de douleurs très violentes. Le malade dit avoir beaucoup maigri. La tumeur très volumineuse comblait la partie médiane, la droite et la gauche de la région supérieure de l'abdomen.

À l'inspection on trouve une volumineuse tumeur qui soulève légèrement les dernières côtes à droite et à gauche et qui à droite arrive à un doigt au-dessous de la cicatrice ombilicale. La palpation fait sentir une tumeur dure, légèrement élastique, immobile et assez douloureuse. Point d'ictère. Rien d'anormal à l'examen des autres organes ni à l'analyse des urines.

J'interviens le lendemain, 10 mars, sous anesthésie générale à l'éther. Laparatomie médiane sus-ombilicale. Après protection de la cavité abdominale par des grandes compresses, éventration et formolage de la poche, d'où sortirent 5 litres environ de liquide puriforme, jaune verdâtre et plusieurs centaines de vésicules petites et grandes, de la grosseur d'un œuf de canaris à un œuf d'oie, que j'ai dû retirer à la louche. Ablation prudente de la vésicule mère.

Après diligent assésage de toute la cavité, fermeture par un surjet au catgut n° 1 et ensuite deuxième surjet au catgut n° 3 mais suivant le prudent conseil de Delbet (1897) et de Vasi (1899) (Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, juillet 1920), j'ai suturé la tranche du kyste refermé au péritoine pariétal de façon à pouvoir ponctionner à la moindre complication sérieuse (Dujarier). Je crois que c'est là une bonne précaution et pour mon compte personnel je la suivrai toujours. Suture à 4 plans soit : du péritoine, des muscles et aponévroses; reprise de l'aponévrose supérieure et de la peau.

Enlèvement des fils le onzième jour; réunion per primam.

Mon malade se leva le treizième jour et je vous le présente aujourd'hui soit au 14<sup>e</sup> jour.

Je crois que dorénavant ce doit être la seule technique à employer dans les kystes à échinococques suppurés du foie : la fermeture sans drainage après évacuation de la poche suivant le procédé de Brun; plus de suppurations interminables ni d'éventration toujours à craindre après la marsupialisation et le drainage.



## A PROPOS DU DIAGNOSTIC DES HERNIES DIAPHRAGMATIQUES <sup>(1)</sup>

par les Drs BOUQUET, F. MASSELOT et JAUBERT DE BEAUJEU

Hôpital Civil Français de Tunis

Il semble à première vue que le diagnostic des hernies diaphragmatiques soit un jeu si l'on dispose du concours des rayons X. Il n'en est malheureusement rien. Le cas que nous rapportons ci-dessous en est un exemple.

D... Eugénie, 64 ans, entre à l'hôpital français de Tunis le 13 juin 1921. Elle raconte qu'elle est malade depuis le mercredi 3 juin. Ce jour-là, en voulant éviter un taureau qui la poursuivait, elle fit un faux mouvement et ressentit une douleur abdominale droite. Elle se mit à vomir abondamment. Les jours suivants, la douleur persista, mais les vomissements cessèrent et elle ne présenta pendant cette période aucun signe péritonéal.

Dans ses antécédents on ne trouve rien de notable, sauf quelques bronchites et du paludisme il y a 30 ans.

A son entrée à l'hôpital, la malade a une température de 39°, un bon pouls, un bon facies; elle est légèrement oppressée. Elle se plaint de son ventre. L'examen montre l'existence d'une tumeur lisse et rénitente remontant à mi-distance du pubis et de l'ombilic, bombant dans le cul-de-sac antérieur, présentant toutes les apparences d'un kyste de l'ovaire. L'examen somatique ne révèle rien par ailleurs. Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule et la malade est passée en chirurgie.

Le 15 juin, l'oppression de la malade ayant brusquement augmenté, un nouvel examen attentif est pratiqué. On note une tachycardie modérée, un déplacement du cœur vers la droite et des signes de pneumothorax de la base gauche : tympanisme, abolition de la respiration, souffle amphorique et bruits hydroaériques sans succussion hypocratique. Devant ces phénomènes inattendus la malade est passée à la radioscopie. Celle-ci montre dans les 2/3 inférieurs du poumon gauche une clarté exceptionnelle limitée en haut par une ligne à concavité inférieure. La partie droite de la clarté est due à la poche gazeuse de l'estomac, la gauche au gros intestin surdistendu dont on reconnaît l'image caractéristique. L'état précaire de la malade n'a pas permis de l'examiner dans le décubitus horizontal, encore moins dans les positions déclives. Nous avons pu simplement lui faire ingérer du bismuth en petite quantité, ce qui a permis de constater que le bas-fond de l'estomac était au niveau du diaphragme

(1) Extrait du Journal de Radiologie. Tome VI n° 1, Janvier 1922.



droit. Le cœur est refoulé à droite. L'aorte, au niveau de son changement de courbure, donne la hauteur à laquelle s'arrête la clarté gastro-intestinale (fig.).

En présence de l'ensemble de ces signes permettant de penser à une hernie diaphragmatique une intervention est pratiquée le 20 :

Rachianesthésie haute entre XI et XII D avec 7 cgr de novocaïne. Incision au niveau de la 7<sup>e</sup> côte gauche qui est réséquée. On pénètre facilement dans le thorax. Le poumon est rétracté, le cœur est repoussé à droite et l'hémi-diaphragme gauche fait une saillie accentuée dans cet espace anormal. Il n'existe pas trace de hernie diaphragmatique.

Fermeture du thorax. La malade ayant une syncope prolongée, l'intervention abdominale est différée.

Il ne s'agissait donc pas de hernie diaphragmatique, mais d'un refoulement pathologique du diaphragme, remontant sous la pression des viscères abdominaux jusqu'à la 3<sup>e</sup> côte.

Trois jours après l'opération apparut une phlébite de la jambe gauche. La plaie de l'hypocondre se refermait par première intention. Cette phlébite paraissait due à la compression de la tumeur abdominale dont le volume s'était encore accru, une nouvelle intervention est pratiquée le 16 juillet.

Anesthésie à l'éther. Laparatomie sous-ombilicale médiane en position légèrement inclinée. On enlève facilement un gros kyste mucoïde de l'ovaire droit adhérent à la vessie, au péritoine et à la masse intestinale. L'ovaire gauche kystique est enlevé également. L'utérus est laissé en place pour gagner du temps. Avant de refermer la paroi en un plan aux fils de bronze, on explore l'hypocondre gauche, on constate le refoulement extrêmement marqué du diaphragme et la main remonte jusqu'à la 3<sup>e</sup> côte.

Les suites opératoires sont normales jusqu'au 2<sup>e</sup> jour où la malade est prise de fièvre avec dyspnée et cyanose. Elle présente des signes de congestion pulmonaire à laquelle elle succombe le 19 juillet.

L'autopsie montre que le diaphragme gauche est réduit à l'état d'une très mince membrane n'ayant plus l'aspect musculaire, charnu, habituel du diaphragme, on peut aisément à travers le diaphragme refoulé en haut sentir un doigt placé dans le creux sus-claviculaire gauche. Rien de notable ailleurs, sauf que le poumon gauche est rétracté sur son hile.

En somme il s'agit d'un cas de refoulement pathologique fort ancien peut-être même congénital de l'hémi-diaphragme gauche. Cette anomalie a été tolérée jusqu'au jour où un accident ayant, par un mécanisme com-

plexe, augmenté la pression abdominale, celle-ci a exagéré l'importance de l'événtration diaphragmatique et entraîné de la dyspnée.

Les cas de refoulements ou relâchements du diaphragme encore dénommés paralysies diaphragmatiques, ou plus improprement événtrations diaphragmatiques, sont à l'heure actuelle connus. SMAJA, en Italie, dans une étude sur ce sujet, a réuni 46 cas publiés dont 16 seulement anatomiquement contrôlés. BOUCHUT vient également d'en faire une étude intéressante dans le *Lyon médical*; ALBAN KOHLER, in *Grenzen des normalen und Anfänge des pathologischen und Röntgenbilde* (3<sup>e</sup> édition), consacre aux événtrations diaphragmatiques quelques pages que l'on consultera avec fruit.

L'intérêt de la question réside surtout dans le diagnostic différentiel de la hernie et de l'événtration diaphragmatique.

CADE et MONTAGNE donnent les repères suivants que l'on peut schématiser ainsi :

1<sup>o</sup> Modification de l'ombre diaphragmatique, combinée à l'étude des mouvements; immobilité partielle du diaphragme ou mouvements de balance.

Un diaphragme percé n'a pas la même statique ni cinématique qu'un diaphragme intact, même en état de relâchement, c'est évident, mais ces signes sont d'appréciation délicate.

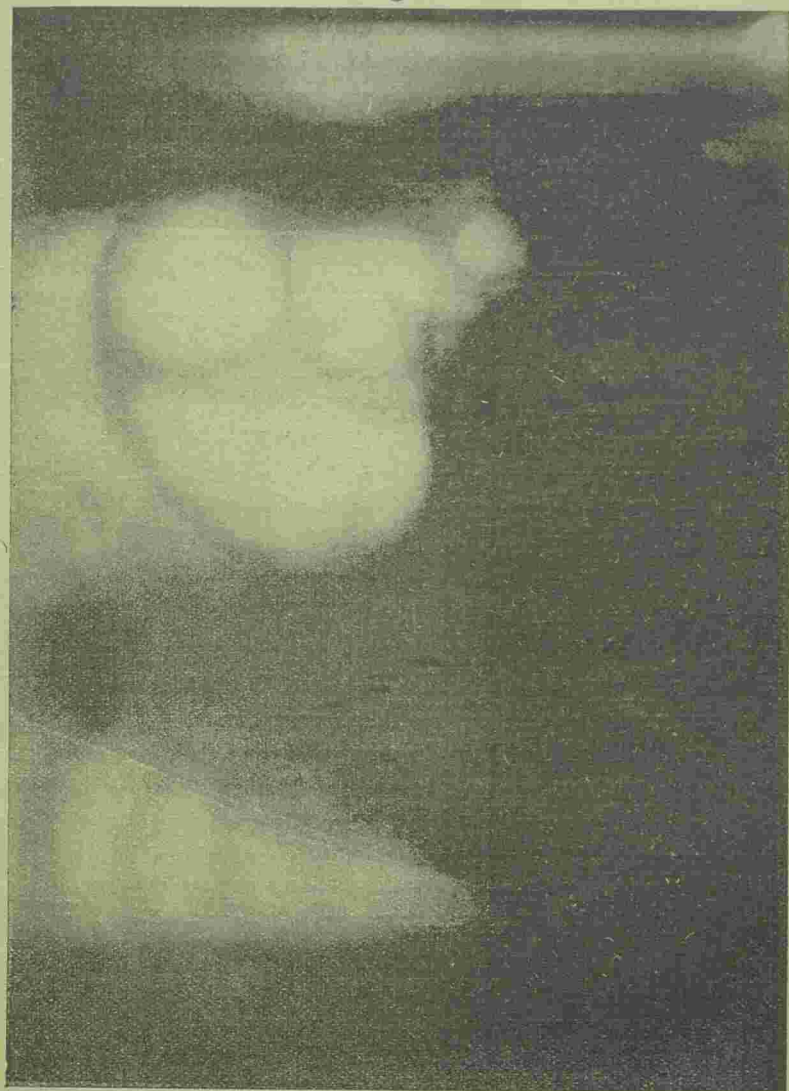
2<sup>o</sup> Modification de l'ombre gastrique, situation très élevée de l'estomac. Déformation gastrique, biloculation vraie. Importance de la radioscopie en position de TRENDLENBURG après absorption de bismuth qui vient remplir la poche supérieure quand l'estomac est étranglé dans un hiatus du diaphragme.

3<sup>o</sup> Déplacement de l'ombre cardiaque, déjettement du cœur à droite. Notre observation prouve que ce signe n'a pas de valeur spécifique;

4<sup>o</sup> Présence de l'intestin dans le contenu de la hernie. Notre observation démontre également que la présence à la radioscopie d'une image intestinale dans le thorax ne prouve nullement qu'il y a hernie diaphragmatique.

Pour KOHLER une position constante des organes aux rayons X plaidera en faveur d'une événtration, tandis qu'une position variable avec les changements indiquera plutôt une hernie.

Pour SCHLECH et VELS, dans les cas douteux il est indiqué de pratiquer une pneumoséreuse. Dans l'hypothèse d'une hernie diaphragmatique les viscères abdominaux s'abaissent sous la pression de l'oxygène et une par-



Examen radiographique montrant le refoulement du diaphragme gauche (1)

tie de celui-ci passe dans le thorax donnant une image caractéristique à la radioscopie.

A cette méthode nous ferons deux objections.

La première est qu'elle n'aurait pas été sans danger dans notre cas, la dyspnée de notre malade aurait certainement été aggravée.

---

(1) Cliché du Journal de Radiologie obligeamment adressé par la Maison Masson et C<sup>e</sup>

La deuxième est que dans les hernies diaphragmatiques il y a souvent adhérence entre la hernie et les bords de l'hiatus diaphragmatique et, partant, que l'oxygène ne peut pas toujours passer dans le thorax.

La multiplicité des procédés indiqués par les auteurs montre mieux que toute description combien le diagnostic de ces états est délicat. La question ne paraît pas complètement au point et appelle de nouvelles recherches.

Nous ne ferons en terminant qu'effleurer l'étiologie de ces cas de relâchement du diaphragme, le nôtre n'apportant aucune précision à ce point de vue.

BOUCHUT pense que l'ulcère gastrique est une cause possible de paralysie du diaphragme gauche et, partant, de l'événtration diaphragmatique. Il cite quatre observations personnelles à l'appui de sa thèse.

Nous ferons simplement remarquer que l'ulcère gastrique, même l'ulcère ancien avec lésions périgastriques, est d'observation courante; on ne peut en dire autant de l'événtration diaphragmatique.

Pourquoi dans certains cas le muscle réagirait-il alors que dans la plupart des cas il demeurerait indifférent ?

La paralysie du diaphragme par blessure du phrénique ainsi que les traumatismes pleuraux et les séquelles de pleurésie ont également été signalés à l'origine de ces événtrations diaphragmatiques.

Pour KOHLER, le relâchement du diaphragme est une malformation congénitale. Il admet néanmoins que dans un petit nombre de cas la lésion apparaît à un âge plus avancé. S'agit-il alors de cas latents révélés par une cause secondaire ? L'hypothèse est évidemment plausible.

De tout ceci nous retiendrons pratiquement la difficulté du diagnostic de la hernie diaphragmatique. Cette notion doit être bien connue de tous, ainsi que l'existence de paralysies diaphragmatiques ou de relâchement de ce muscle, car elle incitera à la prudence dans le diagnostic de ces lésions et pourra parfois faire éviter une opération inutile.

#### BIBLIOGRAPHIE

GILSON. — Hernie et événtration diaphragmatique (*Bulletin de la Société de Radiologie médicale de France*, Janvier, 1921).

ALBAN KOHLER. — *Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbilde* (3<sup>e</sup> édition), Hambourg, 1920.

P. VELS. — Recherches sur le mécanisme de la surélévation idiopathique du diaphragme (*Fortschritte auf dem Gebiete des Röntgenstrahlen*, Juin 1921).

L. BOUCHUT. — La paralysie du diaphragme gauche dans l'ulcère de l'estomac (*Lyon médical*, 25 Juillet 1921).





## LA CONTRIBUTION DE L'ÉCOLE ITALIENNE A L'ÉTUDE DU PALUDISME

par Drs DD<sup>s</sup> ORTONA et SPEZZAFUMO

Médecins de l'Hôpital Italien

Les parasites du Paludisme, de la classe des Hemosporides, ont deux cycles de vie, dont l'un s'accomplit dans les hématies et l'autre dans l'intestin de quelques espèces de moustiques pour se terminer dans les glandes salivaires de ces insectes d'où, par piqûre, ils s'inoculent à l'homme. A ces deux cycles se rattachent les deux phénomènes principaux de l'infection palustre : la fièvre intermittente qui coïncide avec l'acte de la multiplication du parasite — l'anémie, conséquence de la destruction des globules rouges. L'accomplissement de ce cycle évolutif de parasite s'accompagne de variations dans la mobilité, la pigmentation du protoplasme, le nombre de corpuscules qui se produisent pendant la scission de l'individu adulte, ainsi que dans la durée de ce cycle. Les variations, constantes pour chaque espèce parasitaire, ont servi de base à leur classification. Les conquêtes de la parasitologie moderne du paludisme ont prouvé que ses différentes formes cliniques ont chacune leur parasite spécial aux caractères morphologiques et évolutifs constants, ce qui permet de décèler, par l'examen microscopique, la forme de fièvre dont un malade est atteint. Comme chacun sait, ces résultats ont été obtenus après de longues et laborieuses recherches qui vont de celles de Tommasi Crudeli, professeur d'anatomie pathologique à Rome, qui déjà en 1879 parlait de *Bacillus Malariae*, à celles de Kelsch, sur les paludéens de Philippeville et à celles de Laveran à qui revient le mérite d'avoir donné le premier une description exacte des éléments pigmentés décrits par Ireriche et Kelsch et d'avoir, surtout, deviné la nature parasitaire du paludisme. Mais Laveran en soutenant que les 3 formes des corps pigmentés n'étaient que des stades différents du même individu qui, sous la forme de filament, rejoint sa forme parfaite et finale, était loin de la vérité. Les travaux de nos maîtres, Marchiafava, professeur d'anatomie pathologique, et Celli, professeur d'hygiène à la Faculté de Rome, décrivaient dès 1883 les parasites jeunes, sans pigment, dans les globules rouges, et faisaient remarquer l'importance de ces parasites dans certaines formes de paludisme dont ils constituent le caractère prédominant ; ils parlent des corps flagellés de Laveran non comme des parasites, mais comme des filaments et ils arrivent à la classification des parasites endoglobulaires en décrivant leurs caractères morphologiques variés mais constants et auxquels ils donnent la dénomination de Plasmodes ou Hemosporides paludéens.

A ce moment autant les unitaires avec Laveran, que les adeptes de la pluralité des espèces qui aboutissent à l'école romaine avec Baccelli, Bignami, Marchiafava, Celli, Ascoli pour ne nommer que les plus éminents, quoique par des conceptions différentes, tombent d'accord pour admettre la théorie parasitaire endoglobulaire du paludisme qui est ainsi établie grâce au génie

latin. Mais la doctrine parasitaire du paludisme était encore mieux prouvée par l'inoculation du paludisme à l'homme ; expériences mémorables faites à la clinique de Rome par Baccelli et ses disciples, expériences auxquelles nous avons eu la chance d'assister ! Ayant nourri des moustiques avec le sang d'individus paludéens, dont la forme avait été classifiée au microscope, l'on vit se reproduire ces mêmes formes avec le même type de fièvre chez des individus dont le sang avait préalablement été reconnu stérile et qui avaient été piqués par les moustiques à expérience. C'était le triomphe de la théorie de la pluralité des espèces dans le parasitisme paludéen.

De toutes ces recherches la médecine pratique a retiré de grands avantages autant au point de vue clinique que thérapeutique. La fièvre, comme nous disions tantôt coïncide avec la reproduction et la mise en liberté des parasites endoglobulaires. Or, si nous ne pouvons pas encore expliquer exactement le mode de production de cette fièvre, nous pouvons cependant, par le microscope, établir autant la forme clinique de cette fièvre, que le stade de reproduction auquel nous assistons et intervenir pour en entraver l'accomplissement et par là juguler l'infection. En effet, au moment du frisson on observe dans le sang des parasites en voie de reproduction sortir des globules rouges et mettre en liberté les corpuscules fils en même temps que l'on voit se dissoudre les résidus globulaires et se mettre en liberté dans le plasma le pigment des formes de sporulation ; dans la quarte et la tierce ces phénomènes se passent dans le sang périphérique ; tandis que c'est dans le sang de viscères qu'on les observe dans les formes estivales. Lorsque l'accès est déclenché l'on remarque les formes jeunes en circulation adhérer d'abord, pénétrer ensuite dans le globule rouge. A la fin de l'accès les parasites endoglobulaires sont au maximum et la fièvre tombe par crise. Pendant la période d'apyrexie les hématozoaires continuent leur développement régulier jusqu'à ce que, ayant rejoint la maturité complète ils se reproduisent en déclenchant un nouvel accès de fièvre. Mais il arrive quelquefois que toutes les générations de parasites ne sont pas adultes en même temps, elles ne sont pas alignées, comme l'on dit, pour la sporulation simultanée, mais qu'une génération anticipe ou retarde, sauf à s'aligner dans la suite. Dans ce fait nous trouvons l'explication des formes qui débutent d'une façon irrégulière mais qui se régularisent après ; ainsi que de celles à accès prolongés et qui sont dues au fait que des générations de parasites sporulent à intervalles rapprochés, en ayant une période d'apyrexie très courte, presque insaisissable au thermomètre, comme il arrive dans la tierce estivale où tout en trouvant toujours la même forme d'hématozoaire qui en est l'agent caractéristique, on remarque une courbe thermique atypique. Mais, à part ces variations dues à des conditions inhérentes autant au malade qu'à l'agent pathogène, dans chaque forme de fièvre l'espèce parasitaire est constante sans transformation possible qui n'aille pas avec la transformation du type de la fièvre ainsi que de celle du parasite. En d'autres termes une quarte ne peut se transformer en tierce sans que le microscope nous montre la disparition du parasite de l'une et l'apparition du parasite de l'autre. Nous insistons sur ce point parce que, encore tout récemment, dans un article sur le paludisme paru en

décembre 1921 sur la *Revue de Biologie Médicale*, l'on peut lire « Pour Laveran, et la plupart des auteurs français à sa suite, les divers parasites des 3 formes de paludisme n'en font qu'un ou deux à l'inverse de l'opinion de la totalité des auteurs étrangers (qu'il ne nomme pas) et d'une minorité d'auteurs français ! » Nous demandons à quoi auraient servi les expériences de l'inoculation du paludisme à l'homme, combattues d'abord mais adoptées ensuite même par Ross en Angleterre, à quoi auraient servi ces expériences par lesquelles en inoculant une espèce connue de parasites l'on pouvait reproduire le syndrome caractéristique de cette espèce ?

Les déductions pratiques de cet exposé modeste et incomplets ont évidentes. Poser, dans les cas douteux, le diagnostic au microscope, et selon la période d'apyrexie que caractérise chaque forme, donner la quinine au moment plus favorable pour empêcher la sporulation puisque cet alcaloïde agit en rendant le milieu inapte à la reproduction.

×

Déjà Sydenham en divisant les fièvres paludéennes en fièvres de la saison d'hiver et fièvres de la saison d'été, reconnaissait dans ces dernières une allure tout à fait différente : celles-ci sont plus graves, elles cèdent moins facilement au traitement et avaient plus souvent des conséquences morbides.

Pendant l'été de l'année 1889, huit ans après la géniale découverte de Laveran, Marchiafava et Celli pour la première fois différencièrent nettement le parasite des fièvres estivo-automnales et ils en précisèrent la morphologie et la biologie en délimitant ce groupe de fièvres par leurs caractères endémiologiques, cliniques et parasitaires. Ces parasites furent reconnus tellement différents des autres de la fièvre tierce, simple et quarte qu'au premier examen microscopique le diagnostic différentiel peut être posé. Il s'agit de petites amibes endoglobulaires d'un volume de  $\frac{1}{8}$  à  $\frac{1}{5}$  de globule rouge souvent dotées de mouvements amiboïdes très accentués qui prennent au repos la forme annulaire. Dans la période ultérieure de l'accès de fièvre elles assument une forme arrondie toujours plus petite que celle des autres fièvres et elles contiennent un petit bloc de pigment au centre quand la fièvre va cesser. A la fin de l'accès on peut voir beaucoup de ces parasites dans les globules rouges petits déformés à contours irréguliers (globules ottonnés). Une autre particularité de grande valeur consiste dans le fait que la sporulation ne peut pas être surprise, dans beaucoup de cas, dans le sang extrait du doigt, mais peut être constatée dans le parenchyme de certains organes intimes, dans la rate par ponction sur le vivant ou dans les autopsies faites aussitôt après la mort dans la moelle des os, dans le cerveau, dans le foie. Enfin ils constatèrent que lorsque l'infection avait duré un certain temps on pouvait avoir dans le sang les formes semi-lunaires. Quelquefois surtout dans les fièvres automnales la fièvre devient subcontinue soit par suite de la tendance des accès à se prolonger soit par suite de leur succession quand il y a plusieurs générations de parasites qui se poursuivent, ce qui complique beaucoup leur diagnostic clinique. Ces fièvres subcontinuelles

sont parfois relativement modérées parfois assez graves et même pernicieuses, et selon leur symptomatologie elles ont reçu le nom de gastriques bilieuses, typhoïdes, pneumoniques, hémoglobinuriques.

Quand, pendant le cours des fièvres intermittentes ou subcontinuelles estivo-automnales apparaît un symptôme d'excessive gravité, symptôme qui domine tous les syndromes et pour lequel la vie est menacée alors l'infection est dite *pernicieuse comitata* ou associée. D'après la définition de Bacelli ce sont celles dont la gravité évidente est liée d'un côté à la virulence exceptionnelle de l'agent infectieux de l'autre à la moindre résistance du patient. Les infections pernicieuses dans nos climats apparaissent toujours en été et en automne et elles sont caractérisées : 1° par la présence des parasites estivo-automnales (*Laverania malariae*) ; 2° par la charge parasitaire excessivement abondante. Elles paraissent la plupart des fois chez les malades qui ont déjà eu la malaria et qu'ils n'ont pas été soignés ou l'ont été d'une façon insuffisante. Marchiafava et Bignami nient la pernicieuse d'emblée, seulement quelquefois ils l'ont vue apparaître après deux ou même un accès fébriles pas tous graves de façon à justifier pratiquement la dénomination d'accès pernicioeux d'emblée. Ces pernicieuses sont même assez fréquentes dans les infections récentes, tellement que, à l'autopsie de plusieurs cas suivis de mort, on a reconnu une rare et insuffisante mélanose et une rate très peu volumineuse et très molle. A ce propos je me rappelle que dans une de ses leçons de clinique médicale un maître nous disait qu'au quatrième ou cinquième jour d'une infection fébrile à diagnostiquer, la présence d'une rate engorgée palpable était plutôt pour une infection eberthienne que pour le paludisme, la tuméfaction de cet organe étant plus précoce dans la fièvre typhoïde. D'ailleurs c'est une donnée de séméiologie bien connue que dans le paludisme souvent la rate, même augmentée de volume, est plutôt molle et par conséquent moins facilement palpable.

Les fièvres pernicieuses associées, comme nous avons dit plus haut, tirent leur nom du symptôme prédominant : fièvre comateuse, délirante, tétanique hémiplegique, cholérique, diaphorétique, dysentérique, algide (Kelch et Kiener) cardialgique (Laveran) et Bastianelli aurait même observé le syndrome de chorée électrique de Dubini. Mais il y a même d'autres cas exceptionnels où bien que l'on trouve des nombreux parasites dans le sang, la fièvre peut faire défaut et ceci non seulement dans les formes dites *larvées pernicieuses* bien connues dans la pathologie, mais même dans des cas absolument insoupçonnés comme chez la jeune Bonoise qui venait à l'Institut Pasteur pour suivre le traitement antirabique et dont le caractère sombre avait attiré l'attention de notre confrère le Dr Comte qui trouva son sang farci de parasites.

Dans les pernicieuses larvées nous pouvons rencontrer des cas très graves même mortels, sans fièvre ou avec un mouvement thermique à peine esquissé avec pourtant des signes de collapsus excessivement graves et dans le sang une charge parasitaire énorme. On se demande pourquoi bien que les conditions qui suffisent pour produire la fièvre existent, pourquoi celle-ci n'existe pas. La réponse est certes bien difficile, les éléments nouveaux qui servent à faire disparaître la connexion entre les causes productives de la pyrexie et



la pyrexie elle-même nous échappent complètement jusqu'ici. Est-ce que nous connaissons la cause des phénomènes de ce genre dans d'autres infections fébriles telle que la fièvre typhoïde par exemple ?

×

Le diagnostic de la fièvre tierce simple et de la fièvre quarte, sauf de rares exceptions, est très facile pourvu qu'on se base sur la saison, la provenance du patient ou des endroits où il a séjourné de une à quelques semaines avant que la fièvre n'éclate, surtout en constatant la périodicité régulière, le commencement par le frisson et la transpiration finale. L'examen du sang dans ces cas confirme la supposition. Il faut tout de même se rappeler que si le parasite de la fièvre quarte se montre à l'observateur dans toutes ses phases de vie dans le sang de la périphérie le même fait ne se produit pas dans la tierce où le parasite dans le sang périphérique peut être en quantité beaucoup moindre et même parfois faire défaut dans le sang du doigt. Quant aux infections chroniques de la fièvre tierce simple et de la fièvre quarte, elles sont suffisamment caractérisés par l'aspect pâle et terreux des sujets, l'anémie évidente et l'engorgement de la rate.

Le diagnostic clinique des fièvres estivo-automnales au contraire n'est pas si facile à faire à cause du type thermique beaucoup moins régulier : l'absence du frisson initial, la longue durée de l'accès, les oscillations critiques et précritiques, les apyrexies brèves et obscures constituent autant de difficultés à surmonter. Dans l'attaque pernicieuse le diagnostic est fait quand on sait qu'il a été précédé par d'autres accès fébriles prolongés et que le début du syndrome pernicieux a été soudain, le diagnostic est confirmé par la cessation rapide du même syndrome pernicieux avec la cessation de la fièvre. On reste parfois étonné d'avoir laissé le soir un malade dans le coma avec température très élevée avec une respiration difficile et stertoreuse et de le retrouver le matin suivant éveillé tranquille, apyrétique quoique très abattu. Le diagnostic hématologique lui-même est plus difficile, soit parce qu'il exige une plus grande habileté de la part de l'observateur, les amibes étant plus petites et moins fréquentes, ou avec un pigment si peu abondant et presque pulvérulent, soit parce que à certains moments et principalement au début de la fièvre l'examen du sang donne parfois un résultat négatif, mais alors on peut être aidés au diagnostic par la présence des globules rouges ottonés et par les globules blancs contenant des pigments (phagocythes pigmentés). En tout cas, avant d'affirmer d'une façon absolue l'absence des parasites il faut être très prudent : préparer d'autres lames dans les divers périodes de la fièvre et même ponctionner la rate, bien que cette pratique soit très rarement nécessaire.

Ce qui serait très intéressant au point de vue du diagnostic ce serait de pouvoir prouver d'une façon scientifiquement absolue la guérison du sujet et pendant le bien être pouvoir assurer que le patient est à l'abri d'une récurrence. Mais actuellement seulement une longue constatation clinique du bien être peut nous diriger. Lo Monaco et Ganichi, de la Faculté de Rome, ayant constaté que le sérum et le sang des paludéens agglutinait les hématies

d'autres paludéens atteints de formes similaires ou diverses, pensaient pouvoir attribuer à ce phénomène une grande valeur, mais les observations patientes d'autres observateurs est d'eux-mêmes n'ont pas confirmé ces vues puisque ils ont constaté que le même pouvoir agglutinant se manifestait avec le sang retiré de nombreux autres malades atteints de maladies différentes, et Ascoli avait même constaté que quelquefois le sérum de sujets normaux pouvait, bien que faiblement, agglutiner les globules rouges d'individus parfaitement sains.

Nous n'avons certes pas voulu découvrir la malaria ni vous apprendre ce que vous connaissez autant que nous, mais nous n'avons pas voulu laisser passer cette revue du paludisme que la Société a mis à l'ordre du jour après une recrudescence de l'infection dans ce pays qui paye un si large tribut à la *Dea Febris* sans rendre un juste hommage de reconnaissance à nos maîtres de la Faculté de Rome, Baccelli, Marchiafava, Celli, Bignami, Grassi, qui ont porté sur ce sujet une si large contribution scientifique.



PHÉNOMÈNES DE CHOC ET EAUX THERMALES  
ETAT ACTUEL DE LA QUESTION

par le Dr CORONE, de Caunterets  
Ex-Interne des Hôpitaux de Montpellier

---

La notion du *choc colloïdoclasic* tend aujourd'hui à prendre une place prépondérante en pathologie. Dans le domaine des maladies chroniques, on voit poindre le jour où la théorie pasteurienne de l'infection, de l'intoxication sera reléguée au deuxième plan.

Cette notion nouvelle, née des travaux de Widal, est venue élargir la conception déjà ancienne du *choc anaphylactique*. Le syndrome de choc, avec ses manifestations cliniques et hématologiques, n'apparaît pas seulement, on le sait aujourd'hui, chez des sujets sensibilisés. Il peut se produire en dehors de toute sensibilisation, à condition que la dose d'antigène soit suffisante. Il n'exige pas, pour apparaître, l'introduction d'une albumine hétérogène; des cristalloïdes, injectés brutalement dans une veine, peuvent le provoquer. On assiste même en clinique à des chocs sans introduction d'aucune substance étrangère; le froid, agissant sur des humeurs plus ou moins sensibles, peut le déclancher.

Si bien qu'après l'asthme et l'urticaire, dont la nature anaphylactique semble bien démontrée, la migraine, certaines névroses, dermatoses, entérites, certains accès fébriles intermittents, l'herpès, le *shock* chirurgical, l'hémoglobimurie paroxystique essentielle rentrent successivement dans le cadre de ces manifestations colloïdoclasicques.

La plupart des manifestations de l'*arthritisme* sont aujourd'hui étudiées, classées, traitées comme de simples membres de cette immense famille pathogénique.

On le conçoit aisément, les hydrologues ne pouvaient se désintéresser d'un pareil mouvement. Ils n'ont pas seulement suivi le courant; quelques-uns ont presque été des précurseurs dans cette voie. Déjà avant la guerre, en 1913, un certain nombre de recherches isolées avaient été pratiquées à ce point de vue sur les eaux de Royat, du Mont-Dore, de Korbous.

En 1920 la Société d'Hydrologie de Paris proposa comme sujet de travail commun à tous ses membres la recherche d'une action *antianaphylactique* des Eaux Minérales.

Ce sont les résultats de ces travaux, et de quelques autres parus depuis, que nous voulons résumer ici.

La plupart des expérimentateurs ont adopté la technique suivante : Des animaux (lapins, cobayes) reçoivent une injection préparante (2 cmc d'hémostyl ou 1 cmc de sérum antidiphthérique sous la peau). Puis ils reçoivent pendant 15 à 30 jours une injection quotidienne intrapéritonéale de 2 à 5 cmc d'eau minérale. Vingt-quatre heures après la dernière injection de cette série, ils subissent l'injection déchainante dans la veine marginale de l'oreille.

On observe alors les phénomènes de choc, et on les compare avec ceux qui présentent les animaux témoins; ceux-ci, entre la préparante et la déchainante, n'ont pas été traités par l'eau thermale.

Quelques variantes ont été introduites dans ce mode opératoire. Mais dans l'ensemble toutes ces recherches étaient orientées spécialement vers la découverte d'une action antianaphylactique des eaux sur des animaux préalablement sensibilisés.

Quel est le bilan de ces expériences ?

Il semble résulter de ces travaux une différence entre les diverses stations, entre deux sources voisines : Au Mont-Dore, à Cauterets, à Korbous, Thonon, Luxeuil, Aix-les-Bains, on enregistre des résultats *négatifs*. (Les animaux traités et les témoins présentent des réactions sensiblement égales et d'ailleurs très faibles). A La Bourboule, à Royat, à Vichy, on publie des résultats *positifs*. L'eau de certaines sources de ces stations paraît diminuer notablement l'intensité des phénomènes de choc provoqué. C'est le cas pour les sources Saint Mart et Eugénie de Royat, pour Chomel de Vichy, pour Choussy Perrière de La Bourboule.

D'autre part, quelques expériences parallèles semblent montrer que la propriété antianaphylactique échue à certaines sources est liée à leur teneur relativement élevée en bicarbonates et carbonates alcalins. Ce fait expliquerait les résultats négatifs obtenus généralement avec les eaux à faible minéralisation, et confirmerait la théorie de l'origine physique du choc; les carbonates et bicarbonates agiraient en augmentant la viscosité du sérum.

D'autres expériences enfin tendraient à démontrer que certaines eaux minérales injectées en même temps que l'antigène transforment les albuminoïdes de celui-ci, sans doute par une action électrique, si bien que l'injection déchainante, pratiquée avec le même corps, ne serait plus capable de déterminer la colloïdoclasie.

Tel est, fort résumé, le bilan de ces recherches. On a pu critiquer la plupart de ces résultats à cause du mauvais choix de l'animal d'expérien-



ce. Le lapin, en effet, serait difficilement sensibilisé avec les doses antigéniques employées, et ce fait pourrait expliquer bien des divergences d'observation.

Quelques faits restent cependant acquis. Ils ouvrent la voie à de nouvelles investigations.

Dans le domaine *expérimental* on emploiera dorénavant le cobaye et comme antigène de préférence le blanc d'œuf. Outre l'action antianaphylactique, — qui n'est qu'un côté de la question, — on recherchera l'action anticolloïdoclasique ou skeptophylaxique; chez des animaux non sensibilisés, une injection d'eau minérale empêche-t-elle les phénomènes de choc, et notamment leur expression hématologique, la crise vasculo-sanguine ? On aura à vérifier si l'action possible de l'eau minérale est simplement due à sa composition chimique, comme certains l'admettent, ou si ses propriétés vitales entrent en ligne de compte.

Dans le domaine *clinique*, il sera intéressant de contrôler les modifications, sous l'action des eaux, des crises vasculo-sanguines spontanées ou provoquées, témoins de chocs plus ou moins importants, plus ou moins déguisés. Parmi ces chocs, dont on ne fait qu'entrevoir encore l'importance comme facteurs pathologiques des maladies chroniques, un grand nombre semble lié à l'insuffisance protéopexique du foie. Celle-ci est-elle influencée par la cure thermale ? On pourra le savoir, et par là juger de l'action anticolloïdoclasique possible des eaux, en recherchant à différents moments de la cure la crise hémoclasique digestive, ou, ce qui est bien plus simple et semble revenir au même, la glycosurie phloridzinique. Cette épreuve en effet, témoin du pouvoir glycogénique du foie, donne, ainsi que l'ont montré Martin et Wassitch, des indications parfaitement suffisantes en clinique sur l'état physiologique de l'ensemble du foie (y compris la fonction protéopexique). Enfin on devra examiner également si la cure thermale n'agit pas simplement en diminuant les épines organiques (pulmonaires, intestinales, rénales, hépatiques) qui réagissent aisément à la modification colloïdoclasique, créant les prédispositions individuelles, les idiosyncrasies.

Il serait prématuré d'assigner à ces études en cours un but pratique. On ne peut encore clairement concevoir comment la crénothérapie sera influencée par elles. Mais elles présentent un intérêt théorique évident et sont susceptibles de jeter un jour considérable sur le mode d'action, encore si obscur, ses cures hydro-minérales.



# TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 10 Mars 1922

Présidence du D<sup>r</sup> BOUQUET, président

*Sont présents :* MM. les DD<sup>rs</sup> Montefiore, Lemanski, Henry, Lançon, Bandon, Brun, Salvo, Soria, Rogalski, Braquehayé, Spezzafumo, Domela, Jaubert, Comte, M<sup>me</sup> Brun, Benmussa, Masselot, Cassuto, Emile Levy, Scialom, Hayat, Cortesi, Augé, Devet, Gobert, Jarmon, Naamé, Ortona.

×

**Admissions.** — A l'unanimité les admissions suivantes sont faites. Membres titulaires : DD<sup>rs</sup> *Disegni* et *Nicolas*, MM. *Gallico* et *A. Lumbroso*, pharmaciens. Membre correspondant : D<sup>r</sup> *Riberolles*, de Châtel-Guyon.

×

## Présentations de pièces

Le D<sup>r</sup> LANÇON : Enorme anevrysme de l'aorte. Radiographie

×

### Cancer primitif du foie

Le D<sup>r</sup> Augé présente une pièce d'autopsie (cancer primitif du foie) qui soulève un incident intéressant. Le D<sup>r</sup> Soria retrouve sous la forme d'une pièce d'autopsie un malade qu'il opéra il y a 2 ans pour une tumeur du rein droit, qu'il aurait supposé être un cancer. Particularité intéressante : il s'agissait d'un rein en fer à cheval.

Le D<sup>r</sup> Masselot fait remarquer qu'il est très difficile d'admettre que ce cancer du foie soit un cancer secondaire. En effet il n'y avait pas d'adhérences, il n'y avait aucun noyau épithéliomateux dans ce qui restait du rein. Pas de ganglions. Peut-on supposer qu'il s'agisse d'un noyau métastatique se développant deux ans après.

Le D<sup>r</sup> Soria rappelle rapidement l'histoire de ce malade qui vint à lui avec des hématuries d'origine rénale droite qu'il opéra et à qui il enleva un hypernéphrome de la grosseur d'une tête d'enfant. D<sup>r</sup> Soria était convaincu qu'il s'agissait d'une tumeur maligne.

Le D<sup>r</sup> Masselot propose l'examen histologique de la pièce par D<sup>r</sup> Brun qui décidera de la nature primaire ou secondaire du cancer.

×

## Présentations de malades

D<sup>r</sup> BOUQUET et MASSELOT : Un cas de compression de la queue de cheval

Voir même numéro page 149

### Discussion :

Le D<sup>r</sup> Brun fait remarquer que toute la gravité de l'opération tient à l'ouverture des méninges et à l'écoulement du liquide. Même avec l'asepsie

la plus minutieuse on voit au cours même de l'opération la température monter jusqu'à 42°.

Le D<sup>r</sup> *Bouquet* fait observer qu'à côté de cela il y a quelquefois des plaies de la moelle qui guérissent très bien toutes seules et il cite le cas d'un matelot qui eut un couteau profondément planté dans la colonne cervicale. Il a fallu une laminectomie pour l'arracher. Il en est résulté une parésie du membre supérieur droit qui guérit.

Le D<sup>r</sup> *Brun* fait remarquer qu'il y a pu y avoir un simple chatouillement des racines.

×

A propos de l'écoulement du liquide cephalo-rachidien le D<sup>r</sup> *Lemauski* fait observer que tandis que la ponction lombaire est considérée comme un traitement de la céphalée, il arrive par contre qu'elle produise elle-même la céphalée. Reflexe sans doute.

Le D<sup>r</sup> *Cassuto* signale qu'il eut après une ponction lombaire de 15 cc. nécessaire pour différents examens de laboratoire pendant 5 à 6 jours un syndrome méningitique complet.

Le D<sup>r</sup> *Cortesi* eut à opérer un méningocèle lombaire. Une fois le canal vertébral ouvert et le liquide céphalo-rachidien écoulé, la température est montée à 42.

Les D<sup>rs</sup> *Soria* et *Ortona* rappellent que dans les tumeurs du cerveau, la ponction lombaire peut être très grave.

×

Le D<sup>r</sup> *Bouquet* présente un malade opéré d'une plaie du lobe gauche du foie par une balle de revolver. Le ventre était plein de sang. Le malade a été opéré une demi-heure après le coup de feu. Guérison parfaite.

×

D<sup>r</sup> BRUN : Cas très rare du luxation du poignet

Sera publié dans le prochain numéro

×

## Communications

Le Secrétaire adjoint donne lecture du Rapport général sur les paludisme en Tunisie. Rapporteurs : D<sup>r</sup> *Minguet* et *Benmussa* (voir numéro de mars).

Après quelques corrections et additions faites par les D<sup>rs</sup> *Ortona*, *Masselot*, *Naamé* et *Comte*, le rapport est adopté.

×

Le D<sup>r</sup> *BRAQUERHAYE* : Deux cas de kystes hydatiques suppurés

Voir même numéro page 158

×

## Discussion :

Le D<sup>r</sup> *Montefiore* eut à opérer récemment le même cas. Il a adopté le procédé opératoire suivant : Fermer sans drainage, mais sans abandonner la poche à elle-même. Celle-ci reste fixée à la paroi abdominale de façon à intervenir rapidement si le kyste suppuré venait à se reproduire.

Le Dr *Brun* rappelle sa méthode opératoire consistant à fermer complètement mais en ayant soin de s'arranger pour pouvoir ponctionner l'abcès à travers la cicatrice en cas de reproduction. Il rappelle qu'à propos de sa communication à la Société de Chirurgie de Paris, Lecène lui fit remarquer que les kystes auront tendance à se reproduire. Pourtant le Dr *Brun* est à même de présenter les séquelles d'une opération pareille pratiquée il y a un mois. La radiographie montre que la poche kystique est remplie d'air avec à peine un peu de liquide dans le fond.

Le Dr *Braquehay*e fait remarquer que dans les cas qu'il présente, les adhérences étaient telles que la poche adhérerait forcément à la cicatrice.

×

Sur la proposition du Dr *Braquehay*e la question des kystes hydatiques est mise à l'ordre du jour d'une séance du mois de mai. On pourra ainsi satisfaire au désir du Dr *Devet* de Rouen qui demandait aux chirurgiens tunisiens des renseignements sur la fréquence des kystes hydatiques en Tunisie.

×

#### La prolongation des Saisons dans les Villes d'Eaux ou Stations Climatiques

par le Dr *CONSTANT*, de Vittel

Depuis la guerre, dans un but louable assurément, mais impraticable, on a préconisé la prolongation de la durée des saisons thermales ou climatiques. Je ne crois pas que les promoteurs de l'idée connaissent suffisamment l'industrie thermique. Il faut se garder des illusions et envisager toute une série de facteurs qui rendent cette réalisation impossible.

1° Au point de vue *climatique*, dans certaines villes d'eaux de l'Est ou du Centre, les commencements et fins de saison sont souvent gênés par un climat plus ou moins rigoureux. Depuis quelques années nous sommes un peu gâtés, mais viendra la période des années moins clémentes.

2° Au point de vue *préparation*, aucune ville d'eau ou climatique n'est prête, aménagée pour la date d'ouverture fixée par la réclame. Ce sont des vérités qu'il faut avoir le courage d'affirmer, dans l'intérêt même des stations afin que le visiteur n'emporte pas une mauvaise impression de son séjour.

3° Au point de vue *traitement*, celui-ci par les mauvais temps est forcément restreint, moins efficace et quelquefois dangereux.

4° Au point de vue *distraktion* (concerts, théâtre, orchestre) elles sont très réduites au commencement et à la fin de chaque saison. Résultat : Mauvaise impression.



5° Au point de vue *financier* : car il faut songer aux actionnaires : Les hôtels sont occupés par un personnel nombreux avec peu de clients. Donc, déficit forcé dans la gestion, pendant 15 ou 20 jours.

6° Au point de vue *habitude* : Quelle que soit l'intensité de la réclame on ne changera rien à ce qui est établi par la force des circonstances et la situation des personnes.

Vous ne pourrez jamais obliger M. X... avocat, avoué, banquier, etc., de venir dans une station, en pleine période d'affaires; il n'apparaîtra que dans la saison morte où les affaires sont à peu près suspendues.

Vous ne pourrez jamais retenir le chasseur au moment de l'ouverture de la chasse. Vous ne pouvez pas fixer l'époque du congé de l'employé. Vous ne ferez pas avancer la période de vacances pour l'instituteur.

Les familles doivent rentrer de bonne heure pour l'ouverture des classes.

Si je voulais prolonger l'examen de toutes ces conditions qui limitent forcément la durée de la saison thermale, j'allongerais de beaucoup les proportions de cet article.

*Conclusion.* — A chaque station, suivant sa situation climatique, à fixer modérément sa durée saisonnière, en tenant compte des considérations ci-dessus.



**L'absence congénitale du vagin  
et le mariage**

**Indication de l'intervention chirurgicale**

par le Docteur Abel NICOLAS (thèse de Bordeaux 1920)

Bien que relativement rares, les cas d'absence congénitale du vagin sont connus depuis assez longtemps et on

pourrait en retrouver quelques observations éparses dans les auteurs du 18<sup>e</sup> siècle, mais le premier travail d'ensemble important sur la question, est la thèse d'agrégation de Léon Le Fort sur « Les vices de conformation de l'utérus et du vagin ». Depuis, on a publié un peu partout des cas nouveaux : une quarantaine environ, et des traitements intéressants d'où il résulte que les cas d'absence congénitale du vagin sont aujourd'hui assez bien connus non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement par l'intervention chirurgicale.

Ce dont on s'est moins occupé, beaucoup l'ont signalé dans des observations intéressantes sans toutefois ne faire ressortir toute l'importance, c'est du retentissement moral de ces malformations génitales, sur les malheureuses femmes qui en sont atteintes et de la situation sociale qui est réservée à celles-ci dans l'existence, enfin des conséquences désastreuses et des complications innombrables que cet état peut leur attirer dans leurs rapports avec la société et en particulier avec l'homme dans le mariage; ce dernier, une fois contracté, étant indissoluble de par les lois existant jusqu'à ce jour pour tous les cas dont il est question.

Pour un grand nombre de ces malheureuses cette infirmité sera un tourment insupportable; toutes les femmes ne portent pas dans leur cœur l'énergie du sacrifice; désolées de ne pas être normalement conformées, elles se lamenteront sans fin sur leur sort, en proie à leur idée fixe, comparant leur situation à celle de leurs amies; elles deviendront souvent neurasthéniques, hypocondriaques; il en est même qui iront jusqu'à la folie ou au suicide. Le plus grand nombre tôt ou tard s'adressera au chirurgien, implorant de lui, l'opération de quelque gravité qu'elle soit, qui les rendra, ne fut-ce qu'en apparence, semblables aux autres femmes. Elles peuvent et doivent bénéficier des progrès faits dans l'art de la chirurgie : on possède actuellement pour créer un vagin artificiel un certain nombre de procédés qui ont déjà fait leurs preuves : les résultats en sont excellents; on peut donc par l'intervention chirurgicale rendre à ces malades,

à ces infirmes, une fonction dont elles étaient privées; on n'a plus le droit de la leur refuser.

Les différents procédés opératoires employés jusqu'à ce jour ont été suffisamment étudiés de même que leur critique, leurs conséquences et leurs dangers : les vieux procédés non sanglants tels que la cautérisation à la pâte de Canquoin employée par A. Richard, l'électrolyse qui donna un succès à Le Fort, ont vécu. L'incision simple et le refoulement imaginé par Amussat, ont donné des résultats sensiblement meilleurs mais bien insuffisants encore. On ne retient plus actuellement que les procédés mixtes venant combiner l'incision simple de Dupuytren et le refoulement d'Amussat, et les procédés autoplastiques par greffes muqueuses, mucocutanées et intestinales (opération de Baldwin) ces deux derniers procédés ayant déjà donné des résultats très encourageants. On doit également citer pour mémoire quelques tentatives d'hétéroplasties faites avec des lambeaux de muqueuses étrangères empruntées soit à des personnes soit à des animaux.

L'indication d'intervenir chirurgicalement pour créer un vagin artificiel ne comporte plus en effet aujourd'hui de bien graves objections : celles-ci étant d'ordre médical, moral et religieux; il faut éliminer de suite les risques opératoires et les dangers de l'infection qui sont presque une rareté à l'heure actuelle et qui ne font encore que diminuer avec les progrès de la chirurgie et de l'antisepsie. Quant aux considérations d'ordre moral et religieux : c'est faire œuvre de morale que de maintenir l'union et l'amour dans un mariage; et la religion qui voit dans l'impuissance une cause de nullité de mariage, n'admet pas la stérilité, comme cause de séparation. On rend le mariage valable en créant un vagin artificiel, l'opération est donc indiquée; elle l'est dans tous les cas, mais à un degré différent suivant que l'absence de vagin s'accompagne ou non d'absence d'utérus et d'organes annexiels. On a donc le droit et le devoir de créer un vagin artificiel même lorsque ce dernier est destiné seulement à la copulation alors que la stérilité reste évidente. L'opération dans ce cas est une opération de complaisance mais une opération qui devient souvent une opération de nécessité. Citons le cas où le chirurgien a dû se rendre aux désirs de sa malade qui « tout en sachant bien ne pas pouvoir devenir mère voulait au moins rester épouse. »

D'autre part chez un certain nombre de femmes le chagrin de la malformation, quand elle a été constatée, la souffrance résultant des désirs vénériens inassouvis, peuvent amener une véritable tristesse, les malades de-

viennent alors apathiques, hypocondriaques, neurasthéniques; elles peuvent même avoir des idées de suicide comme la malade de Snéguireff qui avait vainement tenté de se créer un vagin d'un coup de poignçon.

### De l'Urémie gastrique et de l'Azotémie

Expression des nephrites latentes  
survenant au cours des ulcères gastriques à longue évolution  
par le Docteur René GAULTIER,  
Ancien chef de clinique médicale de la Faculté de Médecine de Paris  
In *Monde Médical*, 15 nov. 1921, n° 591.

L'auteur rappelle les travaux de Lancereaux, les expériences de Cl. Bernard et Baneswil. Les cliniques de Rendu, de Mathieu, de Dieulafoy et les travaux plus

récents de Le Noir et ses élèves.

La question comporte deux parties essentielles, 1° les troubles gastriques engendrés par l'urémie; 2° les retentissements secondaires des affections gastriques sur le rein.

L'auteur commence par traiter la question de l'urémie gastrique.

A. *Urémie gastrique simple*. — Le vomissement en est le signe le plus caractéristique, par crises, facile, sans effort. Composé soit d'un liquide grisâtre muqueux, semblable à du bouillon trouble, soit d'un liquide verdâtre, bilieux.

B. *Formes cliniques de l'urémie gastrique simple*. — Mathieu décrit : 1° une forme continue, à marche progressive subaiguë que l'on peut observer à la suite d'une néphrite aiguë comme en laissent souvent derrière elles, les maladies infectieuses;

2° des formes intermittentes, paroxystiques, causées par des poussées d'intoxication alimentaire;

3° des formes atténuées, comme la forme *migrainoïde* et le type *embarras gastrique à répétition*.

C. *Urémie gastrique réunie*. — L'urémie gastrique peut être réunie à la forme intestinale, caractérisée par la diarrhée et à l'urémie buccale caractérisée par une stomatite avec ulcérations grisâtres irrégulières, sanieuses, coexistant parfois avec une diarrhée considérable.

D. *Urémie gastrique solitaire ou associée*. — Il faut encore envisager les cas où elle se montre solitaire, seuls signes de l'urémie, ou au contraire associée à d'autres manifestations de l'urémie, même respiratoire, urémie nerveuse par exemple, qui en facilite le diagnostic.

*Diagnostic*. — En pratique il est deux diagnostics difficiles, à savoir celui avec le cancer d'estomac et la dyspepsie des urinaires de Guyon.



Le traitement consiste à favoriser la diurèse et les évacuations intestinales (régime lacté et pilules de Lancereaux).

Il faut respecter les vomissements au début, et les considérer comme une exagération providentielle de la sécrétion plutôt que comme un processus morbide. Au contraire, quand les vomissements surviendront à une époque avancée de la maladie, quand les lésions matérielles seront installées sur la muqueuse digestive, il faudra les combattre, si leur importance est trop grande.

*De l'Azotémie au cours des ulcères gastriques.* — Déjà Rendu avait attiré l'attention sur la superposition possible de ces deux ordres sans lien commun appréciable.

MM. Le Noir, Richet et Jacquelin ont montré récemment la dépendance des lésions rénales aux lésions gastriques, ou plus exactement, la dépendance des troubles des fonctions rénales aux lésions gastriques ulcéreuses. Les cas qu'ils ont publiés permettent en effet d'envisager les symptômes des hépatonéphries secondaires à l'ulcus gastrique, symptômes d'ordre clinique et biologique groupés de telle sorte qu'ils entraînent la conviction.

Cliniquement la néphrite ne s'accompagne que rarement d'albuminurie ou d'œdème, il n'y a pas d'hypertension artérielle; elle se révèle surtout par une azotémie légère, et par un coefficient d'Anbard exagéré. Elles évoluent silencieusement au cours de l'ulcère.

---

### Existe-t-il une adrénalinémie physiologique ?

par le Docteur André TOURNADE

in *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord*, n° 2

L'auteur rappelle les travaux du Prof. Gley sur l'adrénalinémie, travaux dont la conclusion consiste à refuser

à l'adrénaline la qualité de sécrétion interne et par là à contester la légitimité des syndrômes d'hypo et d'hyperadrénalinémie. Les arguments du Prof. Gley sont les suivants : Si chez un chien dont on excite la splanchnique, on prélève des échantillons de sang en divers points de l'appareil circulatoire pour les injecter comparativement dans les veines d'un témoin, l'hypertension que l'on produit est inégale suivant le lieu où l'on a récolté le sang. Seul, le sang veineux surrénal est capable d'augmenter la tension. La conclusion est la suivante : L'adrénaline ne joue guère de rôle physiologique, puisqu'elle ne passe qu'exceptionnellement et en infime quantité dans le sang.

L'auteur conteste la valeur de ces expériences et fait remarquer que le professeur Gley prend une infime quantité d'adrénaline dans les 20 à 40 cmc de sang qu'il prélève et d'autre part cette même quantité subit une dilution trop grande dans la circulation de l'animal témoin. Ce qui expliquerait son inefficacité. L'auteur résoud le problème par l'anastomose de la veine capsulaire de l'animal dont on a excité le splanchnique à la veine jugulaire de l'animal témoin. De cette façon toute l'adrénaline sécrétée agit. Dans des tableaux remarquables de clarté l'auteur démontre l'inexistence de l'hypertension actuelle chez l'animal témoin. Celui-ci présente en même temps les deux autres symptômes de l'hyperadrénalinémie soit : l'hyperglycémie et la dilatation pupillaire.

L'auteur ajoute pour démontrer l'inefficacité du procédé de Gley et Quinquand une expérience pleine d'intérêt : soit trois chiens : A.B.C.

A et B sont anastomosés (anastomose capsulo-jugulaire). On excite le splanchnique de B et l'on injecte de son sang au chien C. — A réagit à cause de l'anastomose, C ne réagit pas.

L'auteur conclut :

1° L'absence d'hypertension chez un témoin auquel on injecte un échantillon de sang provenant d'un sujet donné ne permet pas de nier à coup sûr, l'adrénalinémie chez ce sujet.

2° Mieux que tout autre, l'artifice expérimental de l'anastomose veineuse surrénalo-jugulaire entre deux chiens, tel que nous l'avons décrit, permet de démontrer l'action du splanchnique sur l'activité sécrétoire des surrénales et le rôle efficient de l'adrénalinémie ainsi engendrée.

3° Le concept des syndrômes d'hypo et d'hyperadrénalinémie reste physiologiquement légitime.

(D<sup>r</sup> Benmussa)

### Traitement de la fièvre de Malte par l'autovaccin

par M<sup>lle</sup> M. Th. SENTIS (in Bulletin de la Société  
des Sciences Médicales  
et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen  
17 Février 1922)

Il s'agit d'une fillette âgée de dix ans chez laquelle l'hémoculture a été positive. On sait que cette hémoculture est toujours tardive 7, 8 et 14 jours. Le Prof. Lisbonne prépara un autovaccin. Une première injection sous-cutanée de  $\frac{1}{2}$  cent. cube ne donna pas de réaction générale mais un léger nodule. Le 5<sup>e</sup> jour une 2<sup>e</sup> injection ne provoqua aucune réaction. La 3<sup>e</sup> injection plus forte fut suivie d'une légère réaction fébrile et d'une réaction locale intense. Tout rentra dans l'ordre en quinze jours (fièvre 37°5, vagues myalgies).

(D<sup>r</sup> D. Scialom)

## La cinchonine dans le traitement du paludisme

par le Dr SILVESTRO SILVESTRI  
in « Policlínico » Sez. Med. fasc. 12-1921

Continuant les recherches d'autres auteurs, le docteur Silvestri relate quatorze ob-

servations de paludéens traités par la cinchonine (sulfate de cinchonine, à la dose de 1-2 gr. par jour), suivis de guérison.

Grâce à des expériences sur les cobayes il a pu établir que le sulfate de cinchonine n'est nullement plus toxique que le sulfate de quinine, tandis que le mélange de ces deux drogues est toxique; comme chez les malades par lui traités, l'auteur n'a jamais eu à déplorer de fait toxique, il en conclut que les auteurs qui précédemment avaient constaté des effets toxiques avec l'usage de la cinchonine, n'avaient pas employé un produit pur.

L'emploi de la cinchonine présente non seulement une importance économique du fait de la teneur du quinquina supérieure en cinchonine qu'en quinine, mais aussi une valeur capitale pour le médecin praticien dans les cas où la quinine ne peut pas être administrée pour causes spéciales d'intolérance.

L'auteur rapporte comme exemples deux cas très graves d'hémoglobiurie par quinine traités par le Prof. Ascoli, avec plein succès par la cinchonine administrée en commençant par petites doses jusqu'à arriver à la dose normale. Dans ces deux cas le médecin, sans autres ressources, n'aurait trouvé dans la quinine qu'un toxique terrible.

(Dr Salvo)



## BIBLIOGRAPHIE

**Vaccins et Sérums**, par le Docteur APERT. — Un volume in-18. — Prix : 7 fr. 50; Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

La librairie Flammarion a fait paraître le premier volume d'une collection dite « Bibliothèque des Connaissances médicales » dans laquelle les sujets médicaux susceptibles d'intéresser le grand public cultivé seront exposés scientifiquement, mais en évitant les termes trop techniques, de façon à ce que ces volumes puissent être lus et compris facilement par toutes les personnes munies d'une bonne instruction générale.

Ce premier volume traite d'un sujet de pleine actualité, les Vaccins et les Sérums. L'utilisation de ces procédés de guérison est en train de rénover la thérapeutique. Beaucoup d'idées erronées ont été répandues dans le public sur les avantages et les inconvénients de leur emploi. En prenant connaissance, dans le livre du docteur Apert, des données scientifiques acquises sur les Sérums et les Vaccins, on pourra juger de ce qu'il faut en réalité penser sur ce sujet. Employés avec discernement et en toute connaissance de cause, Sérums et Vaccins constituent un merveilleux moyen d'action pour la prévention et la guérison de certaines maladies.

Ce premier volume sera suivi à bref délai de plusieurs autres rédigés dans le même esprit : *Le Diabète sucré*, par le docteur RATHERY, médecin de l'hôpital Tenon; *L'emploi des rayons X en médecine*, par le docteur DUHEM, radiologiste de l'hôpital des Enfants-Malades; *Les Scolioses*, par le docteur DUBREUIL-CHAMBARDEL (de Tours). D'autres volumes sont en préparation.

---

**Le diabète sucré**, par le Prof. agrégé F. RATHERY. — Un volume in-18. — Prix : 7 fr. 50, Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Dans ce volume de la collection dite « Bibliothèque des Connaissances médicales » dirigée par le docteur Apert, le docteur F. Rathery expose nos connaissances actuelles sur le diabète sucré.

L'auteur s'est efforcé de mettre le lecteur au courant de toutes les recherches récentes concernant cette maladie; tout en tâchant d'être complet, il a tenu à rester le plus clair possible. Si les descriptions anciennes du diabète si lumineusement exposées par l'Ecole française restent toujours exactes, l'étude des grandes questions de la nutrition a fait dans ces



dernières années de tels progrès qu'une révision s'imposait concernant l'étude du métabolisme général au cours du diabète.

Des déductions capitales en découlent au point de vue thérapeutique. Il ne s'agit donc plus là de faits ressortissant de la simple curiosité scientifique mais de données conduisant à des applications pratiques d'un intérêt immédiat pour le malade et pour son médecin.

---

**Traité de pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée**, de SERGENT, RIBADEAU, DUMAS et BABONNEIX. — Tome IV. Appareil circulatoire. — Maloine et Fils, éditeurs. — Prix : 45 fr.

Continuant sa publication ininterrompue, ce traité vient de faire paraître le tome iv réservé aux *Maladies de l'appareil circulatoire* :

Dans une magistrale *Introduction*, le Prof. VAQUEZ expose les notions générales qui, peu à peu, au cours des années, se sont accumulées pour constituer la matière de nos conceptions actuelles sur la *Pathologie de l'Appareil circulatoire*. En ces pages élégantes et copieuses le maître a su donner, dans une forme attachante, la substance des travaux qui ont, au cours de ces vingt dernières années, remanié la *Cardiologie* et dans lesquels sa part et celle de son Ecole sont si considérables.

Les *Maladies du Cœur* sont décrites par M. LIAN, dont la compétence s'est affirmée par de si nombreuses et si intéressantes recherches personnelles. L'article qu'il a écrit, tout en conservant l'allure didactique nécessaire, reste empreint d'une originalité qui en accentue l'intérêt. L'exposé des *Troubles du Rythme cardiaque*, que les travaux contemporains ont si profondément analysés et fouillés, est, sans conteste, l'un des chapitres les plus intéressants de cet article; l'auteur a su apporter dans leur description une clarté et une méthode qui permettront à tous, même aux moins préparés, de les bien comprendre. Les considérations thérapeutiques sont l'objet d'une discussion particulièrement serrée; les médecins y puiseront de précieux enseignements et y trouveront un guide éclairé.

Le docteur HERTZ donne des *Maladies de l'Aorte et des Artères* une étude pour laquelle il était tout particulièrement désigné. Le chapitre consacré à la *Tension artérielle* contient un des meilleurs exposés d'ensemble de cette question, qui a pris une place si importante, non seulement en Pathologie circulatoire, mais aussi en Pathologie générale.

M. LECONTE a tracé des *Maladies des veines et des Vaisseaux lymphati-*

ques une description qui est, en réalité, une mise au point des plus complètes et des plus claires.

Ce beau volume est illustré d'un grand nombre de figures et de schémas, à l'exécution desquels les éditeurs ont apporté un soin dont il faut les louer et qui facilitent puissamment la lecture et la compréhension du texte.

Nul doute que ce volume ne prenne place à côté des meilleurs qui ont été écrits en ces temps derniers sur les *Maladies de l'Appareil circulatoire* et qu'il ne contribue à maintenir et à accréditer le bon renom dont jouit déjà le *Traité de Pathologie médicale et de Thérapie appliquée*.

---

Docteur KOUINDJY. — **Précis de Kinésithérapie.** La mobilisation méthodique - La massothérapie - La rééducation - L'Education physique. - 2<sup>e</sup> édition - A. Maloine et Fils, éditeurs. Prix : 16 fr.

Cette nouvelle édition du *Précis de Kinésithérapie*, adaptée aux besoins quotidiens du médecin praticien englobe tout ce qui touche non seulement à la Thérapie par le mouvement mais aussi tout ce qui concerne le mouvement au point de vue hygiénique.

L'exposé clair et concis du texte de ce *Précis* permet aux praticiens d'avoir à leur disposition tous les éléments pratiques indispensables à leur clientèle quotidienne. S'agit-il d'une fracture ou d'une entorse ? Le praticien trouvera dans le livre du docteur KOUINDJY les conseils nécessaires au traitement physique de ces affections. S'agit-il d'une ataxie ou d'une paralysie ? Le lecteur peut avoir l'assurance que le *Précis de Kinésithérapie* le guidera d'une façon irréprochable dans la voie de la thérapeutique rationnelle, qui ne manquera pas à rendre, tant à ses malades qu'à lui-même, le plus grand service. Aura-t-il affaire à une ankylose ou à une constipation ? Il peut être sûr que ce *Précis* l'aidera à mener le traitement de ces affections avec succès.

Le *Précis de Kinésithérapie* devient donc un livre indispensable à l'exercice de la médecine; d'abord, parce qu'il traite une science thérapeutique de la plus haute importance médicale, et, ensuite, parce que les moyens d'utiliser les agents physiques, connus sous le nom des agents kinésiques, y ont été décrits avec précision et compétence par un homme expérimenté. Les méthodes développées dans ce *Précis* ont été appliquées par l'auteur lui-même, tant dans sa clientèle privée, que dans les hôpitaux, où il a passé de longues années. Il suffit de parcourir la description des différents chapitres du livre du docteur KOUINDJY pour se convaincre facilement qu'ils

ont été pour ainsi dire pris sur le vif. Chaque procédé n'a été rendu public qu'après une longue expérience et une conviction profonde acquise et justifiée par des nombreux résultats très encourageants.

---

H. GOUGEROT. — **La Dermatologie en clientèle.** — « L'indispensable en Dermatologie »  
3<sup>e</sup> édition — A. Maloine et Fils, éditeurs. — Prix : 35 fr.

Cette 3<sup>e</sup> édition n'est que la mise au courant de l'édition précédente. Paru dans la collection « Comment guérir », ce livre est le pendant du *Traitement de la Syphilis en Clientèle*, du même auteur. M. le Prof. Gougerot a conçu ce livre dans le même esprit pratique de ne retenir que l'indispensable, dans la même pensée de différencier le connu de l'inconnu; il s'y est attaché à faire ressortir une compréhension plus large des dermatoses, rattachant les unes aux infections, les autres, non infectieuses, aux lois de la Pathologie générale (réaction de défense etc.).

Ajoutons que cette 3<sup>e</sup> édition est richement illustrée de 43 figures en couleurs, 170 en noir et 77 planches hors texte. Nous ne doutons pas du succès de ce livre auprès des praticiens pour lesquels H. Gougerot l'a écrit.

---

H. ZILGIEN. — **Autopsies, Manuel théorique et pratique.** — 3<sup>e</sup> édition — Maloine et Fils, éditeurs. — Prix 14 fr.

Ce petit manuel comble une lacune de la bibliothèque du praticien surtout de celui qui, loin des centres scientifiques et des grands hôpitaux ou perdu dans le beld, est souvent appelé à faire des autopsies et à interpréter les lésions qu'il y découvre.

Ce livre est destiné à être consulté à la salle d'autopsie autant par l'étudiant que par le praticien : « Le cadavre est un livre qu'il faut savoir couper et ouvrir convenablement, lire et déchiffrer. »

Le manuel de M. Zilgien, professeur agrégé à la Faculté de Nancy servira de guide précieux sur le *modus faciendi* de l'autopsie et les principales altérations de chaque organe.

E. G.

---

## LE MÉDECIN DANS LA RUE

Livré à lui-même, au lit du malade, le thérapeute doit prendre des responsabilités et des décisions. Il serait banal d'ajouter que la nécessité d'un diagnostic s'impose impérieusement. Cette recherche sera à la fois attentive, tenace, consciencieuse. Elle doit savoir grouper des symptômes pour en faire un faisceau syndromatique qui conduira à la notion d'espèce, à la précision de la maladie en cours. Sans conteste, dans cette opération qui met en jeu toutes les facultés du sens nosographique, il importe de trouver dans son *propre fonds* toutes les ressources indispensables.

Mais ce *propre fonds* n'est ni immuable, ni intangible, ni immobile dans le temps et dans l'espace, pour sacrifier à une tournure moderne. L'éducation médicale a été faite par nos maîtres des Facultés et des hôpitaux : l'enseignement nous a façonnés, adaptés, coordonnés pour des fins et des directions déterminées. Les théories, les doctrines, les dogmes n'ont pas pu rester étrangers à cette formation. Ce n'est qu'à la longue, à l'usage, que l'expérience personnelle peut modifier certaines vues de l'esprit, redresser certaines hypothèses.

La meilleure expérience personnelle a, fatalement, une aire d'action et d'investigation restreinte. Tout médecin soucieux de conserver la vigueur, la souplesse, la plasticité de ses conceptions doit se nourrir des meilleurs auteurs et s'efforcer de lire beaucoup, mais avec discernement. Il ne sied point de montrer un scepticisme dénigrant et injurieux, autant qu'infécond, pas plus qu'il ne convient de céder aux enthousiasmes et aux engouements trop vifs et trop inconsidérés.

La « cristallisation » dans le domaine des idées médicales serait néfaste, surtout à considérer que notre avenir dépend d'un perpétuel devenir, de lentes mais constantes acquisitions. Il est inopportun d'afficher un misonéisme déprimant et décourageant qui montre, d'ailleurs, une vieillesse précoce s'inspirant de l'amour trop exclusif du passé : *laudator temporis acti*. Mais ne nous laissons pas aller aux mouvements intempestifs de la mode trop récente et tapageuse. Il nous appartient aussi de vivre dans le siècle et de ne pas nous limiter, même dans les allures de notre habitus extérieur, aux manifestations de tenue ou d'habit trop désuètes ou surannées. J'aime à revoir les lèvres glabres de notre passé français : les jeunes chirurgiens toujours fraîchement rasés, avec le cheveu net, propre, et même légèrement parfumé, aux mains très soignées, à la tenue correcte, élégante dans sa simplicité, me plaisent infiniment. La barbe était, jadis, avec la calotte de velours noir presque la tenue officielle du maître et du disciple : le *poil se porte beaucoup moins* : et avouons qu'on y gagne en netteté et en propreté.

Les monographies modernes, les traités contemporains, les innombrables journaux et revues, les thèses nous apportent un contingent formidable et



inépuisable de renseignements et de documents. Sachons les utiliser avec tact pour renouveler, ranimer, consolider ce *fonds* qui nous est indispensable. Cela est surtout utile au médecin rural vivant isolé de ses confrères. Loin des centres académiques, sans contact avec les sociétés savantes, les réunions confraternelles où on peut s'entretenir et discuter de *re medica*.

Chacun a droit, certes, à la critique et la foi aveugle dans la parole du maître où dans le dogme n'est plus de mise à notre époque. Mais cette liberté de discussion doit être étayée à la fois sur des connaissances spéciales et approfondies, qui font de vous l'homme qualifié pour redresser des erreurs, en apportant des faits et des documents nouveaux indiscutables, et en plus elle doit s'inspirer d'une qualité, primordiale chez le médecin, le *bon sens*.

Cette dernière orientation de l'esprit, quoique indispensable, est, malheureusement, souvent assez rare : toutefois, il est consolant de penser qu'une longue patience, et un labeur soutenu et poursuivi, permettent de l'acquérir.

Il est bon de savoir conserver les bases essentielles et les grandes lois de de physiopathologie générale qui sont les meilleurs éléments de notre savoir, mais au nom de la philosophie et de la spéculation médicales, il est très salubre et très efficace d'envisager certaines réformes même des idées et des données les plus communément acceptées. Notre *propre fonds* en devient plus vaste et plus fécond, plus actif, plus aiguisé. Notre expérience, notre pratique, nos thérapeutiques s'en affirment davantage appropriées et agissantes, en nous donnant la satisfaction du bien faire, libéré de la dissolvante et dégradante routine.

Le professeur Pierre Marie, qui depuis une quinzaine d'années s'est fait l'adversaire du *dogme de la 3<sup>e</sup> frontale dans l'aphasie*, encore récemment, dans la *Presse Médicale*, attaque la conception des centres innés ou préformés des fonctions du langage. Pour qui a pu lire cette leçon remarquable du célèbre neurologiste, c'est une occasion merveilleuse de réformer des idées un peu périmées, d'abandonner la notion statique du travail cérébral et de mieux comprendre le dynamisme véritable du potentiel neuro-psychique, se traçant des voies de conduction, adaptées et coordonnées par l'exercice et le frayage, pour toutes les acquisitions neuro-psychiques nécessaires à l'individu, pour ses rapports avec le milieu.

Le médecin curieux de ces études, si captivantes, de neuro-psychisme pourra compléter et aussi étendre ses connaissances par la lecture des ouvrages de DUPRÉ, GRASSET, BECHTEREW, LOGRE et CAPGRAS, qui sont vraiment du domaine clinique.

La lecture peut seule nous instruire de la doctrine récente comme du fait nouveau.

Récemment, le Dr Burnet a exposé sa méthode de cutiréaction dans la fièvre méditerranéenne. Voilà, certes, un procédé qui rendra les plus grands services au *médecin dans la ruelle*. Celui-ci se trouve souvent très embarrassé dans le diagnostic des formes pyrétologiques nombreuses du nord de l'Afrique. Si écartant les typhoses éberthiennes, grippales, malariennes vous restreignez votre investigation entre la méliose et une infection bacillaire sanguine, type Landouzy, l'échec de la cutiréaction de la méditerranéenne vous promettra de mieux asseoir votre opinion.

Le microscope, les séro-diagnostic, les hémocultures, les cutiréactions, comme la preuve par l'écran du radiographe, doivent toujours être une confirmation ou une infirmation d'un diagnostic, mais jamais un procédé tendant à remplacer l'investigation du clinicien. Celui-ci peut se tromper, il doit savoir le reconnaître franchement, parce que modeste s'il est véritablement instruit, mais une fiche de demande, au laboratoire ou au radiographe, doit toujours porter la mention d'une opinion nette et formulée. Ainsi seulement le médecin dans la ruelle consacre tout son caractère et toute son autorité.

D<sup>r</sup> Lemanski.

---

## INFORMATIONS

---

### Conseil Consultatif d'Hygiène

MM. les docteurs *Brun*, chirurgien de l'Hôpital Sadiki, *Burnet*, sous-directeur de l'Institut Pasteur, *Conseil*, directeur du Bureau d'Hygiène de Tunis, *Durand*, directeur de la Santé Maritime et *Masselot*, médecin de l'Hôpital civil Français, sont nommés membres du Conseil Consultatif d'Hygiène auprès du Gouvernement tunisien.

### " Savoir "

Nous sommes heureux d'annoncer la naissance d'un journal hebdomadaire nouveau, conçu d'après une idée neuve et un plan ingénieux. *Savoir* est le titre de cet organe, publié sous la direction scientifique de M. G. Bardet et de notre confrère Henri Bouquet.

L'idée directrice de *Savoir* est d'abord de mettre le praticien au courant des faits médicaux les plus saillants, commentés par M. Bouquet. A côté du médecin, il y a l'homme de haute culture qui aura d'autant plus d'influence sur son malade qu'il apportera à son chevet un esprit généralisateur et au courant de tous les problèmes de notre vie scientifique. C'est ce deuxième point de vue qui nous paraît le plus original et le mieux capable de retenir le lecteur. Nos meilleurs souhaits et aux directeurs et à leur œuvre. Qu'ils veuillent bien trouver ici nos vœux de réussite et nos félicitations; nous nous attendons à un véritable succès auprès du grand public médical.



# Revue Tunisienne des Sciences Médicales

MAI 1922

---

## A nos lecteurs et annonceurs

---

Nous avons l'honneur de vous annoncer que le *Tunis-Médical*, ayant fusionné avec la *Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, cessera de paraître à partir du 1<sup>er</sup> juin 1922.

Le nouveau journal, résultat de cette fusion, scelle l'entente complète du corps médical tunisien dont il sera l'organe officiel adoptant comme devise : « Par et Pour les Médecins de Tunisie ».

C'est dire que le Comité de Rédaction de la Revue compte sur la collaboration de tous. Il accueillera avec plaisir et bienveillance les travaux originaux de pathologie spéciale au pays ainsi que les observations cliniques de nos confrères.

Tribune indépendante, notre Revue laissera aux auteurs des travaux qui y seront publiés toute la responsabilité des opinions émises sous leurs signatures.

L'augmentation du tirage de la Revue qui résultera de la fusion des deux journaux nous imposera de nouveaux sacrifices pécuniaires.

Nous comptons sur la bienveillance des annonceurs des deux journaux pour nous continuer leur confiance et leur appui.

Pour le Comité de Rédaction :

Le Secrétaire Général,

D<sup>r</sup> CASSUTO.

---

### MENINGO-RADICULITE ET MYELITE SYPHILITIQUE

par M. Félix MASSELOT

La malade qui fait l'objet de cette communication présente des phénomènes de myélite syphilitique ayant débuté par une méningo-radiculite des D XII, L I, L II, L III, du côté droit. Malgré la très grande amélioration due au traitement, ces différentes atteintes nerveuses sont encore suffisamment nettes pour que nous ayons cru intéressant de présenter ce cas. Le début méningo-radiculaire des accidents doit retenir notre attention. Il n'est pas habituel, d'une part, dans les cas de ce genre ; d'autre part il aurait pu faire errer le diagnostic. La malade se présentait en effet comme une algique, plus exactement comme une gonalgique. Sans un examen méthodique et complet de son système nerveux, le diagnostic se serait aiguillé dans une mauvaise voie, alors qu'il était aisé à établir. Or la vie de la malade peut être, en tous cas, sûrement la fonction de ses membres inférieurs dépendaient de la promptitude et de l'intensité du traitement. Enfin nous avons traité cette malade pendant 14 mois, aussi énergiquement que sa tolérance nous a permis de le faire, il nous paraît utile de discuter les résultats obtenus.

Blanche S... souffre depuis la fin du mois de décembre 1920 d'un lumbago. Cette algie que les calmants habituels ne pouvaient faire disparaître l'a faite entrer dans notre service à la fin du mois de janvier 1921. Elle présentait à ce moment une gonalgie droite s'irradiant jusqu'aux reins.

La région restait perpétuellement endolorie ; de temps à autres elle était traversée par des paroxysmes douloureux. Ni la colonne dorsolombaire, ni la hanche, ni le genou, ni le nerf sciatique, ne semblaient intéressés. En dehors de sa douleur la malade ne se plaignait de rien. Elle présentait une fièvre à 38 qui cadrait assez bien avec l'hypothèse de douleurs rhumatismales.

C'est en serrant de très près l'interrogatoire que nous nous sommes aperçus de la paresse des réservoirs, la malade poussait



pour uriner et n'allait à la selle que tous les 3 ou 4 jours. Ces phénomènes se caractérisèrent d'ailleurs très rapidement et s'accrochèrent en peu de jours jusqu'à interdire toute miction spontanée.

L'examen montrait l'existence d'une irritation du faisceau pyramidal facilement appréciable au membre inférieur droit : réflexes tendineux très vifs, signe de Babinski. De plus on notait superposé à peu de choses près au territoire douloureux, une zone d'anesthésie intéressant les racines déjà mentionnées.

Au total : algies de la cuisse et du genou droit, anesthésie superposée à type radiculaire, irritation du faisceau pyramidal droit, atteinte des voies de conduction de la miction et de la défécation, intégrité des centres nerveux supérieurs.

La ponction lombaire permit de constater l'existence d'une forte irritation meningée : il n'y avait pas d'éléments figurés dans le liquide de ponction mais on observait un hyperalbuminose de 3 gr. 50 et une diminution du glucose.

Le Wassermann était positif ++ dans le liquide céphalo-rachidien + dans le sang.

La malade niait toute spécificité, mais avait eu deux fausses couches. C'était également une paludéenne ancienne. Elle avait eu antérieurement une fièvre typhoïde très grave. Ces phénomènes médullaires et méningo-radicaux ne pouvaient être rapportés qu'à une syphilis méconnue. Le traitement fut entrepris environ un mois après le début des premières douleurs.

Il est difficile de schématiser l'évolution de ce cas. Malgré le traitement, les améliorations constatées n'ont été pendant de longs mois que parcellaires. Les premières injections arsenicales, surtout celle à 0,45 produisirent ainsi qu'il fallait s'y attendre une exacerbation marquée de tout le tableau morbide et le W devint positif ++ dans le liquide céphalo-rachidien ; cependant symptôme encourageant la réaction meningée s'atténuait : 1 gr. 05 d'albumine au lieu de 3,50.

Quarante jours après le début du traitement, la malade qui jusque là n'avait eu qu'une impotence douloureuse de ses membres inférieurs présente une diminution considérable de force musculaire dans le membre inférieur droit. La voie pyramidale gauche est intéressée à son tour, les réflexes tendineux sont très vifs et le signe de Babinski apparaît également. La

lésion fait donc tache d'huile et pourtant, les douleurs radiculaires diminuent, l'albumine rachidienne tombe à 0,70. L'hypertension du liquide est marquée 35 au manomètre de Claude. Elle se maintient d'ailleurs à ce chiffre pendant toute la durée de la maladie. Deux mois plus tard, en juin, on constate une atrophie de la cuisse droite de 5 cm, des phénomènes douloureux très marqués au niveau du membre inférieur gauche. L'albumine rachidienne baisse néanmoins à 0,50.

En juillet la malade peut se trainer en s'aidant d'une canne. Il apparaît une hydarthrose du genou droit. A ce moment le syndrome spasmodique des membres inférieurs s'est complété : on obtient des deux côtés un clonus du pied presque inépuisable. L'anesthésie n'a pas varié. Il existe une diminution nette de la force musculaire des extenseurs abducteurs du membre inférieur droit. Les troubles vésico-rectaux ont disparu.

Depuis la marche s'était améliorée progressivement, la malade ne souffrait plus ; à peine avait-elle trois ou quatre crampes douloureuses dans la cuisse aux changements de temps. Mais progressivement s'était constitué un équinisme par rétraction du tendon d'Achille et une raideur du genou droit limitant la flexion à 45°.

L'incendie paraissait être éteint. Le traitement s'était un peu relâché, la malade ne pouvant plus rien supporter.

A la fin de mars 1922 la maladie présente une nouvelle recrudescence, l'albumine rachidienne devint légèrement supérieure à la normale (albuminimètre de Sicard) en même temps qu'on observait une réaction cytologique légère : 6 lymphocytes à la cellule de Nageotte. La malade se plaignait à nouveau de vives douleurs et de légers troubles vésicaux. Actuellement cette poussée semble rentrer dans l'ordre. Sans son équinisme et sa raideur du genou, la malade aurait une marche presque normale malgré son syndrome spasmodique. L'électrodiagnostic fait dernièrement par le Dr Jaubert de Baujeu montre une hypoexcitabilité au faradique et au galvanique du grand droit de l'abdomen à droite, du crural droit et des muscles de son territoire.

Le traitement suivi par la malade a été aussi actif que possible. Nous n'avons été arrêtés que par son intolérance aux divers médicaments employés.

De février 1921 à avril 1922 elle a eu : 8 gr. 65 de novarsénobenzol (la 3<sup>e</sup> série est en cours actuellement), 2 séries de 10 centigr. de cyanure, 1 série de 20 centigr. de biodure ; la 2<sup>e</sup> série a du être arrêtée au 6<sup>e</sup> centigr. à cause de la stomatite, une série d'huile grise qu'il a fallu arrêter au 24<sup>e</sup> centigr. pour la même raison, un traitement au sirop de Gibert pendant près d'un mois, 100 gr. d'iodure de potassium. Malgré cet assaut pluri-mercuriel et arsenical, les phénomènes ont repris dès la première trêve thérapeutique. Ceci démontre avec quelle persévérance et quelle tenacité il faut poursuivre le traitement des cas de ce genre, des syphilis viscérales en général. Il est difficile de donner d'ailleurs une règle thérapeutique à suivre en pareil cas. Nous avons été pour notre part opportuniste. Au moment des accidents les plus menaçants nous nous sommes servis du novarsénobenzol le plus rapide des antisiphilitiques entrés dans la pratique courante.

Nous avons eu recours ensuite au cyanure de mercure, puis à l'huile grise pour faire reposer la malade de ces injections quotidiennes et ménager la perméabilité de ses veines si importantes pour son avenir. Ce n'est que lorsque les phénomènes morbides nous ont semblé fixés à des séquelles définitives que nous nous sommes servis du sirop de Gibert. Il arrive d'ailleurs un moment où le thérapeute le plus ardent est obligé de tenir compte des multiples désagréments que cause au malade un traitement prolongé par voie hypodermique.

Le pronostic éloigné de ce cas ne nous paraît pas défavorable si la malade se soumet au traitement d'entretien nécessaire mais nous n'oserons parler de guérison qu'après avoir observé la non apparition de toute activité nouvelle des phénomènes meningo-médullaires pendant de longs mois.



## A PROPOS D'UN CAS DE PESTE GUÉRI

par le Docteur ORTONA

G. G., 32 ans, magasinier d'un dépôt de céréales au port. Rien de remarquable dans les antécédents personnels : il a toujours été bien portant. Blessé de guerre à la cuisse droite et à la tête en 1915. Marié avec femme bien portante il a eu deux enfants normaux. Homme de constitution physique normale il jouissait d'une parfaite santé.

*Début* : Un jour vers midi il ressentit un vague malaise général avec céphalée, le lendemain il ressentit de la fièvre et commença à se plaindre d'une douleur sourde à l'aîne droite qui ne l'empêcha pas de continuer son travail jusqu'au soir quand la fatigue l'obligea à s'aliter. Il constata alors une température de 39° 2, et commença en même temps à avoir de la dysphagie et de l'agitation. Le lendemain matin même état d'agitation, céphalée, augmentation de la douleur à l'aîne droite qui le décide à m'appeler dans l'après-midi : Je constate une température de 42° 2, 120 pulsations, abattement général, dyspnée, langue chargée et tremblante, rougeur intense de l'isthme du gosier. L'examen clinique des organes thoraciques et abdominaux ne dénote rien d'anormal.

A l'examen de la région douloureuse (aîne droite) je constate de l'hyperésie de la peau et à la palpation deux ganglions engorgés : l'un supérieur immédiatement sous l'arcade de Poupart en dedans de l'artère fémorale, de la grosseur d'un haricot, dur, peu douloureux, l'autre sur la même ligne mais plus bas situé presque un centimètre et demi au dessous) gros comme une petite noix, légèrement aplati, dur mais très douloureux spontanément et plus douloureux encore à la palpation. Je m'empresse alors de questionner le malade sur l'existence d'une blessure ou d'une lésion quelconque au pied droit ou au membre inférieur, lésion que je recherche très minutieusement malgré ses dénégations mais que je ne trouve nullement. Je recherche aussi s'il n'y avait pas une blennorrhagie uréthrale ou quelques lésions au pénis ou aux bourses, aux testicules, à l'anus, mais toutes les investigations restent infructueuses. Ne trouvant rien qui pouvait expliquer la présence de cette double adénite douloureuse et en présence de l'état infectieux grave du malade, j'entreprends un interrogatoire serré sur ses occupations, sur le lieu où il travaille et plus précisément puisqu'il est magasinier d'un dépôt de céréales au port s'il n'avait pas constaté la présence de rats morts dans sa baraque, s'il n'avait pas l'habitude de se déchausser au magasin ou de marcher avec des espadrilles et enfin s'il n'y avait pas eu parmi les portefaix arabes aucun cas de maladie les jours précédents. Je parviens tout de suite à savoir qu'il n'enlevait jamais ses chaussures au magasin, qu'il avait constaté des rats morts et qu'un portefaix indigène était mort d'une maladie qui l'avait emporté en trois jours, une dizaine de jours auparavant.

L'examen du malade, sa profession, les lieux où il travaillait et la coïncidence du portefaix mort dans des conditions suspectes me firent conclure avec une très grande probabilité au diagnostic de peste bubonique. Sorti de



là je m'empressai d'aller chercher du sérum antipesteux de Roux et Versin à l'Institut Pasteur et de prier M. le Docteur Nicolle, l'éminent directeur de cet établissement, de venir avec moi pour voir mon malade. Le soir même le Docteur Nicolle, accompagné par le Docteur Barnet, examinait mon malade et confirmait mon diagnostic.

Deux heures à peine après ma première visite, nous constatons un commencement d'œdème local. Le ganglion inférieur fut ponctionné par M. Nicolle, une quantité infinitésimale de sérosité recueillie dans l'aiguil le servit à pratiquer une recherche. Etendue dans quelques centimètres cubes de bouillon stérile, elle servit à ensemencer des tubes de culture et à inoculer deux cobayes. La préparation microscopique montra quelques rares cellules, mais aucune forme microbienne indiscutable. Les tubes de culture demeurèrent stériles et les cobayes ne présentèrent aucun symptôme morbide. Naturellement avant même de faire ces recherches de laboratoire une première injection sous-cutanée de 20 cc. de sérum fut pratiquée immédiatement.

La nuit fut particulièrement agitée et la température se maintint à 39° 8.

Le lendemain matin, au quatrième jour depuis l'invasion, l'état général était stationnaire, la température seulement avait un peu baissé à 38° 8. Localement le ganglion inférieur était un peu plus gros que la veille, très douloureux et l'œdème plus marqué. Le ganglion supérieur n'avait pas changé et entre les deux le sillon de démarcation de 1 cm. 1/2 était toujours libre. Je continuai naturellement le traitement par le sérum en injectant 60 cc. le matin et 20 cc. le soir. La nuit suivante l'insomnie, la céphalée et la fièvre persistaient toujours également, la température du soir atteignait 39° 8. Mais le matin suivant, le malade paraissait encore plus aggravé, l'œdème local et le ganglion inférieur gros comme une noix, dur, douloureux, paraissait avoir une gaine de périadénite bien remarquable. De nouveaux symptômes nous avaient particulièrement impressionné : La nuit avait été très mauvaise, le malade qui avait toussé toute la nuit et persistait à tousser d'une manière presque continue présentait au thorax une hypophonèse assez nette du sommet gauche où la respiration était tellement obscure qu'on pouvait considérer le lobe supérieur presque en état d'apnée ; aucun engorgement des ganglions axillaires. Le diagnostic et le pronostic surtout s'assombrissait et en outre de la révulsion locale par la chaleur humide et les piqûres d'huile camphrée je redoublai la quantité du sérum et ce jour-là j'injecte en trois fois 80 cc. dont 40 dans une veine du coude. Nuit toujours mauvaise, fièvre élevée. Le lendemain, au sixième jour, la toux commence à diminuer, la respiration est toujours obscure, la température entre 38° et 39° : 20 cc. de sérum le matin et 40 le soir. Nuit meilleure. Le septième jour le malade commence à aller mieux, la toux avait encore diminué, l'obscurité respiratoire était moins nette, la fièvre persistait mais sans dépasser 38°.

Je constate des traces abondantes d'albumine dans les urines qui jusqu'à ce jour n'existaient pas. Cependant, j'injecte 40 cc. de sérum le matin et 20 le soir. Nuit calme. Le huitième jour au matin le malade avait une température de 37° 6, il toussait très peu, sa respiration était redevenue presque

normale. Son état général était décidément bon, l'œdème de la région crurale notablement diminué, le ganglion inférieur était douloureux seulement à la palpation profonde, presque plus du tout spontanément, le petit ganglion supérieur n'avait point changé et on constatait toujours le sillon libre entre les deux glandes.

Ce jour-là je fis encore une seule injection de 20 cc., la dernière. Le neuvième jour le malade semblait tout à fait convalescent, il ne toussait plus et ne se plaignait d'aucun malaise; l'albumine dans les urines avait diminué et le malade demandait à se nourrir.

Les suites furent les plus heureuses et le malade visité les jours suivants présentait seulement les deux ganglions à l'état stationnaire sans se plaindre de rien.

Le sujet avait reçu en tout 300 cc. de sérum antipesteux dont 20 cc. seulement dans la veine et le restant par voie sous-cutanée, le traitement a été particulièrement intensif et la première piqûre fut faite aussitôt après la première visite et 48 heures après les premiers signes de malaise ressentis.

C'est à la précocité du traitement et à la quantité de sérum inoculé que nous attribuons, le Docteur Nicolle et moi, l'heureuse issue de la maladie. Il est probable aussi que le cas se présentait comme naturellement bénin. Dans tous les cas il a été remarquable de constater qu'un seul des deux ganglions cruraux, l'inférieur a été atteint et que, malgré la formation d'œdème autour de lui et probablement à cause de l'action du sérum le ganglion supérieur, cependant assez proche, est demeuré indemne.

Aucun doute ne nous paraît permis au sujet du diagnostic : le résultat négatif des recherches de laboratoire n'a, aux yeux de M. Nicolle, aucune signification. La ponction a été pratiquée avec une aiguille très fine et la quantité de sérosité retirée a été pour ainsi dire nulle.

C'est d'ailleurs volontairement que cette opération fut faite timidement. M. Nicolle est persuadé qu'une ponction ganglionnaire brutale est toujours très dangereuse pour le malade en cas de peste et il vaut mieux s'en abstenir généralement que de satisfaire une curiosité que l'examen clinique satisfait avec une précision suffisante.

Nous ne connaissons aucune maladie autre que la peste qui se caractérise par un gonflement ganglionnaire entouré d'œdème et douloureux avec fièvre élevée et mauvais état général en l'absence de cause locale pouvant expliquer le retentissement du côté du ganglion. Il y a en outre dans le cas présent le fait de la mort rapide d'un premier malade et aussi la mortalité constatée sur les rats du magasin. D'ailleurs quelques jours après parmi les rats capturés un a été trouvé pesteux (forme septicémique aigue).

La relation de cette observation clinique n'a d'autre intérêt que d'attirer l'attention des confrères sur un diagnostic qui n'est pas du tout difficile, mais à côté duquel on peut bien glisser faute d'y avoir pensé. La peste a été constatée même à Paris à deux reprises, puisque outre la petite épidémie bien connue de l'année passée, tout dernièrement, à la Société Médicale des Hôpitaux, MM. G. Joltrain et L. Gennes relataient trois nouveaux

cas de peste bubonique avec septicémie observés à Paris. Il n'y en a eu qu'un petit nombre cette année et sans rapport de contagion entre eux. Le diagnostic ne fut pas établi dès le début; même un bubon pesteux fut pris pour une hernie étranglée. Dans les trois cas étudiés à Cochîn, on trouva les bacilles en quantité dans le suc ganglionnaire et même dans le sang d'une piquûre au doigt. La sérothérapie intraveineuse ne put que retarder la mort. Deux des malades avaient été sûrement au contact des rats et piqués par des puces.

Cette maladie est loin aujourd'hui d'être rare surtout dans les ports du bassin de la Méditerranée et je n'ai pas besoin d'insister sur la nécessité d'établir le diagnostic le plus tôt possible dans l'intérêt des malades et de la collectivité.

---

## PURPURA HEMORRAGIQUE AU COURS DU PALUDISME AIGU

par le Docteur BENMUSSA

---

*Observation.* — M. T... ne présente rien de spécial dans ses antécédents héréditaires. Je n'ai trouvé dans ses antécédents personnels qu'une typhoïde dans l'enfance. Jamais d'accès palustre ou quoique ce soit qui lui ressemble.

Le 11 février dernier le malade se couche avec 39,7 de température et le diagnostic de grippe satisfait tous les esprits et même le mien. Le 13 la température est encore à 39 vers 4 h.

Mon malade remarque des rougeurs qui commencent à apparaître au niveau des poignets et du dos des mains, des coudes, des épaules et des chevilles. Je suis appelé le 14 au soir d'urgence. Le malade présentait alors les symptômes suivants: température 40, après un long frisson et suivie d'une transpiration abondante, délire, urines rares et foncées dans la journée. Rate perceptible. La région hépatique est légèrement sensible. Il présentait en outre de larges plaques érythémateuses aux aisselles, coudes et poignets. Très confluentes aux poignets et sur le dos de la main où elles formaient par place de petites vésicules (Erythème vésiculo-bulleux). Enfin sur les jambes des taches purpuriques remontaient jusqu'à mi-cuisse. Ces taches étaient plus confluentes au niveau des genoux. Très confluentes aux chevilles et jusqu'à mi-jambe elles formaient de larges plaques ecchymotiques noirâtres, qui impressionnent fortement la famille et même... le médecin.

Il y avait dans le même appartement un cas de paludisme.

Je procède immédiatement à la manière du D<sup>r</sup> Ortona. Je fais une lame et une injection de quinine. Le lendemain la température est à 36,8. Le laboratoire et la clinique confirment le diagnostic de paludisme.

Les ecchymoses des jambes gagnent en hauteur. De petites taches purpuriques commencent à apparaître à la partie toute inférieure de l'abdomen. Sur les fesses mêmes larges ecchymoses très foncées. Le soir nouvel accès atteignant 39,6. Le malade est extrêmement abattu. La rate est palpable. Les urines sont rares et de couleur foncée; un peu comme si on avait versé un verre de café dans une urine normale.

Le 16, nouvel accès à 39,4. Les ecchymoses des jambes sont stationnaires. Il y a de l'hémoglobine dans les urines, pas d'albumine.

Le 17, apparaît subitement un erythème léger de couleur pâle invisible à la lumière artificielle, mais nettement visible à la lumière du jour et présentant les caractères de l'érythème paludique décrit par De Brun de Beyrouth « Erythème d'une extrême douceur de ton et s'effaçant à la pression la plus légère ». Il a couvert tout ce qui restait de vierge dans la peau de mon malade, c'est-à-dire le dos, la poitrine et l'abdomen. Il disparut au bout de 36 heures sans desquamer.

A signaler, venant et disparaissant avec lui, quelques plaques d'enanthème.

Le même jour 17 février sous l'influence du traitement quinique, l'état général de mon malade devient meilleur. La température cède. L'amélioration fut annoncée par une diurèse abondante et un changement de teinte des urines. Urines encore un peu sombres tout de même, renfermant de l'urobiline, de l'hémoglobine, de l'indoxyl, quelques rares globules rouges, pas d'albumine. En même temps les ecchymoses des jambes palissent. L'érythème vésiculo-bulleux des poignets commence à desquamer.

Au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre. L'hémoglobinurie cesse, l'état général est parfait. Les urines sont nettoyées en temps qu'urobiline et Indoxyl. Le chiffre des globules rouges est de 3.812.500. Le malade se promène et ne se plaint que d'un peu de lassitude. Les ecchymoses sont disparues.

La présence de l'hématozoaire dans le sang me fit instituer le 15 au matin, un traitement quinique sérieux. Instruit par Masselot je fais 2 gr. en une fois tous les matins et courageu-



sement j'annonce à la famille que la température sera jugulée au plus tard le 4<sup>e</sup> jour. Un coup d'œil sur la feuille de température montre que ma confiance était bien placée. La température ne monte qu'à 37,8, le 17, pour redescendre définitivement le 4<sup>e</sup> jour du traitement, sauf un léger ressaut le 20 jusqu'à 38,2. Depuis mon malade se maintient entre 36 et 37.

Il eut en tout 4 injections intramusculaires de 2 gr., deux de 1 gr. et quatre de 0,50.

Je me suis abstenu dans la suite de donner les arsenicaux, mon malade présentait des symptômes d'une certaine fragilité hépatique. Forte diminution de l'urée 8,19 par litre d'urée, urobilinurie, indicanurie. Je m'en suis tenu à la médication adjuvante par l'opothérapie hépato-splénique, comme le conseille Lemanski, et aux préparations ferriques.

Il m'a semblé intéressant de communiquer cette observation pour deux ordres de faits : clinique et thérapeutique.

1<sup>o</sup> Clinique : Les éruptions cutanées au cours du paludisme ne sont pas des raretés. De Brun de Beyrouth va même jusqu'à dire : le Paludisme est une fièvre éruptive et il décrit les érythèmes paludiques. Soit dit en passant il ne semble pas d'après vos derniers travaux, que les dires de De Brun soient confirmés tout au moins en ce qui concerne le paludisme tunisien. L'urticaire a été signalé, j'en ai observé moi-même deux cas chez des paludiques n'ayant pas auparavant pris de quinine. Le purpura simplex non plus n'est pas entièrement rare. Conseil l'a signalé à propos du diagnostic différentiel entre le paludisme et le typhus. Le purpura hémorragique est plutôt rare. On le trouve cependant signalé dans l'article paludisme par Paisseau dans le nouveau traité de Sergent. Enfin on trouve dans le Paris Médical une communication de Nobécourt au sujet d'un cas soigné et guéri par de la quinine par le D<sup>r</sup> Goussis de Corfou ;

2<sup>o</sup> Au point de vue du traitement il est intéressant de remarquer que, malgré cette tendance aux hémorragies, malgré l'hémoglobinurie la quinine à forte dose a produit son effet salulaire. La quinine a été accusée de donner elle-même du purpura, elle a été accusée d'accentuer la déglobulisation. Ces faits sont tout au moins discutés, ce qui n'est pas discuté c'est son action élective sur l'hématozoaire. Et la bonne médecine, comme on nous l'a toujours appris, consiste, quand on le peut, à s'attaquer à la cause.

## LÈPRE MIXTE A PRÉDOMINANCE TUBERCULEUSE

par le Dr DAIREAUX

Médecin Major de 1<sup>re</sup> Classe de l'Hôpital Militaire du Belvédère

Brahim ben. Rehouma el Majouri, soldat de 1<sup>re</sup> classe au 4<sup>e</sup> tirailleurs, 11 ans de service, originaire de Houmet Sidi el Maïl (île de Djerba, où quelques cas de lèpre ont été observés). Entré à l'Hôpital Militaire du Belvédère, le 9 mars 1922.

*Antécédents héréditaires* : Rien d'intéressant à signaler.

*Antécédents personnels* : A servi au Maroc, de 1911 à 1914; en France de 1914 à 1918 (blessé 5 fois); au Maroc, de 1918 à 1921.

Les lésions actuelles auraient commencé à la face, par de petits boutons (?) indolores. Elles se seraient développées peu à peu en 1918, en sept à huit mois environ ? Au début de sa maladie, Brahim aurait eu de la fièvre pendant une quinzaine de jours.

Le malade dit n'avoir jamais eu de chancre. Les tibias, en lame de sabre, présentent des bosselures (lésions hérédo-syphilitiques certaines).

Brahim aurait reçu dix-huit injections intraveineuses de 914 au Maroc (les dernières piqûres ont été faites pendant l'été de 1921). Ce traitement n'a donné aucun résultat.

*Etat actuel.* — *Etat général* assez bon. Poumons, cœur, appareil digestif, urines, etc., rien à signaler.

*Système nerveux.* — Pas de douleurs spontanées. Brahim accuse seulement quelques fourmillements dans les mains et dans les pieds. La sensibilité est diminuée aux extrémités. Anesthésie ou hypoesthésie au niveau des lésions lépreuses de la peau et des muqueuses. Anesthésie du pharynx et des globes oculaires. Les nerfs cubitaux sont gros et parsemés de gros nodules. La force musculaire est conservée, sauf aux mains où elle est nettement diminuée. Les muscles des éminences thénar et hypothénar sont atrophiés, surtout à la main gauche. Les réflexes tendineux sont forts. Réflexes cutanés et crémastériens normaux. Réflexes oculaires diminués. L'acuité visuelle est normale. La voix est complètement éteinte. Pas de gêne respiratoire. Les fonctions génitales sont normales.

*Peau et muqueuses.* — A la face, nombreux tubercules (léprômes) siégeant sur le front, le menton, les joues. Ils sont, non ulcérés, luisants, gras, de couleur cuivrée, durs, saillants, demi-sphériques ou ovoïdes. Les uns sont tout petits, d'autres de la grosseur d'une lentille, d'un pois, d'un

petit haricot. Les oreilles sont indemnes ainsi que les régions temporales et le cuir chevelu où l'on note seulement des cicatrices de favus.

Les sourcils, les cils et la moustache sont atteints d'une alopecie complète; la barbe n'existe presque plus : il ne reste que quelques petits poils très courts.

*Yeux.* — Ectropion de la paupière inférieure gauche; l'œil gauche ne peut se fermer et larmoie. (Parésie de l'orbiculaire). Conjonctivite bilatérale, surtout accentuée à gauche. Un tubercule de la grosseur d'une lentille, siège en dedans de chaque cornée.

*Lésions buccales et pharyngée.* — Sur la muqueuse du palais, du voile du palais et de la luette, sur le dos de la langue, on voit des plaques polycycliques dont les plus grandes ont un bourrelet saillant, entouré d'une auréole rouge, et un centre grisâtre, opalin, qui paraît ulcéré.

La plus grande a la dimension d'une pièce de 0 fr. 50; la plus petite celle d'une lentille.



L'épiglotte est hypertrophiée, très épaissie et ulcérée. Au niveau des ventricules latéraux et de la commissure antérieure, on voit deux tubercules gros comme un pois. Tout le larynx a un aspect pâle (Examen du médecin major Costa).

Les lésions bucco-pharyngées auraient apparu en 1918, cinq à six mois

après les léprômes de la face. Elles n'ont pas été améliorées par les injections de 914.

*Tronc et membres.* — Sur le cou et le tronc sont quelques petits léprômes et des taches brunâtres dont la plus grande, de la dimension d'une pièce de un franc, siège en dedans de l'omoplate droite. Les épидидymes sont parsemées de bosselures indolores.

Sur les membres supérieurs on voit quelques léprômes et de larges placards érythémato pigmentaires, brunâtres, de huit, dix et même quinze centimètres de diamètre, à contours cycliques réguliers présentant à la périphérie, quelques petits éléments papuleux, recouverts d'une croûte foncée. Ces plaques ressemblent à des lésions syphilitiques tertiaires ou à des lésions trichophytiques. Elles sont bien de nature lépreuse, car elles sont anesthésiques et n'ont pas été améliorées par le 914. La moitié inférieure des avant-bras, le dos des poignets et des mains ont un aspect cha-griné et une teinte bronzée. La peau paraît épaissie. Les faces palmaires sont grisâtres et desquament légèrement.

Petites plaques achromiques, irrégulières à la pointe du coude gauche et sur les faces dorsales du médius et de l'annulaire droits. Le petit doigt et l'annulaire gauches sont en flexion légère; l'ongle du petit doigt gauche est sec; son bord libre est décollé. Il présente des taches d'un gris blanc. Sur les fesses et les membres inférieurs sont de nombreuses taches pigmentées, de dimensions variables; la peau des pieds est épaissie. Celle des faces plantaires desquame légèrement et a une coloration d'un gris terne. Quelques ongles sont secs décolorés. Celui du gros orteil a des taches pigmentaires.

L'examen d'un léprôme a été fait par MM. les docteurs Nicolle et Burnet, directeurs de l'Institut Pasteur de Tunis. La présence de nombreux bacilles de « Hansen » a été constatée.

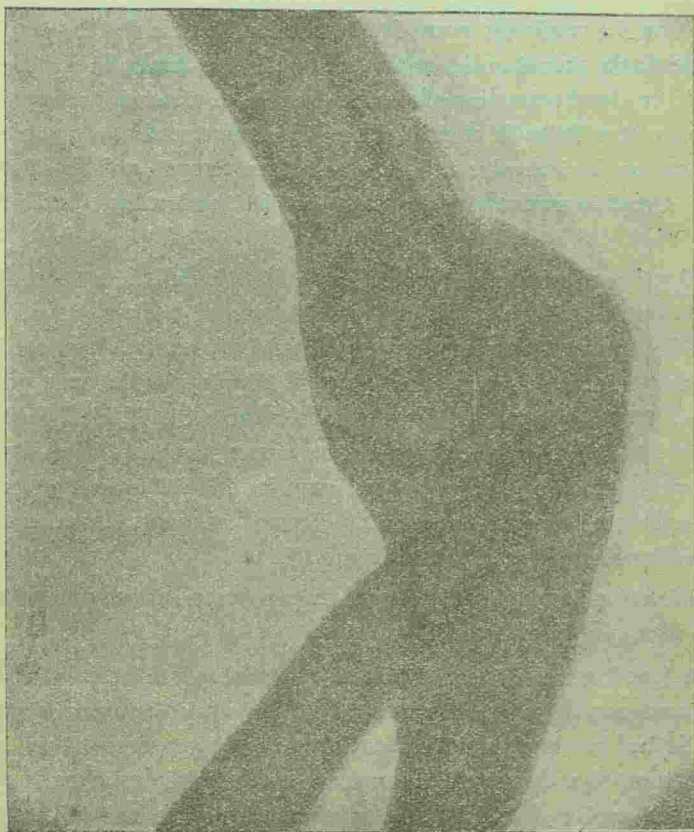




## LUXATION ISOLÉE DU RADIUS EN ARRIÈRE

par le Docteur SURIN

La luxation du radius en arrière est extrêmement rare et les lésions anatomiques insuffisamment précisées, aussi ai-je cru pouvoir vous présenter une observation de luxation isolée de la tête du radius, luxation ancienne irréductible et pour laquelle j'ai pratiqué la résection de l'extrémité du radius. Voici d'abord l'observation :



Salah ben Ali, originaire du Kef, jeune soldat au 8<sup>e</sup> tirailleurs, a fait, il y a dix mois une chute du haut d'un arbre, il a cherché à se retenir à une branche qu'il avait saisie de sa main droite, l'élan de sa chute l'obligea à laisser prise; il tomba d'une hauteur de trois mètres environ. Il perdit

connaissance un instant et dut rester alité quelques jours. Il ne reçut aucun soin médical.

Son coude droit douloureux après sa chute demeura plus faible et inhabile sans qu'il jugeât nécessaire de consulter un médecin.

A son arrivée au régiment, cet homme nous est adressé. C'est un grand gaillard vigoureux dont le coude droit présente à sa partie postérieure une saillie arrondie qui roule sous la peau dans les mouvements de torsion du poignet. Il s'agit d'une luxation postérieure de la tête du radius; le diagnostic est manifeste et peut être fait à la simple inspection.

La flexion du coude est normale, l'extension limitée de dix degrés. Les mouvements de pronation et supination actifs sont nuls; la main est immobilisée en demi-pronation; les mouvements de torsion provoquée sont douloureux et réduits de moitié. Dans les mouvements de pronation, la tête du radius devient plus saillante en même temps qu'elle s'écarte du cubitus. Atrophie musculaire de deux centimètres au bras et à l'avant-bras.

La réduction manuelle est impossible et l'articulation est abordée par une incision postérieure correspondant à la cupule radiale. Sous l'aponévrose, celle-ci apparaît traversée par un fort faisceau du ligament latéral externe moyen; ce faisceau a tracé sur la cupule radiale une profonde gouttière, il est sectionné, le ligament annulaire a été déchiré. La tête du radius est sectionnée au niveau du col au ciseau. Reconstitution des plans anatomiques. Réunion par première intention. Mobilisation progressive. Les mouvements de pronation sont rapidement normaux, les mouvements de supination demeurent limités de moitié.

L'amélioration fonctionnelle permet de conserver cet homme au service armé et il rejoint son corps.

Je souligne immédiatement les constatations opératoires, la déchirure du ligament annulaire et l'étirement des fibres du faisceau moyen du ligament latéral externe : celui-ci partiellement rompu formait une cordelette pénétrant dans la cupule comme une corde de violon dans la rainure du chevalet, ce lien limitait les mouvements de pronation.

Mais sa suppression et la résection de la tête radiale n'ont pas permis de récupérer tous les mouvements de supination. Ceci parce que la tubérosité bicipitale est passée derrière la crête qui limite en arrière la petite cavité sigmoïde. La radiographie indique bien ce mouvement de torsion du radius. Je signale ce détail non seulement à cause de ses conséquences

fonctionnelles mais parce qu'il permet, je crois, de se faire une opinion sur le mécanisme de ces luxations exceptionnelles.

C'est, je crois, un mouvement de torsion poussé à l'extrême qui conditionne ces déplacements. Notre blessé dans sa chute saisit une branche d'une main et doit la lâcher sans doute sous l'effet d'une violente torsion qui produit la luxation avant la chute. J'ai fait quelques essais anatomiques de reproduction de cette lésion, la pronation forcée m'a paru la condition de cette luxation rare et la tubérosité bicipitale devenue postérieure, est la cause de l'irréductibilité.

---

## LUXATIONS COMPLEXES DU POIGNET

par le Docteur BRUN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

---

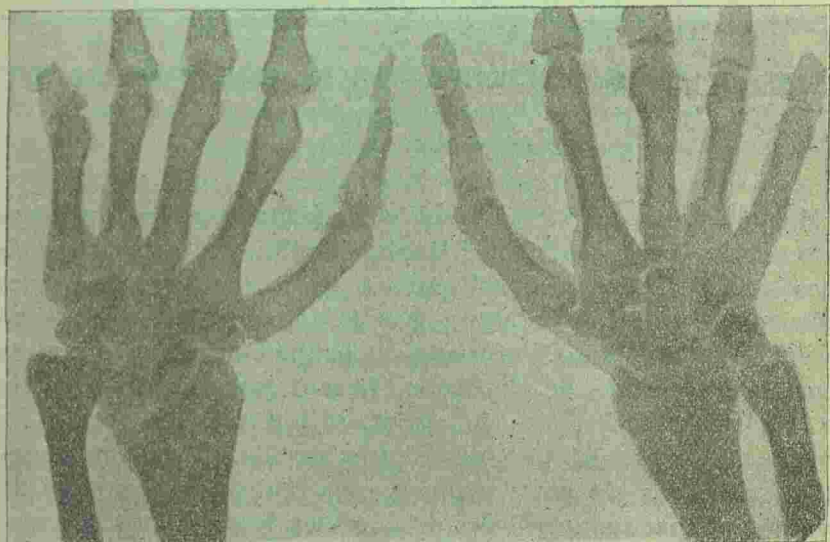
Mohamed B... âgé de 34 ans vient d'être renversé par une automobile, il est conduit à l'Hôpital Sadiki. On constate quelques traces de contusions légères à la face et aux membres inférieurs. Le blessé n'hésite pas à imputer à cet accident récent, des lésions qu'il présente au poignet droit : déformation considérable en dos de fourchette, faisant supposer une fracture de l'extrémité inférieure du radius, saillie très prononcée en arrière de la tête cubitale qui est très mobile. Ce qui nous surprend au cours de notre examen c'est l'absence complète de symptômes fonctionnels avec de pareilles lésions. Pas de douleurs dans la flexion et l'extension du poignet, la supination forcée est impossible et légèrement douloureuse. Il nous est alors facile de faire avouer au blessé sa supercherie. Les lésions de son poignet sont anciennes, elles dateraient de 2 mois, et seraient consécutives à une chute de voiture.

L'excellente radiographie du poignet pratiquée par le Docteur Jaubert nous permet de constater :

- 1° Une luxation en arrière et en dehors de la tête cubitale ;
- 2° Une luxation du scaphoïde qui a perdu son contact normal d'avec le trapèze ;
- 3° Une luxation en haut du sémi-lunaire qui est normalement en rapport en bas avec l'os crochu et qui a perdu ce contact ;
- 4° Un arrachement du radius au niveau de sa facette articulaire avec la tête cubitale.

Des lésions aussi graves s'accompagnent ordinairement de fractures de l'extrémité inférieure du radius. La radiographie ne nous permet pas d'affirmer qu'il y en ait eu. Mais, il est vrai, qu'il s'agit de lésions anciennes et déjà cicatrisées. En tout cas il n'y a certainement pas eu de déplacement en arrière ni en dehors du fragment radial inférieur, s'il y a eu fracture.

Il s'agit donc là de lésions complexes du carpe que l'on peut étiqueter luxations complexes du poignet.



Les luxations radio-cubitales inférieures sont rares et ne sont même pas mentionnées dans les précis classiques, les luxations des os du carpe sans fracture ne sont pas non plus très fréquentes. C'est la complexité même des lésions présentées par notre blessé, et révélées par la radiographie, qui nous a incité à en publier l'observation résumée.





## KYSTE DERMOÏDE OVARIEN BILATÉRAL

par le Docteur J. GOËRÉ

Médecin principal de la Marine. — Chirurgien de l'Hôpital de Sidi-Abdallah

Sans être, à proprement parler, une rareté, la bilatéralité des kystes dermoïdes de l'ovaire n'est pas fréquente. C'est ce qui m'incite à publier l'observation d'un cas que je viens d'opérer.

Madame Léa... âgée de 36 ans, entre à l'hôpital de Sidi-Abdallah le 30 janvier 1922, pour douleurs abdominales violentes. Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier à signaler. Elle-même, réglée à 12 ans, le fut, jusqu'à 15, d'une façon irrégulière et très douloureuse. La régularité s'établit à 15 ans mais les douleurs, très violentes, persistent.

Mariée à 26 ans, elle accoucha au bout d'un an d'un enfant du sexe masculin très fort (5 Kg. 500 à son dire) qu'on dut extraire au forceps en provoquant une déchirure complète du périnée postérieur. Une infection consécutive lui fit garder le lit pendant un mois. L'enfant vécut.

Après l'accouchement, les règles sont moins douloureuses, normales et fines. Aucune grosseur depuis lors.

En février 1921, à 35 ans, crise douloureuse anxieuse à gauche, durant 5 à 6 heures, ayant débuté brusquement avec sensation de coup de couteau, accompagnée de vomissements.

En Juin 1921, nouvelle crise ayant les mêmes caractères mais durant toute la nuit. La douleur siège toujours à gauche.

Le 29 janvier 1922 une troisième crise éclate vers le soir avec une violence telle qu'elle fait porter au médecin qui adresse la malade à l'hôpital le diagnostic de péritonite. Les dernières règles remontent à quinze jours.

Le 30 au matin le ventre est relativement souple, douloureux à la pression vers les annexes gauches. Les vomissements persistent, mais il n'y a pas de défense musculaire et le poulx, avec une température axillaire de 38° bat, plein et régulier, à 100. Au toucher vaginal on trouve une tuméfaction douloureuse, dure, dans le cul-de-sac postérieur. Le corps utérin est refoulé en avant, le col orienté très en arrière et le toucher rectal fait sentir successivement deux reliefs durs, l'un le col indolore, l'autre, la tuméfaction du Douglas, douloureux.

L'exploration de la fosse iliaque droite par la palpation bimanuelle montre l'intégrité du cul-de-sac, mais permet de saisir entre les doigts une masse dure, indolore et mobile, annexée au corps utérin mais libre sur lui.

Les symptômes de péritonisme cèdent vite à des applications de glace.

Aucun empâtement ne s'est manifesté, faisant craindre une suppuration pelvienne, la température est devenue normale et, sans plus attendre, je décide d'intervenir le 14 février après huit jours d'apyrexie. Seul, à ce moment, le cul-de-sac postérieur est encore douloureux à la pression, bombé légèrement et dur. La masse annexielle droite, toujours mobile et haut placée reste indolore.

Un suintement sanguin survenu le 7 février s'est arrêté le 10. Intervention sous chloroforme le 14 février. Incision médiane ombilico-pubienne. Pas d'adhérences épiploïques. L'écarteur mis en place et l'intestin refoulé par la position céphalo-déclive, la masse annexielle droite se présente, libre de toute adhérence, dure, bosselée, du volume d'une mandarine moyenne.

Poursuivant l'exploration vers la gauche, on trouve une masse dure et compacte, adhérente au colon pelvien et au rectum, comblant le Douglas comme un second corps utérin. Les adhérences cèdent à l'écartement digital sans suintement sanguin appréciable et sans effraction sérieuse. On retire alors de la cavité du Douglas, une masse dure et bosselée du volume d'une orange (un tiers en plus de celui des annexes droites). Une hystérectomie subtotalaire régulière termine l'intervention dont les suites sont parfaitement normales. Sortie de l'hôpital au vingtième jour.

La tumeur droite présente un bourrelet linéaire qui n'est autre que la trompe, de dimensions normales, et perméable. Celle-ci enlevée en la sculptant, il reste une masse bosselée, polykystique. Une première loge incisée donne du sang géliné, une seconde encore du sang, une troisième, un magma sébacé dans lequel baigne une touffe de cheveux implantée sur une base de consistance osseuse recouverte d'un épiderme chagriné.

La masse annexielle gauche libérée de la trompe un peu augmentée de volume, est également polykystique. Des adhérences rompues frangent les bosselures de la surface. Une première poche est hématique; une seconde contient de la graisse jaune semi-fluide; une troisième, un noyau cartilagineux libre et un nodule osseux sur lequel s'implante une touffe de cheveux. Ces poches kystiques indépendantes ont chacune le volume d'une noix.

Les deux formations kystiques dermoïdes ont évolué, semble-t-il, simultanément. L'une, libre dans la cavité péritonéale, celle de droite, n'a donné lieu à aucun incident. L'autre, prolapsée dans le Douglas, comprimée, enflammée, vite adhérente, a produit trois crises douloureuses en une année.

L'examen histologique des pièces n'a rien montré qui ne soit surabondamment connu dans les tératomes bénins.

# TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 24 Mars 1922

Présidence du D<sup>r</sup> BOUQUET, président

*Sont présents* : MM. les DD<sup>rs</sup> Scialom, Minguet, Daïreaux, Domela, Jaubert de Beaujeu, Guido Levy, Montefiore, Comte, Henry, Smadja, Jarmon, Lemanski, Ortona, Soria, Benmussa, Masselot, Brun, Hayat, Cortesi, Mara, Salvo, Cassuto.

A l'unanimité sont élus : le D<sup>r</sup> BUVAT comme membre correspondant, et M. SMADJA, étudiant en médecine, comme membre associé.

## Présentations de malades

D<sup>r</sup> DAIREAUX : Un cas de lèpre

Voir même numéro page 204

D<sup>r</sup> MONTEFIORE : Volumineux kyste suppuré du foie, fermeture sans drainage, guérison

Voir numéro d'avril page 160

DD<sup>rs</sup> JAUBERT DE BEAUJEU, DOMELA : Fracture de l'apophyse épineuse de l'axis

Voir numéro d'avril page 155

## Réfection de la joue par le procédé de Moure

Le D<sup>r</sup> BRUN présente à la Société le malade à la réfection de la joue par la méthode de Moure. Les résultats sont incontestablement brillants. Le malade peut ouvrir et refermer la bouche et les mouvements de déglutition sont possibles. Avant l'opération le malade pour avaler était obligé d'accompagner de ses doigts, la bouchée, jusqu'à la base de la langue.

## Sarcome testiculaire ectopique

Le D<sup>r</sup> BRUN présente un malade atteint d'un énorme seminome développé aux dépens d'un testicule ectopique. A ce propos le D<sup>r</sup> Brun signale l'inconvénient et même le danger à laisser trop longtemps une ectopie testiculaire sans intervention.

Le D<sup>r</sup> Bouquet signale le cas d'une récurrence au niveau du cordon après une intervention sur un testicule ectopique et dégénéré.

Le Dr *Hayat* pense que la clinique permet d'attendre jusqu'à l'âge de 7 ans avant d'opérer une ectopie testiculaire.

Le Dr *Brun* est d'avis plutôt d'opérer dès que l'enfant est propre, c'est-à-dire entre 2 et 3 ans.

Le Dr *Lemanski* montre l'intérêt qu'il y aurait dans des cas de ce genre à ce qu'une entente bien comprise existât entre le médecin et le chirurgien. Le médecin doit savoir dans les cas relevant du domaine de la chirurgie, réserver son jugement et le baser ensuite sur l'avis du chirurgien.

×

### Communications

DD<sup>rs</sup> CORTESE et SALMIERI : Contribution au traitement non sanglant du prolapsus rectal chez les enfants par les injections d'alcool

×

#### Discussion :

Le Dr *Brun* estime que la méthode ne présente pas de grands avantages sur le cerclage au crin qui est facile, du moment que l'on est obligé de donner malgré tout l'anesthésie et de faire la dilatation. D'autre part est-ce le repos ou l'alcool qui fait l'amélioration ?

Le Dr *Cortesi* eût par sa méthode dans son 5<sup>e</sup> cas d'excellents résultats. — Le cas qu'il présente avait été soigné par toutes les méthodes possibles sans aucun résultat. On pouvait mettre le malade dans la position de repos que l'on voulait. Le prolapsus sortait quand même. — D'autre part il n'y a pas besoin d'une anesthésie générale, quelques gouttes de chlorure d'éthyle suffisent. — Enfin la technique n'est évidemment pas très simple, mais n'offre tout de même pas de grandes difficultés.

×

Dr BENMUSSE : Purpura hémorragique au cours d'un paludisme aigu

Voir même numéro page 291

×

#### Discussion :

Le Dr *Comte* rappelle quelques cas semblables. Quelques-uns ont dû être pris pour du typhus. — Le Dr *Comte* rappelle la mort du regretté confrère le Dr *Tribaudeau*.

Le Dr *Lemanski* rappelle que dans le cas du Dr *Tribaudeau*, malgré qu'il n'ait eu aucun symptôme de paludisme, on avait essayé de la quinine.

×

Dr ORTONA : Note sur un cas de Peste guéri

Le Dr *Masselot* rappelle qu'il vit en 1917 des cas de peste à Constantine. Il signale l'action préventive du sérum qui dure 15 jours. L'injection intraveineuse paraît plus efficace.

Le Dr *Comte* signale la difficulté qui existe à reconnaître la peste chez le cadavre.

Le Dr *Ortona* fait remarquer que le Dr *Nicolle* a préféré les injections intramusculaires aux injections endoveineuses.



## Séance du 14 avril 1922

Présidence du D<sup>r</sup> BOUQUET, *président*

*Sont présents* : MM. les DD<sup>rs</sup> Spezzafumo, Cassuto, Ortona, Scialoni, Masselot, Lesbre, Brun, Surin, Cortesi, Minguet, Lauriol, Augé, Montefiore, G. Levi, Soria, Naamé, Henry.

×

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

×

**Admissions** : M. le D<sup>r</sup> LALLOUM, de Tunis, est admis comme membre titulaire ; M. MONERY, interne à l'Hôpital Civil, membre associé ; et le D<sup>r</sup> MEDAWAR, de Vichy, membre correspondant.

×

### Présentations de malades

Le D<sup>r</sup> MASSELOT présente une malade atteinte de méningo-radiculite et myélite syphilitique dont l'observation est publiée, même numéro page 194.

×

### Radiographies d'ostéo-synthèses

Le D<sup>r</sup> BRUN présente quelques radiographies d'ostéo-synthèses qu'il a pratiquées à l'Hôpital Sadiki. Il y a actuellement une tendance à traiter chirurgicalement toutes les fractures mais l'A. ne pense pas qu'il y ait lieu de pratiquer l'ostéo-synthèse en dehors d'indications précises telles que les fractures ouvertes, les fractures non réductibles et celles mal consolidées. Il y a intérêt à pratiquer cette opération le plus tôt possible. D'ailleurs le manuel opératoire en est très facilité par l'instrumentation de Heitz-Boyer dont Brun présente les pièces principales.

Les radiographies présentées concernent 1<sup>o</sup> une fracture de jambe en bec de flûte, 2<sup>o</sup> une fracture du radius irréductible à cause d'un fragment musculaire insinué entre les deux fragments osseux, 3<sup>o</sup> une fracture compliquée des deux os de la jambe, entrée avec œdème considérable ; 8 jours après l'ostéo-synthèse, l'œdème disparu permettait l'application d'un appareil de Delbet.

×

### Appareil de prothèse pour pseudarthrose humérale

M. PUJOS, orthopédiste, présente un jeune Italien, blessé de guerre, qui est atteint de pseudarthrose de l'humérus au 1/3 inférieur. L'impotence fonctionnelle est presque totale, c'est un bras de polichinelle auquel M. Pujos a pu adapter un appareil prothétique qui diminue très notablement l'impotence fonctionnelle. La préhension peut se faire et le malade peut même soulever des poids.

### Présentations de pièces

M. AUGÉ présente en son nom et aux noms des DD<sup>rs</sup> Masselot et Jaubert une pièce anatomique : péricardite, médiastinite et foie bourré de gros tubercules. L'examen microscopique tranchera la question. S'agit-il de tuberculose ou de cancer. Les auteurs penchent pour la première hypothèse.

×

Le D<sup>r</sup> SURIN présente :

1<sup>o</sup> La radiographie d'une luxation isolée postérieure du radius dont il a dû réséquer la tête, luxation très rare.

2<sup>o</sup> La photographie d'une énorme tumeur mixte de la parotide dont l'observation sera publiée après examen anatomo-microscopique.

×

### Essais de traitement du cancer par l'opothérapie

Le D<sup>r</sup> NAAMÉ met au courant de ses essais de thérapeutique endocrinienne du cancer et cite :

1<sup>o</sup> Un cancer du sein — dans le service du D<sup>r</sup> Braquehay — qui n'a pas été aggravé par une biopsie.

2<sup>o</sup> Un cancer de la langue, reconnu à la biopsie à forme friso-cellulaire, amélioré par l'endocrinothérapie, disparition ou diminution de l'adénopathie.

3<sup>o</sup> Un cancer de la face à type rongeur dont M. Naamé montre les photographies et qu'il déclare s'être amélioré par l'opothérapie.

Le D<sup>r</sup> Montefiore rappelle que l'état malade du cancer de la langue avait semblé avoir empiré après un traitement radiumthérapique, mais que quelques semaines après il avait lui-même constaté une diminution nette de l'adénopathie.

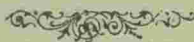
Le D<sup>r</sup> Brun, après avoir rappelé que le cancer de la langue traité par M. Naamé a reçu du radium, fait remarquer que :

1<sup>o</sup> Il existe des cancers de la langue guéris par le radium : cas de Proust et Mallet. Très souvent après curiethérapie des cancers on constate une augmentation de la tumeur suivie d'une régression et parfois de métastases.

2<sup>o</sup> Le cas de cancer du sein dont parle aujourd'hui M. Naamé est un *squirre atrophique* dont l'évolution dure 10 à 15 ans et qui n'est justiciable d'aucun traitement.

3<sup>o</sup> Dans un cas présenté antérieurement par M. Naamé comme cancer et dont les coupes ont été réexaminées ensuite par le Prof. Lacène, il s'agissait simplement d'une mastite.

Le D<sup>r</sup> Naamé répond que s'il a parlé aujourd'hui des trois cas qu'il traite c'est qu'ils ont été contrôlés et qu'il lui a semblé bon de prendre date. Il espère pouvoir dans quelques mois représenter ces malades guéris. Dont acte.



## La Périnéorrhaphie immédiate secondaire

P. BALARD

in *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, Janv. 1922

Sous le nom de périnéorrhaphie immédiate

secondaire, il convient

de grouper toutes les

réfections du périnée entreprises durant les suites de couches, soit qu'il s'agisse d'une suture immédiate retardée, soit que l'on tente une réfection du périnée après échec d'une périnéorrhaphie pratiquée immédiatement après l'accouchement.

L'auteur dans sa statistique personnelle et qui comprend tous les cas opérés par lui eut 57 % de succès; d'autres auteurs, qui ne relatèrent que quelques observations, eurent du 70,5 à 80 % de guérisons par cette méthode.

Pour que l'opération puisse être pratiquée, il faut que l'infection soit complètement disparue ou du moins considérablement atténuée. L'indication est ordinairement réalisée du 10<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> jour et les signes sur lesquels doit reposer la conduite sont tirés de l'état général de la malade, de l'aspect de la plaie et de son examen bactériologique. La fièvre doit avoir disparu depuis au moins trois jours, la plaie doit être détergée sans aspect sphacélique ni être recouverte de fausses membranes. L'examen bactériologique n'est pas absolument indispensable, mais il donne une plus grande sécurité. En pratique on prépare un frottis et on compte le nombre des microbes contenus dans le champ du microscope; on peut suturer quand il existe 5 ou 6 cocci par champ.

La technique variera selon que l'on a affaire à des déchirures complètes ou incomplètes. La malade devra être préparée comme pour une intervention chirurgicale : purgation la veille et constipation dès le matin de l'opération par l'absorption de pilules d'opium et régime lacté. Cette précaution indispensable surtout pour les déchirures complètes doit être prolongée cinq jours environ; lavement au sixième jour.

Après anesthésie générale ou locale à la cocaïne 1/200 ou à la syneïne adrénaline 1/200 (15-20 cc.) on pratique une désinfection soigneuse de la vulve et du vagin. On débarrasse la plaie, à la curette, des bourgeons charnus qui la recouvrent et on complète cet avivement en détachant au bistouri le liseré périphérique de 1-2 millimètres qui entoure la plaie. S'il s'est produit une rétraction de la colonne vaginale ou d'une partie de la cicatrice, il faut procéder à un décollement sur toute l'étendue nécessaire pour qu'il soit possible d'abaisser ou rapprocher les lèvres de la plaie sans tiraillement.

Si la déchirure est complète il faudra détacher la cloison vaginale du rectum en les dédoublant jusqu'à une distance de 2 cm. environ de la déchirure. Ce dédoublement est beaucoup plus facile dans le post-partum que dans les restaurations tardives. Des fils profonds au catgut seront placés sur la portion vaginale de la déchirure en un ou plusieurs plans; on pratiquera une myorraphie sérieuse des releveurs et on évitera les espaces morts. Les points cutanés du périnée seront faits au fil d'argent ou avec des crins de Florence suffisamment gros pour n'être pas coupants. Pansement et soins consécutifs comme dans la périnorrhaphie classique.

La simplicité et la bénignité de cette opération nous font un devoir de la pratiquer soit comme devant suivre une périnéorrhaphie immédiate si elle a échoué, soit comme préférable à l'opération tardive, si l'opération immédiate n'a pas été faite.

(D<sup>r</sup> E. Levy)

#### Du curettage dans l'infection utérine post-partum

par A. GROSSE

*n Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, Oct. 1921*

Le traitement de l'infection puerpérale par le curettage, si en usage il y a 20 ans, a été complètement abandon-

né par certains accoucheurs parce que considéré comme inutile et souvent dangereux.

L'auteur pense que lorsqu'on a la certitude que des débris placentaires ou membraneux sont la cause de l'infection, il y a indication au curettage. Mais ce curettage ne doit être ni trop précoce (l'utérus étant non contracté, à parois minces et ramollies), ni trop tardif (l'infection ayant déjà dépassé les barrières de la matrice. Le curettage devrait donc être pratiqué après la fin du troisième jour des suites de couches et avant le dixième jour.

S'il est parfois difficile d'affirmer que la délivrance est complète, surtout lorsque l'accoucheur n'a pas assisté la femme, il existe des symptômes particuliers : utérus mou et volumineux avec orifice largement perméable, des lochies épaisses, glaireuses, fétides, grisâtres ou noirâtres, un suintement sanguin très abondant ou des hémorragies, qui inciteront à pratiquer le curettage.

Après le curettage l'auteur laisse une simple mèche de gaze stérilisée pour maintenir ouvert le col utérin et drainer. Après 24 heures il retire la mèche et procède à une injection intra-utérine qui est renouvelée les jours



suivants, s'il y a lieu; mais moins pour désinfecter l'utérus que pour assurer l'évacuation des liquides septiques, qui peuvent stagner dans l'utérus. Comme solution à 18/1600 de chlorure de magnésium préconisée par Delbet à cause de son innocuité, de son action excitatrice sur les tissus. Il recommande la solution à 18/1000 de chlorure de magnésium préconisée par Delbet à cause de son innocuité, de son action excitatrice sur les tissus dont elle réveille la vitalité, de la rapidité avec laquelle elle nettoie les plaies contuses et les tissus atteints de nécrose.

A l'appui de cette ligne de conduite l'auteur relate l'observation de neuf cas d'infection plus ou moins graves, dans lesquels il a pratiqué le curetage. Il n'a eu qu'un seul décès produit par septicémie préexistante à l'intervention.

(Dr E. Lévy)

**Traitement des infections utérines  
puerpérales par les injections discontinues  
avec le liquide de Carrel-Dakin**

par J. ANDÉRODIAS

in *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, Janv. 1922

L'auteur frappé par les excellents résultats obtenus pendant la guerre en traitant, par la méthode Carrel, les plaies infectées, avait pensé à l'application possible de ce procédé en obstétrique pour traiter les utérus infectés post-partum ou post-abortum.

Voici sa technique : Une sonde urétrale en gomme rigide, stérilisée est introduite dans l'utérus en se servant d'un speculum ou de valves et est ensuite fixée par son extrémité à une cuisse de la malade par un tour de leucoplaste ou de bande de gaze stérilisée. Un pansement de gaze et coton stérilisés obture la vulve. Un tube raccord de verre met en communication la sonde avec le tuyau de caoutchouc qui amène le liquide; une pince de Mohr est placée sur ce tuyau et le récipient de 1-2 litres est placé à la hauteur de cm. 75 à 1 m. Toutes les deux heures, le jour, et toutes les trois heures, la nuit, un aide détend le ressort de la pince de Mohr et laisse lentement s'écouler 40 à 50 centicubes de liquide.

L'irrigation, faite avec le liquide de Dakin préparé fraîchement, est continuée plusieurs jours, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un résultat favorable ou qu'elle se soit au contraire montrée inactive (frissons, fortes élévations de température).

L'auteur traite, par cette méthode, en deux ans, 152 cas d'infection post-partum : 133 cas guérissent en 10 à 25 jours après leur accouchement

et la durée de l'irrigation oscilla entre *deux à huit jours*. Si au bout de ce temps (2 à 8 jours) l'état local et général n'a pas été amélioré, il importe de ne pas continuer, car il n'y a plus rien à attendre de la méthode et il faut de suite, si on ne l'a fait déjà, s'adresser à d'autres moyens thérapeutiques mieux appropriés.

(D<sup>r</sup> E. Lévy)

**Le pouvoir désinfectant  
des solutions d'alcool dans la pratique  
chirurgicale**

par le Professeur O. CIGNOZZI  
in « Polidinic » Scz. Prat. fasc. 2-1922

L'Auteur rappelle les études faites jusqu'aujourd'hui qui ont démontré que l'alcool dilué est doué d'un pou-

voir désinfectant supérieur à celui de l'alcool absolu, grâce à la présence même de l'eau qui en favorise soit le pouvoir de pénétration, soit le mécanisme de précipitation des substances albuminoïdes, cause de la mort des bactéries.

L'auteur étudie la question depuis dix ans et après presque deux mille traitements il nous fait savoir comment il a pu constater que l'optimum de dilution de l'alcool est de 70° et encore que cette action désinfectante est exaltée par l'addition de l'acide acétique dans la proportion de 1 ou 1  $\frac{1}{2}$  p. 100 suivant les usages.

L'acide acétique joint en effet son action coagulante de l'albumine à celle de l'alcool et en multiplie ainsi l'effet désinfectant de ce dernier.

L'Auteur passe en revue les autres substances qui ont été additionnées à l'alcool pour la désinfection depuis la méthode de Grossich jusqu'à l'acide pierique et aux substances colorantes, mais d'après lui c'est l'acide acétique qui tout en laissant entières les qualités désinfectantes des autres solutions, n'a pas les inconvénients et parfois les défauts de celles-là.

Voilà d'après son expérience, les titres des solutions pour les différents usages :

1° *Soie pour suture* : ébullition dix minutes, conservation dans la solution d'alcool à 70° et acide acétique 1 p. 100. La soie se conserve stérile, même après trois mois, jusqu'à consommation de toute la bobine et ne perd pas ses qualités de souplesse et de résistance.

2° *Opérateur* : Après lavage à l'eau chaude et savon pendant dix minutes, tremper les mains dans la solution alcool acétique 1 p. 100 pendant deux ou trois minutes.

*Champ opératoire* : Après toilette (dégraissage à la benzine, lavage à

l'éther, etc.) Compresses de la grandeur du champ opératoire imbibées de la solution à 1 p. 100 qu'on laisse sur la peau pendant 5 à 8 minutes, cependant que le chirurgien apprête ses instruments et protège de linge stérilisé le champ opératoire.

4° *Blessures* : alcool acétique  $\frac{1}{2}$  p. 100;

5° *Processus phlogistique fermé* : pansements avec les compresses imbibées de la solution à 1 p. 100.

6° *Traitement local de plaies infectées* : pendant 24 heures pansement avec des compresses imbibées de la solution  $\frac{1}{2}$  p. 100 puis, pendant 24 h. pansement au Dakin.

En concluant l'auteur fait remarquer tous les avantages de cette méthode : elle n'a pas l'action irritante de l'iode surtout sur les peaux délicates, elle n'altère pas les instruments, ne teint et n'abîme pas le linge; cette méthode respecte les mains du chirurgien dont la peau devient plus souple, plus luisante et d'une blancheur exceptionnelle, sans trace d'irritation ou de crevasses. Enfin l'auteur n'hésite pas à déclarer qu'il juge la solution d'alcool éthylique à 70° acidifiée avec l'acide acétique à 1 ou  $\frac{1}{2}$  % comme le meilleur des désinfectants que nous possédons aujourd'hui dans la thérapie chirurgicale.

### Notes sur l'examen des crachats de tuberculeux

I. *Augmentation apparente du nombre des bacilles tuberculeux dans les crachats en voie de putrefaction.*

II. *Application au diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'enrichissement apparent en bacilles tuberculeux des crachats mis à l'étuve.*

(Bezanon, Mathieu et Philibert)

*Société de Biologie, 25 Mar. 1922)*

Dans la première note, les auteurs ont confirmé le fait que les crachats de tuberculeux mis à l'étuve voyaient augmenter le nombre de bacilles dès le deuxième jour jusqu'à un maximum (4° au 7° jour) pour décroître en-

suite. L'expérience a lieu dans un tube à essai sur une hauteur variable, suivant la quantité de crachats dont on dispose.

Le séjour à l'étuve amène la séparation du produit en deux couches : une fluide, très pauvre, et un culot, très riche, en bacilles. Les auteurs pensent qu'il ne s'agit pas d'une multiplication de bacilles, mais d'une sédimentation après fluidification du crachat.

Dans la seconde note, ils relatent les résultats obtenus sur 227 expectorations suspectes de l'application de la technique précédemment exposée.

Ils ont constaté que sur 8,8 % des cas où, ni l'examen direct, ni même l'homogénéisation par la soude ou l'antiformine n'avaient décelé le B.K. cette technique a mis en évidence l'agent pathogène.

Un perfectionnement de ce nouveau procédé consisterait à pratiquer l'homogénéisation sur le sédiment d'un tube de crachats ayant séjourné à l'étuve.

(Paul Jarmon)

### Pathogénie du chancre syphilitique de l'amygdale

par G. PORTMANN, de Bordeaux

in *Revue de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*, Janv. 1922

On a recherché quelle était la cause de la fréquence, chaque jour croissant du chancre syphilitique de l'amyg-

dale palatine. Il paraît étonnant, en effet, que cet organe, si souvent atteint, se trouve justement placé dans la partie la plus éloignée de la cavité buccale, ce qui élimine la contamination habituelle par contact direct ou traumatisme.

L'auteur pense que la situation anatomique et la structure de la tonsille peuvent fournir des raisons suffisantes :

a) l'amygdale située dans la partie rétrécie que franchit le bol alimentaire, continuellement irritée par celui-ci, peu défendue contre les variations de température extérieure, contenant dans son parenchyme même une richesse microbienne incomparable, est souvent dans un état subinflammatoire qui la met en moindre résistance.

b) Son aspect tourmenté et ses cryptes favorisent la stagnation, condition on ne peut meilleure pour une contamination.

c) Arrivé dans ces cryptes où il a toute facilité pour séjourner, le tréponème trouve devant lui des voies d'effraction physiologiques dans lesquelles il peut s'engager pour pénétrer dans le parenchyme tonsillaire.

En effet, l'épithélium amygdalien qui possède une grande cohésion sur les parties superficielles de l'organe, se modifie au niveau des cavités cryptiques où il prend un aspect aréolaire très particulier; il se transforme en un *épithélium fenêtré* dans lequel on constate des espaces constitués par l'écartement des cellules; les *thèques intra-épithéliales* qui sont remplies de lymphocytes.

Or, si les thèques intra-épithéliales sont des voies de passage de l'intérieur vers l'extérieur pour les cellules lymphatiques, elles peuvent inver-



sement servir de voies de passage pathologiques de l'extérieur vers l'intérieur pour les différents germes microbiens.

Au contraire de l'épithélium lingual ou buccal, constitué pour résister à des traumatismes même violents, l'épithélium aréolaire des cryptes se présente comme une éponge que le tréponème n'aura pas de difficulté à traverser.

---

### **Le salicylate de soude chez l'enfant**

TAILLEUR - Pédiatrie Pratique, N° 21 (1921)

L'auteur note d'abord qu'alors qu'il faut une atteinte grave de rhu-

matisme articulaire aigu pour léser le cœur d'un adulte; chez l'enfant, la moindre petite atteinte de rhumatisme articulaire aigu se complique souvent d'endocardite.

Or, étant donné que l'enfant supporte bien les médicaments qui s'éliminent rapidement par les reins (comme le salicylate de soude que l'on retrouve dans les urines quelques minutes après l'absorption) l'auteur n'hésite pas à administrer à l'enfant des doses fortes de salicylate de soude, doses supérieures proportionnellement au poids à celles administrées aux adultes. Ces doses sont données à intervalles réguliers de façon à maintenir l'organisme en état de saturation. L'auteur donne à un enfant de sept ans, 4 à 6 grammes de salicylate par jour en quatre prises. Le médicament est administré dans du lait. Pour éviter les complications cardiaques, l'auteur conseille de continuer à prescrire le salicylate à plus faibles doses pendant quatre semaines encore après la disparition de la fièvre et des douleurs.

---

### **Action sur l'organisme de la saccharine comme édulcorant dans l'alimentation**

Ed. BONJEAN

in *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, Janvier 1922

Les divergences observées entre les auteurs scientifiques sur l'action de la saccharine comme édulcorant dans

l'alimentation, sont principalement dues à la fonction *acide* de la saccharine pure.

Si celle-ci est neutralisée par du bicarbonate de soude, suivant la forme sous laquelle la saccharine est vendue et consommée actuellement, le désaccord tend à cesser; en effet, dans ces conditions on ne peut relever aucune action contraire aux fonctions de la vie animale chez les individus normaux.

Le pouvoir *édulcorant* peut donc être réalisé par le mélange saccharine bicarbonate de soude, d'une manière générale, sans inconvénient pour les fonctions de la santé.

Bien entendu il ne faut employer que les doses nécessaires et suffisantes, tandis que l'on a toujours des tendances à employer, en raison de la petitesse de la masse, des doses relativement énormes à en juger par les expériences des différents auteurs, y compris les nôtres.

(Certains auteurs ont fait ingérer jusqu'à 10 grammes de saccharine par jour à des chiens, ce qui représente un pouvoir *édulcorant* correspondant à quatre kilogrammes de sucre, et ces chiens n'ont rien présenté d'anormal.)

Les expériences de l'auteur confirment une fois de plus l'action inoffensive de la saccharine sodique sur l'organisme, en général; leurs résultats concordent avec l'observation de l'innocuité de cet *édulcorant* au cours de l'immense expérience publique qui vient d'être réalisée, dans laquelle 300.000 kilogrammes de saccharine ont été consommés, rien qu'en France, en l'espace de trois années, sous la forme commerciale de saccharine, bicarbonate de soude, et cela conformément à la réglementation en vigueur ayant pour but d'en limiter l'emploi à un certain nombre de produits dans lesquels le sucre entre simplement comme *édulcorant*.

### Contribution à l'étude du somnifène

Dr I. KINDLER. Thèse de Montpellier, 1921

Le somnifène, diéthyl-dipropényl carbaturate de diéthylamine

a fait l'objet d'études physiologiques, pharmacologiques et cliniques excessivement intéressantes qui toutes constatent la parfaite innocuité de cet hypnotique et les résultats vraiment remarquables obtenus par son emploi, résultats qu'a confirmés M. Kindler, dans la thèse très documentée qu'il vient de consacrer au somnifène, d'après de nombreuses observations prises dans le Service de M. le Professeur Roger.

Ce médicament agit tout particulièrement dans les insomnies anxieuses et psychonévrotiques; il est d'ailleurs efficace dans toutes les formes d'insomnie; il possède une action élective sur le système nerveux central et surtout sur l'encéphale; sans effets nocifs sur le foie, les poumons, l'estomac, le cœur et les reins, il ne modifie pas la tension artérielle, il est bien toléré par les cardiaques et il paraît même augmenter la diurèse; d'autre part, il joint, à ses propriétés hypnagogues, un pouvoir sédatif très utile chez les excités, les agités et les malades atteints de crises con

Enfin le somnifène procure, dans d'excellentes conditions, un sommeil profond et réparateur, suivi d'un réveil parfait de bien être, sans cette lassitude, sans cette lourdeur de tête, sans cette céphalée gravative qui caractérisent l'emploi de la plupart des hypnagogues; il réalise, d'après tous les cliniciens qui l'ont utilisé, un hypnotique inoffensif, d'action sûre, ne s'accumulant pas et d'une très grande maniabilité.

La maison Hoffmann La Roche présente le somnifène sous deux formes : 1° en *gouttes* : dose moyenne 30 gouttes avant de se coucher, en ampoules de 2 cc. à injecter deux heures avant le sommeil.

---

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité pratique d'obstétrique normale et de puériculture pré-et post-natale**, par le Prof. J. M. ROUVIER, d'Alger. — 1 vol. in 8° Jésus, 832-XII pages, Prix 50 fr. chez J. CARBONNEL, éditeur, 2, Place de la Régence - Alger.

C'est dans le but de combler une lacune de la littérature obstétricale dont se plaignaient, à juste titre, les praticiens, qu'avec son expérience clinique, fruit de plus de 30 années d'enseignement de l'obstétrique, le professeur J.-M. Rouvier a rédigé le *Traité classique d'obstétrique normale et de puériculture pré- et post-natale*.

Le nouvel ouvrage constitue un exposé clair et méthodique de toutes les questions qui intéressent la vie de reproduction chez la femme : fécondation, grossesse, accouchement, suites de couches et allaitement jusqu'au sevrage. Il a rigoureusement été mis au courant des travaux et découvertes les plus récents, effectués dans le domaine de l'obstétrique : glandes endocrines, corps jaunes gestatif et périodique, diagnostics biologiques, vitamines, ferments et fermentations du lait, etc. Une étude approfondie de la physiologie du nourrisson, durant la première année, et une étude très complète du lait servent de bases logiques à la direction scientifique des divers modes d'allaitement, sans négliger les curieux problèmes de l'anaphylaxie lactée.

En somme, le programme de ce traité démontre la constante préoccupation de l'auteur, de répandre les connaissances les plus modernes, qui permettent de prévenir, à la fois, et les *auto-infections* et les *hétéro-infections*, également redoutables pour les intérêts de la mère et de son enfant. C'est ainsi que cet ouvrage se trouve renfermer toutes les questions de la

puériculture pré- et post-natale. A ces titres divers, il paraîtra indispensable à la bibliothèque des médecins praticiens et des sages-femmes instruites. Grâce à une table alphabétique très complète et très détaillée, ils y trouveront rapidement les solutions de tous les problèmes obstétricaux qu'ils rencontrent quotidiennement dans l'exercice de leur profession.

---

**L'Emploi des rayons X en médecine**, par le Dr Paul DUBEM. — 1 vol. in 18°. — Ernest FLAMMARON, éditeur, Paris. — Prix 10 fr.

La bibliothèque des « Connaissances Médicales » a tenu à mettre ses lecteurs au courant des services considérables que les Rayons de Roentgen sont susceptibles de rendre à la Médecine, tant au point de vue du diagnostic des maladies que de leur influence sur les tissus vivants et des applications thérapeutiques qui en dérivent.

Le Dr Dubem a exposé dans ce petit volume une vue d'ensemble de cette question à la fois si vaste et si intéressante qu'est la Radiologie.

On sait à quel point le public comme le monde scientifique se passionne pour l'étude des radiations. L'auteur après avoir fait comprendre la genèse de leur formation a passé en revue toute l'étendue du domaine de leurs applications. Sujet extrêmement vaste, traité avec toute la concision et toute la clarté possible; où les faits se pressent, serrés les uns contre les autres.

Ce livre n'a pas été écrit pour les spécialistes, mais il sera des plus utiles soit au médecin, soit à l'étudiant, soit à l'homme d'esprit, curieux des progrès scientifiques. En quelques pages d'une lecture facile, il les mettra à même de connaître sérieusement l'état actuel de la question.

---



### Distinctions honorifiques

Nous adressons nos sincères félicitations à nos confrères B. DINGUIZZI, promu officier de la Légion d'honneur et H. BOUHAGEB, nommé chevalier du même ordre; ainsi qu'à M. le docteur T. COSTANTINO, nommé officier d'Académie.

Ces décorations ont été accordées à l'occasion du récent voyage de M. le Président de la République.

### XVI<sup>e</sup> Congrès Français de Médecine

Le XVI<sup>e</sup> Congrès français de Médecine aura lieu à Paris du jeudi 12 au samedi 14 octobre 1922.

#### Bureau du Congrès

*Président* : Docteur Fernand WIDAL, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine.

*Vice-Président* : Docteur G. THIBIERGE, Médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Médecine;

Docteur Louis MARTIN, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine.

*Secrétaire général* : Docteur A. LEMIERRE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Andral.

*Secrétaire adjoint* : Docteur M. BRULÉ, médecin des Hôpitaux de Paris.

*Trésorier* : Docteur E. JOLTRAIN, Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris.

Les rapports porteront sur les sujets suivants :

1<sup>o</sup> Eléments de diagnostic entre l'ulcère gastrique et l'ulcère duodéal.

*Rapporteurs* : M. le docteur E. ENRIQUEZ, médecin de l'hôpital de la Pitié, et M. le docteur G. DURAND, ancien interne des Hôpitaux de Paris; M. le docteur A. CRAMER, médecin adjoint à la Clinique Médicale de Genève, et M. Ch. SALOZ, Chef de Laboratoire à l'Université de Genève.

2<sup>o</sup> De la signification pathologique des formes anormales des globules blancs.

*Rapporteurs* : M. le docteur SABRAZÈS, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux; M. le docteur LEMAIRE, Professeur à l'Université de Louvain.

3° Traitement préventif et curatif des maladies par carence.

*Rapporteurs* : M. le docteur WEILL, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, et G. MOURIQUAND, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon; M. le docteur F. RATHERY, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Pourront être inscrits comme membres adhérents du Congrès :

1° De droit les membres de l'Association des Médecins de langue française;

2° Sous réserve d'acceptation par le Bureau du Congrès les médecins et savants s'intéressant aux questions médicales, qui désirent y prendre part.

La cotisation pour les membres adhérents au Congrès est fixée à quarante francs. Tous les membres adhérents prennent part au même titre aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications. Les étudiants en médecine et les membres non médecins de la famille des adhérents pourront être admis comme membres associés du Congrès moyennant une cotisation de vingt francs.

Pour tous les renseignements s'adresser à la permanence du Bureau du Congrès à la Faculté de Médecine, 12, rue de l'Ecole de Médecine, bureau de l'Association pour le Développement des Relations Médicales avec l'Etranger (A.D.R.M.); ou au Docteur A. LEMIERRE, 217, rue du Faubourg St-Honoré, Paris 8°.



# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

JUIN 1922

---

## TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

---

### La paralysie douloureuse des jeunes enfants

par le Docteur Jules COMBY

Médecin honoraire de l'Hôpital des Enfants (Paris)

---

Quand un jeune enfant commence à marcher, dans la rue, il le fait avec l'assistance d'une grande personne : père, mère, domestique, frère ou sœur plus âgés. Il est tenu solidement par une main attentive à prévenir les chutes. Vient-il à trébucher, cette main tire fortement en haut le bras du bébé et celui-ci aussitôt pousse un cri de douleur en laissant retomber inerte son membre supérieur en pronation. Il est comme paralysé et cesse de se servir de la main du côté malade. En même temps il continue à souffrir et on cherche à le soulager en lui mettant le bras en écharpe. L'examen attentif de tous les segments du membre traumatisé ne révèle la présence d'aucune fracture, entorse ni luxation. Au bout de quelques jours, les douleurs disparaissent, les mouvements se rétablissent et l'enfant est guéri.

Que s'est-il donc passé et comment faut-il interpréter l'accident ?

L'illustre chirurgien Chassagnac, l'inventeur du drainage des plaies et de l'écrasement linéaire, avait décrit en 1856 cette curieuse affection sous le nom de *paralysie douloureuse des jeunes enfants*. Il avait bien vu qu'il ne s'agissait pas d'une paralysie véritable, ni d'une lésion appréciable des os ou des articulations, mais d'un simple choc traumatique, d'un froissement douloureux entraînant l'impotence momentanée du membre intéressé.

Pendant longtemps, médecins et chirurgiens, en présence de

cette affection assez commune, s'en tinrent à la description de Chassagnac sans pénétrer plus avant dans la pathogénie. Puis le D<sup>r</sup> Brunon (de Rouen), ayant observé un certain nombre de cas, en fit l'objet de deux articles (1893, 1895) assez documentés et conclut à une pseudo-paralysie par *inhibition*. Cette explication ne parut pas satisfaire tout le monde, spécialement le D<sup>r</sup> Bézy (de Toulouse qui, assimilant le traumatisme initial à celui qui caractérise les paralysies d'origine obstétricale invoqua le *tiraillement du plexus brachial*.

On pouvait à la rigueur se contenter de cette explication et assimiler la traction brusque exercée sur l'enfant en marche à celle que nécessite un accouchement laborieux. A. Broca, dans ses leçons cliniques de 1905, a repris la question et ruiné les théories précédentes. Etudiant attentivement l'articulation du coude, siège présumé de la lésion que le traumatisme a pu provoquer dans l'action de soulever brusquement en l'air la main d'un jeune enfant, il a découvert un minime déplacement de la tête du radius. Cette *subluxation* de la tête radiale ne saute pas aux yeux, il faut la chercher et, même si on ne la trouve pas, on doit l'admettre quand on constate la réussite de la manœuvre proposée par Broca pour guérir instantanément le mal. L'avant-bras est resté en pronation et pend inerte le long du corps; tenant le coude de la main gauche et cherchant à appuyer sur la tête du radius, avec la main droite on étend l'avant-bras en supination sur le bras. Il ne reste plus qu'à exécuter la flexion complète pour remettre l'os en place.

En effet, à partir de ce moment, l'enfant a cessé de souffrir et récupéré les mouvements qu'il avait perdus.

Un autre chirurgien d'enfants, le D<sup>r</sup> Grisel, élève de Kir-misson, dans un article du *Monde Médical* (1909), a confirmé pleinement la doctrine de Broca et vérifié le succès de sa méthode.

Nous venons d'observer un cas de cette *pronation douloureuse* qui confirme la pathogénie et la thérapeutique de notre collègue A. Broca; et, si nous le publions aujourd'hui, ce n'est pas tant à cause de cela que pour la singularité des circonstances au milieu desquelles il s'est produit.

Le 7 mai 1922, un nourrisson de 12 mois, ne marchant pas encore, est promené dans une petite voiture suspendue. La



bonne, qui poussait ce véhicule, voulait traverser rapidement la rue, pour éviter une automobile qui se montrait non loin de là. Elle fait rouler trop rapidement la voiture du trottoir sur la chaussée, donnant ainsi à l'enfant une violente secousse. A ce moment précis le bébé, très vigoureux et remuant, cherchait à se lever en saisissant avec sa main droite le rebord supérieur de la capote. Il laissa retomber son bras en accusant par ses cris une vive douleur. La nuit fut agitée et douloureuse. Le lendemain matin, 14 ou 15 heures après l'accident, je pus examiner l'enfant, qui tenait son membre supérieur droit immobile et en pronation. Examinant attentivement les os et les articulations (clavicule, épaule, humérus, radius et cubitus, coude et poignet), je ne découvris rien d'anormal. Cependant, une fois, en fléchissant l'avant-bras sur le bras, je perçois au coude un léger craquement. Déjà au récit qui m'avait été fait, le diagnostic de *pronation douloureuse* s'était présenté à mon esprit. Après examen j'affirmai son existence et procédai sur-le-champ à la manœuvre de Broca : supination de l'avant-bras suivie de flexion complète sur le bras. Je répétai 2 ou 3 fois le mouvement qui fut suivi d'un soulagement immédiat.

L'enfant n'accuse plus de souffrance quand on touche à son bras droit et il exécute bientôt les mouvements qui faisaient défaut.

Ce cas, si démonstratif en faveur de la théorie et de la pratique du chirurgien A. Broca, est intéressant par les conditions exceptionnelles du traumatisme. J'ai vu un assez grand nombre de paralysies douloureuses infantiles (type Chassagnac) ; j'ai lu beaucoup d'observations s'y rapportant ; or c'est la première fois que je suis appelé à constater un pareil mécanisme de production. A priori, il semble inadmissible qu'un enfant couché dans sa petite voiture puisse subir le même tiraillement qu'un enfant qui marche dans la rue ; et cependant, dans les deux cas, les causes et les effets peuvent être comparables.



# Hypernephrome sur un rein en fer à cheval

Néphrectomie partielle ; survie de 2 ans

par

P. SORIA

et

F. MASSELOT

Chirurgien de l'Hôpital Italien

Médecin de l'Hôpital Français



Cette observation résulte de la collaboration de trois médecins des trois hôpitaux de Tunis : un malade opéré dans mon service de l'Hôpital Italien a été admis quelques années après dans le service du D<sup>r</sup> Masselot, à l'Hôpital Civil Français, pour une affection incurable à laquelle il finit par succomber : l'autopsie confirma le diagnostic posé d'une anomalie embryologique ; et grâce à M<sup>me</sup> Brun-Romme, chef du Laboratoire de l'Hôpital Sadiki, on put établir un diagnostic histologique précis. Cette collaboration est la plus belle preuve de l'étroite camaraderie qui existe dans notre corps médical tunisien.

Au mois de mai 1920 se présentait le nommé G. P., âgé de 58 ans, machiniste, qui me raconta qu'il souffrait depuis 1914 d'une douleur abdominale qui s'était portée quelque temps après à la région rénale droite. Cette douleur se présentait au début comme symptôme isolé, puis en 1916, survinrent des hématuries sous une forme assez légère et d'une manière irrégulière. Les crises qui duraient sept à huit jours se reproduisaient tous les deux mois et même plus quelquefois : elles n'étaient pas en rapport avec la marche ou le surmenage et ne s'amendaient pas par le repos ou le régime sévère. Quelquefois elles étaient accompagnées de difficultés de la miction.

Lorsque le malade vint me consulter il était en pleine crise : et cette fois elle était si violente qu'il s'était produit une rétention vésicale ce qui avait nécessité un catheterisme. Le malade se plaignait en même temps du pollakurie : il urinait quatre ou cinq fois la nuit, et chaque heure le jour. C'était un homme de constitution normale, dont les muqueuses étaient un peu décolorées : la peau était un peu pâle mais n'avait pas la teinte terreuse. L'examen du thorax était négatif. La palpation de l'abdomen, assez développé avec muscles droits assez charnus, ne donnait rien de spécial : mais l'examen de la région rénale droite, faisait constater l'existence d'un rein augmenté de vo-

lume et abaissé. A gauche à la région rénale rien de spécial. Le toucher de la prostate ne décelait rien de pathologique. Le calibre de l'urètre était normal ainsi que la capacité vésicale (120 gr.). Le catheterisme donnait des urines franchement sanguinolentes. Je fis de suite une cystoscopie et après des lavages très méticuleux, car l'hémorragie se reproduisait assez rapidement, je pus constater que le méat urétéral droit éjaculait d'une manière rythmique de l'urine fortement sanguinolente. La cystoscopie révéla de plus un autre point intéressant, à savoir l'existence de trois papillones de la grandeur au maximum d'un grain de millet de couleur pâle, non ulcérés, situés au-dessus du méat urétéral droit. Ces symptômes me firent suspecter une tumeur du rein et quelques jours après je fis un examen fonctionnel pour me rendre compte si une intervention était possible. En voici le résultat :

A *Droite* : Sonde urétérale n° 15 à 20 cm. : pas de rétention.

|                           | Urine | Urée<br>par litre | Débit<br>d'urée | Chlorure<br>par litre | Débit<br>de chlorure |
|---------------------------|-------|-------------------|-----------------|-----------------------|----------------------|
| 1 <sup>re</sup> 1/2 heure | 12    | 14.02             | 0.16            | 8                     | 0.09                 |
| 2 <sup>e</sup> —          | 9     | »                 | »               | »                     | »                    |
| 3 <sup>e</sup> —          | 8     | 15.51             | 0.26            | 9                     | 0.15                 |

A l'examen microscopique de grandes quantités d'hématies.

A *Gauche* : Sonde urétérale n° 14 : pas de rétention.

|                           |    |       |      |   |      |
|---------------------------|----|-------|------|---|------|
| 1 <sup>re</sup> 1/2 heure | 50 | 12.15 | 0.60 | 7 | 0.35 |
| 2 <sup>e</sup> —          | 26 | »     | »    | » | »    |
| 3 <sup>e</sup> —          | 66 | 10.41 | 0.95 | 6 | 0.55 |

A l'examen microscopique : pas de cylindres ni de pus : quelques hématies.

De l'examen de ce tableau il résulte que la concentration de l'urée et des chlorures est excellente des deux cotés : que le débit est bien supérieur à gauche ainsi que la fonction aqueuse par la recherche de la polyurie expérimentale. — Le dosage de l'urée dans le sang donna 0.38 pour 1.000.

L'opération ayant été jugée praticable eut lieu à l'Hôpital Italien le 18 juin 1920 :

Anesthésie à l'éther : Incision de Guyon : aussitôt la loge rénale ouverte on tombe sur un rein énorme dont le pôle supérieur est gros comme la tête d'un enfant. J'arrive avec grande

difficulté à faire basculer et à luxer le pôle supérieur, mais je cherche en vain à aborder le pôle inférieur : j'ai la sensation qu'il se porte vers la colonne vertébrale. Je prolonge alors mon incision jusqu'à l'épine iliaque antérieure inférieure : mais je n'arrive pas non plus à délimiter le pôle inférieur qui de vertical tend à devenir transversal. En même temps je note que le bassin est antérieur ; et que l'urètre se trouve au devant des vaisseaux. Ces deux faits me font de suite penser que je me trouve devant à un rein en fer à cheval et, ayant déjà luxée, une bonne partie du rein droit je me décide à faire une résection rénale. Après avoir lié en bloc vaisseaux et bassin, j'enlève la tumeur avec une bonne partie de rein jusqu'au point où j'ai la sensation que le tissu est sain. Je pose une série de ligatures en chaîne avec du gros catgut n° 4, en servant doucement pour ne pas couper le tissu rénal et je sectionne nettement au-dessus de cette ligature qui est assez étanche. Je tamponne le moignon pour plus de sûreté et je referme la vaste brèche par une suture partielle des muscles. Les suites opératoires furent excellentes : par le tampon il s'écoula pendant trois jours une petite quantité de sang, mais jamais d'urine. Le tampon fut enlevé le 4<sup>e</sup> jour : les urines de sanguinolentes qu'elles étaient devinrent claires à ce moment. La quantité fut au 1<sup>er</sup> jour de 300 gr. : au 2<sup>e</sup> 800 gr., au 3<sup>e</sup> 2 litres avec une azotémie de 0.46 pour 100. La diurèse fut toujours normale ; pendant la convalescence qui fut relativement longue à cause de la cicatrisation de la brèche lombaire assez vaste après l'extirpation de l'énorme masse néoplasique. Celle-ci pesait environ 600 gr. : le périmètre était de 36 cm. A la coupe on trouve que le pôle supérieur est occupé par une énorme tumeur arrondie bien limitée. Le tissu est d'une couleur blanchâtre homogène de consistance dure : sans vacules. La démarcation entre la tumeur et le tissu rénal qui se trouve au-dessous est nette : la résection porte en tissu rénal sain dont on reconnaît la couleur et l'aspect caractéristique.

L'examen microscopique pratiqué par M<sup>me</sup> Brun-Romme, a donné les résultats suivants :

La tumeur est séparée du tissu rénal par une large bande fibreuse dans laquelle on retrouve quelques glomérules atrophiés. En aucun point cette barrière fibreuse n'a été franchie et



on ne retrouve pas trace de tissu épithélial, dans les fragments du rein prélevés sur la pièce de néphrécomie, ainsi que dans ceux prélevés à l'autopsie du malade au voisinage de la cicatrice opératoire.

« De cette bande fibreuse partent des fines cloisons vasculo-conjonctives qui isolent les cellules néoplasiques, celles-ci se disposent tantôt en minces travées, tantôt en larges alvéoles.

« Ces cellules sont pour la plupart des grosses cellules claires, à protoplasme vasculaire, à gros noyau central bien coloré, quelques-unes un peu plus foncées ont un protoplasme finement granuleux. On ne trouve pas trace de conduits. Les cellules sont tassées les unes contre les autres et serrées contre les cloisons conjonctives. L'aspect rappelle absolument celui des coupes d'hypernephrome de Grawitz. Toutefois si l'on examine de nombreux points des coupes on finit par trouver en plusieurs points des végétations papillaires qui s'avancent vers l'extérieur des alvéoles. Ces végétations font penser à l'origine rénale possible de la tumeur. »

C'est poser à nouveau toute la discussion de l'origine rénale possible de l'ancien hypernephrome de Grawitz. Le problème est à l'heure actuelle absolument insoluble. Cela n'est d'ailleurs qu'une question de terminologie. Il est certain que la tumeur en question répond à l'ancienne tumeur de Grawitz : qu'elle soit d'origine rénale ou d'origine sur-rénale ; c'est l'hypernephrome. D'ailleurs, microscopiquement elle ne ressemble pas du tout à un epithelioma rénal, dont l'aspect et la couleur rappelle plus ou moins le parenchyme rénal. Nous savons déjà que ces tumeurs quoique encapsulées et à développement souvent très lent, se comportant comme des tumeurs bénignes, sont pratiquement très malignes car extrêmement métastatiques.

Après l'opération je n'ai plus eu l'occasion de revoir le malade pendant une période d'au moins un an : puis il se représenta de temps en temps à moi parce qu'il se plaignait de mauvaise digestion, d'inappétence complète et d'une sensation de douleur sourde dans la région de l'hypochondre droit et de la colonne vertébrale. Du côté urinaire il ne présentait rien d'anormal, les urines étaient jaune clair et à l'examen microscopique on n'y trouvait aucune trace

d'hématies. L'examen de l'abdomen ne décelait la présence d'aucune tumeur. Le malade s'affaiblissait de plus en plus entre au mois de février 1922 à l'Hôpital Civil Français dans le service du D<sup>r</sup> Masselot duquel je tiens les notes suivantes :

« Individu d'aspect cachectique : rien à signaler au thorax. L'examen de l'abdomen révèle un estomac atone, clapotant et descendant à l'ombilic : de la défense dans la moitié susombiliculaire de l'abdomen. Le malade se plaint de souffrir en ce point.

« L'examen radioscopique montre l'existence d'une stase nette : après 5 heures aucune évacuation. Le tubage à jeu ramène 125 gr. de liquide de stase contenant de l'acide chlorhydrique libre. L'acidité totale est de 4 gr. L'état général ne permet pourtant pas de porter un autre diagnostic que celui de cancer. Une laparotomie exploratrice est pratiquée le 3 mars par le Docteur Bouquet. Elle montre l'absence de toute lésion stomacale, mais l'existence d'une hypertrophie dure du foie qui est adhérent à la région pylorique : en arrière du hile hépatique on sent une région particulièrement indurée. Rien d'appréciable sur les autres viscères mais il existe de nombreux ganglions du volume d'un haricot dans le mésentère.

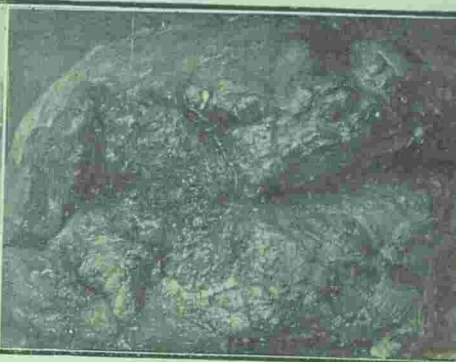
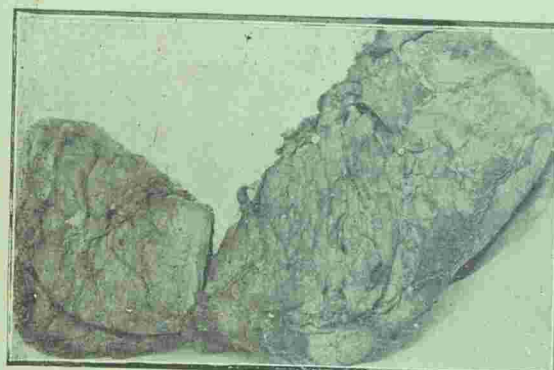
« Le 9 mars le sujet meurt dans le marasme.

« A l'autopsie on constate l'hypertrophie hépatique et la présence dans ce viscère d'un énorme noyau blanchâtre lardacé en forme d'amande siégeant dans le lobe droit dont l'aspect rappelle la figure classique du cancer primitif de foie. Il existe de nombreux ganglions dans les épiploons et le mésentère. On ne trouve pas de noyaux cancéreux dans aucun autre viscère. »

L'examen microscopique du foie pratiqué par Mme Brun-Romme a donné :

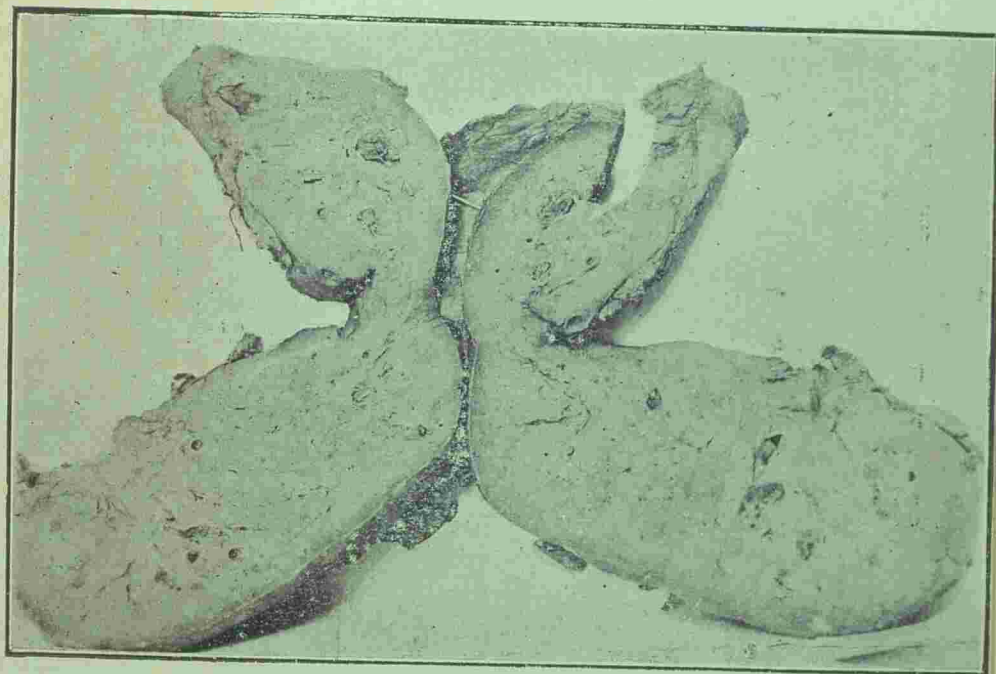
« On retrouve du tissu hépatique : quelques unes des cellules hépatiques sont surchargées de pigments : leurs travées sont dissociées par du tissu conjonctif infiltré de nombreux leucocytes ; les cellules hépatiques les plus voisines de la masse néoplasique sont refoulées et séparées de celles-ci par une cloison conjonctive. La masse néoplasique elle-même est formée des cellules, les unes granuleuses, les autres vacuolaires : les autres allongées fusiformes, les autres cubiques, de toutes, le noyau a très mal pris le colorant il est difficile d'affirmer qu'il s'agit d'une dégénérescence, car la pièce n'a été fixée que

# Hypernéphrome sur rein en fer à cheval



Rein en fer à cheval  
2 ans après l'intervention (pièce d'autopsie).

Hypernéphrome enlevé  
par néphrectomie partielle.



Coupe du rein en fer à cheval.

longtemps après l'autopsie. Ces cellules sont tassées les unes contre les autres avec très peu d'interposition conjonctive. En aucun point on ne trouve la disposition tubéculaire du cancer primitif.

« L'absence des veines subhépatiques, la présence de bandes fibreuses séparant en des nombreux points le tissu néoplasique du tissu hépatique, refoulé excentriquement par la tumeur, permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un cancer secondaire malgré la forme en amande qui devrait faire porter cliniquement le diagnostic de cancer primitif et, étant donné le caractère essentiellement métastatique de la tumeur rénale, il est très logique de rattacher à celle-ci la tumeur hépatique. »

En recherchant l'état des reins on trouve le rein en fer à cheval diagnostiqué lors de la première intervention.

Le rein gauche est long de 13 cm. et large de 8 cm., de volume un peu plus considérable par conséquent que celui d'un rein normal. Il est uni par son pôle inférieur au moignon du rein droit qui subsiste sur une longueur de 7 cm., par un isthme large à peine de 2 cm. et long de 1 cent. Les deux reins forment en se soudant un angle un peu inférieur à l'angle droit, dont l'ouverture est dirigée vers le haut. La cicatrice opératoire du rein gauche est nette : *il n'existe pas de récurrence locale, ni macroscopiquement ni microscopiquement.*

×

Ce cas mérite quelques commentaires et nous croyons utile de rappeler quelques notions sur l'anomalie qu'est le rein en fer à cheval : ces notes résument quelques monographies, spécialement celle du D<sup>r</sup> Boter du service Civile de Paris, parue dans la Revue d'Urologie en 1912.

Une définition très claire de cette anomalie est celle de Carlier et Gérard (1).

« C'est une malformation congénitale — disent-ils — consistant en la connexion plus ou moins intime au devant de la colonne vertébrale des deux pôles similaires des deux reins affectant ainsi exactement la forme d'un fer à cheval à branches égales ou inégales. Par conséquent on peut avoir une concavité

---

(1) *Revue de Chirurgie*, tome XLVI.



supérieure ou inférieure, si les deux reins sont symétriques, et en des reins L à sinus ouvert à droite ou à gauche, si les reins sont asymétriques.

C'est l'expression vestigiale d'un processus embryologique primitif et non la fusion tardive de deux organes distincts dit Tesson. Ces reins possèdent une ou plusieurs artères supplémentaires : celles-ci se rendant soit à la partie médiane du fer à cheval soit à la partie inférieure du hile. Ces artères supplémentaires naissent de l'aorte, toujours au dessous des vaisseaux rénaux normaux, le plus souvent de 5 à 10 millimètres au dessous de l'artère mésentérique inférieure ou immédiatement au dessus de la bifurcation de l'aorte. Les réseaux artériels des deux reins communiquent entre eux au moyen des branches anastomotiques contenues dans l'isthme (1). » Ces notions sont importantes parce qu'elles expliquent comment une nephrectomie partielle a pu être faite et réussir ce qui est plus difficile dans un rein normal.

Le rein en fer à cheval est une anomalie rare — dit Botez — une trouvaille d'autopsie ou une surprise opératoire. Elle embarrassait tellement les chirurgiens qu'elle fut considérée à un moment donné comme un *noli me tangere* (Braun Simon). Ils la trouvaient même si surprenante qu'ils renonçaient à l'opération radicale ou pratiquaient une opération incomplète (Kutner, Rovsing, Socin, Zuckerkande).

La fréquence du rein en fer à cheval trouvée aux autopsies est de 1 sur 715 cas : la fréquence opératoire est plus grande. Israel eût à 5 cas sur 800 opérations (1 160). Marion 2 sur 200 (1 100) : la moyenne serait de 1/143, par conséquent la morbidité du rein en fer à cheval est supérieure à celle du rein normale cette morbidité tient à la coexistence d'autres anomalies, telles que présence de vaisseaux anormaux, situation anormale du bassin, implantation vicieuse de l'urètre sur le bassin, mobilité du rein, qu'expliquent certaines des complications qu'on peut trouver : uronéphrose, pyélonéphrose, bacillose rénale, kyste du rein, tumeur, etc.

Quels sont les symptômes qui pourraient faire penser à un rein en fer à cheval ? Il faut décrire séparément une sympto-

---

(1) ICPRENOFF : *Charkoski meditrinisch Journal* 1913.

mologie pour le rein en fer à cheval sain et pour le rein maldé.

Voici selon Rovsing quelques signes distincts : la douleur, est contractive, intermittente, se reproduit pendant les fatigues, disparaît dans le repos, et s'exagérerait lorsque le malade courbe fortement en arrière sa colonne vertébrale pour soulever des poids lourds. Chez notre malade ce signe a manqué à tel point qu'il avait un métier très fatigant avec efforts et mouvements brusques (machiniste de théâtre).

Rovsing parle aussi de troubles digestifs, vomissements, crises douloureuses, dyspepsie, constipation : tous ces symptômes manquaient dans l'histoire de notre malade.

L'examen physique permettrait de faire le diagnostic seulement lorsque par une palpation très méticuleuse dans un abdomen relâché et dépressible on peut contourner les régions rénales et s'appuyer sur la colonne vertébrale. Cette recherche n'était pas possible chez notre malade qui présentait un abdomen très développé.

Un autre symptôme serait la constatation de l'extrémité inférieure du rein située plus bas et plus près de la ligne médiane que normalement avec son axe longitudinal s'approchant de l'horizontale. Dans quelques cas — bien rares — on pourrait sentir, par une palpation très méticuleuse les deux lobes de l'isthme.

Si le rein en fer à cheval est ectopique il sera cause, par la compression des organes pelviens, de troubles appropriés à chaque organe et par le toucher vaginal ou rectal on pourra palper une tumeur dont le diagnostic pourra être fait pourvu qu'on pense à cette anomalie. Dans ce cas, la palpation des régions rénales aura démontré l'existence d'un méplat anormal.

Lorsqu'un rein en fer à cheval devient pathologique le diagnostic peut être plus facile, par exemple, dans une hydronephrose on observe que la poche est presque médiane et se prolonge au-devant de la colonne vertébrale ; dans une tumeur on sent que celle-ci est transversale avec les deux extrémités latérales courbées en haut. Lorsqu'on pense se trouver en présence de cette anomalie on conseille de pratiquer une palpation de l'abdomen sous anesthésie générale.

Les recherches fonctionnelles rénales ne peuvent pas nous

mettre sur la voie du diagnostic de cette anomalie; les recherches radiographiques dans notre cas ont été négatives, bien qu'avant l'examen on ait attiré l'attention du radiographe pour avoir la confirmation du diagnostic opératoire. A cette époque on n'appliquait pas la méthode Carelli, mais celle-ci pourrait difficilement nous renseigner, car l'isthme est dépourvu de graisse périrénale et l'insufflation ne peut se faire en ce point. Selon Michon la pyélographie pourrait nous fournir des données utiles en nous montrant les bassinets et les urétéres dans une position plus médiane que normalement, pourvu que l'isthme soit très court. En somme, le diagnostic est presque impossible et bien des auteurs ont pu se tromper. Dans la statistique de Boter dix pour cent seulement des diagnostics ont été faits avant l'opération.

Pendant l'intervention, voici les signes qui doivent mettre sur la voie de ce diagnostic : un bassinets dans une situation antéro-inférieure anormale ; un urètre qui descend sur la face antérieure du rein ; une impossibilité de libérer le pôle inférieur, dont on n'arrive pas à délimiter le contour.

Toutes les opérations que l'on fait sur un rein normal peuvent être faites sur un rein en fer à cheval, la nephrotomie, la pyélotomie, la nephrostomie, la nephrectomie. On peut également pratiquer la séparation des deux reins moyennant l'incision de l'isthme, en coin, dont le sommet est dirigé vers le côté sain. Dans le cas où l'isthme est parenchymateuse on conseille la cautérisation, les pincements partiels, la suture de la tranche après section. Dans notre cas nous avons procédé à une nephrectomie partielle en la faisant précéder par d'une ligature en chaîne, et l'hémorragie a été nulle.

Les cas de heminephrectomie pour tumeurs dans la statistique de Boter sont au nombre de cinq (Cserny, Delbruchy, Gillon, Hildebrand, Konig) avec trois guérisons et deux morts. Dans la *Revue d'Urologie* nous en avons trouvé deux cas de Carlier ; dans la *Revue de Chirurgie* de ces trois dernières années nous n'avons trouvé mentionné aucun cas.

Comme notre opéré est décédé presque deux ans après l'intervention, sans qu'il y ait eu récurrence locale et ne peut que se féliciter du résultat opératoire.

Notre observation présente par ailleurs de nombreuses parti-

cularités intéressantes. Elles ont trait à la nature et à l'évolution des tumeurs rénales. De la classification de ces tumeurs, nous ne dirons rien, les anatomopathologistes n'étant pas d'accord sur elle, les uns admettant ce que les autres rejettent, les uns les déclarant bénignes alors que les autres les considèrent comme malignes. Ce qui paraît prouvé à l'heure actuelle c'est qu'entre l'adénome, tumeur bénigne qui peut d'ailleurs dégénérer et le carcinome le plus malin, il existe toute une série de néoplasies mal identifiées, avec lesquelles le malade peut vivre en bonne intelligence pendant de nombreuses années mais qui brusquement peuvent non pas dégénérer puisqu'elles sont déjà de nature cancéreuse, mais sortir de leur inactivité pour progresser localement envahir le système lymphatique, ou mieux encore essaimer à distance par voie veineuse.

Il existe en particulier une catégorie de ces tumeurs, ou, pour ne préjuger de rien, une étape de leur évolution où localement elles se présentent sous un aspect bénin, bien encapsulées, ne poussant aucun prolongement dans le tissu voisin. L'intervention la plus économique en débarrasse l'organisme et pourtant ces tumeurs d'apparence si bénignes sont redoutables par leurs métastases.

Il arrive même que la métastase se révèle à l'examen et entraîne la mort du malade avant que la tumeur originelle ait été diagnostiquée.

Notre cas se range sous cette rubrique. Il s'agissait bien d'une tumeur ayant évolué longtemps à *bas bruit* (4 ans) n'ayant pas récidivé après une néphrectomie partielle, bien encapsulée dans une gangue fibreuse, percée seulement d'orifices vasculaires, tumeur qui néanmoins avait envoyé un greffe dans le foie, si bien que le malade est mort d'un cancer du foie, alors qu'il était guéri de sa tumeur rénale. Ce point particulier de la biologie des tumeurs rénales méritait d'être souligné.

Notre cas mérite également de retenir l'attention car il a la valeur d'une véritable expérience : Un cancer de rein est enlevé et ne récidive pas ; deux ans après le malade meurt d'un cancer du foie d'origine métastatique. Il n'existe par ailleurs dans l'économie aucun autre noyau cancéreux. Tout le monde connaît la rapidité d'évolution des cancers du foie et beaucoup ont tendance à admettre l'impossibilité pour un cancer du foie d'évoluer



en deux ans. Dans notre cas la greffe cancéreuse ne peut qu'être antérieure à l'opération. Donc la métastase hépatique a bien évolué en un temps au moins égal à deux années. Il s'ensuit que ce dogme de l'extrême rapidité d'évolution des cancers hépatiques doit être légèrement corrigé ; on ne note cette accélération qu'à partir du moment où le cancer hépatique est cliniquement appréciable. Les documents que nous possédons sur la période silencieuse de ces cancers sont trop rares pour que nous ayons notion de leur durée d'évolution réelle.

---

### QUELQUES OBSERVATIONS

## AU SUJET DU PALUDISME DANS LE PERSONNEL DE LA MARINE

AU COURS DE L'ANNÉE 1921

par le Docteur **JOBARD**

Médecin de 1<sup>re</sup> classe de la Marine

Chef du Laboratoire de Bactériologie de l'Hôpital Maritime de Sidi-Abdallah

---

Les rives ouest et sud du lac de Bizerte formées de terrains plats submergés pendant la saison des pluies, marécageuses pendant le reste de l'année, ont toujours été considérées comme une région paludéenne. A la limite N. W. de cette zone, la Marine a installé une base navale (Baie-Ponty) avec ses dépendances (Carouba, Sidi-Ahmed); au sud-est elle a construit un arsenal important (Sidi-Abdallah) ; des raisons d'ordre militaire ont présidé au choix de l'emplacement de ces créations.

Chaque été voit renaître le paludisme dont les manifestations ne sont d'ordinaire ni très graves ni très nombreuses. Il en fut autrement au cours de l'été 1921. Dès le mois d'août nous fûmes frappés par la fréquence des cas reçus à l'Hôpital de Sidi-Abdallah. Le nombre des malades alla croissant pour atteindre son maximum en fin septembre et diminuer rapidement dès l'apparition des premières pluies de l'hiver. Cette recrudescence palustre ne fut pas un fait isolé de la Régence, toutes les provinces eurent à en souffrir, ayant subi les mêmes causes déterminantes.

La question du paludisme est devenue une question d'actualité et elle a été l'objet de nombreux travaux développés et discutés, ces derniers temps à la Société des Sciences Médicales de Tunis. Aussi, croyons-nous intéressant de relater dans cette note le résultat de nos observations personnelles relatives à ce sujet.

Les malades que nous avons traités, dans notre service de l'Hôpital maritime de Sidi-Abdallah appartenaient tous à la Marine militaire (Equipages européens et indigènes ; Ouvriers civils, européens et indigènes) ceux-ci en minorité.

Le personnel militaire est logé dans différents casernements (Baie-Ponty-Sidi-Abdallah-Sidi-Yahia) Le personnel civil s'essaime à sa guise entre Ferrville et Tindja ou à proximité de ces deux localités. De tous ces centres, ceux qui nous ont paru être le plus impaludés sont : 1° Tindja, situé sur la rive N.E. du lac de l'Iskheul ; 2° la cité Maritime (ex-Hôpital temporaire N° 2) en bordure du lac de Bizerte ; 3° La Baie-Ponty : rive W du goulet de Bizerte. La proximité d'une eau calme quoique saumâtre ou salée, la direction des vents dominants qui soufflent des lacs vers la terre, sont des raisons valables pour expliquer l'éclosion des anophèles et leur propagation vers les lieux habités. Nous ne saurions omettre cependant la négligence des habitants qui, sans s'en douter, entretiennent à leur porte, dans leurs cours, tous les éléments d'une féconde éclosion d'anophèles.

Aucune mesure sérieuse n'a été prise pour combattre le moustique, l'étude systématique de la faune anophélienne, préface de tout travail prophylactique, n'a pas été faite.

Des faits constatés, il résulte que le paludisme primaire fut observé dans la majorité des cas. Le paludisme ancien fut plus rare ; il intéressait presque toujours des indigènes et en particulier les recrues algériennes des Compagnies de Formation, originaires de la province de Constantine. Aussi aurons-nous surtout en vue dans cette étude le *paludisme primaire*.

Le *diagnostic clinique* en est facile le plus souvent, mais il peut arriver que la spécificité passe inaperçue. Nous avons à plusieurs reprises reçu des malades suspects à juste titre de fièvre typhoïde, ictère grave, septicémie, etc... qui n'étaient en réalité que des paludéens, comme nous l'a montré l'examen du sang. Aussi avons-nous érigé en règle absolue la recherche systématique du plasmodium et avons-nous souvent été surpris de le découvrir alors qu'aucun signe clinique ne permettait de le suspecter. L'examen microscopique seul permet ce diagnostic de certitude, examen facile du reste avec un matériel réduit, si l'on emploie une bonne technique. (étalement mince, coloration écloctique), nous utilisons un cosinate de bleu de Borrel qui colore écloctivement (noyau rouge protoplasma bleu) les hématozoaires avec une rapidité remarquable. On peut affirmer qu'avec ce procédé tout paludéen en activité est dépisté dès le premier examen. Il peut arriver que la quinine administrée avant la prise de sang gêne quelque peu la recherche, moins cependant qu'il est coutume de l'estimer.

La résistance du parasite à la quinine, à peu près nulle pour les mérozoïtes, croît avec l'âge de celui-ci, déjà plus forte pour les formes amiboïdes, elle est remarquable pour les gamètes (formes quinino résistantes). Après une prise de quinine et un examen négatif, mieux vaut temporiser sans quinine, attendre un nouvel accès et un nouvel examen à moins que l'état du malade ne commande une intervention urgente.

Beaucoup plus difficile apparaît ce diagnostic de certitude dans les formes chroniques: il est le plus souvent possible mais à plus ou moins longue échéance. On peut trouver une solution plus rapide par le procédé de la goutte épaisse décrit par Tribondeau, procédé délicat qui exige une grande habitude: après l'action erythrolisante de l'alcool au  $\frac{1}{3}$  et la coloration au bleu, au milieu des squelettes globulaires apparaissent des amas pigmentaires informes, seuls témoins de la présence des gamètes.

Enfin certains signes hématologiques importants peuvent faire présumer le paludisme: anémie rouge, accroissement du membre des macrophages, la présence de mélanine dans les mononucléaires.

Nos examens de laboratoire ont porté sur environ 200 cas positifs; tous pour le *plasmodium præcox* sauf pour quatre (dont trois de la même famille).

×

La question du *traitement* du paludisme a été reprise depuis une dizaine d'années, après avoir paru être complètement réglée en faveur de la quinine.

La médication idéale quelque soit l'agent thérapeutique, doit être spécifique, en même temps que massive et rapide dans son action et autant que possible inoffensive pour l'organisme. Or, la quinine seule nous semble réunir tous ces avantages.

A) Nous avons utilisé l'arsenic, soit sous forme de cacodylate de soude à hautes doses (1 gr. par jour par os) soit le 914, soit le galyl, sans en retirer des résultats probants, comparables à ceux obtenus avec la quinine. Nous citerons à ce propos, en les résumant, deux observations démonstratives; les deux cas, superposables, ont été observés à quelques jours de distance en juillet 1918.

Il s'agit de deux jeunes recrues de la Marine, originaires du Massif Central, pays indemne de paludisme. Ces deux jeunes recrues, arrivent à Toulon en Juin 1918, porteurs de lésions syphilitiques primaires; dès leur incorporation ils sont hospitalisés et soumis au traitement (914) intense. Après leur 4<sup>e</sup> injection (en Juillet) nous les recevons en consultation au laboratoire pour examen hématologique avec le diagnostic: « Anémie au cours d'un traitement salvarsanique, hyperthermie vespérale



38° et 38,5. Examen : forte anémie rouge, très nombreux corps en croissant. Cette double observation de paludisme à plasmodium præcox autochtone chez des syphilitiques, intéressante déjà, à ce double point de vue, retient notre attention pour ce fait qu'un traitement arsenical puissant n'a pas mis deux sujets à l'abri de l'inoculation du germe palustre.

Il n'en reste pas moins vrai qu'il faille utiliser concurremment avec la quinine l'action cytogène de l'arsenic pour les globules rouges et blancs, de même que son action stimulatrice générale sur l'organisme.

B) Sans preuve expérimentale bien établie, on a reproché à la quinine son action hémolysante. Il y a sans doute quelque vérité dans cette affirmation mais que n'accuse-t-on pas plutôt et surtout l'hématozoaire: celui-ci vit aux dépens de l'hémoglobine globulaire qu'il transforme en mélanine. Il renferme une toxine pyretogène qui est mise en liberté par l'aclatement des globules rouges au moment de la déhiscence des schizontes ». Rapport de la Commission du paludisme (Marchoux Président).

C) Administrée par la voie endoveineuse, la quinine semble réunir toutes les qualités requises pour constituer la médication idéale. c'est du moins le résultat de nos très nombreux essais compartifs.

Actuellement nous avons rejeté absolument de notre pratique les injections intramusculaires et sous-cutanées (solutions concentrées ou diluées): ces injections sont douloureuses, dangereuses pour les accidents rares, mais possibles, qui peuvent se produire à plus ou moins longue échéance (abcès, névrites etc..) même sans qu'il y ait eu faute de technique. Leur efficacité n'est pas supérieure à celle de l'ingestion buccale, quand les voies digestives sont libres.

Enfin l'acte médical est indispensable aussi bien pour les injections intra-musculaires que pour les injections I. V.

La voie buccale conserve des avantages incontestables de commodité, le malade peut être traité en l'absence du médecin, il peut l'être encore de cette façon quand ses veines sont inabordables (chose rare). Mais elle présente aussi de gros inconvénients ; elle n'est pas sans inocuité sur le tube digestif, celui-ci peut présenter des désordres qui rendent l'absorption problématique. La dose de quinine ingérée n'agit pas en totalité, puisqu'une partie est détruite ou fixée par le parenchyme hépatique (55 à 77 % d'après Grosser). Enfin le malade livré à lui-même ne suit qu'approximativement la prescription médicale ne prenant la quinine qu'à l'occasion des accès. Ce sont là au moins certaines causes des succès très nombreux, relevés dans la pratique courante, des rechutes de la chronicité désespérante.



A priori, l'injection I. V. doit porter instantanément, au plus profond de l'organisme, au contact de l'hématozoaire la totalité de la quinine administrée, son action doit donc être instantanée et massive. Pour n'être pas nouvelle, — dès 1890 Bouilli la préconisait — cette technique semble encore peu employée.

Elle est indolore : tout au plus le patient ressent-il au moment de la pénétration une sorte d'ivresse très supportable (chaleur accompagnée de rougeur au visage, de sensation gustative amère qui disparaît en quelques minutes.

Elle est inoffensive — nous n'avons jamais eu le moindre incident après environ un millier d'injections. Hartmann qui en a plusieurs milliers à son actif, et tous les auteurs qui l'ont adoptée sont unanimes sur ce point.

Elle est en outre d'exécution facile — ne différant en rien de toute autre I. V.

Enfin elle est d'une activité remarquable (tout en ne mettant en œuvre qu'une quantité réduite de sels de quinine) et c'est un point sur lequel tout le monde est d'accord. Cortesi rapportait dernièrement à propos du traitement d'urgence « les effets (de l'injection I. V) ont toujours été des plus satisfaisants et je n'ai presque jamais dû recourir à une deuxième injection ». Cette méthode a presque toujours été réservée sans raison apparente au traitement d'urgence, ce qui permet à Hartmann de dire très justement « ce serait une singulière énigme si un traitement qui dans les cas graves est susceptible d'un pareil succès devait être déconseillé dans les cas bénins et chroniques ».

La quinine injectée semble devoir être éliminée rapidement, il n'en est rien. La quinine apparaît dans les urines 5 minutes après l'injection, le temps d'excrétion varie suivant les individus — de deux à trois jours au minimum à 7 au maximum, la moyenne étant de 5 à 6 jours. (Résultats obtenus par Hartmann « Bulletin de la Soc. de Path. exotique 10 Nov. 1920) contrôlés par ceux de Soulie, Riemann etc. La durée de l'excrétion est donc à peu près la même quelle que soit la voie d'introduction de la quinine.

La technique est simple : Injection I. V. à la seringue (20 ou 30 C<sup>3</sup>) d'une solution de chlorhydrate de quinine uréthane diluée à raison de 1 gr. de sel pour 20 à 30 gr. de sérum physiologique.

Dose employée : 1 gramme par jour en une injection, faite le matin, sans tenir compte de l'heure d'apparition des accès.

Conduite systématique du traitement : 1) Dans le *paludisme récent ou primaire* (contracté au cours de l'année).

1<sup>re</sup> semaine : 1 injection quotidienne.

2<sup>e</sup> semaine : 1 injection le 13<sup>e</sup> et le 14<sup>e</sup> jour.

3<sup>e</sup> semaine : 3 injections.

4<sup>e</sup> semaine : 2 injections.

L'arsenic est donné régulièrement dans les intervalles. L'adrénaline est prescrite lorsque les circonstances en commandent l'emploi.

Même après plusieurs jours d'hyperthémie continue, la chute de la température est soudaine dès la première injection, sinon dès la seconde. L'état général du malade s'améliore très rapidement, la rate cesse d'être percutable et douloureuse. Le poids augmente (12 kilogs en un mois chez un de nos malades) l'anémie disparaît. La guérison peut être considérée comme obtenue en un mois, six semaines au plus; si le sujet ne subit pas une réinfection, les accès ne paraîtront plus.

Nous avons suivi jusqu'à ces temps derniers de nos malades qui 7 mois après leur sortie de l'Hôpital n'avaient pas présenté la moindre manifestation paludéenne.

2) A l'égard du *paludisme ancien*, la quinine maniée comme nous l'avons dit, agit également d'une façon remarquable.

Suivant la méthode de Hartmann nous avons donné :

1<sup>re</sup> semaine : Une injection quotidienne.

2<sup>e</sup> semaine : Trois injections.

3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> semaine : Deux injections.

Les malades étaient alors renvoyés à leurs corps, et nous recommandions de poursuivre le traitement quinique par la bouche à défaut d'injection I. V.

L'hyperthémie tombe rapidement, l'état général s'améliore assez vite, mais la formule sanguine tarde à reprendre son équilibre normal. Il subsiste toujours, quoiqu'on fasse, la splénomégalie que nous n'avons jamais pu vaincre. Cette irréductibilité ne doit du reste pas surprendre. L'hypertrophie du début est une simple congestion due en grande partie aux déchets globulaires et non aux hématozoaires qui ne cherchent dans la rate ni refuge ni lieu de reproduction. Peu à peu le tissu fibreux envahit l'organe, les dépôts mélaniques se font dans les travées, le cirrhose est créé, définitive. Au stade curable du début a succédé un stade incurable.

La guérison obtenue rapidement chez les paludéens primaires exige des mois de traitement pour les paludéens chroniques. Mais l'action rapide des injections I. V. rend le malade apte à reprendre ses occupations tout en poursuivant son traitement.

*En résumé.* — La quinine est le médicament vraiment spécifique du paludisme. Par l'injection I. V. — qui est indolore et sans dangers — on obtient une imprégnation massive et di

recte des hématozoaires. Sa mise en œuvre systématique permet une stérilisation rapide de tout paludisme récent, une guérison à plus ou moins brève échéance du paludisme ancien et chronique. Elle écourte au maximum le traitement en même temps qu'elle économise le médicament.

Nous ne saurions donc trop recommander cette méthode de traitement et d'en poursuivre systématiquement l'application. Nous ne doutons pas que les résultats obtenus ne retiennent, dans cette voie ceux qui s'y seront engagés.

---

## KYSTE MULTILOCULAIRE DU TIBIA

par A. JAUBERT DE BEAUJEU

---

Les kystes osseux connus depuis longtemps étaient en général des trouvailles d'opération ou d'autopsie, la radiographie a permis de faire des diagnostics précis et de les différencier d'autres tumeurs osseuses qui présentent à l'examen les mêmes caractères et le même aspect.

La question a été bien étudiée dans deux mémoires importants parus en 1912 et qui contiennent toute la bibliographie antérieure : l'un est de Canaguier (1), l'autre de Lecène et Lenormant (2).

Depuis, les observations et monographies se sont multipliés; parmi les auteurs on peut citer les noms de Mutel (3), Bythell (4), Mignon (5), Mambrini Davio (6), Phemyker (7), Alberti (8), Dreifuss (9), Maisin (10), qui se sont particulièrement occupés de la question.

D'après Mutel (11), on peut établir la classification suivante :

- 1° Kystes parasitaires, hydatiques, actinomycosiques;
- 2° Kystes résultant de la fonte d'une tumeur solide;

---

(1) *Archives provinciales de Chirurgie* (1912).

(2) *Journal de Chirurgie* (1912).

(3) *Revue d'Orthopédie* (1913).

(4) *Proceedings of the Royal Society* (1914).

(5) *Journal de Radiologie* (1916-1917).

(6) *Archives Italiennes de Chirurgie* (1920).

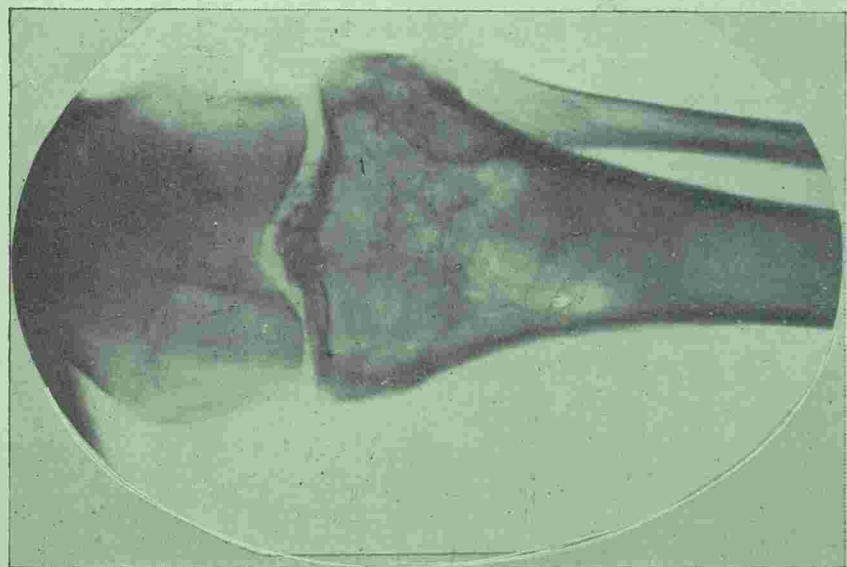
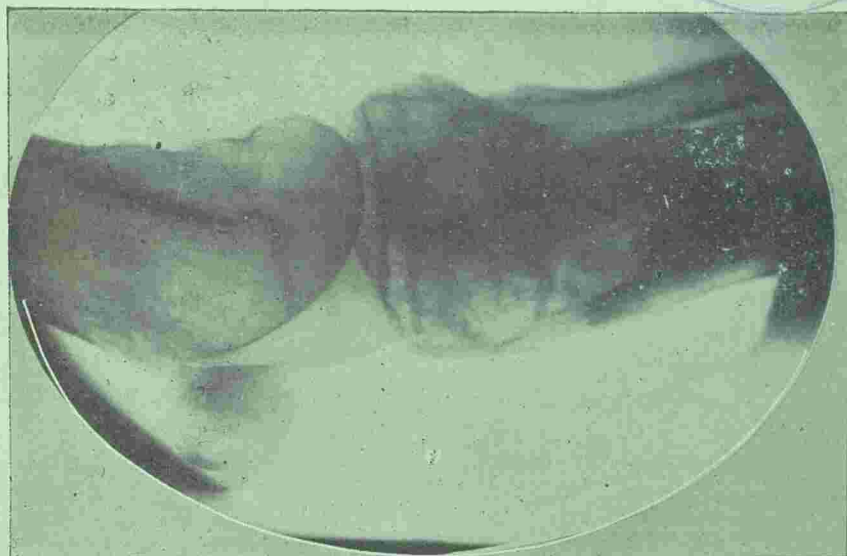
(7) *American Journal of Rontgenology* (1921).

(8) *La Radiologia Medica* (1921).

(9) *Fortschritte auf den Gebiete der Röntgenstrahlen* (1921).

(10) *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*.

(11) *Revue d'Orthopédie*, 1913, analysé in *Journal de Radiologie*, 1914.



KYSTE MULTILOCULAIRE DU TIBIA



- 3° Kyste résultant d'une ostéite fibreuse;
- 4° Kyste du maxillaire;
- 5° Kyste résultant d'ostéomyélite prolongé;
- 6° Kyste tuberculeux ou syphilitique;
- 7° Kystes hémorragiques de la maladie de Barlow;
- 8° Kyste observé dans les dystrophies ostéomalacie, ostéite fibreuse de Recklinghausen, maladie de Paget;
- 9° Kyste primitif dû, en général, à un traumatisme.

Si la radiographie permet de voir nettement le kyste osseux, le diagnostic de la nature du kyste est délicat. D'après Jaugeas (1) « les kystes osseux, quelle que soit leur origine inflammatoire, néoplasique ou parasitaire se traduisent par des zones claires témoignant de la destruction du tissu osseux entourées par de l'os condensé ou délimité par de minces coques, convexes régulières donnant à l'os un aspect boursoufflé. »

Pour Phemyster (2), la grande difficulté est le diagnostic entre sarcome à cellule géante et kyste simple.

« Dans les kystes osseux, la réduction en densité est tout à fait similaire à celle qui existe dans les tumeurs à cellules géantes, en ce sens que le processus commence à l'intérieur de l'os et produit une érosion excentrique sans ossification subséquente du tissu qui a causé cette érosion.

Du fait que les kystes sont plus enclins à apparaître chez de jeunes individus et affectent la diaphyse loin des extrémités; ils diffèrent aussi des tumeurs à cellules géantes en ce que l'on voit rarement une destruction étendue du cortex et un élargissement marqué de la région envahie.

Cependant de petites perforations du cortex peuvent exister et de nouvelles formations osseuses d'origine périostée secondaires peuvent apparaître. Il arrive rarement que le cortex soit rapidement érodé et que le périoste soit distendu avec un élargissement marqué de la région; la trabéculatation arrive dans les kystes et dans les tumeurs à cellules géantes : elle est périphérique dans les deux processus. »

Le cas que nous présentons a été observé chez une femme de 40 ans, soignée depuis un an et demi, pour des rhumatismes au genou droit. Sur les conseils d'une amie elle se fait radiographier.

La malade a joui d'une bonne santé générale et ce n'est que depuis

---

(1) *Précis de Radiodiagnostic*, 1918.

(2) PHEMYSTER : Studies in reduction of Bones density, *American Journal of Röntgenology*, juillet 1921.

près de deux ans qu'elle souffre de son genou droit. La douleur s'est établie insidieusement sans cause apparente.

A l'inspection et à la palpation le genou droit est à peine plus gros que l'autre; il est très légèrement déformé. La radiographie montre les particularités suivantes :

L'épiphyse tibiale présente des zones claires entourées de lignes courbes plus opaques, les contours extérieurs sont assez nets, l'os est faiblement élargi, la surface articulaire est déformée, les épines ont disparu, l'os est boursoufflé à leur niveau, et il existe en outre une expansion nettement trabéculaire paraissant joindre le fémur. Les contours du fémur sont nets, les deux condyles sont décalcifiés.

Le diagnostic de kyste simple multiloculaire est posé en raison de l'aspect radiologique, de l'absence de gonflement de l'os, et de la présence de la petite expansion trabéculaire.

Dreifuss (1) a émis l'opinion que les kystes osseux sont plus fréquents que l'on pense et que l'on pourrait les diagnostiquer plus souvent si l'on radiographiait tous les cas où il existe de vagues douleurs rhumatismales qui ont résisté à toutes les thérapeutiques, ce cas est une confirmation de cette opinion.

---

(1) DREIFUSS : *Sur l'origine traumatique des kystes osseux*. — Fortschritte auf den Gebiete der Röntgenstrahlen, juin 1921.



### CONTRIBUTION AU TRAITEMENT NON SANGLANT DU PROLAPSUS DU RECTUM CHEZ LES ENFANTS

par les Docteurs A. CORTESI et M. SALMIERI

---

Cet article n'a pour but que de rappeler à nos confrères de Tunisie, où les affections gastro-intestinales des enfants aboutissant au prolapsus rectal ne sont pas très rares, une méthode de traitement qui pour sa simplicité est à la portée de tout praticien.

Laissant de côté les théories sur l'étiologie du prolapsus du rectum ainsi que la description de tous les traitements sanglants qui se basent sur ces théories, nous nous bornerons à passer en revue, très rapidement toutes les méthodes non sanglantes, groupant avec ces dernières, celles de ces méthodes qui ne demandant que des actes chirurgicaux d'une très petite importance sont pour cette raison accessibles à tous les praticiens.

Si l'on admet comme règle générale dans le traitement du prolapsus rectal que dans une grande partie des cas ce prolapsus guérit si l'on en empêche l'issue pendant un certain temps, on comprendra facilement que l'on soit tenté d'obtenir ce résultat par les moyens les plus différents.

La méthode la plus simple de traitement du prolapsus rectal est sans doute celle proposée par le médecin anglais *Mummery*. Il s'agit d'empêcher les enfants de rester assis pendant la défécation : si on les place pendant ce temps avec les cuisses contre l'abdomen, la direction du rectum n'étant plus perpendiculaire au plan pelvien, l'organe est poussé par la pression abdominale contre le coccyx. Le prolapsus une fois réduit se reproduirait difficilement pendant la défécation et guérirait rapidement. La méthode aurait donné de très bons résultats à son auteur et à d'autres.

Se basant toujours sur le fait, qu'il suffit dans le plus grand nombre de cas, de maintenir réduit le prolapsus pendant un certain temps, pour obtenir la guérison, plusieurs médecins préconisèrent l'application d'appareils orthopédiques spéciaux, constitués essentiellement par une ceinture fixée à la taille du patient, avec un ressort postérieur qui, suivant le sacrum, maintient une pelote appliquée sur l'ouverture anale (*Vogst-Esmarch*), ou introduite dans le rectum (*Elvy et Bauer*).

Inutile de dire que ces appareils très mal supportés par le malade doivent être enlevés à chaque défécation, remplacés tout de suite après, la-

vés et nettoyés continuellement. D'autres bandages ont été proposés sous les formes les plus différentes. En général ils sont constitués par une large bande de diachylon, tendue d'une fesse à l'autre, qui serre fortement les masses des fessiers. Ces bandages surtout chez les enfants, sont continuellement souillés, et de là la nécessité de les renouveler très souvent.

Le massage méthodique du périnée (Thure-Brandt) aurait donné de bons résultats, mais cette méthode de traitement continue et longue, ne peut être adoptée dans tous les cas.

Pour parer à la perte de tonicité du sphincter anal, Vidal de Cassis avait proposé les injections intrasphinctériennes d'ergotine, et Languebeck, les injections sous-cutanées de strychnine et d'ergotine. Gosselin conseilla l'électro-ponction du sphincter; Duchenne, la faradisation; Lloyd, les caustications au nitrate d'argent; Allingam, celles à l'acide azotique; Guersan proposa les pointes de feu périanales et Bégin et Sédillot, les cautérisations de la muqueuse rectale au fer rouge.

Les cautérisations furent pendant longtemps très utilisées à cause de leur application facile; mais, parce qu'elles étaient à la portée de tout le monde, elles ne furent pas sans inconvénients. Des rétrécissements très graves en suivirent. A la limite pour ainsi dire entre les méthodes sanglante et non sanglante, nous trouvons une méthode qui ne saurait être indiquée que dans les cas d'extrême urgence, quand le prolapsus est en voie de nécrose et les conditions du patient telles à empêcher toute autre intervention opératoire. C'est la méthode de *Weintheuer* : l'on introduit dans la lumière du prolapsus jusqu'au-delà de l'anus un tube rigide sur lequel, avec une ligature, on noue fortement le segment prolabé. Celui-ci se nécrose et tombe pendant que les deux segments au-dessus de la ligature adhèrent sans besoin de suture. Dans la littérature, les cas traités par cette méthode sont très peu nombreux (Serafini). L'intervention presque non sanglante et d'application très facile, donne toujours lieu à des manifestations graves, telles que douleurs violentes, rétention d'urine, vomissements, et dans quelques cas à une vraie péritonite stercorale (Bakes).

La méthode doit donc être réservée à quelques cas désespérés.

Moins dangereuse, très facile, plus pratique est la méthode de Paget et Karensky, des injections de parafine. Sur la guide du doigt introduit dans le rectum, après avoir réduit le prolapsus, l'on injecte dans l'épaisseur de la paroi rectale, à peine au-dessus de l'ouverture anale quelques centimè-



tres cubes de parafine à fusion de 56°-58°, dissoute et chaude. Il se forme ainsi, un anneau péréal anal qui réduit l'ouverture anale. La parafine tient la place de l'anneau de fil d'argent de Thiersch et de l'anneau de fascia-lata de Juras.

Kephalinos a modifié la méthode dans ce sens : il n'injecte plus la parafine tout autour de l'ouverture anale de façon à former l'anneau, mais il enfonce l'aiguille aux deux côtés le long du rectum; et injectant le liquide il forme deux petites colonnes raides de parafine qui soutiennent et fixent le prolapsus.

Spitzzy pour éviter le danger possible d'embolie par pénétration de la parafine dans les veines, prépare avec un trocart, deux canaux latéralement au rectum réduit; il y introduit deux cylindres de parafine solide de la longueur de 8 à 10 cm. et avec une sonde il les pousse le plus haut possible.

A la place des cylindres de parafine, Hekehorne use deux grosses aiguilles courbes unies par un fil en soie. Les deux aiguilles sont implantées aux deux côtés du rectum et laissées en place pendant quinze jours. Pour les retirer il suffit de tirer sur le fil.

×

Plus simple, plus pratique de toutes les méthodes exposées, est sûrement la méthode des injections d'alcool proposée par le docteur Roux de Lausanne. A cause de la facilité avec laquelle l'alcool peut être à disposition du médecin, la simplicité de son usage, qui ne demande aucun chauffage, et sa praticité, cette méthode devrait, à notre avis, être tentée avant toute autre intervention.

Notre expérience personnelle sur la méthode est aujourd'hui très pauvre; mais les résultats obtenus dans le cas dont nous allons vous relater brièvement l'histoire clinique ont été des plus brillants.

G. N. 2 ans, entre à l'Hôpital Italien le 31 janvier 1922. Nourri artificiellement, il fut à un an, atteint d'entérite et c'est à la suite de cette maladie qu'il commença à souffrir de l'infirmité pour laquelle il entra à l'hôpital.

A l'examen général de l'enfant, rien d'intéressant à noter. A l'examen de la région périnéale on note l'existence d'un prolapsus du rectum de la grandeur d'un œuf de dindon. La muqueuse violacée saigne facilement et est en quelques points recouverte d'un exudat muqueux. Le sphincter anal permet avec toute facilité, l'introduction du doigt.

Après désinfection locale, l'on tente de réduire le prolapsus : la réduc-

tion est obtenue avec facilité; l'application d'un bandage au diachylon serrant fortement les fesses sur un rouleau de gaze ne réussit pas à maintenir le prolapsus qui se renouvelle au moindre effort de l'enfant.

Le 4 février après avoir préparé la veille l'enfant par des abondants lavements et après anesthésie au chlorure d'éthyle, on injecte autour du rectum sous la muqueuse en quatre points différents symétriques environ 6 cc. d'alcool absolu. On applique ensuite un bandage au diachylon. L'enfant est maintenu au lit pendant six jours. Le prolapsus ne se reproduit plus.

L'enfant sort de l'hôpital le 20, seize jours après l'intervention. Il va à la selle régulièrement et a des selles moulées. Le sphincter a repris sa tonicité et même en faisant pleurer l'enfant très fort, le prolapsus ne se reproduit plus.

La technique dans cette méthode est très simple : après préparation du malade avec une purge et un lavement la veille, de façon à bien débarrasser le rectum, on place au moment de l'opération, le malade en position gynécologique et on passe à l'anesthésie au chlorure d'éthyle dont on peut se passer s'il s'agit d'adulte. Faire la toilette de la région, avec l'index de la main gauche, on réduit le prolapsus et on le maintient. De la main droite l'on prend la seringue remplie de 10 cc. environ d'alcool absolu très pur, munie d'une longue et fine aiguille que l'on plonge profondément de façon de pénétrer sous la muqueuse rectale. L'index de la main gauche à l'intérieur du rectum, sent la pointe de l'aiguille et la guide.

Lorsque l'aiguille a pénétré 8 à 10 cm., on la retire en faisant sortir l'alcool goutte à goutte. Après avoir injecté l'alcool de cette façon lorsqu'on est arrivé environ à 1 cm. du lieu d'entrée, on implante à nouveau l'aiguille sur une autre partie de la paroi rectale et l'on répète la manœuvre 4 ou 5 fois.

En général, quatre injections le long des quatre parois rectales suffisent, mais il est bon aussi d'éloigner latéralement et postérieurement un peu l'aiguille de la muqueuse rectale de façon à pousser quelques gouttes d'alcool dans le tissu conjonctif de la fosse sacrée et des fosses ischio-rectales. On applique ensuite dans le sillon interfessier un petit rouleau de gaze et avec du dyachylon on maintient bien serrées, l'une à l'autre, les deux fesses. Il est prudent de constiper le malade pendant 4 ou 5 jours.

×

Les avantages de cette méthode sont évidents :

1<sup>o</sup> grande simplicité dans son application qui la rend accessible à tout praticien;

2<sup>o</sup> facilité de se fournir partout du matériel à injecter;

3<sup>o</sup> simplicité de l'instrumentation;

4<sup>o</sup> inocuité absolue.

Il suffit à cet égard avec le doigt introduit dans le rectum de sentir l'aiguille dans son incursion à travers les tissus pour se mettre à l'abri de toute complication. Le long de la paroi antérieure du rectum à cause de la présence de la cavité de Douglas qui est en général très profonde dans les cas de prolapsus, il sera toujours prudent de ne pas pousser trop haut l'aiguille et de ne pas s'éloigner du rectum surtout chez les enfants.

Le danger d'embolie par pénétration de liquide dans les veines est presque exclu, parce que l'alcool fait coaguler tout de suite le sang et obstrue ainsi les vaisseaux dans lesquels il pourrait avoir pénétré.

Comment agit l'alcool dans le traitement du prolapsus rectal ? Peut-être, en plus d'une action coagulante des tissus de façon à rendre raides les parois du rectum et d'une action excitant une prolifération conjonctivale, l'alcool aurait-il aussi une action analgésique de façon à modifier le tonus des muscles du périnée.

Ici à Tunis où le prolapsus du rectum chez l'enfant n'est pas très rare, il est plus facile de faire accepter aux parents de nos malades, surtout s'il s'agit d'enfants, «la zurica»(1) plutôt que «l'amalia»(2), cette méthode du docteur Roux mérite notre souvenir.

---

(1) Injection.

(2) Opération.



# TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Assemblée Générale du 29 Avril 1922

Présidence du D<sup>r</sup> BOUQUET, *président*

La réunion était entièrement consacrée à la question de la fusion des deux journaux médicaux de Tunis. Malgré l'appel pressant du Bureau de la Société le nombre des membres présents était malheureusement très réduit.

Le Secrétaire général lit le rapport détaillé des négociations qui ont eu lieu pour la fusion. Elles furent par moment laborieuses mais le résultat est tout à l'honneur de ceux qui les ont conduites. MM. Caillon, Jaubert de Beaujeu, Cassuto et Crtona ont fait preuve du plus grand esprit de concorde. Les conditions matérielles et morales de la fusion sont établies avec précision par le Secrétaire général.

Le principe mis aux voix est accepté à l'unanimité.

Le D<sup>r</sup> Conseil prend la parole pour discuter deux points de détail : 1<sup>o</sup> La question du titre. Trop long à son avis. Le journal gagnerait à avoir un titre unique et bref ; 2<sup>o</sup> Malgré que la revue soit l'organe de la Société, elle doit être rédigée en tant que journal ayant sa liberté d'action et non pas en tant que bulletin de la Société. A son avis les procès-verbaux des séances ne doivent avoir qu'une importance secondaire.

Le D<sup>r</sup> Cassuto répond : Au sujet du titre il est impossible actuellement de le modifier. Pour les annonceurs il est nécessaire qu'il reste tel que, au moins jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier prochain. Quant à la deuxième question le D<sup>r</sup> Cassuto fait remarquer que la rédaction de la Revue a toujours été conçue comme le désirait le D<sup>r</sup> Conseil, c'est-à-dire sous la forme d'un vrai journal médical ayant sa liberté d'action où les procès-verbaux de la Société occupent peu de place et sont imprimés en petits caractères.

×

Sur la proposition du bureau la commission de publication du journal est composée de la façon suivante :

Secrétaire général : D<sup>r</sup> Cassuto.

Administrateurs : D<sup>r</sup> Caillon et D<sup>r</sup> Soria.

Secrétaires de rédaction : D<sup>r</sup> Benmussa et D<sup>r</sup> Henry.

La désignation mise aux voix est acceptée à l'unanimité.

×

Le rapport indique la création d'une commission de 8 membres choisis dans le comité de rédaction et chargés de la lecture des articles à publier. A l'unanimité sont désignés pour faire partie de cette commission :

Médecins civils : MM. Lançon, Masselot, Ortona.

Chirurgiens : MM. Bouquet, Brun, Cortesi.

Hygiéniste : M. Gobert.

Médecin militaire : M. Minguet.

Le Secrétaire général et le Secrétaire de Rédaction font de droit partie de cette commission.



## Séance du 10 Mai 1922

Présidence du D<sup>r</sup> BOUQUET, *président*

*Sont présents* : MM. les DD<sup>rs</sup> Brun, M<sup>me</sup> Brun-Romme, Cassuto, Braquehay, Soria, Masselot, Jaubert de Beaujeu, Minguet, Daireaux, Nunez, Naamé, Henry, Domela, Emile Levy, Disegni, Deleuil, Benmussa.

×

### Présentations de malades

D<sup>r</sup> BRUN : Sarcome testiculaire ectopique

Il s'agit d'un malade présenté à la Société à la séance du 24 mars dernier. A ce moment là la tumeur a développement abdominal était environ de la grosseur d'un utérus à quatre mois. La jambe droite présentait un œdème considérable.

Une fois le diagnostic vérifié par une laparotomie exploratrice, la tumeur fut soumise à l'action du Radium et à deux séances de Radiothérapie profonde de 1 h. 1/2 chacune. Cette thérapeutique, au point de vue local, fut rapidement active. Le malade a vu disparaître son elephantiasis, le diamètre de la cuisse a diminué de 0,17. La tumeur n'a plus que le volume de deux poingts. Mais l'état général du malade est très atteint. Ces tumeurs disparaissant par nécrobiose et résorption, il en résulte une intoxication excessivement grave. Souvent dans des cas de ce genre, dit le D<sup>r</sup> Brun, la cachexie apparaît et le malade meurt en même temps que la tumeur disparaît.

Le D<sup>r</sup> Brun conclut que nous avons dans le Radium un agent thérapeutique qui a une action indéniable, mais savons-nous le manier convenablement et quels sont ses indications précises ?

Le D<sup>r</sup> Jaubert fait remarquer que les seminomes sont les tumeurs les plus sensibles à l'action du Radium, quant à la cachexie qui accompagne la résorption des tumeurs, on ne sait pas encore s'en défendre. Le mieux serait d'en enlever une grande partie chirurgicalement et d'appliquer le Radium ensuite.

Le D<sup>r</sup> Braquehay signale le même fait à propos des cancers utérins et conseille le curettage pour enlever le plus possible de matières cancéreuses avant l'application du Radium.

×

### Communications

JAUBERT DE BEAUJEU : Kyste multiloculaire du Tibia

Voir même numéro page 248

#### Discussion :

Le D<sup>r</sup> Brun fait remarquer qu'en général les kystes simples des os longs si bien décrits par Lecène se présentent à la radio en beaucoup plus clair.

Dans ces cas la difficulté du diagnostic est avec le sarcome. Les radios de Lecène ne permettent pas l'erreur si préjudiciable au malade. En effet le D<sup>r</sup> Brun rapporte l'histoire d'un petit malade atteint d'une tumeur de l'extrémité supérieure de l'humérus. Le diagnostic à la radio est celui de kyste simple des os longs. Il fut pris pour un sarcome et enlevé totalement. Le petit malade est resté avec une atrophie du bras. Si le kyste avait été reconnu l'opération aurait consisté à ouvrir puis à en abattre avec un marteau la coque ; de nouvelles travées seraient apparues et l'os se serait refait.

×

D<sup>r</sup> JAUBERT : Corps étranger dans la bronche gauche

Il s'agit d'une vis de deux centimètres environ ayant pénétré dans la bronche gauche.

×

Le D<sup>r</sup> Bonquet présente la radio d'un vissage du col fémoral.

×

DD<sup>rs</sup> SORIA et MASSELOT : Rein en fer à cheval

Voir même numéro page 232

×

D<sup>r</sup> BRAQUEHAYE : Colpocleisis consécutif à un accouchement

Sera publié dans un prochain numéro

×

D<sup>r</sup> BRAQUEHAYE : Kyste hydatique des 2 poumons

Sera publié dans un prochain numéro

### Discussion :

Le D<sup>r</sup> Soria signale la lenteur de cicatrisation des kystes hydatiques simplement incisés. La meilleure opération est incontestablement d'enlever tout avec la membrane.

Le D<sup>r</sup> Brun signale à propos des kystes des poumons la méthode préconisée en Australie pour éviter le danger de formation d'un pneumothorax. Cette méthode quoique peu chirurgicale est intéressante à signaler. Elle consiste lorsque le kyste est près de la plèvre, à faire une résection costale, puis à appliquer un tampon imbibé de térébenthine et de teinture d'iode. Il se produit une inflammation qui uccolle le kyste à la plèvre pariétale. On ouvre ensuite sans danger de pneumothorax, accident toujours dramatique.



## REVUE ANALYTIQUE

### Etudes radiologiques sur les maladies de l'Appareil Respiratoire (1)

par E. SERGENT

Sous ce titre et dans la II partie d'un ouvrage récent, le Professeur de clinique mé-

dicale propédeutique de la Faculté de Paris dont on connaît les travaux de phthisiologie, publie les conclusions de son expérience de médecin qui s'est servi de la radiologie pour établir et contrôler ses diagnostics.

L'auteur affirme d'abord que la radiologie ne saurait rendre inutiles les autres moyens d'exploration; elle s'ajoute à eux, mais elle ne les supprime pas. Et en développant ces deux idées, E. Sergent insiste sur la limitation de sensibilité de l'exploration radiologique. Il n'y a pas, en effet, d'affection respiratoire qui donne plus de bruits à l'oreille que la bronchite, avec ses râles sibilants et ronflants, et il n'y en a pas qui donne moins d'images radioscopiques ni radiographiques. Il ne faut pas perdre de vue non plus que les images déformées, agrandies, *complexées* de la radio sont une cause d'erreur, et aucune d'elles n'apporte un diagnostic de nature. Et le cas d'Imbert, d'un nodule calcifié para-hilaire pris pour un projectile resté inclus et extrait chirurgicalement, n'est pas unique. On doit en conclure qu'on ne peut demander à la radio qu'un diagnostic de *localisation*.

La *radioscopie* donne la mobilité des images, l'illumination des sommets à la toux, la zone claire entourée d'un cercle opaque de la caverne (se retrécissant et se fermant comme une bourse). Elle permet seule d'affirmer qu'un pneumothorax est cloisonné, qu'il y a deux poches liquides communiquant avec la même poche gazeuse. La radioscopie permet encore de repérer le siège exact de points douloureux si on la combine avec la palpation pratiquée sous l'écran; elle peut guider, sous l'écran, la main du chirurgien allant à la recherche d'un abcès du poumon.

La *radiographie* confirmera, et de manière précise, la configuration et les déformations du thorax à l'état statique, la forme, l'étendue et le siège des lésions. Elle révélera des détails qui échappent à la radioscopie, surtout s'il s'agit de clichés instantanés. N'oublions pas l'avantage de conserver une image-témoin, beaucoup plus fidèle qu'un calque.

Après l'exposé de ces notions générales, E. Sergent passe à l'étude ana-

(1) *Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire*, chez Maloine, Paris, 1922.

lytique des renseignements qui ne peuvent être fournis que par la radioscopie.

En étudiant les *mouvements respiratoires*, on distingue à l'écran un type de thorax hypersthénique (large, pas très haut, avec une coupole diaphragmatique bien dessinée, des sinus s'ouvrant profondément, une ombre cardiaque débordant nettement à gauche l'ombre médiane). A ce type normal, s'oppose le thorax hyposthénique (démesurément allongé, étroit, à diaphragme allongé, à coupole presque horizontale, à sinus à peu près disparus).

A l'état pathologique, Sergent distingue les insuffisants respiratoires totaux et partiels (du sommet surtout).

Si l'on passe à l'étude de la *mobilité des images* la radioscopie, et elle seule, ainsi qu'il a été dit déjà, permet la vérification de l'illumination des sommets par la toux, la parfaite mobilité du diaphragme, les mouvements costaux, les variations des niveaux (en cas d'épanchement pleural) dans les changements de position. Des ombres de tumeurs du médiastin, d'abcès froids costaux ne peuvent être différenciées des ombres d'ectasie aortique que par la perception des battements aortiques (donc à l'examen radioscopique).

La *radiographie*, en raison de sa sensibilité plus grande, peut déceler des lésions qui échappent à l'examen radioscopique. Elle renseignera plus complètement sur le nombre des lésions, leur étendue; elle est plus précise sur la forme, les contours de l'image.

Les radiographies *instantanées*, notamment, ont permis d'enregistrer des images qui, auparavant, n'avaient jamais pu être saisies.



Pour établir rationnellement le *diagnostic radiologique des diverses affections de l'appareil respiratoire*, E. Sergent passe en revue chaque partie de cet appareil.

Pour la *cage thoracique*, les abcès froids, les tumeurs osseuses, donnent des ombres souvent volumineuses projetées sur le champ pulmonaire. Les déformations scoliotiques sauteraient aux yeux. Les déformations post-traumatiques, comme les symphyses post-pleurales ne passeront pas davantage inaperçues à un examen attentif. La connaissance du degré de liberté des mouvements du diaphragme et des adhérences de la base a une importance capitale pour la discussion de l'opportunité du pneumothorax artificiel.

L'examen des *médiastins* dans les diverses positions permettra de décé-



ler une hypertrophie du thymus, un goître plongeant, un anévrysme aortique (souvent véritables trouvailles de radiologie). Les ganglions et tumeurs dans le médiastin postérieur occupent une large place dans la pathologie de l'enfant et de l'adolescent, avec l'adénopathie trachéo-bronchique.

Normalement, les plèvres ne donnent pas d'image radiologique, alors que les lésions pleurales sont l'origine de nombreuses images, variables dans leurs aspects avec le siège et les caractères anatomiques de la lésion. Dans les pleurésies totales de la grande cavité, tout l'hémithorax est complètement opaque si l'épanchement est très abondant. S'il est très peu abondant, il n'y a qu'une zone d'ombre plus ou moins diffuse dans laquelle se perd le diaphragme, et le sinus n'est plus perceptible.

L'immobilisation de l'hémi-diaphragme est encore un bon signe d'épanchement liquide au début. Le déplacement des organes voisins, la courbe de DAMOISEAU aiderait à l'appréciation de la quantité de l'épanchement.

L'étude des symphyses et adhérences pleurales a, aujourd'hui, plus d'importance que jamais en raison de la vulgarisation du pneumothorax artificiel, réserves faites des constatations de BURNAND. Celui-ci a montré que l'on peut se trouver dans l'impossibilité de réussir un nouveau pneumothorax, six mois après une première opération favorable, par suite d'adhérences, de soudures définitives produites dans le cours du traitement sous l'influence des réactions de la séreuse pleurale.

Il n'est pas sans intérêt de dépister une pleurésie interlobaire, avant la technique révélatrice : la radioscopie le permet d'emblée, en donnant l'image d'un pyo-pneumothorax enkysté.

Nous avons indiqué, au début de cette analyse que la bronchite aiguë ne donne pas d'ombre radiologique, du fait qu'elle ne s'accompagne d'aucun signe clinique de condensation, d'induration du parenchyme pulmonaire. Il en est de même de la bronchite chronique simple, sauf si elle s'accompagne de transformation fibreuse, de *dilatation des bronches*, de *sclérose broncho-pulmonaire*, comme c'est le cas assez fréquent dans la syphilis pulmonaire. La constatation de nodules calcifiés en abondance considérable dans les champs pulmonaires aussi bien que dans les régions ganglionnaires paravertébraux a fait souvent dépister la syphilis chez des tuberculeux de SERGENT.

L'examen radiologique des *poumons* doit être pratiqué avec méthode. Il faut noter d'abord l'état de symétrie, ou d'asymétrie, puis les modifications de transparence : zones de clarté ou d'ombre anormales.

Pour les *pneumopathies aiguës*, il peut ne pas être sans inconvénient pour le patient de recourir à l'examen radiologique, à moins d'utiliser un poste d'examen portable.

La congestion pulmonaire ne donne, sauf les cas d'intensité très marquée, aucune image appréciable. Il en est de même de la spléno-pneumonie, de la cortico-pleurite (sauf cas de symphyse fort épaisse). L'œdème des bases chez les brightiques ne donne pas grand'chose non plus, tandis que l'infarctus projette une ombre non triangulaire, mais floue, arrondie en plein champ pulmonaire ou à la base : s'il y a plusieurs infarctus le diagnostic avec des pommelures tuberculeuses peut être très délicat. La pneumonie montre son triangle facile à constater même avant l'apparition des signes physiques, il se voit nettement aussi à la fin (triangles de début et de retour de WEIL et MOURIQUAND). C'est surtout dans le cas de soupçon de complication pleurale interlobaire qu'il faut recourir à l'examen radioscopique dans la pneumonie.

Dans la gangrène pulmonaire et les abcès, la fétidité des crachats, l'état général, font le diagnostic; il n'y aura intérêt à la localisation radioscopique que pour le cas d'intervention chirurgicale.

Les signes radiologiques sont déjà beaucoup plus importants et nets dans les *pneumopathies chroniques*. Dans l'emphysème pulmonaire, la transparence des champs pulmonaires est plus grande qu'à l'état normal et celle des bases surtout qui montrent une luminosité excessive : les clavicules sont élevées, les sommets larges, étalés, le diaphragme aplati, peu mobile, les espaces intercostaux élargis et horizontaux. La différenciation avec le pneumothorax se fait par la bilatéralité et aussi dans l'intensité moindre de la luminosité.

L'état d'atélectasie chez le nouveau-né est décelé par une opacité complète que l'on retrouve dans l'aspect du moignon pulmonaire comprimé par le pneumothorax artificiel.

Les tumeurs du poulmons sont facilement diagnostiquées quant au siège de la lésion, mais il est impossible de différencier un kyste d'un cancer et souvent il sera difficile de les diagnostiquer avec une pleurésie enkystée sous axillaire ou certaines pleurésies interlobaires.

×

Dans un dernier chapitre de son livre, E. SERGENT développe comment la radiologie a jeté une vive clarté sur la conception que nous nous faisons aujourd'hui de l'évolution générale de la tuberculose.

Envisageant d'abord le diagnostic chez un tuberculeux présumé, l'au-

teur fait le diagnostic de *dépistage*. Il le base sur les signes apicaux, en précisant que la diminution de transparence bilatérale n'a pas une grosse valeur; tandis que, sans avoir, à elle seule une signification suffisante, la diminution unilatérale a une plus grande valeur. Il faut éliminer en effet la possibilité d'un cal osseux de la clavicule ou de la première côte projetant une ombre diffuse dans le sommet, ou l'existence possible d'un ganglion induré sus-claviculaire. L'asymétrie des sommets, sauf si elle est due à une scoliose, acquiert une grosse valeur diagnostique quand elle s'accompagne de diminution de transparence unilatérale. Les signes hilaires ont peu d'importance. Il n'en est pas de même des pommelures et des nodules calcifiés constatés dans les champs ou plages pulmonaires. Les images cavitaires ne peuvent laisser aucun doute. L'attention doit toujours être attirée par une opacité sur le trajet des scissures.

Au début de la tuberculose, un signe radiologique très important est la diminution d'amplitude des mouvements respiratoires, particulièrement des mouvements de l'hémi-diaphragme correspondant au poumon atteint.

Il ne faut pas manquer de signaler aussi les sommets petits, pointus, l'ombre cardio-aortique médiane, allongée, le cœur petit « en goutte », dissimulé derrière le sternum qu'il déborde à peine.

Parfois certaines affections respiratoires et certains syndrômes présenteront des difficultés de diagnostic avec la tuberculose.

C'est le cas de l'*asthme* qui peut parfois en imposer pour une poussée de granulie aiguë; mais sans que l'examen radiologique montre la moindre lésion en foyers, dans l'*œdème aigu du poumon*, la radio montrera également l'intégrité des poumons et l'hypertrophie cardiaque, considérable souvent.

Chez l'enfant les difficultés de diagnostic sont parfois d'autant plus grandes que la tuberculose prend souvent chez lui la forme *broncho-pneumonique* et rien de bien net ne distingue radiologiquement une pommelure tuberculeuse d'un nodule bronchopneumonique. La *pneumonie caséuse* donne aussi le même triangle que la *pneumonie aiguë*, et d'ailleurs un tuberculeux avéré peut faire une *pneumonie franche*. Dans tous ces cas, ce n'est pas la radiologie, mais l'examen bactériologique et clinique qui fera le diagnostic; mais il est schématiquement trois cas où l'exploration radiologique apporte son contingent de renseignements : dans la tuberculose fibreuse, à forme de bronchite chronique avec ou sans emphysème, la radio montre des pommelures, ou des nodules plus ou moins sombres, voire de petites cavernes ou cavernules en mie de pain ou en nids d'abeilles. Ou bien il s'agit de *sclérose broncho-pulmonaire*

avec ou sans dilatation bronchique, il y a alors une abondance de tractus arborescents accentués; les marbrures et les mouchetures remplacent les pommelures et les nodules, encore que les dilatations bronchiques soient parfois difficiles à différencier. Enfin il s'agit de *trachéo-bronchite banale*, liée à une simple inflammation superficielle de la muqueuse, c'est ce que l'on observe dans la pharyngite chronique. Si elle est secondaire à une intoxication par les gaz, elle peut provoquer un gros empâtement des ombres hilaires : la radiologie n'apporte alors que des présomptions, la clef du diagnostic est l'examen bactériologique des crachats.

Poursuivant son étude du diagnostic de *localisation* par la radiologie, E. Sergent indique comment l'exploration peut permettre de constater chez un sujet tuberculeux avéré l'existence de foyers que les signes stéthacoustiques ne décèlent pas (les lésions siégeant souvent dans la profondeur du parenchyme pulmonaire). La présence de petites cavernes occultes de la base, de foyers parahilaires, de localisations scissurales et parascissurales sera révélée ainsi. On a déjà indiqué toute l'utilité de la radio pour les complications non découvertes par les autres moyens d'exploration (et au premier rang, la pleurésie interlobaire).

Enfin, l'exploration radiologique permet de constater l'intégrité de l'autre poumon, et aussi la prédominance des lésions dans certaines parties, comparativement aux sommets, souvent intacts.

Les examens radiologiques successifs seuls permettent d'apprécier l'état évolutif d'une tuberculose confirmée; ils apportent un élément sérieux au pronostic.

Cette étude, extrêmement instructive du Prof. Sergent, que nous venons d'exposer très brièvement, est appuyée sur trente mille examens accumulés par lui pendant et depuis la guerre; ceci seul indique son intérêt pour le praticien.

*D<sup>r</sup> Gérard*

~~~~~  
**Les défaillances
de l'auscultation pulmonaire**

par M. P. AMEUILLE
(*Presse Médicale*, n° 20 - 11 mars 1922)

Ainsi que s'empresse de le dire l'auteur, défaillance ne signifie pas faillite. Mais il est

exact que la percussion et l'auscultation pulmonaires ne révèlent pas les lésions de volume réduit, qu'elles laissent inconnues des lésions placées dans des régions inaccessibles, qu'elles ne renseignent pas sur le siège précis des lésions, et qu'enfin les bruits pulmonaires n'ont pas la fixité qui permet toujours le contrôle par un autre observateur.

Ces constatations peuvent se traduire sous forme de lois.

Loi du volume minimum. — Une lésion pulmonaire ne peut donner des bruits stéthacousiques que si elle a une étendue assez importante. L'autopsie montre fréquemment de nodules corticaux compacts ou de petites cavités sous-pleurales qui, parce qu'il sont trop petits, ne donnent pas le moindre signe à l'auscultation. Seuls les râles bulleux peuvent être perçus, si le liquide d'une petite lésion entre en collision avec l'air qui circule dans les canaux aériens. Mais on sait que le râle bulleux est, de tous, le plus inconstant et le plus fugace.

Loi de la profondeur maxima. — Une lésion pulmonaire située trop loin de la surface auscultée reste imperceptible. C'est ce qui se produit dans la pneumonie centrale, la gangrène pulmonaire centrale, les splonques centrales, etc. Entre la lésion et la paroi auscultée, il existe une couche de parenchyme vésiculaire perméable, qui joue le rôle d'étouffoir. Aux zones inexplorables juxta-médiastinales, il faut encore ajouter une zone juxta-diaphragmatique et les plages sous-scapulaires.

Transmission des bruits pathologiques. — Souvent, l'examen radiologique ou l'autopsie font voir des lésions plus étendues que celles soupçonnées à l'auscultation, et réciproquement, on peut croire à des lésions assez étendues alors qu'elles sont en réalité assez restreintes. On sait aussi que les foyers d'auscultation des bruits du cœur ne correspondent pas à la projection anatomique de ces orifices sur la paroi sterno-costale. Il en est de même pour la transmission des bruits pulmonaires, laquelle peut être homo-latérale ou contra-latérale.

a) *Transmission homo-latérale.* — Une lésion placée au voisinage de la scissure, fournit des signes d'auscultation qui sont perçus soit au voisinage du sommet, soit très près de la base, alors que la région correspondant à la lésion ne donne aucun bruit pathologique. AMEUILLE cite le cas d'une lésion juxta-interlobaire droite dont les signes d'auscultation sont exclusivement perçus dans la fosse sus-épineuse. C'est pour cette raison que la partie interne de la fosse sus-épineuse constitue une zone d'élection pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire.

Dans un autre cas, une caverne bien isolée, à la partie moyenne de l'hémithorax droit, donnait des bruits en deux foyers, l'un à hauteur de l'épine de l'omoplate, l'autre très près de la base.

b) *Transmission contra-latérale.* — La transmission des bruits pathologiques peut se faire du côté opposé à la lésion. Il s'agit en général de bruits soufflants ou de râles. Ces bruits se transmettent surtout à la par-

tie postérieure du thorax. Il y a peu de transmission d'une région sous-claviculaire à l'autre. Enfin il y a généralement continuité de bruit du foyer primitif au foyer secondaire. Pour plus de précision l'auscultation peut se faire avec un stéthoscope à double collecteur.

La transmission serait le fait du contact de la lésion avec les côtes et les corps vertébraux, ceux-ci surtout étant susceptibles de collecter et de conduire les vibrations sonores.

Les défaillances de l'auscultation pulmonaires ne doivent pas faire conclure qu'elle a fait son temps. Il faut au contraire ausculter avec soin et contrôler les résultats de cette auscultation par tous les procédés dont on dispose afin de pouvoir le plus possible préciser le diagnostic.

A. H.

La Gale Filarienne

Craw-craw, oncho-cercose dermique, dermatose prurigineuse
microfilarienne

MM. MONTPELLIER et
LACROIX, d'Alger, ont
fait paraître en brochure leurs travaux et

une mise au point sur cette dermatose prurigineuse d'origine microfilarienne. Sept planches et une carte de géographie d'Afrique permettent la compréhension facile de ce travail du laboratoire des maladies des pays chauds, de la Faculté de Médecine d'Alger, édité par Stamel.

Tableau clinique. — Ce *prurigo* est caractérisé par un état *chagriné*, *poncé* de la peau; des papules, vésico-pustules, cicatrices ombiliquées prédominant sur la nuque et la face externe des membres. La face, le cuir chevelu, les organes génitaux, les faces palmaires et plantaires, les espaces interdigitaux, les poignets, les muqueuses sont généralement indemnes. Le prurit est intense. GUILLOUX décrit une décapillation linguale et une « glossite » analogue à celle « des arthritiques nerveux » de BROCCO. Les adénopathies sont constantes. Les sujets sont porteurs de *kystes filariens*.

Sang. — Les embryons d'*Onchocerca Volvulus* ne sont pas sanguicoles.

Ganglions. — Ils se tuméfient et s'indurent : c'est une simple adénite infectieuse chronique due au grattage.

Nosologie. — La gale filarienne est bien le *Craw-Craw* tropical (O'Neill, 1875) des noirs de l'Afrique Occidentale. C'est une dermatose exotique, essentiellement superficielle et prurigineuse, papulo-vésiculo-pustuleuse et, ajoutent les A., due à la présence d'embryons d'*Onchocerca Volvulus*, émigrés dans le derme.

Les embryons habitent le système *lymphatique* et cheminent par cette voie jusqu'au territoire cutané. Rares, soit 4 p. 100, sont les sujets qui, porteurs de tumeurs mères, ne présentent pas d'éruption.

La pathogénie toxinique semble vraisemblable.

Diagnostic. — Les caractères cliniques, l'absence de sillon acarien, la race, l'origine, facilitent le diagnostic de probabilité. Les kystes fibreux sous-cutanés à *Onchocerca* ou les embryons O.V. dans le derme donnent la confirmation absolue. La ponction des ganglions inguino-cruraux peut ramener des microfilaires. Il faut penser à ce diagnostic chez les *négres* des régions tropicales et subtropicales.

Topographie. — La géographie médicale de la Volvulose est à préciser. Le Craw-Craw a été décrit dans le bassin d'Ouellé-Boumon, dans la Guinée, l'Oubangui, le Congo, le Cameroun, le Dahomey, le Soudan. La statistique des A. porte sur un contingent militaire *noir* venant de la boucle du Niger.

Brunapt a observé le C.C. entre le lac Rodolphe et le Nil (*négres*). Au Gabon Kerandel le note chez les *Européens* et les Indigènes. D'après M. et L. les embryons d'O. V. n'étant pas sanguicoles c'est la pénétration par voie *gastrique* qui reste peut-être la plus vraisemblable.

L'état des galéux filariens n'est pas sensiblement modifié durant leur séjour dans l'Afrique du Nord. Rodhain (1920) a décrit chez un *Belge* venant du Congo, un kyste à O.V. qu'il garda sept ans avec un prurit localisé à la tumeur.

La prophylaxie est encore impossible dans l'état actuel de nos connaissances sur le mode de contagiosité.

Traitement. — Il est encore à trouver. Il doit s'adresser aux filaridés adultes. La thérapeutique externe n'est pas inutile, elle soulage le prurit et cicatrice les lésions surajoutées. Les A. ont retenu l'*ichtyol* et l'*acide phénique* tous deux antiseptiques et antiprurigineux et incorporés à des *liniments*, d'application facile.

L'*acide salicylique* facilite la pénétration médicamenteuse et ajoute son action kératolytique et décapante. Le sulfate de cuivre agit sur l'ecthyma.

La *destruction* des embryons et des adultes est aléatoire, les tumeurs étant souvent introuvables. La médication interne par les *arsénicaux*, l'*émétique* a échoué.

Les A. n'ont pas encore essayé le tartro-bismuthate de potassium et de sodium.

D^r D. Scialom

**Les conditions de la mortalité
dans la race juive**

par J. P. BUSCH

Deutsche med. Wochenschrift, 8 décembre 1921, p. 1501

Cette question a déjà
fait l'objet d'assez
nombreuses études; elle
est loin encore d'être

résolue. Elle a été traitée récemment dans son ensemble par le docteur Salaman, dans « The Jewish Chronicle », de Londres.

On sait que la mortalité, parmi les Israélites de tous les pays, est toujours sensiblement moindre que celle du reste de la population; même, par exemple, chez les Juifs de Russie et de Galicie, qui vivent pour la plupart dans des conditions hygiéniques des plus défectueuses, le nombre des décès n'atteint pas la moitié de celui constaté pour les populations chrétiennes environnantes. Il en est encore ainsi à New-York. Sans doute, comme l'ont pensé divers auteurs, cette situation favorable doit-elle être attribuée surtout aux grandes qualités de tempérance (absence presque absolue d'alcoolisme) propres à la race juive et à la rareté remarquable de la syphilis, du moins parmi les Juifs orthodoxes, à cause de leurs mœurs familiales sévères, des mariages précoces, peut-être de la circoncision. L'auteur lui-même n'a vu que fort peu de cas syphilitiques parmi les quelques 10.000 Israélites soignés annuellement à l'« Hôpital allemand » de Londres (aucun parmi les femmes). Actuellement, il y aurait augmentation du nombre de ces cas. Quant à la faible mortalité par tuberculose dans la race juive, elle est « presque paradoxale »; et cependant elle a été observée dans presque tous les pays et dans toutes les conditions sociales. L'auteur admettrait l'hypothèse d'après laquelle les Juifs, habitants des villes depuis 2.000 ans, se sont « adaptés », à la longue tandis que les familles particulièrement prédisposées à la tuberculose se sont éteintes.

(Analysé dans le Bulletin de l'Office International d'Hygiène
publique, mars 1922.)



BIBLIOGRAPHIE

L'Année Médicale Pratique, publiée sous la direction du Docteur *Camille LIAN*, 1 vol. Maloine et fils, éditeurs. — Prix : 20 francs.

« Permettre aux médecins praticiens de « garder le contact » avec l'essor constant — prodigieux actuellement — des acquisitions médicales » ; leur faciliter ce contact nécessaire en dégagant des dernières publications ce qui peut les intéresser particulièrement au point de vue pratique, leur continuer pour ainsi dire l'enseignement de la *théorie de la pratique*, tel est le but que se sont fixés MM. Camille Lian et ses collaborateurs en publiant cet ouvrage.

Le praticien trouvera dans l'*Année Médicale Pratique*, exposées par des collaborateurs éminents, les acquisitions médicales pratiques de l'année qui vient de s'écouler, et cela dans tous les domaines de l'activité médicale : médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités. Il ne s'agit pas là d'un index bibliographique, loin de là, mais d'articles résumant les travaux divers dans la mesure où ils sont susceptibles d'aider vraiment à la pratique médicale.

Chaque exposé est fait avec soin, de façon que le lecteur peut se dispenser de se reporter aux articles originaux.

La présentation matérielle est conçue de façon à réaliser un volume extrêmement facile à consulter : Articles courts et rangés par ordre alphabétique.

Ajoutons que les collaborateurs de M. C. Lian sont pour la plupart ceux du Prof. E. Sergent qui a bien voulu honorer cet ouvrage d'une préface.

L'*Année Médicale Pratique* se propose de paraître tous les ans. Nous le souhaitons de tout cœur pour le grand bien des médecins praticiens auxquels nous conseillons vivement l'acquisition de cet ouvrage.



Eléments d'Obstétrique, par M. le Prof. V. WALLICH. — Masson et C^e, éditeurs.

La 4^e édition de cet ouvrage vient d'être publiée par les soins de la Maison Masson. Cette édition, entièrement refondue, présente l'ouvrage didactique de M. Wallich sous le même plan, mais, pour suivre les progrès accomplis, certains chapitres ont été complètement remaniés surtout en ce qui concerne les réactions humérales provoquées par la grossesse normale ou pathologique, les nouveaux traitements de la syphilis au cours de la puerpéralité, la chirurgie obstétricale, l'allaitement artificiel, la puériculture.

Illustrée de 180 figures toutes d'après nature dont un grand nombre de nouvelles tirées du cinéma des exercices opératoires inauguré par M. Wallich à la Faculté de Paris, cette quatrième édition répond au besoin du praticien qui veut « apprendre en comprenant ».

~~~~~  
**Collection des Maladies de la Cinquantaine.— Tome I.— L'Âge Critique.**  
— **Goutte - Affections Paragoutteuses - Obésité**, par le Docteur **Arthur LECLERCQ**,  
lauréat de l'Académie de Médecine, lauréat de la Faculté.— 1 vol. in-8° carré de 176 pages.— Prix :  
10 francs. — G. Doïn, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Avec ce premier tome commence la publication de cinq volumes qui constitueront, par ordre chronologique et pathologique, la série des maladies de la cinquantaine. L'auteur débute par un exposé général des maladies de l'*âge critique*, chez l'homme et chez la femme, puis il étudie les premières en vue, c'est-à-dire la goutte, les affections paragoutteuses et l'obésité.

La *goutte* pour l'auteur résulte d'un premier trouble métabolique des aliments puriques, protéiques, de la viande surtout. Le premier, le foie uréopoiétique trahit sa défection et la goutte constitue un premier avertissement. A l'insuffisance hépatique s'ajoute un premier degré d'imperméabilité rénale, et le thérapeute devra en vue du traitement faire état de ce double trouble fonctionnel.

Les *affections paragoutteuses* constituent un bref chapitre que l'auteur a cru devoir annexer à la goutte. Car, s'il est vrai que nombre d'affections décrites sous ce titre résultent de toxi-infections variées, et même de crises anaphylactiques, il n'en est pas moins vrai, quand ces affections surviennent à la cinquantaine chez un gouteux, qu'elles relèvent d'une même pathologie et d'un traitement similaire.

L'*obésité* représente le second trouble du métabolisme alimentaire par lequel le foie adipopexique transforme en graisse les déchets protéiques non utilisés. Comme pour la goutte, et à un degré de plus, il y a deux hommes chez un obèse : l'hépatique et le rénal. L'obèse est un rétentionniste, principalement pour l'eau et le sel, et toute obésité se double, le plus souvent, d'une superfétation des substances mal éliminées. L'obésité se place aussi entre la goutte et le diabète. M. Leclercq a cru devoir, sous le titre d'obésité « toxique », ouvrir un chapitre spécial à l'obésité féminine. L'obésité alimentaire est plutôt rare chez la femme, qui est sobre de sa nature, de même que ses équivalents cliniques, c'est-à-dire la goutte, le diabète, l'artériosclérose. La production expérimentale de l'obésité à la

suite d'ingestion de toxiques, les nombreux cas d'obésité polyglandulaire décident de la nécessité de concevoir une obésité toxique, résultant, à l'âge critique, d'une fixation dans le tissu cellulo-adipeux des poisons polyglandulaires qui ne peuvent plus, à cet âge, qu'être imparfaitement éliminés.

---

**Encyclopédie Scientifique. — Bibliothèque de Pathologie Médicale.** — G. Doine, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

**Oreillons, Coqueluche, Grippe, Érysipèle Médical.** par le Docteur H. BARBIER, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-16 de 390 pages. Broché : 8 fr., cartonné toile 10 fr.

Si les observations cliniques des devanciers de l'auteur ont bien mis au point la symptomatologie des maladies infectieuses, ils ont cependant laissé beaucoup de choses intéressantes à ajouter, dans la façon de comprendre la diversité de leur évolution et de leurs complications. Leur contagiosité en particulier a été mieux étudiée, et de ces acquisitions modernes est née une *prophylaxie* propre à chacune d'elles et plus spécialement une *prophylaxie de leurs formes, compliquées ou aggravées*.

En d'autres termes l'étude des associations microbiennes a pris presque plus d'importance que la maladie elle-même. Ces connaissances sont surtout applicables aux agglomérations humaines, écoles, casernes et aux hôpitaux pour lesquels la question d'isolement des malades et du mode d'isolement peut avoir une si grande influence sur les statistiques de mortalité.

C'est dans ce sens qu'ont été écrits les différents chapitres de ce livre, consacrés, en particulier, à la grippe et à la coqueluche. On y trouvera des indications utiles dans ces différents cas, et une mise au point pour les médecins que la question intéresse.

---

**Comment sauvegarder les Bébés,** par le Docteur G. VARIOT, médecin honoraire de l'Asile des Enfants Assistés, président fondateur de la Goutte de lait de Belleville. — 1 vol. in-16 de 400 pages, cartonné. Prix : 10 francs. — G. Doine, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Dans ce nouveau volume l'auteur a réuni les conférences de vulgarisation de la puériculture, qu'il a faites à l'Institut de Puériculture et à la Goutte de lait de Belleville. — Les sujets principaux de l'hygiène infantile y sont mis à la portée du grand public.

Les médecins qui voudront enseigner dans les Ecoles de puériculture et former les infirmières ou les dames visiteuses, liront avec profit ces le-

çons cliniques d'un nouveau genre qui ont été accueillies avec faveur et suivies par un grand nombre d'auditrices à Paris.

---

**Thérapeutique Gynécologique, indications et Technique de la Méthode de Brandt**, par la Doctoresse *Hélène SOSNOWSKA*. — Préface de Victor Pauchet, 1 vol. in-16 de 112 pages Prix : 5 fr. — G. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Depuis quelque temps déjà, le massage gynécologique s'est passablement généralisé et est entré, pour ainsi dire, dans le domaine public.

Personne ne l'enseigne, mais tout le monde se croit en droit de l'exercer.

Or, il s'agit là d'une méthode toute spéciale, bien établie, très précise dans son mode opératoire, très nette dans ses indications et ses contre-indications, susceptible de faire autant de mal que de bien, selon le cas et son application.

Il ne suffit pas d'être médecin, ni même gynécologue pour savoir faire le traitement et surtout le faire bien, sans l'avoir étudié, car en dehors des connaissances approfondies du mode de traitement lui-même, des connaissances spéciales qui ne sont pas du domaine de l'intuition.

Le travail de la Doctoresse Sosnowska sera d'une très grande utilité à tous ceux qui s'intéressent à la question.

Tout d'abord parce qu'il contient l'exposé de la méthode recueillie par elle à la source même de son origine, chez le maître qui en est le promoteur.

Ensuite, parce que sa longue pratique et ses nombreuses observations lui ont permis d'apporter à cette thérapeutique spéciale une large contribution personnelle tant au point de vue de sa technique exploratrice (examen et traitement par le rectum) qu'au point de vue de ses applications, notamment à la lutte contre la stérilité féminine qui est une des questions les plus palpitantes du jour.

---



## LE MÉDECIN DANS LA RUE

Si on y pense avec force, on comprend toute l'importance, pour le clinicien, du constant labeur d'acquisition qui soutient la finesse de jugement et l'énergie incisive de la diagnose. Il faut lire, beaucoup lire et encore relire. Puis il importe de retenir, d'assimiler, d'adopter, d'observer avec impartialité. Tâche difficile entre toutes. Une objection matérielle se dresse : l'argent disponible pour les achats de livres dispendieux.

— Volontiers, me disait un confrère, j'aurais le plus grand plaisir à connaître l'opinion du Prof. Richet sur la *Métapsychique*, mais le volume coûte quarante francs ! Il me faudrait aussi dépenser trente-cinq francs pour avoir sur ma table *La Mécanique du cerveau et la fonction des lobes frontaux* du Prof. L. Bianchi, où je trouverais, avec une extrême satisfaction, les plus récentes expositions de la question des localisations corticales, tant au point de vue moteur que sensitif. Je parcourrais avec attention les *Colloïdes, micelles et diastases*, de A. SOULIER : coût huit francs. J'y ajouterais l'*Année thérapeutique*, de CHENISSE ; encore huit francs. C'est un petit budget, surtout si on considère que mes désirs pourraient se renouveler tous les quinze jours.

Mon confrère a raison de son point de vue. Et combien son choix se montre judicieux. Ces lectures seraient d'un attrait fécond, au seul praticien préoccupé de bien faire, d'élargir, chaque jour, son domaine d'investigation et son terrain d'action médicatrice.

Il demeure la ressource, impérieuse dans ses avantages, de la lecture des revues, des mémoires, des périodiques. Ainsi, apparaît la nécessité de travailler assidûment, de collaborer activement à notre revue, dans laquelle on trouve, en outre des communications, des articles originaux, d'amples sujets de méditations, d'incitations à poursuivre plus à fond une question, dont les éléments vous sont mal connus.

Le temps qu'on consacre à la lecture n'est jamais perdu, aurait dit, déjà, M. de la Palice, ce remarquable évocateur de vérités générales. Pour une fois, rangeons-nous à son avis. Aussi bien, nos loisirs ne seront jamais si bien employés que par la fréquentation des livres, gazettes et revues. Notre génial ancêtre et confrère Rabelais montra, avec une verve truculente intarissable et une joyeuse bonne humeur, l'évidente preuve

d'une érudition considérable. On aime à trouver cette culture chez le médecin dans la ruelle.

Ne craignez pas le reproche, vite et tôt formulé, d'*érudition livresque* : au lit du malade s'est la seule érudition livresque, bien digérée et bien assimilée qui compte, celle qui est *biologiquement vivante* dans le cerveau du clinicien.

Certes, l'expérience personnelle vaut son pesant d'or, mais certaines nouveautés l'altèrent, la désagrègent, l'inquiètent et la troublent à chaque instant. Puis je ne l'aime pas immobile et cristallisée. Il convient de ne point oublier *L'Histoire des Variations de l'Esprit médical* — qui est à écrire — qui garde toujours toute sa saveur pour notre esprit critique. Il est bien entendu que je conserve au médecin dans la ruelle, le sentiment vigoureux des valeurs et des proportions, auquel j'ajoute, indispensable, un lumineux et judicieux bon sens. L'attaque récente contre la spartéine me trouble, mais, à la fois, m'instruit et me rend circonspect; je vérifierai plus scrupuleusement ses effets; ma confiance sera moins immuable, plus clairvoyante.

C'est encore au livre que j'aurai recours pour fortifier mon sens pronostic, opération des plus délicates et des plus ardues du jugement médical, grosse de difficultés et de mécomptes.

J'ai encore dans mes tiroirs de copieux chapitres que je destinais à un *Traité du pronostic* : je le proposai à l'éditeur Steinheil qui m'encouragea à y travailler : je reculai devant le travail immense de recherches et aussi la pénurie de renseignements dans les « classiques ».

A ce sujet, comme pour bien d'autres, le médecin dans la ruelle est un *selfman* qui doit beaucoup acquérir pour s'affirmer.

D<sup>r</sup> Lemanski.



## NOUVELLE RÉGLEMENTATION DE LA DÉCLARATION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES

Nous attirons tout spécialement l'attention de nos confrères tunisiens sur le nouveau décret beylical du 15 mai 1922 et l'arrêté ministériel qui le complète, publiés tous deux au *Journal Officiel* du mercredi 24 mai 1922 numéro 41.

Ces textes assoient sur une base toute nouvelle, au moins pour la Régence, la réglementation des déclarations de maladies épidémiques et contagieuses.

Nous avons sous les yeux la note remise à ce sujet par le Directeur de l'Hygiène au Secrétaire général du Gouvernement tunisien avant la réunion de la Conférence Consultative, session 1921. Cette note constituant pour ainsi dire l'exposé des motifs et nous paraissant susceptible d'éclairer nettement l'économie de la réforme, nous en donnons le texte in-extenso :

### Déclaration des maladies transmissibles

« La défense contre les maladies transmissibles repose sur leur déclaration rapide et régulière, cette déclaration demeurant la condition de toutes mesures d'isolement, de vigilance et de désinfection. Aux termes du décret du 19 novembre 1899, tout médecin ou sage-femme exerçant en Tunisie est tenu, sous peine d'une amende de 50 à 200 fr., de faire à l'autorité publique, leur diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous leur observation. Elle doit être faite dans les centres érigés en Communes au Président de la Municipalité, en dehors de ces centres au Contrôleur civil.

« Un arrêté ministériel, en date du 20 septembre 1906 (*Journal Officiel* du 22) fixe la nomenclature des maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel.

A cette liste, les arrêtés du .

15 décembre 1916,

10 mars 1919,

15 avril 1920,

ont ajouté successivement la fièvre méditerranéenne, la grippe, l'encéphalite léthargique.

« Actuellement les déclarations, même dans les grands centres, sont faites très irrégulièrement (il n'y a rien là de particulier à la Tunisie). D'autre part, les déclarations faites aux Municipalités sont ignorées des Contrôleurs, des médecins, autres que l'auteur de la déclaration, des Communes voisines, du Gouvernement, qui n'en reçoit notification, lorsque celle-ci est faite, que par état mensuel.

« Dans de telles conditions, les déclarations, même faites en nombre et régulièrement, ne peuvent fournir le minimum d'utilité qu'on en doit attendre et qui consiste à répandre dans les milieux médicaux et administratifs la notion du fait et du danger épidémique.

« Pour atteindre ce but, il est essentiel que les déclarations soient :

1° centralisées;

2° publiées à intervalles courts et réguliers.

L'Inspection générale du Service de l'Hygiène et de la Santé publiques près du Gouvernement général de l'Algérie a réalisé une organisation qui satisfait à ces deux desiderata.

« Cette organisation peut être prise pour modèle. Elle n'a d'analogue en France que dans le Département de Seine-Inférieure où les Services d'hygiène ont atteint un rare degré d'efficacité.

« L'Inspection générale à Alger publie tous les dix jours un *Relevé* statistique des maladies contagieuses observées dans les trois départements, population civile et population militaire. Ce relevé est envoyé à tous les médecins, aux autorités administratives de la colonie et aux gouvernements voisins.

« Dans deux départements les déclarations sont nombreuses et semblent faites avec régularité et avec soin. Ce sont les départements d'Alger et d'Oran où les Conseils généraux ont voté le paiement des déclarations. Dans le département de Constantine, le Conseil général où siègent plusieurs médecins, a refusé ce paiement. Les déclarations y sont moins régulières.

« La Tunisie se doit de suivre sa voisine et :

a) de payer les déclarations, au moins pour les affections transmissibles les plus redoutables, choléra, peste, typhus, fièvre typhoïde, variole;

b) de transformer le mode de déclaration qui doit être double, une des carte-lettres destinée à l'autorité administrative locale, une autre au Gouvernement;



c) de publier un relevé hebdomadaire ou décadaire et d'en faire le service à tous les médecins exerçant en Tunisie, aux Contrôleurs et Présidents de Communes, ainsi qu'aux Gouvernements voisins. »

E. GOBERT.

Ces principes, ainsi que l'adoption de la nomenclature française, furent soumis au vote du Conseil consultatif d'hygiène et admis à l'unanimité lors de sa réunion du 11 janvier 1922, et la première rédaction du décret discutée par ce même Conseil le 30 mars suivant.

Le Conseil consultatif d'hygiène a voté ce jour-là, à l'unanimité la déclaration obligatoire de toutes les maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel et qui figurent à l'article premier du nouveau décret en première et seconde parties, y compris la tuberculose ouverte.

Celle-ci est bien, en effet, le type des maladies dont la désinfection devrait pouvoir être rendue systématique et régulière, donc obligatoire, et il ne peut y avoir de désinfection obligatoire sans déclaration préalable. Aucun médecin ne peut contester ce principe. C'est là le sens du vote émis par le Conseil consultatif.

Si l'Administration n'a pas cru pouvoir faire passer d'emblée dans la pratique les vœux qu'il a formulés, il semble qu'il faille en chercher la raison :

1° dans le souci de réduire au strict minimum la liste des affections que le médecin devra déclarer, afin qu'il ne soit pas tenté de reculer devant une besogne d'apparence fastidieuse et quelquefois réellement vaine;

2° dans l'impuissance où se trouvent aujourd'hui les pouvoirs publics, dans un pays où le malade assisté est légion, d'assumer les frais considérables qu'entraînerait la mise en pratique de la désinfection en cours et en fin de maladie de très nombreux tuberculeux.

Le vote unanime du Conseil consultatif n'en garde pas moins toute sa valeur et toute sa signification. Nous espérons fermement que le jour viendra où les budgets d'hygiène de l'Etat et des Communes de la Régence seront assez richement dotés pour permettre l'allongement de la liste, aujourd'hui un peu courte, des maladies à déclaration et désinfection obligatoires et l'incorporation définitive à cette liste de la tuberculose.

Le décret du 15 mai entre en vigueur dès le 1<sup>er</sup> juillet prochain. Nous

savons, de la bouche même du Directeur de l'Hygiène que les nouveaux carnets de déclarations seront envoyés à tous les médecins civils et militaires exerçant en Tunisie, avant cette date. La majorité de nos confrères devront les avoir déjà reçus lorsque ces lignes paraîtront.

L'arrêté ministériel publié en même temps que ce décret, règle la question de la rémunération des déclarations. Les primes avaient été inscrites au budget de 1922 et votées par la Conférence Consultative avec l'ensemble du budget de l'assistance dans sa session de 1921.

Dès que les déclarations parviendront régulièrement au Secrétariat général, un bulletin décadaire d'information sanitaire, sur le modèle du relevé publié par l'Inspection générale des Services de l'hygiène et de la santé publiques d'Algérie, et dont les formes sont prêtes, paraîtra et sera envoyé à tous les médecins de la Régence, aux Contrôleurs, Présidents de Communes et aux Administrations voisines.

### Décret du 15 mai 1922 (18 ramadan 1340)

*Louanges à Dieu !*

Nous, Mohammed En Nacer Pacha-Bey, Possesseur du Royaume de Tunis,

Vu le décret du 19 novembre 1899 concernant la déclaration des cas de maladies épidémiques;

Vu les arrêtés du 21 décembre 1899, 20 septembre 1903, 15 décembre 1916, 10 mars 1919 et 17 avril 1920, fixant la nomenclature des maladies dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel;

Vu le décret du 4 septembre 1912 instituant un Conseil consultatif d'hygiène;

Vu le décret du 27 décembre 1916 édictant des mesures exceptionnelles en vue de prévenir la propagation des maladies infectieuses;

Vu le décret du 20 février 1920 instituant près le Secrétariat général du Gouvernement tunisien une Direction de l'Hygiène et de la Santé publiques;

Vu les délibérations du Conseil consultatif d'hygiène, du 11 janvier 1922 et du 30 mars 1922,

Avons pris le décret suivant :

Article premier. — La liste des maladies épidémiques et contagieuses dont la divulgation en Tunisie n'engage pas le secret professionnel et auxquelles sont applicables les dispositions du présent décret est ainsi fixée :

### Première partie

Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

- N° 1 Fièvres typhoïde et paratyphoïde;
- N° 2 Typhus;
- N° 3 Variole;
- N° 4 Scarlatine;
- N° 6 Diphtérie;
- N° 8 Choléra;
- N° 9 Peste;
- N° 10 Fièvre jaune;
- N° 11 Dysenteries amibienne et bacillaire;
- N° 13 Méningite cérébro-spinale;
- N° 14 Poliomyélite antérieure aiguë;
- N° 15 Fièvre récurrente;
- N° 16 Fièvre méditerranéenne;
- N° 18 Lèpre.

### Deuxième partie

Maladies pour lesquelles la déclaration est facultative :

- A. — Rougeole;
- B. — Infection puerpérale, lorsque le secret de l'accouchement n'est pas demandé;
- C. — Grippe épidémique;
- D. — Encéphalite léthargique;
- E. — Tuberculose ouverte;
- F. — Coqueluche;
- G. — Oreillons;
- H. — Rage;
- I. — Teignes;
- J. — Paludisme;
- K. — Trachome;
- L. — Kala Azar.

Art. 2. — Tout médecin exerçant en Tunisie est tenu, sous peine d'une amende de cinquante à deux cents francs, de faire, dans les conditions fixées ci-dessous, la déclaration des cas de maladies épidémiques et contagieuses énumérées à l'article premier (première partie), qui tombent sous son observation.

Art. 3. — Chaque déclaration comporte l'envoi de deux cartes-lettres, circulant en franchise, détachées d'un carnet à souche adressées l'une au Président de la Municipalité dans les centres érigés en communes, ou au Contrôleur civil pour les cas n'intéressant pas ces centres, l'autre au Secrétaire général du Gouvernement tunisien.

Chacune de ces cartes-lettres porte la date de la déclaration, le nom du malade, son âge, son adresse exacte, la nature de la maladie désignée par son numéro d'ordre ou la lettre qui en tient lieu quand il s'agit d'une maladie à déclaration facultative, l'origine de la maladie, les résultats de l'examen de laboratoire, les mesures prophylactiques prises par le médecin et celles qui sont demandées aux Services publics et, enfin, les nom et adresse du déclarant.

Les carnets sont mis gratuitement par la Direction de l'Hygiène et de la Santé publiques, à la disposition de tous les médecins autorisés à exercer dans la Régence.

Art. 4. — Toutes les déclarations de maladies épidémiques et contagieuses reçues par les vice-presidents de Municipalités et les Contrôleurs civils dans les conditions énoncées à l'article 3 ci-dessus, devront être notifiées par leurs soins et dans les vingt-quatre heures à l'autorité militaire et maritime locale.

La déclaration par les médecins militaires ou de la Marine des maladies épidémiques observées chez des militaires ou des marins et leurs familles sera effectuée suivant les prescriptions de l'article 3 ci-dessus, sans préjudice des obligations que leur imposent les règlements des services de santé de l'Armée et de la Marine.

Art. 5. — Les déclarations de maladies à déclaration et désinfection obligatoires, énumérées à l'article premier (première partie), pourront être rémunérées. Les conditions de cette rémunération seront réglées par arrêté.

Art. 6. — Toute opposition, tout obstacle aux mesures de désinfection prescrites par les autorités administratives contre les maladies énumérées à l'article premier (première partie), sera passible d'une amende 16 à 400 francs et d'un emprisonnement de 6 jours à un mois.

L'exécution immédiate des mesures sanitaires prescrites pourra être ordonnée.

L'article 463 du Code pénal français et l'article 93 du Code pénal tunisien sont applicables aux infractions prévues par le présent article, sans toutefois que l'amende puisse être abaissée au-dessous de 16 francs.



Art. 7. — En cas de récidive dans l'année, les peines ci-dessus prévues pourront être portées au double.

Art. 8. — Les dispositions du présent décret entreront en vigueur à dater du 1<sup>er</sup> juillet 1922. Toutes dispositions contraires cesseront d'être applicables à la même date.

Art. 9. — Notre Premier Ministre est chargé de l'exécution du présent décret.

Vu pour promulgation et mise à exécution :

Tunis, le 15 mai 1922.

— *Le Ministre Plénipotentiaire,*  
*Résident Général de la République Française, à Tunis,*  
LUCIEN SAINT.

### ARRÊTÉ

Le Premier Ministre de S.A. le Bey, Commandeur de la Légion d'Honneur,

Vu le décret du 15 mai 1922, fixant la nomenclature des maladies épidémiques et contagieuses à déclaration obligatoire;

Vu l'article 5 de ce décret, ainsi conçu : « Les déclarations de maladies à déclaration et désinfection obligatoires pourront être rémunérées. Les conditions de cette rémunération seront réglées par arrêté »,

Arrête :

Article premier. — A dater du 1<sup>er</sup> juillet 1922, il sera alloué aux médecins exerçant en Tunisie une vacation de cinq francs par double déclaration de tous cas de maladie à déclaration et désinfection obligatoires libellée dans les conditions prévues par l'article 3 du décret du 15 mai 1922.

Art. 2. — Lorsque plusieurs cas de maladie épidémique auront été constatés simultanément dans une même famille ou dans une même maison, la déclaration de ces cas sera rétribuée d'après une seule vacation.

De même, lorsqu'un même cas fera l'objet de plusieurs déclarations consécutives, la première en date de ces déclarations donnera seul droit au paiement de la vacation.

Art. 3. — Lorsqu'au cours d'un même déplacement un médecin de colonisation constatera plusieurs cas de la même affection épidémique dans la même tribu ou la même agglomération, la déclaration de ces cas ne pourra donner lieu à plus de deux vacations.

Art. 4. — Lorsqu'après entente entre les autorités civile et militaire, un

médecin de l'Armée ou de la Marine sera chargé d'un service civil, il aura droit aux vacations prévues à l'article premier ci-dessus pour les déclarations des cas de maladies épidémiques et contagieuses tombées sous son observation à l'occasion de ce service.

Art. 5. — Les médecins adresseront à la fin de chaque semestre au Secrétariat général du Gouvernement tunisien un mémoire en double exemplaire, arrêté et certifié en toutes lettres, des vacations auxquelles leur donnent droit leurs déclarations des six derniers mois.

Art. 6. — En cas d'épidémie massive, le service des vacations prévu ci-dessus sera suspendu par arrêté.

Tunis, le 15 mai 1922.

P. le Premier Ministre :

*Le Secrétaire Général du Gouvernement Tunisien,*  
G. PUAUX.

## LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES EN TUNISIE

(Décret du 5 mai 1922)

Le nouveau décret dont nous publions ci-dessous le texte intégral d'après le *Journal Officiel* du 13 mai 1922, rend la vaccination jennérienne obligatoire dans la Régence et fixe les conditions dans lesquelles les vaccinations antityphoïdique, anticholérique et antipesteuse peuvent devenir elles-mêmes obligatoires.

La première de ces réformes était attendue depuis longtemps par le corps médical tunisien, qui voit se renouveler annuellement de petites épidémies de variole, vite circonscrites il est vrai, mais dont la répétition constitue une menace permanente pour la santé publique.

Au cours de la session de 1920 de la Conférence Consultative, Si Manoubi Boussen, membre de la Section indigène de cette assemblée, déposait une motion tendant à rendre obligatoire la vaccination antivariolique en Tunisie.

Cette question a fait l'objet, depuis lors, de vœux analogues du Conseil consultatif d'hygiène dont la dernière délibération à ce sujet date du 30 mars de cette année.

Aussi l'élaboration du texte ci-joint figurait-elle au premier plan du programme d'hygiène et d'assistance dont l'Administration Générale poursuit la réalisation.

En décrétant la vaccination antivariolique obligatoire le nouveau texte n'entend nullement la rendre exclusivement tributaire de l'autorité publique.

Les intéressés sont, en principe, entièrement libres du choix des opérateurs (médecins ou sages-femmes diplômés, seuls qualifiés pour délivrer des certificats), et du moment le plus favorable dans la limite des périodes d'âges fixées. C'est seulement à défaut de l'initiative individuelle ou lorsque celle-ci ne peut utilement s'exercer, que l'Administration se réserve le droit d'intervenir.

Sur l'avis conforme du Conseil consultatif, le même texte prévoit que les vaccinations antityphoïdique, anticholérique et antipesteuse pourront être rendues obligatoires en cas d'épidémie ou de menace d'épidémie. La disposition de l'article 5 visant la préservation des bassins d'alimentation des réservoirs ou sources captées pour l'usage commun a pour objet d'éviter qu'une épidémie urbaine ne puisse, comme l'épidémie de typhoïde qui s'est manifestée en mars 1916 à Tunis, trouver son origine dans la contamination de sources par les populations avoisinantes. En cas de choléra, une éventualité de cette nature aurait des conséquences telles qu'il est presque impossible d'en prévoir l'étendue.

L'application des vaccinations en masse dans la population indigène ne rencontre pas de difficultés insurmontables. L'expérience a été faite l'an passé, lors de l'épidémie de peste de Médénine où sept mille deux cent cinquante personnes, pour le cercle de Médénine seulement, et deux mille dans le contrôle de Gabès, ont été vaccinées préventivement, sans incident.

Voir à ce sujet et pour les considérations techniques les Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord, T. I, fascicule 4, décembre 1921.

#### DECRET du 5 Mai 1922

Article premier. — Dans tout le territoire de la Régence, les parents ou tuteurs sont tenus de soumettre leurs enfants ou pupilles à la vaccination antivariolique au cours de la première année de leur vie et à la revaccination entre 3 et 5 ans, ainsi qu'entre 8 et 11 ans révolus.

La revaccination est également obligatoire pour toute personne entre 17 et 21 ans révolus.

En cas d'infraction à cette dernière prescription, les parents ou tuteurs sont civilement responsables.

L'inoculation de la variole ou variolisation est interdite.

Art. 2. — Dans le mois qui suit son arrivée en Tunisie pour y établir

sa résidence, toute personne se tenue de se faire vacciner ou revacciner ainsi que ses enfants, à moins qu'elle ne puisse prouver qu'elle a déjà satisfait à ces obligations.

Art. 3. — En cas d'épidémie ou de menace d'épidémie, la vaccination ou la revaccination antivariolique peuvent être rendues obligatoires par arrêté pour toute personne quel que soit son âge, qui ne pourra justifier avoir été vaccinée ou revaccinée avec succès depuis moins de deux ans.

Art. 4. — En cas d'épidémie ou de menace d'épidémie de fièvre typhoïde, de choléra ou de peste, la vaccination antityphoïdique, anticholérique ou antipesteuse de toute personne résidant dans les localités et les régions contaminées ou menacées de contamination peut être rendue obligatoire par arrêté.

Art. 5. — Lorsque le choléra ou la fièvre typhoïde menaceront le bassin d'alimentation d'un réservoir ou d'une source captée pour usage commun, la vaccination anticholérique ou antityphoïdique de toute personne résidant sur ce bassin peut être rendue obligatoire par arrêté.

La vaccination antityphoïdique est, en tout temps, obligatoire pour le personnel affecté, à titre permanent ou temporaire, au service des sources, captages, adduction et distribution des eaux; la même obligation sera étendue, par arrêté, à ce personnel en ce qui concerne la vaccination anticholérique dans le cas de menace d'épidémie de choléra.

Art. 6. — L'Institut Pasteur de Tunis est chargé de la préparation, de la conservation et de l'expédition des vaccins.

Art. 7. — Toute infraction aux dispositions qui précèdent, toute inexécution des mesures prescrites par application du présent décret seront punies d'une amende de 16 à 50 francs, sans préjudice de peines plus élevées en cas de crime ou délit de droit commun, notamment d'exercice illégal de la médecine, de blessures ou homicide par imprudence, du fait de la variolisation pratiquée sur autrui. L'exécution immédiate des mesures sanitaires pourra être ordonnée.

Art. 8. — Toute opposition, tout obstacle à l'application du décret ou des mesures prescrites pour son exécution sera punie d'une amende de 16 à 400 francs et d'un emprisonnement de 6 jours à un mois.

L'article 463 du Code pénal français et l'article 53 du Code pénal tunisien sont applicables aux infractions prévues par le présent article, sans toutefois que l'amende puisse être abaissée au-dessous de 16 francs.

Art. 9. — En cas de récidive dans l'année, les peines ci-dessus prévues pourront être portées au double.

---



# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

JUILLET 1922

## TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

### DIFFICULTÉ DE DIAGNOSTIC DU PALUDISME CHRONIQUE

Splénectomie pour Hypertrophie de la Rate

Diagnostic de Paludisme

confirmé seulement au cours de la convalescence

par le Docteur J. GOÉRÉ

Médecin Principal de la Marine. — Chirurgien de l'Hôpital de Sidi-Abdallah

Il n'est pas toujours facile, même avec des examens répétés de laboratoire de déceler le paludisme chez les chroniques. La ponction de la rate hypertrophiée, du « nid des hématozoaires », reste souvent négative et une tendance actuelle est de croire à des hypertrophies spléniques d'origine encore inconnue. Le cas que je présente aujourd'hui est de ceux qui confirmeraient cette hypothèse si une fois, au bon moment, fugace, l'examen bactériologique n'était devenu positif.

Boudheb Mohamed, 21 ans, né à Collo (Algérie), matelot baharia, entré à l'Hôpital Maritime de Sidi-Abdallah le 25 août 1921. Diagnostic : « paludisme avec hypertrophie de la rate ».

Poids à l'entrée : 54 k. 500 ; taille 1<sup>m</sup> 60.

Aurait eu « les fièvres » dans son enfance.

Ne présente pas d'accès actuels, mais la rate est volumineuse et c'est son hypertrophie, jointe à l'indication de fièvre antérieure qui a motivé le diagnostic du médecin consultant.

Le malade a lui-même attiré l'attention sur la tuméfaction splénique : il avait des difficultés pour s'habiller. Le port du ceinturon déterminait une irradiation douloureuse dans la jambe gauche qui rendait pénible la marche.

Pas de douleur scapulaire, pas de douleur scrotale.

Etat général assez bon ; appétit conservé.

On note une légère voussure de l'hypochondre gauche et la percussion permet de délimiter la rate suivant un triangle curviligne dont le pourtour va de l'ombilic à la deuxième côte sur la ligne axillaire antérieure, monte pour atteindre la huitième

côte sur la ligne axillaire moyenne et, de là, rejoint directement l'ombilic.

A pleine main on saisit sous les fausses côtes une tumeur mobile qu'on peut refouler tout entière dans le thorax. La palpation, la percussion, la pression ne sont pas douloureuses.

La tumeur semble bilobée, et, vers le pôle inférieur, le doigt explorateur rencontre, de haut en bas, un bourrelet saillant.

*La recherche des hématozoaires, faite à différentes reprises est constamment négative.*

Les urines sont chimiquement et quantitativement normales.

Formule hémoleucocytaire le 20 septembre.

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Polynucléaires.....       | 58 %. |
| Mononucléaires.....       | 34    |
| Lymphocytes.....          | 2     |
| Formes de transition..... | 5     |
| Eosinophiles.....         | 1     |

La réaction de Bordet-Wasserman est négative, de même que celle de Weinberg.

Numération globulaire :

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| Globules rouges..... | 4.220.000 |
| Globules blancs..... | 6.200     |

Teneur en hémoglobine : 80 pour cent (D<sup>r</sup> JOBARD<sup>3</sup>).

Traitement antipaludique intensif par injonctions intra-veineuses et peros.

Au lieu de rétrocéder la tumeur augmente de volume de jour en jour. Elle est renittente, nettement bosselée et donne, au palper, l'impression d'une brioche dont le capuchon saillant surmonte le pôle inférieur.

Examen radioscopique le 26 septembre (D<sup>r</sup> BIENVENUE).

Sujet à jeun depuis la veille ; deux lavements, insufflation gastrique et colique.

Bulle gastrique verticalement allongée près de la ligne médiane. Toutes les limites du foie bien visibles et régulières. Grosse opacité (H = 25 cm), qui refoule l'estomac à droite, descend, sans interruption perceptible, à 4 ou 5 cm. au-dessous de la crête iliaque gauche et dépasse vers le bas la ligne médiane.

*Plusieurs ponctions de la rate, faites du 25 au 28 septembre n'ont jamais permis de trouver d'hématozoaires dans les étalements.*

Analyse des urines le 27 septembre (M. Perrimond, pharmacien de première classe) :

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| Sucre.....              | Néant          |
| Albumine.....           | Néant          |
| Pigments biliaires..... | Néant          |
| Urée.....               | 20 %           |
| Chlorures.....          | 12,5 par litre |

Rien d'anormal à l'analyse histo-bactériologique (D<sup>r</sup> JOBARD).

M. le Médecin de première classe LAURENT, dans le service de qui se trouve le malade, écrit à la date du 28 septembre : « Depuis huit jours la tumeur a notablement augmenté de volume ; elle est toujours mobile et sa forme n'a pas changé. L'évolution rapide de cette tumeur paraît en faveur du diagnostic de tumeur maligne de la rate. Depuis quelques jours, le foie, dont les dimensions jusqu'alors étaient normales a légèrement augmenté de volume et déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

Le malade est évacué le 29, en chirurgie.

L'état général est encore bon et les troubles digestifs d'origine mécanique suffisent à expliquer le dépérissement lentement progressif du malade qui n'a toujours pas de fièvre et dont le poids est encore de 54 kilos.

La palpation donne plutôt l'impression d'une rate régulièrement hypertrophiée que d'une tumeur développée au dépens de cet organe. Tumeur ou non, d'ailleurs, les dimensions en sont actuellement telles que les troubles mécaniques qu'elle provoque, en dehors de toute hypothèse sur sa nature, commandent l'intervention. Les examens du sang ont permis d'écarter l'idée de rate leucémique.

Intervention sous chloroforme le 30 septembre avec l'aide des Docteurs FOURGOUX et LAURENT. Incision de 25 cm. partant du rebord costal et suivant le bord externe du grand droit.

Dès le péritoine ouvert une masse dure, rouge brun, se présente et vient se plaquer contre la brèche sous la poussée intestinale. La main en explore les contours et constate vers la zone externe l'existence d'adhérences épiploïques dues aux ponctions répétées.

Ces adhérences sont sectionnées entre deux pinces. La main peut dès lors faire le tour de la masse qu'elle sent rattachée en arrière par un large pédicule.

Vers le pôle inférieur une incisure profonde divise la masse en deux lobes dont l'antérieur, donnait, à l'examen clinique, la sensation de chapeau de brioche. Il s'agit bien d'une rate hypertrophiée dans son ensemble.

L'accouchement de la masse ne peut se faire par la plaie opératoire mais il suffit de greffer à la partie supérieure une branche en T suivant le rebord costal pour permettre un écartement des lèvres suffisant à luxer le pôle inférieur sans la résection costale que je me proposais de faire.

De proche en proche, entre clamps successifs, le pédicule est alors sectionné et la rate extraite.

Un suintement sanguin assez abondant s'est fait pendant ces manœuvres à la rupture d'adhérences très vasculaires du pôle supérieur. La rate s'est ainsi légèrement dégorgée, elle pèse encore 2 kilogr. 500.

Lavage à l'éther de l'énorme loge ; tamponnement lâche à la gaze, suture de la paroi en trois plans. Pas d'hématozoaires dans les frottis de la rate.

Les suites opératoires immédiates sont excellentes ; le tamponnement à la gaze est enlevé le troisième jour. La réunion se fait par première intention.

Il se déclare au sixième jour une congestion pulmonaire double qui se complique de septicémie streptococcique, décelée le 19 octobre par l'hémoculture, pour aboutir à une pleurésie purulente gauche diagnostiquée le 8 novembre et opérée sur le champ. Le germe en cause est encore le streptocoque. La plèvre est drainée au point déclive après résection de la dixième côte sur 5 cm.

Après l'intervention l'état général va s'améliorant d'une façon régulière. Le drain pleural peut être supprimé le 5 décembre.

Cependant l'apyrexie se trouve encore coupée de clochers à type irrégulier que rien dans l'état de la plaie ne justifie et c'est au cours d'un de ces accès fébriles, le 25 décembre, que, pour la première fois le laboratoire découvre dans un étalement de sang de rares schizontes *p. vivax*, (D<sup>r</sup> JOBARD).

Mise en œuvre à ce moment, la quinine (1 gr. 50 de chlorhydrate peros) agit avec efficacité.

La convalescence devient régulière et le malade quitte l'hôpital le 13 janvier avec un congé de trois mois.

*Examen histologique* : La rate hypertrophiée était une rate



fibreuse, à capsule épaisse, à travées larges et envahissantes, sans éléments histologiques anormaux.

La seule notion de fièvre antérieure, innommée et non contrôlée, aurait pu laisser planer un doute sérieux sur la nature paludéenne de cette hypertrophie splénique, si le hasard d'un seul examen de laboratoire heureux n'avait apporté son témoignage concluant.

Rentré de convalescence le 20 avril le malade pèse 54 kilogr. et l'examen du sang donne les résultats suivants :

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| Richesse en hémoglobine..... | 85 %      |
| Numération globulaire :      |           |
| Globules rouges.....         | 4.650.000 |
| Globules blancs.....         | 7.750     |
| Formule leucocytaire :       |           |
| Polynucléaires.....          | 57 %      |
| Mononucléaires.....          | 37        |
| Lymphocytes.....             | 2         |
| Formes de transition.....    | 3         |
| Eosinophiles.....            | 1         |

TABLEAU RÉCAPITULATIF

| DATES             | POIDS     | EXAMEN DU SANG |              |                       |
|-------------------|-----------|----------------|--------------|-----------------------|
|                   |           | GLOB. ROUGES   | GLOB. BLANCS | TENEUR EN HÉMOGLOBINE |
| 25 Août.....      | 56 k. 550 |                |              |                       |
| 20 Septembre..... | "         | 4.220.000      | 6.200        | 80 %                  |
| 29 Septembre..... | 54 k.     |                |              |                       |
| 4 Octobre.....    |           | 3.224.000      | 7.200        | 60 %                  |
| 25 Novembre.....  |           | 3.038.000      | 6.280        | 70 %                  |
| 4 Décembre.....   | 44 k. 700 |                |              |                       |
| 12 Décembre.....  | 44 k. 926 |                |              |                       |
| 28 Décembre.....  |           | 4.185.000      |              | 75 %                  |
| 2 Janvier.....    | 48 k. 600 |                |              |                       |
| 9 Janvier.....    | 49 k. 200 |                |              |                       |
| 12 Avril.....     | 54 k.     | 4.650.000      | 7.750        | 85 %                  |

1<sup>er</sup> Juillet — Le malade a repris son service normal et le fait sans interruption.

## Kystes hydatiques des deux poumons

par le Docteur BRAQUEHAYE

La nommée Messaouda bent bou Trâa, âgée de 49 ans, venant du Goubellat, se présente à l'hôpital Sadiki le 30 mars dernier.

Elle nous est envoyée par l'œuvre Villemin avec le diagnostic de cancer des deux poumons, probablement secondaire à une lésion primitive d'un organe abdominal.

La malade ne peut nous fournir aucun renseignement sur l'origine, ni sur l'évolution de sa lésion. Elle est venue consulter parce qu'elle tousse et perd ses forces. N'a jamais eu d'hémoptysie, ni de vomique.

A l'auscultation pratiquée avec Madame Romme-Brun, aucun signe bien net de localisation. Légère submatité aux deux bases; signes de bronchite vague dans les deux poumons.

A la radioscopie, on voit sur les épreuves que je vous présente et qui sont dues à M. Jaubert de Beaujeu.

1° *A gauche*, une ombre arrondie, du volume d'une mandarine, siégeant en arrière du cœur, dont les battements sont transmis et à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du poumon.

2° *A droite*, une ombre un peu floue, mais plus étendue, semblant siéger vers le médiastin postérieur. A sa partie inférieure, l'ombre se continue avec le tissu pulmonaire sans présenter de limites bien nettes.

Les poumons présentent tous deux des taches disséminées (bronchite probable).

Diagnostic : Kyste hydatique des deux poumons.

Le repérage sous l'écran indique que le kyste gauche doit se trouver au niveau du 8° espace intercostal sur la ligne axillaire, à 7-8 centimètres de profondeur environ.

Le 7 avril, après anesthésie, et assisté de mon collègue le Docteur Brun, j'incise à ce niveau la paroi thoracique, jusqu'à la plèvre.

A travers celle-ci, avec un point de suture au catgut, je harponne le poumon et le fixe à la paroi.

La cavité pleurale ouverte et rendue béante par un écarteur de Tuffier, je constate que la tumeur, bien perceptible aux doigts, dans le parenchyme pulmonaire, siège plus en arrière, près du bord externe de l'omoplate, au niveau de sa pointe.

Nouvelle incision en ce point. Résection de dix centimètres environ de la 9° côte et ouverture de la cavité pleurale.

Avec une pince en cœur, j'extériorise une partie du poumon. Evacuation du kyste au Potain. Incision du tissu pulmonaire au bistouri. Ablation de l'hydatide mère et d'une hydatide fille.

Comme un peu de liquide a coulé dans la plèvre pendant l'opération, je verse un peu d'éther dans la cavité pleurale et dans la cavité du kyste.

Suture de l'incision pulmonaire au catgut. Suture des deux plaies pariétales au crin de Florence en un plan.

Suites opératoires assez simples. Recrudescence de la bronchite pendant les premiers jours. Vers le 22<sup>e</sup> jour, élévation de la température à 38°6 due à un abcès de la paroi qui est évacuée.

Une nouvelle radioscopie faite à ce moment montre que le poumon gauche a repris sa place dans la cage thoracique. Il n'y a plus d'ombre arrondie, mais seulement les tâches de bronchite disséminées constatées au premier examen.

A droite, le second kyste paraît plus net, sous forme d'une ombre arrondie à contours bien arrêtés et siégeant au voisinage du médiastin postérieur.

La malade est en observation et je pense bientôt l'opérer de son second kyste.



## Colpocléisis consécutif à un accouchement

par le Dr BRAQUEHAYE

---

La nommée Fathma bent Mohamed, âgée de 27 ans environ, entre à l'hôpital le 13 Janvier 1922, pour une occlusion presque complète du vagin.

Cette femme raconte qu'elle a accouché il y a 15 mois d'un enfant à terme, mais mort. Le travail, dit-elle, aurait duré douze jours. Elle eut, après l'accouchement, une suppuration abondante qui dura plusieurs semaines.

A son entrée à l'hôpital, le vagin paraît entièrement fermé et l'on distingue comme seul orifice, en avant, le méat urinaire qui semble normal. Cependant la malade nous assure que ses règles surviennent régulièrement. En étalant la vulve, on perçoit difficilement, à un centimètre en arrière de l'orifice urétral, un tout petit pertuis qui admet à peine un fin stylet de Bowmann et qui est au milieu d'un tissu cicatriciel épais et résistant.

Afin de me rendre compte de l'état du vagin au-dessus de cet anneau cicatriciel, je tente d'abord la dilatation avec des stylets de Bowmann, puis avec des bougies d'Hegar. Cette dilatation très douloureuse, ne me permet pas d'aller au delà de la bougie d'Hegar n° 6. Il semble cependant qu'au dessus de l'anneau fibreux, il existe une portion de vagin normale avec muqueuse saine. Le 30 Janvier, sous anesthésie générale à l'éther, je dilate jusqu'au n° 18 des bougies d'Hegar et je constate que le vagin est sain dans sa partie supérieure, jusqu'à deux centimètres environ du col utérin. Il n'y a pas de fistule urinaire.

J'excise alors tout l'anneau fibreux en arrière et sur les côtés ; mais comme l'urètre et la vessie me semblent adhérer à la cicatrice, je ne touche pas à la partie antérieure et me contente d'une excision en croissant. En arrière, sur la ligne médiane je fais une incision verticale qui vient tomber à un demi centimètre en avant de la fourchette. Avec chaque petite lèvre, je fais un lambeau que je laisse adhérent en arrière et la faisant pivoter autour de ce point fixe je la place et l'étale sur



la partie cruentée de chaque côté. Quelques points de catgut la fixent aux bords de la surface cruentée..

Suture de la plaie du lambeau des petites lèvres au crin de Florence.

Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée. Sonde de Pezzer pendant les 5 premiers jours.

Les suites opératoires furent simples.

Pas de sphacèle des lambeaux.

Au dixième jour, j'enlève les crins de Florence.

La malade quitte l'hôpital guérie le 1 mars, avec un vagin recouvert d'une muqueuse en arrière et sur les côtés, mais présentant en avant une bride fibreuse transversale.

On pouvait constater à ce moment que la malade présentait un rétrécissement notable du bassin dans tous ses diamètres.

Cette observation m'a semblé intéressante à rapporter, car les cas d'atrésie cicatricielle du vagin sont rares, surtout à un degré aussi marqué.

La cause de cette affection est presque toujours obstétricale soit par suite d'un rétrécissement du bassin, soit par volume anormale de la tête fœtale.

Chez notre malade, au bassin rétréci dans tous ses diamètres, la tête fœtale a comprimé pendant plusieurs jours la muqueuse vaginale. Il en est résulté un sphacèle annulaire suivie d'une retraction cicatricielle qui a réduit à un simple pertuis le canal vaginal.



# DOUBLE LITHIASÉ VÉSICALE ET RÉNALE

chez un jeune arabe

par MM. ROGALSKI et JAUBERT DE BEAUJEU

La lithiasé urinaire est relativement fréquente chez les enfants en Tunisie. En trois ans l'un de nous a pu diagnostiquer radiologiquement une dizaine de calculs vésicaux ou rénaux chez des enfants de 5 à 10 ans. La lithiasé double rénale et vésicale est plus rare, pourtant d'après Legueu elle se rencontrerait assez souvent « fréquente surtout de 5 à 10 ans et principalement chez les garçons, la lithiasé rénale est surtout remarquable par ses localisations souvent multiples soit d'un côté, soit des deux côtés de l'appareil urinaire supérieur (rein et uretère) et au niveau de la vessie (1) ».

Le cas que nous rapportons est intéressant par la multiplicité des calculs rénaux la grosseur et l'opacité du calcul vésical.

L'observation est d'une simplicité telle qu'elle se résume en quelques lignes :

Jeune indigène de 7 ans souffrant depuis deux ans, d'après les dires de son père, de douleurs violentes dans le bas-ventre d'hématurie, d'anurie et de pyurie — on ne peut savoir s'il a été soigné pendant cette période.

Quand on nous l'amène, immédiatement frappé par les symptômes urinaires, on fait une série de radiographies qui montrent les particularités suivantes :

On ne voit pas d'ombre anormale au niveau de la région rénale droite.

Du côté gauche il existe une ombre assez dense de la grosseur d'un noyau de pêche se projetant sur la 12<sup>e</sup> côte et au-dessous deux petites ombres. Le contour inférieur du rein est visible, le rein paraît gros.

Du côté de la vessie on voit un énorme calcul en forme d'ovoïde allongé, il est très opaque et doit être très riche en sels calcaires. Il s'agit d'une calculose double rénale et vésicale, il est probable qu'un premier calcul a été expulsé du rein, qu'il s'est arrêté dans la vessie où il a continué de s'accroître peu à peu par des dépôts concentriques. Si le malade se laisse opérer il sera intéressant d'analyser les calculs rénaux et vésicaux et de voir si leur composition est identique.

(1) LEGUEU : *Encyclopédie d'urologie*.



DOUBLE LITHIASÉ VÉSICALE ET RÉNALE

# RÉACTIONS THERMO-CHIMIQUES

libératrices d'aldéhyde formique et de gaz ammoniac

Application à la désinfection en surface

par A. SAINT-SERVIN

Docteur en pharmacie — Pharmacien Chimiste en Chef de 2<sup>e</sup> Classe de la Marine

---

I. - Divers auteurs ont fait connaître les réactions d'oxydation que donnent certains peroxydes métalliques et sels de peracides sur l'aldéhyde formique en solution ou à l'état polymérisé.

M. G. Carteret (C. R. Académie des Sciences 13 avril 1908) a préconisé l'action du chlorure de chaux sur la paraformaldéhyde, comme mode d'obtention de gaz désinfectant.

J'obtiens une réaction très vive, régulière, productive de grandes quantités d'aldéhyde formique gazeuse et de vapeur d'eau en traitant : Une partie du chlorure de chaux sec du commerce, par poids égal de solution de formol du commerce à 40 p. 100, étendue de son volume d'eau.

La mise en liberté d'aldéhyde gazeuse semble due à la chaleur d'hydratation du corps oxydant et la destruction d'une partie de la matière organique par l'oxygène ou par le chlore.

La température obtenue par la mise en présence de ces deux produits commerciaux, s'élève en quelques secondes aux environs de 105°, ce qui explique la rapidité avec laquelle est obtenu le départ de l'aldéhyde gazeuse.

Au cours de cette réaction, environ un tiers de l'aldéhyde formique engagée dans la réaction est détruite par celle-ci. Le gaz produit ne contient que des traces de chlore.

II. - La deuxième réaction thermochimique que j'utilise est celle qui consiste à faire réagir : Une partie d'ammoniaque du commerce étendue de trois fois son volume d'eau, sur une partie de chlorure de chaux sec. Il se produit d'abondantes fumées blanches, de vapeur d'eau, de gaz ammoniac, de chlorydrate d'ammoniaque et aussi sans doute de l'azote et des produits tels que l'hydrazine et l'hydroxylamine.



### III. - APPLICATION A LA DÉSINFECTION EN SURFACE

Les doses à employer par mètre cube sont :

|                                |                    |
|--------------------------------|--------------------|
| Chlorure de chaux sec.....     | 50 grs             |
| Formol du commerce.....        | 25 cm <sup>3</sup> |
| Eau pour diluer le formol..... | 25 cm <sup>3</sup> |

Après 7 heures de contact, faites réagir :

|                                   |                    |
|-----------------------------------|--------------------|
| Chlorure de chaux sec.....        | 50 grs             |
| Ammoniaque du commerce.....       | 25 cm <sup>3</sup> |
| Eau pour diluer l'ammoniaque..... | 75 cm <sup>3</sup> |

Ces deux réactions, très simples à conduire, permettent si on les utilise dans les conditions ordinaires de la pratique d'obtenir la désinfection en surface d'un local et sa désodorisation en dix heures. Soit : 7 heures de formolisation, une heure de désodorisation par l'ammoniaque avec formation d'hexaméthylènetétramine, deux heures d'aération.



## Les paralysies laryngées associées

par le Docteur E. LUMBROSO

Jusqu'à ces dernières années, l'étude des paralysies laryngées associées s'est heurtée à de très grandes difficultés tant en ce qui concerne la classification des nombreux syndrômes constatés et décrits, qu'en ce qui touche leur représentation.

La cause principale de ces difficultés consistait en une connaissance imparfaite de la distribution précise de certains nerfs crâniens et de la signification des troubles reconnus actuellement sous leur dépendance. L'accord n'était pas établi surtout en ce qui concerne les x<sup>e</sup> et xi<sup>e</sup> paires. La plupart des auteurs acceptaient l'ancienne conception de Willis attribuant au pneumogastrique toutes les racines bulbaires du spinal, et *Lermoyez* proposait pour simplifier la question de rattacher les racines bulbaires de la x<sup>e</sup> et xi<sup>e</sup> paires en un seul groupe *vago-spinal* donnant l'innervation palato-laryngée, à l'exclusion du spinal qui n'aurait plus que des racines médullaires. Aujourd'hui on admet que le spinal a une racine bulbaire qui se joint à une racine médullaire pour former le tronc du spinal. *Vernet* dans ses dissections a pu suivre et séparer complètement le spinal avec toutes ses fibres bulbaires et médullaires, et a conclu à la séparation clinique complète du pneumogastrique auquel il n'attribue qu'un rôle sensitif, d'avec le spinal nerf moteur.

Nous allons examiner l'anatomie physiologique du spinal, du pneumogastrique et du glosso-pharyngien.

*Spinal.* — C'est la racine bulbaire du spinal qui donnerait les fibres recurrentielles et du voile du palais. Ces fibres suivent le tronc du spinal et ensuite du spinal interne. Celui-ci avant de s'accoler au pneumogastrique cervical donne des rameaux moteurs au palais et aux constricteurs moyen et inférieur du pharynx. Vers la partie inférieure du ganglion plexiforme, quelques fibres motrices issues du spinal se détachent du tronc pour s'accoler à des fibres sensitives issues du pneumogastrique et former le nerf laryngé supérieur; ces fibres motrices sont destinées au muscle crico-thyroïdien. Les fibres recurrentielles suivent le tronc vago-spinal, forment une boucle autour de la sous-clavière pour innerver les autres muscles du larynx par un trajet récurrent. Au niveau de la sous-clavière, le spinal interne outre le récurrent se termine par un rameau

cardiaque qui contient les fibres cardio-modératrices qu'on attribuait à tort au pneumogastrique.

Le spinal externe qui se sépare du spinal interne à l'entrée du trou déchiré postérieur, innerve les muscles trapèze et sternocléido-mastoïdien.

Le rôle moteur du spinal se trouve confirmé embryologiquement par le fait qu'on a vu un monstre acéphale auquel manquait le noyau du pneumogastrique, crier nettement pendant une heure, et qu'on a observé d'autre part un fœtus à terme présentant une absence de voile et de muscles du larynx, avec un rudiment de nerf spinal tandis que le pneumogastrique était normal.

Enfin, on a observé fréquemment une absence complète de troubles sensitifs dans des paralysies laryngées, faisant conclure à l'intégrité du nerf pneumogastrique.

*Pneumogastrique.* — Il ressort du rôle attribué au spinal que le X est seulement un nerf sensitif. Il donne dans l'intérieur du ganglion plexiforme un rameau important longtemps méconnu : le rameau pharyngien du X (Vernet), nerf sensitif qui suit le trajet du rameau pharyngien du XI, nerf moteur, et qui donne la sensibilité au pharynx buccal, à la luette et à l'arc palatin. Plus bas il donne les fibres sensitives du nerf laryngé supérieur qui donne la sensibilité au larynx. Le pneumogastrique donne en outre le rameau auriculaire d'Arnold et des fibres pulmonaires.

*Glosso-pharyngien.* — Il naît du ganglion d'Andersch, suit le trou déchiré postérieur en se maintenant le plus antérieur et le plus interne des trois nerfs qui y passent. A sa sortie du crâne il donne un rameau moteur pour le constricteur supérieur du pharynx (1), et des fibres sensorielles pour la base de la langue. Les fibres sensorielles de la pointe de la langue, innervées classiquement par le rameau lingual du trijumeau, seraient rattachées par quelques auteurs (Ranvier, Vintschgau, Rosenberg) au glosso-pharyngien par l'intermédiaire du nerf de Jacobson.

Ces données anatomiques sommaires, nécessaires pour la classification des paralysies laryngées, peuvent se schématiser comme suit :

|                                                  |                                                            |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| GLASSO-PHARYGIEN : <i>Innervation motrice</i> :  | Constricteur supérieur du pharynx                          |
|                                                  | <i>Innervation sensitive</i> : pilier postérieur, amygdale |
| PNEUMOGASTRIQUE : <i>Innervation sensitive</i> { | Pharynx buccal                                             |
|                                                  | Luette et arc palatin, amygdale                            |
|                                                  | Larynx                                                     |
| SPINAL INTERNE : <i>Innervation motrice</i> {    | Constricteurs moyen et inférieur                           |
|                                                  | Peristaphylin interne                                      |
|                                                  | Palato-staphylin                                           |
|                                                  | Pharyngo-staphylin                                         |
|                                                  | Glosso-staphylin                                           |
|                                                  | Larynx                                                     |

Étudions séparément la paralysie de chacun de ces nerfs, et de ce fait, l'étude des syndrômes sera de beaucoup simplifiée.

*Paralysie du glosso-pharyngien* (1). — La paralysie du constricteur supérieur du pharynx se traduit objectivement par un *mouvement de rideau* de la paroi postérieure du pharynx qui va de la partie malade vers la partie saine. Ce mouvement de rideau ne peut être perçu qu'en provoquant une nausée en faisant prononcer la voyelle à.

Fonctionnellement cette paralysie du constricteur supérieur se traduit par des troubles dans la déglutition des solides, ce muscle étant celui qui rétrécit le calibre du pharynx, sa paralysie empêche la progression du bol alimentaire, et le malade est obligé de boire pour lui faire franchir l'isthme pharyngien.

Enfin il existe des troubles sensoriels surtout dans la zone du V lingual et du tiers postérieur de la langue. Si on s'en rapporte à ce qui a été dit plus haut au sujet de l'innervation de la pointe de la langue, on pourrait faire un diagnostic de siège de la lésion au-dessus ou au-dessous du nerf de Jacobson.

Les troubles sensoriels apparaissent après les troubles moteurs, et le mouvement de rideau suffit à dépister une légère altération du IX.

*Paralysie du pneumogastrique* (1). — Il ne s'agit pas absolument d'une paralysie, les phénomènes de compression et toutes les modifications de sensibilité du nerf se traduisent par une hyper ou une hypo-excitabilité; il y a névrite ou névralgie du X. Elle a été souvent confondue avec la paralysie du spinal et suivant; Escat ne s'en différenciait que par une toux coqueluchoïde, une hyperesthésie du rameau auriculaire, des troubles de sensibilité du larynx et de la tachycardie qui était injustement attribuée au X.

Maintenant que le rôle uniquement sensitif du X est démontré, on peut mettre en évidence un ensemble de troubles dus à l'atteinte de chaque rameau ou du tronc au-dessus du point de départ de ces rameaux.

*Troubles de la sensibilité.* — Anesthésie ou hyperesthésie du voile, du pharynx, du larynx et du rameau auriculaire. Dans le cas d'hyperesthésie on peut avoir une douleur très violente (brûlure, coup de couteau) dans le larynx, ou bien l'impression d'un corps étranger; dans ce dernier cas, la pression du cartilage thyroïde à l'entrée du laryngé supérieur, est douloureuse (véritable point de Valleix). On constate encore des bour-

(1) VERNET : Paralysie du glosso-pharyngien, *Paris-Médical*, 23 décembre 1916.

(2) Maurice VERNET : Paralysie du pneumogastrique, *Paris-Médical*, 10 mars 1917.



donnements, de l'otalgie, une toux quinteuse par l'introduction d'un spéculum auris.

*Troubles de la salivation.* — En général il y a hypersécrétion salivaire, quelquefois au contraire on a de la sécheresse d'origine réflexe.

*Troubles de la toux.* — On constate deux espèces de toux correspondant à une hyper ou hypo-excitabilité : d'une part une toux coqueluchoïde, d'autre part une toux de déglutition, non quinteuse, due à une hémianesthésie des voies aériennes supérieures.

*Troubles respiratoires.* — Le malade présente des symptômes de pseudo-asthme par altération de la sensibilité pulmonaire, et action réflexe sur la motricité pulmonaire et thoracique. Ce sont des troubles analogues à ceux que produit la section du pneumogastrique, ou au pseudo-asthme réflexe chez les tuberculeux. L'hypérexcitabilité entraîne une dyspnée d'effort.

*Troubles pulmonaires.* — Congestions réflexes à répétition du côté paralysé. Troubles vaso-moteurs réflexes, troubles trophiques, abcès, gangrène, bacillase.

*Paralysie du spinal.* — *Branche externe.* — Paralysie du sterno-cléido-mastoïdien : le relief de ce muscle est supprimé, il y a impossibilité de tourner la tête d'un côté, on constate la flaccidité de la masse musculaire. Les trois chefs du trapèze sont également paralysés, le malade éprouve une grosse difficulté à relever le moignon de l'épaule, l'omoplate est basculée, les creux sus-claviculaire et sus-sternal sont enfoncés.

*Branche interne.* — Sa paralysie entraîne une hémiplegie du voile et du larynx. La corde est immobilisée; cette immobilité peut survenir en diverses positions dites : cadavérique, médiane et juxta médiane; dans les traités classiques on se basait sur ces positions pour mesurer la gravité d'une paralysie, maintenant on a démontré que le degré d'immobilité et les troubles trophiques sont autrement importants au point de vue pronostic (1). On observe quelquefois de la tachycardie, pouls intermittent et instable. Fonctionnellement il y a la régurgitation des liquides. Enfin la paralysie des fibres du poulmon donne le signe de « l'ampliation cervicale par expiration forcée en cavité close » (Sicard et Roger).

*Paralysie de l'hypoglosse.* — Hémiaïtrophie et déviation de la langue. Quand la paralysie s'accompagne d'une lésion de l'anse de l'hypoglosse par paralysie périphérique, on constate une atrophie de l'exo-larynx.

Enfin on peut noter quelques troubles réflexes dans le domaine du sym-

(1) Thèse de DUFOURMENTEL : « La loi de Sermon, Rosembach dans les paralysies du recurrent, BAILLÈRE 1914.

pathique à la suite d'une lésion du pneumogastrique. Ces troubles se caractérisent dans le cas de hypo-excitabilité par de l'enophtalmie, du myosis, des troubles vaso-moteurs du côté correspondant (muqueuse pâle, extrémités froides); dans le cas de hyperexcitabilité par de l'exophtalmie, du mydriasis, des troubles congestifs.

*Syndrômes de paralysies associées.* — Il est classique, lorsqu'il s'agit d'associations paralytiques du larynx, de citer certains syndrômes connus depuis de longues années.

Jackson, le premier en 1864, décrit l'association paralytique homolatérale du larynx, du voile, de la langue et des muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze.

En 1891, *Avellis* appelle l'attention sur l'hémiplégie palato laryngée.

*Schmidt*, en 1892, publie des observations de paralysie du voile, du larynx et des muscles de la langue.

*Tapia*, en 1906, dans une communication au Congrès de Lisbonne, décrit la paralysie homolatérale de la langue et du larynx.

A ces syndrômes classiques sont venus s'ajouter récemment celui que *Collet* a désigné sous le nom de syndrome hémiplégique total des quatre derniers nerfs crâniens (1), et le syndrome de *Vernet* (2) ou syndrome du trou déchiré postérieur caractérisé par l'hémiplégie du voile, du larynx et du pharynx.

D'autres observations montrent la paralysie du récurrent associée à celle du grand sympathique du même côté (*Brockaert*), la paralysie du récurrent et du spinal externe (*Garel et Gignoux*), la paralysie récurrentielle et la paralysie du plexus brachial du même côté (*Collet, Vernet*). Enfin on a décrit un certain nombre de formes atypiques et croisées (*Poli*).

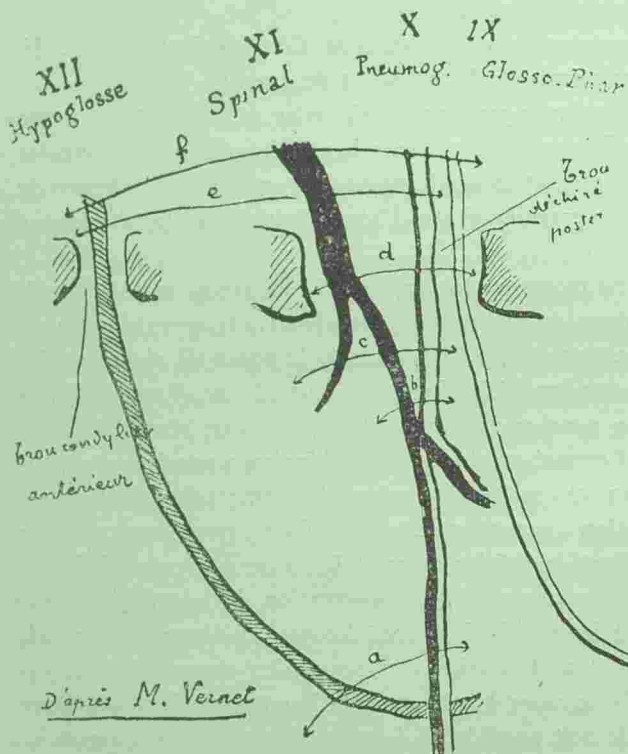
On voit par ce bref exposé combien les combinaisons paralytiques peuvent paraître étendues, et combien est nécessaire une classification rationnelle. La désignation par un nom propre d'un syndrome, manque évidemment de signification précise. *Rosé et Lemaître* ont proposé de désigner les syndrômes par organes lésés, la question devient évidemment plus claire, cependant les appellations sont longues, n'illustrent pas suffisamment les lésions et sont insuffisantes pour des organes à innervation double ou triple comme le pharynx, la langue ou le voile. Pour qu'un diagnostic facile soit possible, il faut que les syndrômes apparaissent immédiatement dans leur représentation anatomique et clinique, bien limités dans des cadres précis.

(1) COLLET : *Lyon Médical*, avril 1915, n° 4.

(2) VERNET : Le Syndrome du trou déchiré postérieur, *Paris Medical*, 27, janvier 1917, n° 4.

Vernet (1) dans un travail remarquable a proposé de « désigner précisément toute paralysie ou tout syndrome paralytique par le ou les troncs nerveux intéressés dans chacun d'eux. » Cette désignation permet d'avoir présente à l'esprit la symptomatologie complète qui découle des lésions incriminées; elle indiquera leur siège probable et n'exclura pas du tableau les troubles sensitifs, sensoriels, pulmonaires ou cardiaques; elle limitera le nombre des combinaisons possibles aux formes essentielles. Les paralysies tronculaires seules présentent un syndrome clinique bien défini et d'un intérêt diagnostique primordial, les paralysies des branches terminales de ces nerfs constituent des modalités ébauchées des précédentes.

On peut illustrer cette nomenclature par un schéma et mieux encore par la distribution schématique des nerfs eux-mêmes.



#### SCHÉMA

représentant par  
nerfs les syndromes  
de paralysies laryngées associées.

- a) Tapia : Spinal  
int. × hypoglosse.
- b) Avellis : Spinal  
interne.
- c) Schmidt : Spinal  
externe × interne.
- d) Vernet : Spinal  
complet ou incom-  
plet × glosso-phar.
- e) Jackson : Spinal  
complet × hypo-  
glosse.
- f) Collet : Spinal ×  
hypoglosse × glos-  
phar.

Chacun d'eux avec  
ou sans le pneu-  
mogastrique.

Le pneumogastrique essentiellement sensitif n'intervient que pour com-

(1) VERNET : De la classification des syndromes de paralysies laryngées associées, *Marseille Médical*, 1<sup>er</sup> juin 1917.

pléter le tableau clinique et faciliter par le degré et la valeur de son altération, le diagnostic de siège et d'étendue des lésions.

La classification des paralysies ainsi établie rend immédiat le diagnostic du niveau de la lésion le long du tronc nerveux. Cependant la question à se poser d'abord est de savoir s'il s'agit d'une paralysie périphérique ou centrale. Une lésion bulbaire peut déterminer un syndrome en tout point semblable aux syndromes déjà décrits; ce syndrome cependant n'est presque jamais pur, on constate dans la plupart des cas des phénomènes d'hémiplégie, d'hémi-anesthésie, de tabès, de sclérose en plaques, de syringomyélie, un syndrome oculo-sympathique de paralysie etc. Vernet dans sa thèse écrit : « Les formes bulbaires de paralysies associées du larynx existent rarement à l'état de pureté..., il faut douter de l'origine bulbaire d'un syndrome associé qui évolue longtemps isolément, et penser à une cause périphérique dans les formes à début lent ». Sicard conclut d'une façon encore plus formelle quand il dit que la forme pure du syndrome reconnaîtra toujours une origine exocrânienne.

Il est des cas cependant où le diagnostic différentiel topographique reste en suspens, malgré un examen approfondi et complet. Les troubles sensitivo-sensoriels du domaine du pneumogastrique et du glosso-pharyngien peuvent exister aussi bien dans les paralysies bulbaires que dans les paralysies périphériques; la réaction de dégénérescence ne peut pas être considérée comme un signe certain de paralysie périphérique; enfin l'examen du liquide céphalo-rachidien ne peut lui non plus, selon Sicard, renseigner utilement sur la localisation exo ou endocrânienne. Dans ces cas on ne peut orienter le diagnostic qu'en s'appuyant sur le mode de début, l'évolution des symptômes, l'examen approfondi de la sensibilité motrice, des signes des autres nerfs crâniens etc.

Une fois établi le diagnostic de siège, il ne reste plus qu'à déterminer le diagnostic causal. Etiologiquement, les lésions sont le plus souvent dues à des traumatismes, des compressions, des névrites inflammatoires et toxiques.

Le traumatisme agira soit directement (balle de revolver, éclat d'obus, etc.), soit indirectement : Hamon du Fougeray a rapporté une observation où l'hémiplégie palato-laryngée fut consécutive à un traumatisme violent de la région maxillaire.

Parmi les causes de compression on cite : les lésions ganglionnaires tuberculeuses ou cancéreuses (Avellis, Lermoyez), les lésions osseuses d'ostéomyélite de la base du crâne (Sebileau), ou de carie du temporal, la



trombose du golfe de la jugulaire (Grandenigo), l'anévrysme de la vertébrale (Moritz Schmidt), les tumeurs de la base du crâne (Brindel, Belin, Vincent), les tumeurs naso-pharyngées adhérentes à la colonne (Fraënkel); quelquefois, avec une mastoïde pneumatique, des lésions de mastoïdite s'étendent à des cellules péri-jugulaires qui par périphlébite peuvent donner une compression des trois nerfs crâniens séparés, au trou déchiré postérieur, du golfe, par une simple bride fibreuse.

Quelques auteurs ont invoqué comme étiologie, une névrite inflammatoire ou toxique : Kuttner a publié une observation du syndrome par névrite grippale, Jacoby par névrite alcoolique, Remak par paralysie saturnine.

La syphilis tient une place très importante dans l'étiologie de ces syndrômes, surtout dans celui du trou déchiré postérieur. Il est souvent difficile de déterminer de quelle façon elle agit : Quelquefois c'est par névrite syphilitique, (observations de Poli, Tilley, Desvernine), d'autres fois c'est par des lésions de méningite de la base comprimant les troncs nerveux (Oppenheim, Jackson), enfin par une gomme ou une ostéite des parois du trou déchiré postérieur.

Dans tous les cas où l'étiologie sera incertaine, on fera bien de rechercher la réaction de Bordet-Wassermann et d'instituer un traitement antispécifique qui améliorera beaucoup la paralysie.



## L'emploi de la digitaline chez les cardio-rénaux <sup>(1)</sup>

D'après JOSUÉ et PARTURIER

par le Docteur AUGÉ, interne à l'Hôpital Civil

Avant d'envisager le traitement des cardio-rénaux, tel qu'il ressort des travaux de Josué et Parturier, il nous semble indispensable de rappeler quelques définitions, sur lesquelles ces auteurs ont particulièrement insisté, et qui sont nécessaires à la compréhension de la question.

1° *Cardio-rénal et faux cardio-rénal*. — On comprend sous la dénomination de « cardio-rénaux, non pas tous les malades qui présentent des « symptômes cliniques, combinés d'insuffisance cardiaque et d'insuffisance rénale, mais uniquement ceux chez lesquels le syndrome clinique révèle d'altérations cardiaques et rénales concomitantes.

« Les cardio-rénaux véritables se distinguent des faux cardio-rénaux « par un point capital. Alors que chez les faux cardio-rénaux, la disparition de l'insuffisance cardiaque amène la disparition de tous les troubles rénaux et que le malade se présente finalement comme un cardiaque pur, chez les cardio-rénaux au contraire, le retour de l'énergie cardiaque atténue seulement les symptômes rénaux, qui persistent après la polyurie, et le malade se présente finalement comme un brig-thique et un cardiaque. »

2° *Oligurie, Azotémie et œdèmes des cardiaques*. — a) *Oligurie des cardiaques* :

Elle est due à la rétention d'eau par insuffisance du cœur; « La défaillance du muscle cardiaque a pour conséquence directe le ralentissement du transit sanguin dans les vaisseaux, et par là du mouvement des humeurs dans l'organisme. Elle s'accompagne par suite d'une diminution de l'élimination aqueuse; en même temps, l'eau, qui n'est pas éliminée, s'accumule dans le sang, puis dans les tissus. »

b) *Azotémie des cardiaques* :

« La rétention azotée chez les cardiaques peut être due à la simple oligurie, la quantité d'eau éliminée par les reins n'étant pas suffisante pour entraîner les déchets azotés ». Il s'agit d'ailleurs, d'un phénomène général : C'est ainsi que des azotémies transitoires peuvent s'observer au cours des pyrexies, dans la période post-opératoire, etc., sans qu'il y ait, pour cela, altération du rein.

(1) Les cardio-rénaux, étude théorique et pratique par O. Josué et M. Parturier, Le François, édit.

c) *Pathogénie de l'œdème cardiaque* :

Un sujet qui urine peu, ou plus exactement qui urine beaucoup moins d'eau qu'il n'en absorbe, est un sujet qui retient de l'eau. « Cette rétention hydrique par oligurie a pour conséquence la dilution du sang, ou « hydrémie, qui constitue le premier et le plus simple degré de l'œdème. « Quand l'oligurie se prolonge, la pléthore hydrique s'accroît; l'eau « qui ne peut forcer les barrières rénales, force les barrières capillaires, « passe dans les tissus, et s'accumule dans les régions déclives; ainsi l'œdème du sang devient un œdème interstitiel. »

3° *Albuminurie des cardiaques*. — « L'albuminurie des asystoliques est « le type des albuminuries par stase veineuse, par ralentissement du courant sanguin. La présence d'albumine dans les urines d'un cardiaque « oligurique n'est pas un symptôme rénal et ne doit en aucun cas, interdire ou modérer le traitement digitalique. »

#### PREPARATION DU MALADE

Avant toute cure digitalique, le médecin doit préparer son malade : saignée (500 cc. au moins, s'il y a pléthore), purgation drastique (teinture de jalap composée et sirop de nerprun, parties égales 10 grammes), évacuation par ponction des épanchements des séreuses (hydrothorax, ascite...), enfin lorsque le foie est atteint, l'emploi préalable de petites doses de calomel est recommandé.

#### CURE DIGITALIQUE

L'échec de la cure est dû le plus souvent à la timidité des praticiens qui redoutent les accidents dus à l'accumulation de ce médicament. La quantité de digitale importe moins que la répartition quotidienne des doses : L'on doit plutôt considérer les doses quotidiennes que la dose globale. Il est nécessaire d'user d'un médicament toujours identique à lui-même : Josué et Parturier emploient la solution alcoolique de digitaline cristallisée; ce médicament a « une efficacité généralement supérieure à « celle des feuilles, et détermine moins de troubles gastro-intestinaux.»

La cure provoque deux sortes de modifications toxiques :

Les premières, salutaires : ralentissement et renforcement des contractions cardiaques. (La bradycardie digitalique indique l'imprégnation de l'organisme par la digitaline. L'on doit diminuer les doses de façon à ce que les pulsations ne soient pas inférieures à 55 à la minute. Lors de rythme couplé, l'on doit cesser la digitaline, ou, si l'asystolie n'est pas complètement réduite, la continuer avec de faibles doses, en observant la plus grande prudence. L'apparition d'une dissociation auriculo-ventri-

culaire complète ou incomplète, d'une arythmie complète passagère, ne détermine aucune déduction thérapeutique particulière).

Les deuxièmes, graves : délire, obnubilation, hallucinations, troubles gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée, douleurs gastriques violentes), refroidissement des extrémités, tachycardie intense, dyspnée, lipothymies et syncopes.

La digitaline est indiquée à la moindre défaillance du cœur; la pratique du traitement doit être envisagée suivant les formes cliniques.

I. — *Syndrôme cardiaque prédominant* : Dans ce cas les auteurs envisagent l'asystolie aiguë avec azotémie, avec symptômes rénaux, et avec urémie.

a) *Asystolie aiguë avec azotémie* :

L'on ne doit se soucier ni de l'albuminurie, ni de l'hypertension artérielle, ni de la variété d'affection cardiaque. Le malade est préparé : reçoit un purgatif drastique, subit une saignée et, des ponctions évacuatrices, s'il existe des épanchements dans les séreuses. Parfois, il est utile de le laisser à l'eau lactosée (1 litre d'eau pour 150 grammes de lactose) pendant un jour ou deux. Le malade est mis ensuite au régime lacté strict (2 litres), et ingère en une fois, dans de l'eau, le matin, les doses de digitaline suivantes :

XXV à XXXV gouttes pendant trois jours, puis XX ou XV pendant deux trois, quatre jours, enfin V gouttes, encore quelques jours (variables suivant les cas), si c'est nécessaire. Exemple in Josué et Parturier, Mar..... (Léon) 68 ans :

|            | RÉGIME                        | TRAITEMENT        | OBSERVATIONS                                                                         |
|------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 Novembre | Lait 2 litres                 | Saignée-purgation | Albumine X                                                                           |
| 5 —        | —                             | XXV gouttes       | Cheyne-Stokes                                                                        |
| 6 —        | —                             | XXV               |                                                                                      |
| 7 —        | —                             | XXV               |                                                                                      |
| 8 —        | —                             | XX                |                                                                                      |
| 9 —        | —                             | XX                |                                                                                      |
| 10 —       | —                             | XX                |                                                                                      |
| 11 —       | —                             | X                 | Albumine O                                                                           |
| 12 —       | purée x 3 gr. NaCl            | X                 | plus de cheyne-stokes                                                                |
| 13 —       | lacto-végétarien x 4 gr. NaCl | X                 | Les œdèmes ont disparu                                                               |
| 14 —       | —                             | X                 |                                                                                      |
| 15 —       | —                             | X                 |                                                                                      |
| 16 —       | —                             | X                 |                                                                                      |
| 17 —       | —                             | X                 |                                                                                      |
| 18 —       | —                             | X                 |                                                                                      |
| 19 —       | —                             | X                 | (soit en tout 215 gouttes de digitaline) suppression de tout médicament en 16 jours. |



Quand le nombre de gouttes est supérieur à dix, il est indispensable que le malade reste au régime lacté absolu. Il est parfois utile d'ajouter de la théobromine prise en cachets (1 gr. 50 à 2 gr. pro die). Dès que la crise est terminée, on doit s'appliquer à maintenir l'énergie cardiaque récupérée : des cures mensuelles de dix à quinze gouttes de la solution de digitaline sont utiles pendant un temps plus ou moins long; si c'est nécessaire il faut y joindre le repos et le régime. Dans certains cas particuliers l'ingestion continue ou discontinue de cinq à dix gouttes s'impose.

b) *Asystolie aiguë avec symptômes rénaux :*

Le malade présente de la dyspnée d'origine dyscrasique, quelquefois du Cheyne-stokes, de la torpeur, ou de l'agitation avec délire léger ou marqué, de l'œdème (sa qualité « dur et rosé, ou blanc et mou » n'importe pas); la tension artérielle est parfois élevée. Le traitement à prescrire est le même que celui du paragraphe précédent.

c) *Asystolie aiguë avec urémie :*

Le traitement est encore le même; le salut ne peut venir que du cœur qu'il s'agisse d'une asystolie urémigène par oligurie, ou d'une asystolie cardio-rénale chez un brigthique instable.

d) *Asystolie irréductible :*

Enfin dans certains cas d'asystolie irréductible la digitaline agit mal; force est de l'abandonner et d'avoir recours à l'ouabaïne, qui peut être prescrite, quoiqu'il ne soit pas indiqué de faire suivre un traitement digitalique d'un traitement au strophantus, l'inverse étant au contraire recommandable. (L'intrait de strophantus paraît présenter au moins autant d'avantages que l'ouabaïne, préconisée par ces auteurs).

II. — *Syndrôme rénal prédominant :* Il faut envisager à présent les syndrômes azotémique, hydropigène de l'asystolie et l'insuffisance cardiaque des brigthiques.

a) *Syndrôme azotémique de l'asystolie :*

Le sujet a une oligurie marquée depuis plusieurs jours, est anxieux; a du Cheyne-Stokes, de l'hypertension artérielle avec pouls bondissant et fort; l'azotémie est voisine de 1 gr.; le cœur est hypertrophié et arythmique; il n'existe pas d'œdème appréciable. Le traitement est d'après Josué et Parturier, de :

XXV à XXX gouttes pendant trois jours; il se produit alors une débâcle d'eau, d'urée et de chlorures, l'albuminurie disparaît; le chiffre de l'urée du sang retombe.

XV gouttes pendant deux, trois jours; X gouttes associées à 1 gr. 50 ou à 2 gr. de théobromine, pendant quelques jours.

Parfois si l'on ne prescrit pas d'emblée les doses nécessaires, la diurèse fléchit, et les accidents reprennent; alors on doit supprimer tout médicament et mettre le malade à l'eau lactosée pendant un ou deux jours, lui faire une saignée, lui administrer un purgatif drastique et lui prescrire ensuite des doses plus élevées de digitaline.

b) *Syndrôme rénal à forme hydropigène de l'asystolie* :

Le sujet a ou non, de l'hypertension artérielle, des œdèmes blancs et mous, et, le minimum de manifestations cardiaques. Il prendra :

XV ou X gouttes de digitaline, plus théobromine (1 gr 50 à 2 gr.), pendant huit jours.

Les œdèmes sont réduits, tandis que la théobromine seule aurait été impuissante, ou lente à atteindre le même but. Le malade est au régime déchloruré tant que la diurèse n'est pas franchement établie; par la suite, l'on peut permettre de petites quantités de sel (petits paquets de 5 gr.), tant que le volume des urines reste suffisant, et le poids du malade, stationnaire. Si les œdèmes restent irréductibles malgré la digitaline, l'on doit amorcer leur résolution, par l'usage des tubes de Southey, ou plus simplement de mouchetures; de toute façon, il est indispensable dans ces cas, de prendre de grandes précautions aseptiques.

c) *Insuffisance cardiaque des brightiques* :

Le malade a une légère dyspnée, quelques extrasystoles; le cœur est hypertrophié; le volume des urines décroît, et l'azotémie s'élève. Alors, l'on ne doit pas attendre la décomposition cardiaque vraie; l'on doit aider le cœur : le malade prendra pendant huit à dix jours, tous les mois, V gouttes de digitaline, ou un granule de 1/10 de milligramme, cela, pendant trois ou quatre périodes; puis, si une amélioration survient, il faut interrompre la médication, dont on usera de façon discontinue. Parfois, sans présenter de l'asystolie vraie, le malade a de la dyspnée, surtout à l'effort, de l'œdème léger; la pression différentielle est diminuée par abaissement de la tension maxima. Alors, il y a lieu de prescrire :

XXV gouttes pendant deux, trois jours;

XX ou XV gouttes pendant quelques jours;

X gouttes s'il y a lieu.

Les doses et la durée du traitement varient suivant les cas.

Ces règles ne sont d'ailleurs, pas immuables; l'observation journalière du malade dicte la conduite à suivre. Mais, le canevas tracé par les auteurs, méritait d'être retenu, car il envisage mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, la variabilité de l'action thérapeutique, chez ces malades, si délicats à traiter.

## NOTES D'HYDROLOGIE

Les deux travaux ci-dessous n'auraient pu, faute de place, être insérés in-extenso dans la *Revue*. Comme, d'autre part, il semble opportun de ne pas en retarder la publication, nous avons dû nous résoudre à les condenser en ayant soin de leur conserver l'intérêt pratique qu'ils présentent.

×

### Traitement de l'obésité à Evian

par

A. LEVY-DARRAS

et

J. EYRAUD-JOLY

Médecins consultants

— ✕ —

L'obésité est un syndrome qui se rencontre soit isolé, soit associé à d'autres syndromes de la nutrition tels que la goutte, le diabète.

On peut classer les obèses en 3 catégories.

*Obésité légère.* — C'est l'obésité de la quarantaine apparaissant chez les gros mangeurs et les sédentaires. Cet embonpoint doit toujours être traité.

*Obésité moyenne.* — Elle se présente sous deux aspects : pléthorique ou flaccide. Le pléthorique est haut en couleur, ardent au travail ainsi qu'aux plaisirs du lit ou de la table. Il y a accumulation de graisses et de déchets azotés avec insuffisance du foie et des reins.

Le flaccide est pâle, inactif, somnolent, anémique et parfois petit mangeur. Son obésité peut être la conséquence de lésions primitives du foie ou du rein,

*Grosse obésité.* — La surcharge graisseuse est souvent le seul trouble de la nutrition constaté.

La cure d'Evian convient à tous les obèses sauf lorsqu'il s'agit d'obésité liée à une insuffisance pluriglandulaire. Dans ce cas la cure minérale n'est qu'un adjuvant du traitement opothérapique.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE. — Avant d'entreprendre le traitement d'un obèse, il est fait un examen complet du sujet pour nous rendre compte des troubles du métabolisme et des insuffisances du foie et du rein. Notre technique thérapeutique comprend :

1° *Une cure de diurèse.* — Le lavage des cellules hépati-

ques et rénales, l'élimination des déchets dûs aux combustions insuffisantes, sont obtenus surtout par l'ingestion d'eau de cure, à doses fractionnées, soit dans le décubitus, soit dans l'orthostatisme, selon les cas.

2° *Diététique*. — L'organisation d'Evian permet de prescrire aux malades un régime alimentaire approprié. Pour les pléthoriques, les hydrates de carbone constituent le fond de l'alimentation (légumes verts, fruits cuits). Les albuminoïdes et les graisses sont réduits. Dans certains cas, les purgatifs drastiques deviennent des adjuvants du régime.

Pour les flaccides, la conduite à tenir dépend de la valeur fonctionnelle des organes et la méthode expérimentale permet seule de trouver le régime optimum.

3° *Cure musculaire*. — Pour les petits obèses et les pléthoriques, l'exercice en plein air doit être conseillé. Il existe à Evian un stade merveilleusement situé. Mais la stadiothérapie doit être déconseillée aux obèses flaccides. Pour ceux-ci il faut des marches graduées et la mécanothérapie, en évitant tout surmenage.

Notre méthode associe la crénothérapie, la physiothérapie et la diététique. La durée de la cure est au minimum d'un mois. Elle est utile à deux points de vue, d'une part pour le lavage méthodique et répété de l'organisme, elle redonne une vitalité nouvelle aux tissus, et d'autre part, pour l'amorçage de la chute de poids, elle montre au malade l'efficacité du traitement et l'incite à la continuer en dehors d'Evian, sous la direction de son médecin traitant.

---



## Vichy et sa cure alcaline

### Indications et contre-indications du traitement hydro-minéral

par M. le Dr M. BUVAT, de Vichy

---

Vichy est la première des stations thermales françaises tant par la valeur de ses eaux que par sa parfaite organisation. C'est là que l'on réalise la « cure alcaline type » par l'usage des eaux en boissons ou en applications externes (bains, lavages). Toutes les sources du « Bassin de Vichy » sont des eaux bicarbonatées sodiques caractérisées par leur haute teneur en bicarbonates alcalins surtout de sodium auxquels s'ajoutent des sels d'arsenic, de fer, de lithium. Les mêmes sels, les mêmes métaux se retrouvent dans les milieux organiques humains et l'on a pu dire que l'eau de Vichy est une véritable « lymphe minérale » à peu près isotonique puisque sa minéralisation totale avoisine 7 p. 1000. Les eaux de Vichy agissent : sur le sang et les liquides de l'organisme en saturant leur acidité, en solubilisant les éléments anormaux ou en excès, en régularisant les fonctions hépatiques. L'action élective sur le foie a été exprimée par le Professeur A. ROBIN dans la formule : *Vichy : maladies du foie.*

A cette action chimique, s'ajoute une action dynamique due à la radioactivité, au pouvoir catalytique, à l'ionisation et à la thermalité des eaux.

En applications externes, l'eau de Vichy agit comme révulsif du fait de sa température ou comme agent de décapage. Elle favorise la respiration cutanée et, par réaction, la diurèse.

En boisson, l'eau absorbée à jeun, déterge la surface des premières voies digestives, sature le milieu buccal et nettoie la muqueuse stomacale de son enduit glaireux. Si l'estomac contient du liquide résiduel, les bicarbonatesaturent les acides de fermentation ou l'acide d'hypersécrétion.

Le gaz carbonique qui prend naissance alors, influence les terminaisons nerveuses de la muqueuse gastrique qu'il anesthésie, provoquant la cessation des phénomènes de spasme et le réveil de la contractilité, d'où cessation de la douleur et évacuation du contenu gastrique. Au niveau de l'intestin, il se

produit à nouveau un travail de décapage puis saturation d'un chyme trop acide, saponification et émulsion des graisses. Peu à peu, le sérum sanguin s'alcalinise et en arrivant au foie il provoque une réaction glandulaire parfois violente (surtension portale, congestion passive douloureuse, puis congestion active avec hyper fonctionnement et enfin décongestion). La sécrétion biliaire devient plus intense et balaye les canaux hépatiques.

L'assimilation se fait mieux. Les urines augmentent de quantités avec élévation du taux de l'urée correspondant à une diminution proportionnelle de l'excrétion urique.

*Indications.* — En première ligne il faut inscrire les porteurs d'affections hépatiques. Les insuffisances, les cirrhoses au début, les congestions chroniques du foie, les lithiases, les cholécystites non suppurantes doivent être envoyés à Vichy. Il faut y ajouter toutes les intoxications : alimentaire, médicamenteuse, fébrile, auto-intoxications, paludisme. Et enfin, les porteurs d'affections gastro-intestinales (hyper et hypopepsie, spasme pylorique ou intestinal, et affections intestinales secondaires), ainsi que les glycosuriques florides, les obèses et tous les hyperacides : gouteux, rhumatisants, graveleux.

*Contre-indications.* — Ne devront pas être envoyés à Vichy les malades dont l'organisme est en état de déchéance telle qu'il ne permet pas une réaction utile : atrophie gastrique, hépatique, tuberculose, cancer, diabète, cachexie palustre.

Il en est de même des scléroses vasculaires avancées, des scléroses rénales, des états hémorragiques (pulmonaires, gastriques), des suppurations des voies biliaires.



# TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 26 Mai 1922

Présidence du D<sup>r</sup> BOUQUET, *président*

×

*Sont présents :* MM. les DD<sup>rs</sup> Durand, Daireaux, Benjamin Levy, Loche, Henry. Nunez, Emile Levy, Molco, Braquehay, Cassuto, Masselot, Scialom, Spezzafumo, Gobert, Gérard, Benmussa, Naamé, Sfez, Brun, Lauriol, Lalloum, Augé, Soria.

×

Le procès-verbal de la séance du 10 mai est lu et adopté.

## Communications du Bureau

×

M<sup>lle</sup> LACASCADE et M. AUDEBERT, internes de l'hôpital Sadiki et de l'hôpital civil français, sont élus membres associés de la Société.

×

Le D<sup>r</sup> NAAMÉ lit quelques notes au sujet du procès verbal de la séance du 10 mai qu'il complète par quelques réflexions sur les 3 cas de cancers traités par l'opothérapie.

## Présentations de malades

×

Le D<sup>r</sup> SFEZ présente une malade atteinte d'un **kyste hydatique de la région lombaire**. Le diagnostic fort délicat n'a pu être fait qu'après une ponction ramenant un liquide eau de roche.

×

Le D<sup>r</sup> BRUN présente un malade atteint d'un **énorme Elephantiasis des Bourses**, descendant jusqu'aux genoux. La circonférence est de 1<sup>m</sup> 40 et recouvrait les deux cuisses. Détail curieux : malgré que la verge soit à peine perceptible, le malade arrive tout de même à pratiquer le coït.

×

Le D<sup>r</sup> BRUN présente un malade auquel il a pratiqué une amputation de Chopart. Ce malade avait une fistule tuberculeuse du gros orteil avec toute l'articulation de Lisfranc prise. L'amputation de Chopart est déconsidérée actuellement ; dans la suite le pied bascule, se porte en équinisme et le sujet finit par marcher sur la tête de l'astragale ; une ulcération se produit ensuite à ce niveau, ne permettant plus la marche. Pour éviter ce gros inconvénient le D<sup>r</sup> Brun fait une elongation du tendon d'Achille. Il fend le tendon longitudinalement, puis transversalement vers la droite et vers la gauche aux deux

extrémités supérieure et inférieure de l'incision longitudinale. Il fait ainsi glisser la partie inférieure du tendon qui se trouve allongé de 10 cm. environ : le pied ne bascule plus. Le malade marche convenablement, sans courir.

×

Le Dr BRUN présente un cas fort intéressant de **nevrome flexiforme**, cas qui vient à l'appui de l'article de Crouzon dans le *Monde Médical* du 1<sup>er</sup> mai 1922. Le nevrome flexiforme n'est qu'un syndrome ajouté à la maladie de Recklinghausen.

Le malade du Dr Brun présente une tumeur en pélerine qui évolue depuis deux ans sous forme de plis ou de vagues et qui avance vers le thorax.

Tumeur de consistance molle, donnant les mêmes sensations que le varicocèle. Le malade présente en outre de la pigmentation et un peu partout des petites tumeurs grosses comme des noisettes.

×

Le Dr AUGÉ présente la radiographie d'un **pneumothorax enkysté** d'un malade du service de Dr Masselot.

×

### Communications

Le Président lit une lettre du Dr Dévé au sujet de l'*échinococcose en Tunisie*. MM. les D<sup>s</sup> Braquehay, Bouquet et Brun lisent leurs rapports au sujet de l'échinococcose.

Ces rapports seront ultérieurement publiés.





### **L'Infection tuberculeuse chez les indigènes musulmans d'Algérie**

par L. PARRÔT et H. FOLEY  
(*Archiv. des Instit. Pasteur de l'Afrique du Nord*,  
T. II, fasc. I, mars 1922)

Depuis plus de dix ans, l'Institut Pasteur d'Algérie poursuit, avec le concours de médecins civils et militaires,

une enquête sur l'infection tuberculeuse chez les indigènes algériens au moyen de cuti-réactions pratiquées dans les régions les plus diverses de la colonie. La première expérience de cuti-réaction, fut faite en 1911 en Russie par METCHNIKOFF, E. BURNET et TARASSEWITCH dans les steppes des Kalmouks (*Ann. de l'Institut Pasteur*, T. XXV, 1911, p. 785 et suiv.).

Le travail de MM. L. PARRÔT et H. FOLEY est accompagné d'une carte, ainsi que d'un tableau récapitulatif portant sur plus de 8.600 cuti-réactions tuberculiniques.

Bien que l'enquête continue encore activement, les résultats paraissent dès maintenant suffisants pour que l'on puisse dégager des conclusions générales valables, sur l'épidémiologie de la tuberculose en milieu indigène musulman.

Ces conclusions sont les suivantes :

1° L'infection tuberculeuse latente — telle qu'elle nous est révélée par la réaction de VON PIRQUET — est moins répandue chez les indigènes musulmans d'Algérie (Sahara compris) que chez la plupart des populations d'Europe. Le pourcentage moyen des cuti-réactions positives s'y exprime cependant par un chiffre supérieur aux chiffres fournis par certaines peuplades primitives de l'Afrique occidentale ou équatoriale (Sénégal, Guinée, Cameroun, etc.).

2° L'infection tuberculeuse atteint, en général, son maximum de fréquence sur le littoral, son minimum au Sahara.

3° Dans les trois grandes régions qui forment la colonie (Littoral tel lien, Hauts-Plateaux, Sahara) le degré d'infection tuberculeuse des musulmans, est fonction des facteurs suivants :

a) *Voisinage des Européens* : l'infection tuberculeuse croît avec ce voisinage, l'ancienneté et l'importance numérique de la pénétration européenne; elle dépend en outre des conditions locales — géographiques, économiques et sociales — qui favorisent, multiplient, prolongent ou au contraire raréfient les contacts entre Européens et Indigènes;

b) *Origine ethnique* : les Indigènes de race blanche (arabes et berbères)

donnent un pourcentage de cuti-réactions positives supérieur au pourcentage fourni par les Indigènes de race colorée, métis (haratin-négroïdes) et nègres. D'autre part les populations de langue arabe sont proportionnellement plus infectées de tuberculose que les populations de langue berbère;

c) *Habitat* : pour toutes les régions et pour toutes les races, les nomades de tente et les Indigènes sédentaires épars, sont moins infectés de tuberculose que les Indigènes sédentaires agglomérés en villages.

4° L'infection tuberculeuse atteint son plus haut degré de fréquence dans les populations indigènes agglomérées et sédentaires qui vivent en contact permanent avec les Européens ou qu'un courant de migration temporaire amène à leur contact.

5° Par là se trouvent vérifiées et confirmées les notions actuellement admises en ce qui concerne l'interdépendance de l'isolément socio-géographique des peuples à civilisation attardée et de leur faible degré d'infection tuberculeuse.

A. H.

---

### **La valeur diagnostique et pronostique des anticorps tuberculeux**

(*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux  
de Paris*, 8 juin 1922).

MM. ARMAND - DELILLE,  
HILLEMAND et LESTOCQUOY après avoir relaté quelques faits qui

montrent combien il est prématuré de tirer des conclusions absolues des phénomènes biologiques dont on ne connaît pas encore la signification complète, arrivent aux conclusions suivantes :

« Si la présence d'anticorps tuberculeux est fréquente dans les formes confirmées de la maladie, l'absence de ceux-ci ne permet pas de conclure à l'arrêt de l'évolution ou d'affirmer la guérison; d'autre part, la constatation d'anticorps chez un sujet cliniquement sain ne permet pas de poser chez lui un diagnostic d'infection tuberculeuse en évolution, enfin la teneur en anticorps du sérum ne semble avoir, jusqu'à nouvel ordre, aucune valeur pronostique. »

M. RIST, à la suite de cette communication prononça les paroles suivantes que nous reproduisons pour l'édification de nos lecteurs :

« Je suis heureux d'entendre Delille confirmer par ses observations l'opinion que j'ai exprimée ailleurs en concordance avec plusieurs de nos collègues. La Société des Etudes Scientifiques sur la tuberculose a mis, l'an dernier, à son ordre du jour, la question de la valeur diagnostique que l'on peut accorder pratiquement à la déviation du complément en pré-

sence d'un antigène tuberculeux. Les communications et les discussions sur ce sujet ont été publiés récemment par la *Revue de la Tuberculose*. La conclusion telle qu'elle a été formulée dans un rapport signé de F. Bezangon, de G. Kuss et de moi-même, a été que, si intéressante que soit cette réaction au point de vue scientifique, elle ne peut en aucune façon servir, tout au moins en l'état actuel de la technique, à étayer un diagnostic quand elle est positive ou à l'infirmier quand elle est négative. Sans doute lorsqu'on commence à employer cette séro-réaction, on est frappé de voir que, dans la plupart des cas, les résultats « collent » avec ceux que donne l'ensemble des autres méthodes d'investigations. Mais, plus on multiplie les observations et plus on voit croître le nombre des exceptions : tuberculoses avérées avec réaction négative, maladies non tuberculeuses (avec vérification nécroptique parfois) chez des sujets offrant une réaction fortement positive. La proportion de ces exceptions est telle qu'il y a, à mon avis, un véritable danger à laisser croire que la déviation du complément a une valeur diagnostique en matière de tuberculose. Danger trop réel comme le montrent quelques faits de ma pratique récente : J'ai eu l'occasion — et pas une fois seulement — d'arrêter sur le chemin de l'exil et du sanatorium des personnes que l'on avait déclarées tuberculeuses sur la seule foi d'une réaction sérologique positive et qui ne présentaient pourtant aucun symptôme fonctionnel ni aucun signe stéthoscopique, radiologique ou bactérioscopique de tuberculose. On ne saurait donc trop répéter que la valeur diagnostique de cette réaction est, pour parler net, nulle. »

**Valeur pronostique de la séro-réaction  
de Weil-Félix  
dans le typhus exanthématique**

Le n° 1 du Tome II  
des *Archives des Insti-  
tuts Pasteur de l'Afri-  
que du Nord* publie

deux études fort documentées sur la valeur de la séro-réaction de Weil-Félix du point de vue du diagnostic et du pronostic du typhus exanthématique.

MM. J. NENON et A. BONNET d'une part et M. SEVENET de l'autre ont constaté au cours des épidémies algériennes de 1922 et de 1919, que dans les formes légères, atypiques fréquentes chez l'indigène, la réaction de W. F. a été constante, précoce et massive avec des taux d'agglutination voisins de 1/100 à 1/500 le 8<sup>e</sup> ou 9<sup>e</sup> jour. Dans les formes graves, au contraire, constatées chez les Européens, la réaction est demeurée négative

jusqu'à l'issue fatale ou n'est apparue qu'incomplète et tardive à l'approche de la défervescence.

Après avoir aidé à écarter les difficultés du diagnostic différentiel entre le typhus et les états typhiques ou la grippe, la réaction de W. F. est donc appelée à rendre de grands services en décelant les cas frustes qui conservent et propagent le virus.

La réaction de W. F. pourra par le degré de son intensité fournir un élément intéressant dans le pronostic du typhus mais le médecin devra toujours avoir présenté à l'esprit cette notion que le pronostic, en dernier ressort, devra s'appuyer surtout sur la clinique.

E. C.

**Hépatites suppurées amibiennes  
et ictère franc dans leurs relations  
avec la séro-réaction de Weil-Félix**

DORNOY, *Maroc Médical*, 15 janvier 1922

L'A. a présenté à la Réunion médicale de Fez, trois observations intéressantes qui démontrent que si la

réaction de Weil Félix est toujours positive dans les cas de typhus exanthématique confirmé; elle peut cependant être positive dans des cas de lésions hépatiques n'ayant aucune origine typhique.

Dans les cas rapportés par l'auteur la réaction avait été positive à 1/500 alors qu'il s'agissait d'un abcès hépatique, et à 1 % pour un deuxième abcès hépatique; après opération la séro-réaction fut négative. Chez le troisième malade il s'agissait d'un ictère franc : la réaction de W. F. fut légèrement positive.

**Cinq cas leishmaniose cutanée**

par le Docteur PAUL GASTOU

in *Revue de Médecine et d'Hygiène tropicales*, mars-avril 1922

L'origine des cinq cas, cités par l'A. et observés tous chez des

Français venant du Maroc, de Biskra, de Cilicie, a fait penser à la leishmaniose. Pour affirmer le diagnostic il faut s'aider de l'examen bactériologique et de la séro-réaction par déviation du complément de Pavoni.

Les corps piriformes ont été retrouvés dans des cas de P. G. Dans deux autres cas il n'existait que des corpuscules centrés par des bâtonnets. Dans un cas aucun parasite n'a pu être observé.

Pour Caliceti la réaction Pavoni plaide en faveur de l'identité du bouton d'Orient et du Kala-Azar.



Le premier cas de l'Auteur a été traité incomplètement par la méthode brésilienne : grâce à deux injections intraveineuses de 1 cc. puis de 2 cc. à trois jours d'intervalle d'une solution à 1 p. 100 de *tartrate stibié* ou chlorhydrate d'émétine, le malade a été amélioré mais il a quitté l'hôpital et n'a pu être suivi.

Le deuxième cas a guéri en vingt jours à la suite de cinq injections intradermiques ou sous-cutanées, selon la méthode du D<sup>r</sup> Photinos d'Athènes, de 1 ou 2 cc. d'une solution de chlorhydrate d'émétine à 1 p. 100. Les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> cas guérirent spontanément. Le 5<sup>e</sup> cas est en cours de traitement par l'émétine (Photinos, *Bull. de la Société de Path. exot.*, 14 avril 1920).

L'auteur attire l'attention dans la même communication sur les porteur de germes et les lésions modifiées du fait de la guerre : chancres vénériens, chancre mou sans Ducrey.

Docteur D. Scialom.

---

### Sur un cas de fièvre de Malte à *micrococcus paramelitensis*

Docteur JANSION, *Maroc Médical*, février 1922

---

L'A. rapporte l'observation d'un légionnaire arabe d'origine tunisienne qui présen-

fait à son entrée à l'Hôpital de Fez, un mauvais état général avec T° 39, diarrhée, subictère, oligurie.

Pendant vingt jours la T° se maintient en plateau puis après plusieurs jours de rémission elle remonte brusquement avec céphalée intense et même tableau clinique; chute en lysis pendant quinze jours.

Le séro-diagnostic fut négatif au W. Félix et au mélitensis à tous les taux mais fortement positif au paramélitensis. C'est ce premier cas qui semble avoir été observé au Maroc.

---

### L'Hépatisme

par le Docteur ROGER GLÉNARD

ancien interne des Hôpitaux de Paris, médecin consultant à Vichy

Un gros volume de 457 pages

*L'Expansion Scientifique*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 1922

---

A propos de la doctrine féconde de son père le très distingué et célèbre médecin de Vichy, FRANTZ GLÉNARD, l'auteur fait un

exposé remarquablement précis et documenté sur le rôle du foie dans les maladies de la nutrition, rôle extrêmement important au seuil des trou-

bles fonctionnels qui entraînent une déficience de cet organe, dont l'action est primordiale dans les actes de la digestion, dans le métabolisme général, comme dans ses multiples fonctions, glycogénique, uropoïétique, antitoxique. Le livre de ROGER GLENARD est un véritable traité de physiopathologie clinique. Chacun y trouvera beaucoup à apprendre, chacun y affirmera ses idées et consolidera des théories éparses, dans les publications récentes.

FRANTZ GLENARD travailla plus de trente ans à l'édification et à la vulgarisation de sa doctrine. Il avait alors à lutter contre l'arthritisme, de BOUCHARD; contre l'*herpétisme*, de LANCEREAUX. J'ai suivi la lutte qu'il avait entreprise : il gagna sa cause. J'ai tiré grand bénéfice, au cours de ma carrière, de ses procédés d'exploration de l'abdomen et du foie. Le *procédé du pouce* pour l'examen du foie est fécond en résultats et en renseignements précieux sur l'état de son organe, sa conformation, son renversement partiel, la forme de sa tranche inférieure coupante.

Les théories et les doctrines de FRANTZ GLENARD étaient connues des médecins qui s'attachaient à l'intérêt de ses travaux, par ses nombreuses publications et par le périodique qu'il dirigea longtemps, « *Les Maladies de la Nutrition*. »

Avec tout le respect du disciple qui rend hommage au génie du Maître vénéré, avec le sentiment d'un pur amour filial qui revère la mémoire d'un ancêtre illustre, ROGER GLENARD a tracé une biographie du vulgarisateur, en France, de la *méthode de Brand* que le jeune FRANTZ GLENARD connut durant sa captivité en Allemagne, durant la guerre de 1870-71. La vie du médecin de Vichy est un bel exemple de cette énergie, de cette ténacité, de cette constance dans l'effort et la recherche scientifique. Cette biographie méritait bien d'être en tête du « *Traité de l'Hépatisme*. »

Ceux qui connaissent imparfaitement cette doctrine de physiopathologie clinique liront avec le plus grand fruit les chapitres consacrés à « *L'histoire des conceptions sur le rôle du foie en pathologie* »; « *L'hépatisme et les grands syndrômes pathologiques* »; « *L'hépatisme en 1922* ».

Roger Glénard fait très justement remarquer que l'hépatisme révèle les premiers troubles fonctionnels des maladies qui commencent. Il ne faut pas s'attendre à trouver dans les signes de l'hépatisme les grands troubles et les désordres confirmés des affections terminales du foie, telles les cirrhoses. Mais grâce aux signes de l'hépatisme, avec un esprit averti, servi par une technique sûre de l'investigation hépatique, tel le *procédé du pouce*, bien connu et bien appliqué, on peut, grâce à un diagnostic précoce et une thérapeutique judicieuse, éviter les pires catastrophes.

L'hépatisme conduisit celui qui en précisa toutes les lignes à la doctrine des ptoses et à une meilleure technique de la palpation et de l'exploration abdominale qui sut distinguer la *corde colique*, du *boudin caecal*, du *cordon sygmoïdal*.

FRANTZ GLENARD est devenu classique. Mais il était difficile de retrouver, en un ensemble complet, toutes ses idées éparses dans les communications aux sociétés savantes, aux confrères, dans les nombreux articles de journaux ou de revues, dans des monographies multiples.

Son fils, ROGER GLENARD, a entrepris un travail considérable qu'il a mené à bonne fin en jeune maître déjà autorisé et apprécié. C'est le livre à lire, à relire, à annoter, auquel on reviendra souvent, si l'on veut faire de la bonne physiopathologie clinique.

Le livre est écrit avec une grande sûreté documentaire, un impartial examen critique, avec une clarté bien française, qui dénote un clinicien de race.

ROGER GLENARD qui est, déjà depuis plusieurs années, médecin consultant à Vichy, ajoute, à la doctrine et aux travaux paternels, le fruit de l'expérience personnelle et un souci, consciencieux et plein de discernement, de ce qui touche la bibliographie des travaux contemporains. Les questions de synergies viscérales, des interdépendances des glandes endocrines, des hormones, des déséquilibres colloïdaux sanguins, des hypertensions viscérales et portales, du métabolisme des hydrates de carbone et des graisses sont exposées avec netteté et avec un réel talent.

La thérapeutique de l'hépatisme est tout à fait moderne. Le schéma des exercices de chambre dressé par ROGER GLENARD est déjà très connu.

Il ne peut pas être de meilleur livre pour le praticien soucieux de rester moderne.

D<sup>r</sup> Lemanski.

### **La Rœntgenthérapie des tumeurs malignes en oto-rhino-laryngologie**

par

G. PORTMANN et A.-P. LACHAPÈLE

1 vol. Maloine et fils, éditeurs, Paris. — Prix : 5fr.

Après avoir fait l'historique de la question, les auteurs abordent la question de la biopsie que beaucoup de spé-

cialistes n'osent pas pratiquer de peur de donner un coup de fouet à la tumeur. Ce coup de fouet sera évité si on procède d'abord à la stérilisation des couches superficielles de la tumeur par les rayons X. La biopsie est d'autant plus nécessaire qu'il est capital de connaître exactement la na-

ture de la tumeur, car il existe une différence de sensibilité très marquée des différentes cellules néoplasiques vis-à-vis des rayons X.

Les Auteurs étudient ensuite les propriétés physiques de l'action physiologique des rayons : l'ensemble des radiations d'un faisceau anti-cathodique n'est pas homogène, leur longueur d'onde est variable et par conséquent leur force de pénétration très inégale. Les rayons à grande longueur d'onde ne peuvent avoir une action thérapeutique que quand leur dose est voisine à celle d'une action toxique, il faut donc les éliminer, les filtrer.

Lorsqu'on soumet des tissus à l'action des rayons X, les éléments les plus touchés sont ceux dont l'avenir Caryocinétique est le plus long, ceux dont l'activité reproductrice est la plus grande, ceux enfin qui sont le moins individualisés. Ceci explique pourquoi les rayons agissent considérablement sur certaines cellules cancéreuses très sensibles et sont à peu près sans action sur les autres cellules; En outre l'action n'est pas constante pour une même variété de cellules, elle est plus considérable au moment de sa reproduction. En règle générale toute tumeur maligne est plus radio-sensible que les tissus qui l'avoisinent. Il faut faire varier les doses de rayonnement entre deux limites : on doit dépasser la dose qui tue les cellules néo-plasiques en restant en deça de celle qui pourrait léser gravement les cellules normales. Par mesure de précaution il est bon quand on a à faire à une tumeur superficielle, de protéger les téguments par du caoutchouc opaque; pour une tumeur profonde on éloignera le plus possible l'anticathode de façon que le plan superficiel qui la sépare de la tumeur, absorbe le moins possible de radiations; on y ajoutera également la filtration avec une lame d'aluminium. Enfin les rayons X peuvent être appliqués par feux croisés, si bien que les rayons convergent au même point en empruntant une voie différente et chaque région de peau recevra le moins de radiations possibles.

On doit dès la première séance donner la dose maximum compatible avec la résistance des tissus normaux, parce que si une partie de la tumeur échappe au traitement, elle aura reçu un coup de fouet qui accélérera son développement. Frapper vite et fort jusqu'à atteindre la dose d'érythème (Wintz).

Les auteurs publient ensuite vingt observations de tumeurs des amygdales, du voile, de la langue, du larynx, du naso-pharynx, de l'éthmoïde, du maxillaire supérieur et du cou. De ces observations on peut conclure que les rayons influencent peu les tumeurs épithéliales qui restent passi-



bles du traitement chirurgical quand il est possible. Les lympho-sarcomes, sarcomes globo-cellulaires, les fibro-sarcomes sont considérablement améliorés et même guéris apparemment par la roentgen-thérapie. Celle-ci constituera une thérapeutique palliative dans les cas non opérables d'épithéliomas, et pourra compléter éventuellement le traitement chirurgical.

En oto-rhino-laryngologie, où les tumeurs sont assez superficielles ou peu profondes, où les portes d'entrée ne sont pas très nombreuses, il faudra augmenter la distance de l'antipathode à la peau, et augmenter par conséquent la durée de l'irradiation. Pour les tumeurs du larynx et de l'amygdale, la distance focale pourra être diminuée, la durée sera moins longue puisque on peut avoir au moins deux portes d'entrée.

---

### Les stock-vaccins en oto-rhino-laryngologie

par G. PORTMANN, in *Bruxelles-Médical*, Janvier 1922

---

L'auteur, après avoir mis en parallèle l'hétéro et l'auto-vaccinothérapie et montré les

avantages de l'une et de l'autre méthodes, donne la ligne de conduite suivante :

En oto-rhino-laryngologie on emploiera :

a) Les *stock-vaccins* dans les affections aiguës douloureuses réclamant un traitement immédiat ou lorsque le praticien isolé n'a pas de laboratoire à proximité.

b) Les *auto-vaccins* dans les suppurations chroniques où l'absence de phénomènes réactionnels graves permettent une thérapeutique plus lente.

c) Enfin, dans tous les cas, il est loisible de commencer par un stock-vaccin avec lequel on continuera ensuite la thérapeutique immunisante.

P... en déduit l'avenir considérable des stocks-vaccins.

Parmi eux, il a étudié plus particulièrement deux d'entre eux, le bouillon de Delbet et les lipo-vaccins de Le Moignie et Sezary, dont il donne les doses, mode d'action, réactions générales et locales.

Sa pratique porte sur différents cas (otites externes, otites moyennes aiguës, otites moyennes suppurées chroniques, furoncle du nez, ostéomyelites des maxillaires, érysipèle de la face), et les résultats obtenus sont particulièrement encourageants (plus de 70 % de guérisons).

Aussi, l'auteur conclut-il que l'hétéro-vaccinothérapie, autant par sa simplicité remarquable d'application que par son innocuité parfaite, constitue en oto-rhino-laryngologie une méthode thérapeutique de choix.

---

## BIBLIOGRAPHIE


**Les fausses appendicites. Etude clinique, radiologique et thérapeutique** par les Drs THIERRY, DE MARTEL et Edouard ANTOINE. Préface du Dr BENSAUDE. — 1 volume de 184 pages avec 29 figures et 10 planches. — Prix : 10 francs. — Masson et C<sup>ie</sup>, éditeurs.

Dans cet ouvrage très clairement ordonné, les auteurs étudient les troubles douloureux de la fosse iliaque et du flanc droit. Le sujet est des plus complexes ; car, si dans un certain nombre de cas il s'agit d'une appendicite subaiguë ou chronique, bien souvent aussi on peut se trouver en présence de troubles plus complexes et d'ordre mécanique, traduisant la souffrance du cæcum et du colon proximal.

M. EDOUARD ANTOINE a su faire une œuvre vraiment originale et utile en réunissant tous ces faits épars dont l'étude a été à peine ébauchée durant ces dernières années et en y ajoutant de nombreux faits personnels. Il nous apprend que, quelle que soit la nature véritable de ces lésions, elles se traduisent toutes par un *syndrome douloureux de la fosse iliaque droite et du flanc droit*. Suivant l'intensité des accidents observés, il a pu décrire trois aspects cliniques, qui vont depuis les formes les plus légères jusqu'aux formes brutales, les plus graves, qui effraient le malade et l'obligent à demander secours au chirurgien. La clinique, seule, est insuffisante pour déterminer l'étiologie exacte de ces troubles douloureux. Aidé de la radiologie et de l'hématologie, le clinicien avisé saura rapporter les accidents observés suivant les cas à un *cæcum anormalement mobile*, à un *cæcum plosé et fixé* dans le bassin, à une *ptose complète du colon droit* à une *ptose partielle de l'angle colique droit*, à une *membrane de Jackson*, à une *périviscérite du carrefour supérieur*, à un *accolement irréductible du colon en canon de fusil*, etc. Le lecteur trouvera ici une étude détaillée de chacune de ces affections.

M. DE MARTEL expose dans cet ouvrage quelle doit être la ligne de conduite du chirurgien en présence de ces lésions du cæco-colon droit. Avant tout, il nous montre qu'il faut rester conservateur et qu'il faut savoir s'adresser toujours en premier lieu à des *opérations restauratrices*, les plus simples, les moins mutilantes et qui sont acceptées le mieux par les malades. Un grand nombre d'opérés guérissent ainsi parfaitement et les auteurs en rapportent de belles observations. Mais, dans certains cas, les adhérences peuvent se reproduire, ou bien les lésions typhlo-coliques sont trop graves et trop étendues et l'on doit alors établir un *court-circuit* (iléo-transversotomie, iléo-sigmoïdostomie). Ce n'est que dans le cas où ultérieurement un refoulement des matières et de gaz se produirait dans le segment exclus qu'on sera en droit de proposer une *colectomie partielle secondaire*.

De nombreuses reproductions radioscopiques et des planches illustrées par Frantz accompagnent le texte de cet ouvrage, qui prendra une place importante dans les traités classiques et les ouvrages de pathologie gastro-intestinale.



**Syphilis, Paludisme, Amibiase. Le Traitement d'attaque et les traitements secondaires (préventif, abortif et d'entretien)**, par le Dr Paul RAVAUT médecin de l'Hôpital St Louis. Préface du professeur Fernand VIDAL. — 2<sup>e</sup> édition refondue. — Un vol. de 214 pages. — Prix : 9 francs. — Masson et C<sup>ie</sup>, éditeurs.

La première édition de cet ouvrage, parue pendant la guerre, a pénétré rapidement dans tous les milieux où l'on s'efforçait de combattre ces affections d'évolution clinique analogue. Le traitement de la syphilis, du paludisme et de l'amibiase s'est perfectionné considérablement à la suite de la découverte de médicaments spécifiques dirigés contre les parasites, et grande est actuellement la puissance d'action du médecin qui sait manier ces médicaments.

L'observation a montré que les trois maladies demandent à être combattues suivant la même tactique. Une cure d'attaque ou de blanchiment doit être le premier acte thérapeutique, des cures d'entretien en sont le complément nécessaire. Les traitements préventifs et abortifs sont envisagés dans des chapitres spéciaux. Le Dr RAVAUT réunit dans leurs détails, pour chacune de ces cures, tous les renseignements, indications, posologie, instrumentation, technique, qui permettront d'assurer aux malades tous les bénéfices que l'on peut tirer des médicaments les plus efficaces que la thérapeutique ait mis entre nos mains. C'est donc avant tout un livre pratique.

~~~~~

Diagnostic et traitement des affections du tube digestif par A. FLORAND et A. L. GIRAULT — 1 vol. avec 62 figures chez Masson et C^{ie}, éditeurs, Paris. — Prix : 18 frs.

La plus grande préoccupation des auteurs de ce petit ouvrage de vulgarisation a été de se mettre à la portée du médecin-praticien en lui montrant 1^o ce qu'il peut obtenir, au point de vue diagnostic, avec les moyens de recherches cliniques habituels ; 2^o les cas où il sera obligé de demander le concours de spécialistes (radiologistes coprologistes) ; 3^o les résultats qu'il peut attendre de ces suppléments d'enquêtes et dans quelles mesures ces examens nouveaux pourront le conduire à un diagnostic de l'exactitude duquel dépendent le pronostic du traitement.

A noter dans ce petit volume la place importante consacrée à l'ulcus, à la syphilis et à la tuberculose des voies digestives.

~~~~~

#### **La néphrectomie sur la constante.**

C'est le titre de deux études parues dans le fascicule de mars dans les *Archives urologiques de la Clinique de Necker* (1), dûs à Jean Quenu et au Professeur Legueu.

Dans la première monographie Jean Quenu, après avoir rappelé toutes les causes qui rendent le cathétérisme des urètres impossible (urètre trop étroit, intolérance vésicale, origines urétéraux invisibles ou impossibilité absolue de les cathétériser) et après avoir fait connaître toutes les méthodes employées pour obvier à cette difficulté (chromostoscopie, cystoscopie à vision

(1) Masson, éditeur.

directe, cathétérisme urétéral à vessie ouverte, exclusion rénale, soit du côté sain soit du côté malade, soit définitive soit temporaire, aborde la question de la *constante*, rapport entre la concentration de l'urée dans le sang et le débit de l'urée dans l'urine. Pour introduire dans la pratique quotidienne cette formule mathématique, Ambard a fait intervenir deux facteurs : le poids du sujet (en moyenne 70 kilos) et une concentration type d'urée à 25 gr. par litre. Si bien que la formule d'Ambard est basée sur ce rapport :

$$V \frac{D \times \frac{70}{P}}{\frac{Ur.}{C}} \times \frac{C}{25}$$

Ur = Azotémie. D, débit d'urée dans l'urine en vingt-quatre heures. P, poids du sujet. C, concentration de l'urée dans l'urine. La constante d'un sujet sain, dont le fonctionnement rénal est normal et en moyenne à 0,070.

Une constante de 0,100 correspond à une activité rénale réduite de moitié ; une constante de 0,210 donne une différence des 8/9.

Mais pour que la constante ait toute sa valeur il est nécessaire que tous les éléments qui entrent en jeu, azotémie, concentration, débit puissent jouer librement : par conséquent il ne faut pas rechercher la constante chez les oliguriques, les œdématisés, les fébriculants, les asystoliques chez lesquels les résultats pourraient nous induire en erreur.

Après avoir exposé d'une manière très détaillée ces notions, Quénu fait connaître les résultats opératoires de la néphrectomie sur la constante dans la tuberculose rénale. Dans la catégorie des constantes inférieures à 0,100 sur 86 malades il y eut une mortalité de 4,6 pour cent. Dans les constantes supérieures à 0,100 sur 23 opérés il y eut une mortalité de 8,7 pour cent. Dans le cas de constante élevée, avant de se décider à l'intervention, Quénu conseille de suivre pendant quelque temps le malade, d'étudier les variations de la constante qui très souvent, s'améliore par le régime et par le relèvement de l'état général.

Chaque cas de tuberculose rénale a été très bien étudié au point de vue clinique pour permettre le diagnostic de localisation sans l'aide du cathétérisme urétéral (impossible pour plusieurs causes) ; on a dû tenir compte des symptômes locaux, tels que : tuméfaction de la région lombaire, douleur provoquée par la palpation, douleur spontanée, défense musculaire, toucher vaginal, examen radioscopique ; et Quénu nous fait connaître l'importance que ces recherches doivent avoir dans les cas difficiles.

Dans dix-sept observations, ces recherches étant insuffisantes, on a dû recourir pour éclairer le diagnostic à la double lombotomie. A ce propos, l'auteur envisage le problème de la lombotomie exploratrice d'une manière générale et sous ses différents aspects : des altérations anatomo-pathologiques soit de la graisse périrénale, soit du rein, soit de l'urètre qui doivent mettre le chirurgien sur le diagnostic rapide du siège de la lésion tuberculeuse.

Dans cette étude Quénu fait une crinque très méticuleuse des résultats trompeurs et des interprétations troublantes de certains examens fonctionnels, lorsque les soudes urétérales laissent filer de l'urine le long de l'urètre,



Quenu soutient le principe que dans ces cas cette recherche ne peut donner qu'une idée inexacte de la valeur absolue d'un rein au point de vue sécrétoire : que la seule donnée sûre est l'indication du côté malade.

Suit la relation de 18 observations de nephrectomie pour lithiase sur la constante sans cathétérisme des urètres, de *propops délibéré* avec une seule mort.

Dans une autre monographie le Professeur Legueu résume par quelques données magistrales l'importance de la constante, à la condition « que l'on sache l'interpréter et régler avec prudence la question de la répartition ».

(P. SORIA).

~~~~~  
Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée. de Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX. — Tome XXIII. — **Maladies de la Nutrition, Rhumatisme Chronique.** — In-8, 1922, 29 figures. -- Prix : 30 francs. — A. Maloine et Fils, éditeurs.

M. le Professeur ACHARD, a bien voulu présenter au lecteur le livre de la collection concernant les *Maladies de la Nutrition*, le Rhumatisme Chronique.

Il a montré tout l'intérêt que comportaient ces affections dont les travaux modernes ont cherché des explications, éclairé la nature et modifié la thérapeutique. Il y a encore bien des points obscurs dans l'histoire des *Maladies de la Nutrition*, néanmoins, on en connaît déjà assez pour établir des traitements rationnels et justifiés par l'expérience. Pour faire connaître les grands faits de médecine expérimentale qui ces temps derniers ont projeté quelques lueurs sur les importantes modifications chimiques du sang actuellement précisées, les directeurs de la collection ont demandé à M. le P^e ACHARD d'écrire un article sur le mécanisme régulateur de la composition du sang et la destinée des chlorures dans le corps humain, qu'il a si bien exposés dans des travaux aujourd'hui classiques, à M. le P^e CHAUFFARD et son collaborateur GUY LAROCHE, de résumer leurs recherches si intéressantes sur la Cholestérinémie, à M. le P^e agrégé LOEPER de faire connaître ses études sur l'oxalemie dont il a montré la portée clinique à MM. ANDRÉ WEIL et LAUDAT d'exposer les notions, qu'ils ont si bien contribué à établir, sur l'élimination et la retention de l'urée et des corps azotés.

Après ces données générales, se déroulent les articles si documentés et si profondément vécus de M. le P^e MOURIQUAND et de ses collaborateurs sur les *Maladies de la Nutrition*. C'est là une tâche difficile que d'exposer clairement les caractères chimiques et les méthodes de traitement de ces affections. M. le P^e MOURIQUAND a réussi à donner au lecteur des idées nettes et précises sur des sujets tout particulièrement ardu. Il a également bien voulu écrire le chapitre du rhumatisme chronique.

Il était difficile d'obtenir pour un pareil volume autant de collaborateurs ayant une pareille compétence et une pareille autorité : On peut espérer ainsi rendre grand service au médecin en lui mettant sous les yeux des articles bien écrits, dans lesquels on trouve la double préoccupation d'exposer des sujets complètement traités et comportant toutes les données thérapeutiques désirables.

Questions de garde d'accouchement par Ch. GONNET et H. BOUGET. — In-8, 1922, 192 pages. — Prix : 10 francs. — A. Maloine et Fils, éditeurs.

Cet ouvrage spécialement destiné, de par sa concision et son esprit schématique, aux étudiants en général et en particulier à ceux qui préparent l'internat des hôpitaux, est appelé aussi à servir de guide aux praticiens eux-mêmes.

On y trouve en effet exposés les traitements applicables à tous les cas obstétricaux, des plus simples aux plus dystociques, et cela sans cette bibliographie encombrante, ni ces considérations pathogéniques si souvent fausses et toujours inutiles, qui enlèvent à beaucoup de traités une partie de leur valeur pratique.

~~~~~

**La syphilis** par le Dr Clément SIMON. — Un vol. in-8, avec 40 figures. — Prix : 10 francs. — Ernest Flammarion, éditeur, Paris.

La *Bibliothèque des connaissances médicales*, dont quelques volumes ont déjà paru, a pour but de mettre au point, pour le grand public cultivé, les grandes questions de pathologie humaine. Parmi celles-ci, la syphilis est une des plus importantes car elle constitue un danger non seulement pour l'individu mais encore pour la descendance et par conséquent pour la société. Beaucoup d'éducateurs, de pères de famille pensent avec raison que les jeunes gens doivent être mis au courant des dangers auxquels les expose cette maladie et aussi des moyens de l'éviter et de la guérir.

Le Dr CLÉMENT SIMON, dont les travaux en matière de vénéréologie sont justement appréciés du monde médical, s'est chargé d'écrire le plus simplement possible et en évitant les termes techniques, un livre clair et complet à la fois. Il faut souhaiter la plus grande diffusion à cet ouvrage car aucune personne cultivée n'a le droit d'ignorer ou, ce qui est pis, de mal connaître une maladie aussi répandue mais qu'il serait pourtant possible, si les pouvoirs publics comprenaient mieux leurs devoirs, de faire disparaître à peu près complètement.

— 0 —

## LE MÉDECIN DANS LA RUELLE

Récemment, la maison Masson annonçait que « L'ouvrage de Dieulafoy, qui a éduqué tant de générations médicales ne pouvait plus être réédité ». De notre point de vue, qui anime cette causerie, quels regrets viennent de cette détermination ? Quel maître incomparable que Dieulafoy ! Combien nombreux parmi nous peuvent se dire ses disciples. Il avait hérité de Trousseau, son maître, la clarté et la lucidité de l'esprit clinique. J'ai connu son *Manuel de Pathologie interne*, en deux volumes, quand j'étais étudiant, à l'époque où on s'écrasait pour entendre le professeur élégant de tenue et de parole, dans son cours de la Faculté. Ce livre écrit, dans un style précis et alerte, valait davantage que son titre de « Manuel ». C'est plutôt un traité synthétique de clinique interne. Si la maladie y était décrite, avec méthode, dans le sens didactique, souvent, très souvent, de façon incidente, mais toujours très suggestive, il y était parlé du malade. Cas typiques qui fixaient notre attention, se gravaient aisément et nous laissaient l'envie de mieux connaître les maîtres du passé, souvent cités, tels *Trousseau*, *Bretonneau*, *Laënnec*, *Andral*, *Beau*, *Bayle*, *Louis*, etc. etc.

Puis, le *Manuel* parut en trois volumes et, enfin, avec les dernières éditions, quatre tomes, de plus de mille pages chacun, étaient devenus le recueil de documents, de faits et de doctrines le plus personnel et à la fois le plus moderne.

L'éditeur Masson nous fait connaître que le *Manuel de Pathologie interne de Dieulafoy*, à son ultime 17<sup>e</sup> ou 18<sup>e</sup> édition : il sera remplacé par un *Précis de Pathologie Médicale*, rédigé dans le goût et les nécessités contemporaines par un ensemble de maîtres éminents. « Une œuvre d'art, disent ces auteurs, à propos du Manuel de Dieulafoy, dans leur préface, ne se retouche pas pour être mise au goût du jour ». Et, avec cette œuvre d'art, disparaîtront, presque définitivement, les grands traités comme la remarquable *Physiopathologie clinique* de GRASSET, œuvre considérable, où la personnalité et le génie du médecin s'affirment avec tout le charme de l'originalité et l'intérêt de la documentation et de l'expérience.

Les idées nouvelles, les découvertes, les progrès s'élançant, aujourd'hui, avec une vitesse vertigineuse. Le temps n'est plus aux dictionnaires de vastes proportions, aux encyclopédies qui faisaient l'inventaire total des connaissances humaines. A peine terminées, ces œuvres étaient déjà démodées et sans aucun intérêt que l'attrait historique d'une question. Au contraire, certains vieux auteurs sont encore d'un commerce agréable par la mise au point clinique qui n'a pas été dépassée et cela intéressera toujours le Médecin dans la ruelle.

Pour lui, je le redirai souvent, la lecture attentive des périodiques est très intéressante et très instructive, à condition de ne pas s'engouer et d'apporter, toujours, une certaine réserve critique, un contrôle attentif.

Il y a quelques jours, je rencontrais un de nos meilleurs chirurgiens qui

ne peut être accusé ni de timidité, ni de pusillanimité. A propos de certaines méthodes trop exclusives de thérapeutique anti-paludéenne, il me disait :

— Si j'avais un accès de fièvre paludéenne, je ne me ferais pas faire d'emblée une injection intra-veineuse : je commencerais tout bêtement par une injection dans la fesse. La conduite devant être la même pour tout autre malade.

Dogmes, doctrines, théories, les uns ou les autres intangibles ou irréductibles ne sont pas de mise en clinique. Il faut le redire bien des fois : on ne fait pas de la bonne médecine *en confection*, mais *sur mesure*. Cela se conçoit aisément, pour nous.

Mais combien le public est loin de cet apophthème. Trop souvent l'égroutant nous arrive après avoir épuisé la série de spécialités prometteuses que la publicité du quotidien vante à tout venant, et qu'on absorbe sans prudence et sans discernement.

Il n'est point opportun de montrer de l'humour à l'égard de ces coutumes néfastes : malheureusement les imprudents sont souvent punis ; ils nous reviennent. A nous de gagner la confiance par une autorité sincère, probe, consciencieuse, sans désir d'éblouir, d'étonner, d'en imposer par des procédés équivoques.

Sachons manier, convenablement et énergiquement, les armes thérapeutiques que nous connaissons et que nous avons éprouvées, sur lesquelles nous pouvons compter. Si la nature irrémédiable des lésions ne nous permet pas de toujours guérir, sachons, la plupart du temps, soulager et consoler.

Pour cela pas de faiblesse désastreuse, vis-à-vis du malade, par des compromissions qui diminuent le médecin et mettent le malade en mauvaise posture. Du courage, et de la hardiesse même, à l'endroit des responsabilités : un diagnostic net, un pronostic ferme. Et toujours s'imposer, guider le malade, plutôt que de se laisser dominer, au point de subir sa volonté. Le malade est confié au médecin, qui doit *l'avoir bien en mains*. A cette seule condition vous ferez de la bonne médecine dans la ruelle. Et si cette situation n'est pas évidente pour vous, sachez *passer la main*. Votre fermeté en un principe, fécond et salubre pour le malade, vous sera comptée. On connaîtra votre honnêteté professionnelle et votre désir de conduire, avec autorité, le malade vers la guérison, qui est le but suprême de notre art.

Dr Lemanski

---

## INFORMATIONS

### Service Sanitaire Maritime

#### Epidémiologie

L'état sanitaire de tout le bassin oriental de la Méditerranée est généralement peu satisfaisant.

Le **typhus** existe un peu partout en Asie-Mineure et en Syrie. Les patentes des navires, venant de Constantinople, Smyrne, Beyrouth, font mention de cas assez nombreux.

Des cas de **peste** sont signalés à Port-Saïd, Alexandrie, Rhodes, Cons-



tantinople, (quelques cas isolés) et à Patras. Les provenances de ces origines sont soumises à la désinfection et à la dératisation.

Aucun cas nouveau de peste pneumonique n'a été signalé à Lisbonne depuis le 26 avril.

23 juin 1922

D<sup>r</sup> A. DURAND

×

### La Médecine Française en Tunisie

Sous ce titre, M. le D<sup>r</sup> J. COMBY a fait paraître récemment un article illustré, dans la *Presse Médicale* (n° 47, 14 juin 1922). Nous remercions notre distingué confrère d'avoir ainsi attiré l'attention sur l'œuvre du corps médical tunisien depuis quarante ans.

L'an dernier le D<sup>r</sup> LEMANSKI (Paris Médical, n° 36, 3 sept. 1921) avait déjà consacré une chronique élogieuse à la Tunisie, en se plaçant au point de vue scientifique pur et en signalant les travaux les plus marquants de l'Institut Pasteur ainsi que les Publications médicales ou chirurgicales les plus récentes.

Le D<sup>r</sup> COMBY fait surtout un tableau de l'organisation sanitaire actuelle. Il montre comment l'Hôpital Sadiki est devenu un hôpital musulman modèle et de toute première importance, avec ses services de chirurgie, de médecine, d'oculistique, de laryngologie, de radiologie, de maladies vénériennes et avec son laboratoire de bactériologie. Puis voici l'Hôpital Civil Français, fort bien installé, le Lazaret de la Rabta pour contagieux, l'Hôpital italien, l'Hôpital israélite dont la reconstruction est projetée, l'Hôpital militaire, l'Asile de la Tékia pour vieillards indigènes, le Dispensaire de la S. B. M., le Dispensaire de l'Union des Femmes de France, le Dispensaire Alapetite et ses annexes, l'Institut Héliothérapique du Kram, l'Œuvre Villemin (dispensaire anti-tuberculeux) et l'Institut Pasteur, universellement connu.

Dans l'intérieur de la Tunisie, les services sanitaires se sont largement développés aussi. Les villes les plus importantes sont pourvues d'hôpitaux et 104 dispensaires de colonisation sont visités périodiquement par les médecins. Pour les hôpitaux de l'intérieur le D<sup>r</sup> COMBY a pris comme type l'hôpital de Kairouan.

Les résultats obtenus depuis quarante ans sont, certes, dignes d'éloges et il faut savoir gré à notre confrère de les avoir signalés, mais l'œuvre qui reste à accomplir est encore fort importante (armement anti-tuberculeux, lutte contre les maladies vénériennes, hygiène scolaire, hygiène urbaine et rurale, etc).

Le rôle capital et la rude tâche des médecins de colonisation ont été indiqués mais, là encore, il y a des améliorations à apporter et les brillants avantages matériels dont parle le D<sup>r</sup> COMBY ne correspondent pas à la réalité.

Le Service de la Santé Maritime a été omis, ainsi que le Dispensaire du Bureau de Bienfaisance.

A. H.

×

### Nominations — Distinctions honorifiques

M. le D<sup>r</sup> PORRI a été nommé adjoint au Directeur de la Santé Maritime.

×

Nos félicitations à notre collaborateur le D<sup>r</sup> JUNES de Sfax qui vient de recevoir les Palmes Académiques.



# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

AOUT 1922

---

## TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

---

### Un cas de Nevrome plexiforme et de maladie de Recklinghausen

PAR LES  
Docteur **BROC** et Docteur **BRUN**  
Médecin de l'Hôpital Sadiki Chirurgien de l'Hôpital Sadiki  
Anciens Internes des Hôpitaux de Paris

---

Amar ben Messaoud ben L., âgé de 30 ans est admis à l'hôpital Sadiki le 12 mai 1922, il n'a pas hésité à venir de l'extrême Sud tunisien d'où il est originaire, pour se faire enlever un énorme *pachydermatocèle* siégeant sur la partie latérale droite du cou et retombant sur son épaule. Voici résumée son observation clinique. Le début de la maladie remonterait à une quinzaine d'années ; à cette époque il existait sur la partie latérale droite de la nuque une petite tumeur ayant la forme et les dimensions d'une fève. Cette tumeur augmenta progressivement de volume. Elle constitue aujourd'hui une volumineuse masse formée de plusieurs replis étagés les uns sur les autres. Elle prend une large base d'implantation sur toute la partie latérale droite de la nuque et sur la face latérale droite du cou s'étalant en pélerine sur la région sus et sous-claviculaire et sur l'épaule droite qu'elle recouvre en partie. En avant elle déborde, sur la gauche, le sternum. En arrière elle ne dépasse pas la ligne des apophyses épineuses et descend jusqu'à l'apophyse de la 7<sup>e</sup> vertèbre clavicale. Quoique le malade ait une peau de coloration très brune celle qui recouvre la tumeur est encore beaucoup plus foncée et cette pigmentation spéciale déborde de plusieurs centimètres la tu-

neur. A la palpation on a, suivant la comparaison classique, la sensation d'un paquet de ficelle, d'un paquet de vers de terre ou d'un énorme variocèle.

Sur toute la surface du nevrome plexiforme la peau est glabre et on constate une absence complète de sensibilité à la piqure et à la chaleur.

Sur tout le reste du corps le malade présente une *pigmentation* d'un aspect spécial formée de tâches brunes les unes très nombreuses et punctiformes les autres plus grandes mais plus rares ne dépassant pas 2 à 3 centimètres de diamètre. Les membres, le cou, le dos en sont criblés. L'abdomen, la face antérieure du thorax en présentent beaucoup moins. Il n'en existe pas à la face.

Il n'existe aucune pigmentation des muqueuses.

On trouve en outre quelques *petites tumeurs cutanées* réparties d'une manière diffuse sur le corps. Il en existe une de la grosseur d'une noix dans la partie médiane du II<sup>e</sup> espace intercostal droit, deux autres de la grosseur d'une noisette dans le 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> espace intercostal du même côté. Un dans la région temporale droite, un autre enfin dans la région épicondyléenne droite; toutes ces tumeurs sont de consistance mollassse donnant la sensation de la peau d'un scrotum sans testicule. Enfin au dessous du repli en épaulette qui recouvre les insertions



du deltoïde on sent une tumeur arrondie de la grosseur d'un œuf de poule donnant à la palpation la sensation d'un lipome de la région deltoïdienne. Nous n'avons pas retrouvé de tumeurs au niveau des nerfs périphériques.

L'étude de la *sensibilité* en dehors du nevrome ne décèle rien d'anormal. Les *réflexes cutanés* et *tendineux* sont normaux. Le malade présente une calvitie partielle d'origine fa-

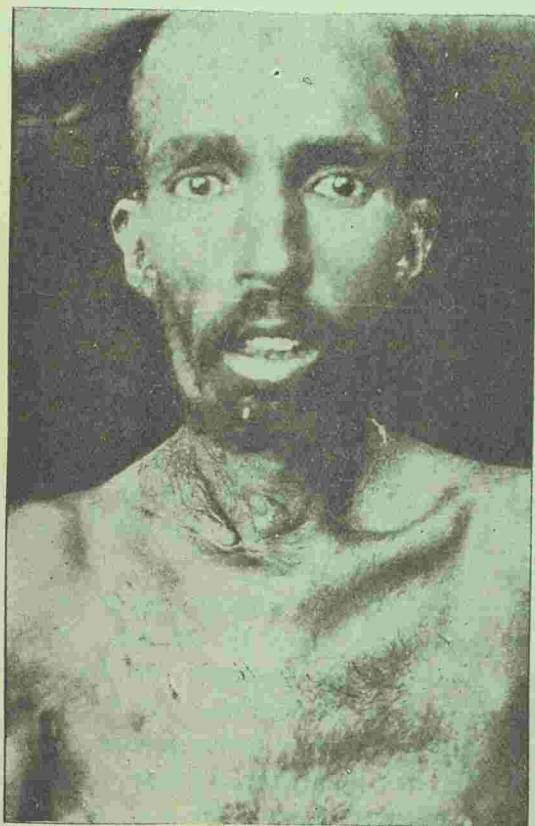
vique. Wassermann négatif. Ni sucre ni albumine dans les urines. Le malade est amaigri et cachectique, il dit cependant n'avoir jamais eu d'autre maladie. Ses parents et ses deux frères sont bien portants.

Le malade ne se plaint pas autrement de sa tumeur qu'il trouve simplement disgracieux, et demande qu'on l'en débarrasse.

Sous anesthésie générale à l'éther nous pratiquons la résection du nevrome plexiforme. Cette opération est facile car il existe un plan de clivage qui permet de la séparer des plans sous-jacents. Le tissu d'aspect gris rosé à la

coupe, saigne peu. On trouve sous les faisceaux claviculaires du deltoïde la tumeur décrite plus haut. Elle n'est pas adhérente et très facilement enucléable, plus grosse qu'un œuf de poule dont elle a la forme, elle est lisse, dure et à la coupe présente le même aspect que le tissu du nevrome plexiforme.

La surface cruentée laissée après l'ablation de la tumeur est





très grande, mais il nous est permis tout de même de la recouvrir presque complètement avec la peau extrêmement mobile des régions voisines. Malgré la suppuration de quelques points la cicatrisation se fait assez rapidement ; il reste encore un petit repli sur le bord antérieur du sterno chîdo mastoïdin. Le malade se trouve satisfait du résultat, il sort complètement cicatrisé les premiers jours de Juillet.

×

Cette observation nous a paru intéressante parce que nous trouvons réunis chez un même malade :

- 1° Un volumineux nevrome plexiforme
- 2° Des signes caractéristiques d'une maladie de Recklinghausen, à savoir : la pigmentation et les tumeurs cutanées.

Nous n'avons pas retrouvé chez notre malade de tumeurs des nerfs périphériques qui constituent le 3° signe de la triade symptomatique de cette maladie, mais nous savons qu'il n'est pas toujours facile de les découvrir.

Jusqu'à ces dernières années, le nevrome plexiforme et la maladie de Recklinghausen étaient considérés comme deux maladies différentes et étaient décrites séparément, aujourd'hui il semble bien que l'on doive les considérer comme ayant entre elles des liens très étroits au point de ne former qu'une même entité morbide : le nevrome plexiforme n'étant qu'une modalité de la maladie de Recklinghausen.

Dans une leçon faite dernièrement à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine et reproduite dans le *Monde Médical* (1) M. le D<sup>r</sup> Crouzon, médecin des hôpitaux de Paris, a étudié les rapports qui existent entre le nevrome plexiforme et la nevro fibromatose. Ces rapports d'après Crouzon sont étayés par 2 groupes de faits. 1° *Par des relations directes* : coexistence des deux affections chez le même individu soit que les deux maladies y présentent leur symptomologie au complet, soit qu'une d'entre elle soit plus manifestement évidente que l'autre. 2° *Par des relations indirectes* : coexistence dans une même famille d'un nevrome plexiforme chez un membre et d'une maladie de Recklinghausen chez un autre membre de la

famille. Et M. Crouzon de conclure : « On peut admettre que le nevrome plexiforme n'est qu'une manifestation de la neuro-fibromatose, qu'il diffère d'elle peut-être par certains détails de structure, mais on peut envisager que le nevrome plexiforme est une variété importante de cette affection et qu'il mérite d'être placé comme 4<sup>e</sup> élément à ajouter à la triade symptomatique de la maladie de Recklinghausen. »

Notre cas vient à l'appui de la thèse soutenue par M. Crouzon. Les observations de ce genre ne sont pas très fréquentes, c'est ce qui nous a incité à la publier.



# Notes sur 77 cas de Kystes Hydatiques

observés en Tunisie

par le Dr J. BRAQUEHAYE

Chirurgien et Directeur de l'Hôpital Sadiki

---

Depuis plus de 23 ans que je suis installé à Tunis, j'ai eu l'occasion d'observer 77 cas de kystes hydatiques. :

14 à l'Hôpital Civil Français (de juillet 1899 à mars 1915) ;  
42 à l'Hôpital Sadiki (d'avril 1919 à mai 1922) ; 21 dans ma clientèle (de janvier 1899 à mai 1922).

Cela fait 20 ans de pratique, si je défalque les trois années que j'ai passées au front (de mars 1915 à avril 1918).

Sur ces 77 cas que j'apporte, deux concernent un même malade opéré de deux kystes du foie (en 1906 et en 1911). Un autre malade, opéré deux fois d'un kyste du foie (en 1907 et en 1910), a encore évacué par vomique un kyste pulmonaire en 1911.

J'ai donc eu 72 malades différents que j'ai pu observer, et pour lesquels j'ai fait moi-même 66 interventions.

Sur 77 cas, trois fois les malades que j'avais vus en consultation ont été opérés l'un en Angleterre, l'autre à l'Hôpital Italien et le troisième par le Dr Brunswic, mon prédécesseur à Sadiki.

Trois fois, je fus appelé auprès de malades qui avaient vidé leur kyste par vomique ; deux fois pour des kystes du poumon qui ont guéri sans intervention ; une fois pour un kyste du foie ouvert dans les bronches chez une femme morphinomane et cachectique, morte peu après.

Enfin, 5 malades ont été vus dans mon cabinet ou en consultation avec des confrères, sans que j'aie pu les suivre.

Sur 66 interventions, j'ai eu quatre décès. Dans trois cas, il s'agissait de malades atteints de kystes suppurés du foie, anciens, venus se faire opérer in extrémis. Ils étaient tellement cachectiques que chaque fois j'avais jugé l'anesthésie générale trop grave et m'étais contenté d'une anesthésie locale à la nirvanine. Les kystes adhéraient à la paroi et furent ouverts comme un simple abcès.

Le 4<sup>e</sup> malade avait une kyste du dôme du foie ouvert dans

la plèvre et faisant une voussure sur la paroi thoracique comme un volumineux abcès froid costal. Après résection costale et ouverture de la plèvre, je trouvai un pertuis admettant le pouce, situé entre l'orifice aortique du diaphragme et communiquant avec une vaste cavité située dans le foie. Je débridai le diaphragme et plaçai deux drains en canon de fusil dans la cavité hépatique. Le malade mourut le lendemain soir, 23 janvier 1912.

*Fréquence des kystes hydatiques.* — Sur 3.567 opérations faites pendant mon séjour à l'Hôpital Civil Français, j'ai opéré 14 kystes hydatiques soit 1 sur 254 opérations.

En 3 ans, dans mon service (chirurgie femmes) de l'Hôpital Sadiki (hôpital arabe), je suis intervenu 42 fois pour des kystes hydatiques sur 1.275 opérations ; soit 1 pour 30 opérations.

Cette différence entre les deux statistiques est due à la grande fréquence des échinocoques chez les Arabes, et particulièrement chez les femmes qui vivent en promiscuité avec les chiens kabyles sous la tente ou dans le gourbi.

Le sexe ne paraît pas avoir la même influence chez les européens ni les israélites. En effet, à l'Hôpital Civil Français où j'avais une salle d'hommes et une salle de femmes et dans ma clientèle personnelle je trouve 31 malades atteints de kystes hydatiques avec 14 femmes et 16 hommes, chiffres à peu près égaux.

Par contre, l'âge paraît avoir une influence sur la fréquence de l'échinococcose. Sur 68 malades dont l'âge a été noté, je trouve :

|                     |        |
|---------------------|--------|
| à 8 ans.....        | 1 cas  |
| de 10 à 20 ans..... | 8 cas  |
| de 21 à 30 ans..... | 20 cas |
| de 31 à 40 ans..... | 23 cas |
| de 41 à 50 ans..... | 9 cas  |
| de 51 à 60 ans..... | 7 cas  |
| après 60 ans.....   | 0 cas  |

Il semble donc que c'est pendant la période moyenne de la vie que la maladie a son maximum de fréquence puisque 43 cas c'est à dire près des deux tiers, ont été observés entre 21 et 40 ans.

Je n'en ai rencontré aucun cas après 60 ans.



Au point de vue des races, mes 72 malades sont répartis de la façon suivante :

45 musulmans  
20 européens  
7 israélites

Donc, les kystes hydatiques sont très fréquents chez les bédouins. Sur les 42 cas opérés dans mon service des femmes de Sadiki, 31 concernent des bédouins et 11 autres comprennent sûrement quelques femmes du bled domiciliées à Tunis dans des fondouks où descendent les arabes nomades.

Dans la campagne, il n'y a pas de tente, pas de gourbi, sans un ou plusieurs chiens kabyles. Ces animaux sont nourris avec les intestins des moutons indigènes ; or l'on sait combien fréquemment ces animaux sont atteints d'échinococcose. Leurs viscères malades contaminent les chens, qui à leur tour infectent leurs maîtres, qui vivent en promiscuité avec eux et particulièrement les femmes qui restent chez elles à s'occuper des soins de ménage.

*Répartition géographique.* — Il semble que c'est la frontière algérienne qui présente le plus de cas de kystes hydatiques. Sur nos 42 malades de Sadiki, 18 viennent de la région située entre Souk el Arba et Gafsa en Tunisie et Souk Ahras et Tébessa en Algérie, soit plus des deux cinquièmes. Les autres sont répartis de la façon suivante :

9 à Tunis (parmi ces derniers, nous l'avons déjà dit plusieurs ne sont que de passage).

5 dans la région du nord (3 à Mateur, 1 à Bizerte et 1 à Béja.)

3 dans le Cap Bon (Grombalia, Soliman, Nabeul.)

2 dans le Sud (Gabès et Matmata.)

Les autres, par unité, dans diverses régions de la Tunisie (Kairouan, Sousse, Goubellat, Medjez, Tébourba etc).

*Profession.* — Chez les européens et les israélites (26 cas) je n'ai trouvé aucun malade ayant une profession prédisposant aux kystes hydatiques ; je n'ai eu ni boucher ni marchand de bestiaux, ni employé des abattoirs.

La plupart des femmes s'occupaient de leur ménage ; une était religieuse, l'autre demi mondaine, une troisième dirigeait un hôtel.

Parmi les hommes, dix étaient employés dans des bureaux ou fonctionnaires ; un était coiffeur. Mais trois de mes malades avaient des chiens qui vivaient dans leur intimité, couchant sur leur lit et léchant leurs assiettes.

L'un d'eux, même habitant un tout petit appartement dans une maison arabe avait cinq chiens bull-dogs qu'il chérissait presque comme des enfants. Il eut un kyste hydatique du poumon ouvert dans les bronches.

*Siège des kystes hydatiques.* — Mes 77 cas se répartissent de la façon suivante :

A — Foie. 55 cas, dont 45 opérés ; 42 guéris ;

4 morts (trois opérés mourants ; un ouvert dans la plèvre et drainé à travers le diaphragme.)

Trois se sont ouverts spontanément par les bronches et se sont vidés par vomique.

Trois ont été ouverts chirurgicalement par le thorax, à travers le diaphragme.

Leur siège anatomique a été :

|                   |    |
|-------------------|----|
| Lobe droit :      | 27 |
| Face inférieure : | 9  |
| Lobe gauche :     | 6  |
| Dôme :            | 6  |
| Multiplés :       | 5  |
| Bord postérieur : | 1  |
| Central :         | 1  |

B. — Abdomen. 10 cas, tous opérés et guéris.

Siège anatomique :

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Mésentère et mésocolon :    | 7 |
| Epiploon :                  | 1 |
| Péritoine et petit bassin : | 1 |
| Ligament large :            | 1 |

C. — Poumons. 5 cas dont :

1 des deux poumons, opéré d'un côté et en observation actuellement.

2 évacués par vomique et guéris ;

2 opérés et guéris.

D. — Joues. 2 cas, dont un de la parotide.

Tous deux opérés et guéris.

E. — Rate. 2 cas, opérés et guéris.

F. — Rein. 1 cas, opéré et guéri.

G. — Corps thyroïde. 1 cas, opéré et guéri.

H. — Sein. 1 cas, opéré et guéri.

*Notes cliniques.* — Sur 13 cas de kystes hydatiques suppurés, 10 ont été fermés après lavage de la poche à l'éther (9 du foie et 1 du mésocolon descendant.)

Dans 5 cas, j'ai dû ouvrir secondairement et drainer. Chaque fois, la poche contenait de l'air sous pression et un peu de liquide. Une seule fois j'ai fait examiner ce liquide au laboratoire par Madame Romme-Brun. Il a été trouvé stérile à l'examen et n'a pas cultivé. Dans les autres cas, la suture a tenu et les malades ont quitté l'hôpital guéris après quelques jours.

Dans nos premières observations, lorsque je marsupialisais les kystes, j'ai observé deux fois des fistules biliaires rebelles qui n'ont guéri qu'après plusieurs mois.

En plus des localisations rares de ces kystes hydatiques, dont les observations ont été publiées dans notre Revue, je crois intéressant de résumer deux observations qui ont présenté des complications alarmantes.

La première, est celle d'une femme de 25 ans, Madame L. Zoé, que j'opérai à l'Hôpital Civil Français, le 19 septembre 1912, pour un kyste hydatique du dôme du foie. Dès les premières bouffées de chloroforme, elle eut une vomique et rendit en abondance du liquide eau de roche et des hydatides. L'anesthésie dut être arrêtée. La malade resta asphyxiante pendant plus d'une heure, puis peu à peu la respiration se rétablit. Pendant plus d'un mois, elle eut des poussées de congestion pulmonaire et de la bronchite fétide.

Le 30 octobre, la malade présentant de la fièvre hectique, je me décidai à intervenir. Comme la poche se vidait mal et par intermittence et que le foie restait gros, je l'abordai par l'abdomen. Je réséquai les 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> côtes à droite, j'ouvris le péritoine et j'écartai les bords de la plaie avec deux larges valves. Je trouvai sur le dôme du foie une large zone d'adhérences, que j'incisai après avoir protégé la cavité abdominale avec des champs de gaze stérile. Je trouvai un orifice à travers le diaphragme et un autre sur le foie ; je les agrandis

tous deux, je détergeai la cavité hépatique avec des compresses formolées et je plaçai un drain par l'orifice du diaphragme dans la poitrine et un autre dans la cavité hépatique. Je tamponnai la cavité abdominale autour des drains avec de la gaze stérile imbibée d'huile camphrée stérilisée. Un mois après ma malade quittait l'hôpital en voie de guérison.

La 2<sup>e</sup> observation est celle d'un jeune homme de 22 ans, fils d'un caïd du Sud que j'opérai à ma Maison de Santé, le 11 décembre 1904. C'était un kyste simple du lobe droit du foie et l'opération se passa sans incident. A cette époque, je marsu-pialisais la poche.

Le 25 décembre, en changeant le pansement, je le trouvai souillé de bile. Le 30 décembre, l'écoulement de bile était tel que je pansais le malade chaque jour. Le lendemain, il y avait sur la gaze quelques gouttes de sang.

Le 1 janvier 1905, le malade me dit, à ma visite, que depuis un instant, il sentait couler quelque chose de chaud par la plaie. Je soulevai le drap et vis une tache de sang sur le bandage. Je me préparai à faire le pansement et, au moment où je m'approchai du malade, je vis qu'il était baigné de sang. J'enlevai la gaze à la hâte. Par la plaie, le sang coulait abondamment en bavant. Je pris de la gaze stérile et je tamponnai fortement la plaie pendant 10 minutes. Mais la gaze enlevée, la plaie se remplissait aussitôt, sans que je puisse voir d'où venait l'hémorragie qui semblait se faire en nappe.

Je refis le tamponnement et pendant que je comprimais la plaie, j'envoyais chercher d'urgence le médecin du malade, le Dr Ceccaldi ainsi que mon interne qui m'apportait tout le nécessaire pour intervenir. Sous la compression, le sang ne coulait plus. Dès que le malade fut endormi, je débridai largement la plaie pour voir d'où venait le sang; mais dès que j'enlevai les compresses, l'hémorragie se produisit abondante, sans me permettre de voir quel point saignait.

Ne pouvant faire mieux, je remplis la cavité de gaze et fis de la compression.

Pendant plus de 24 heures, le Dr Ceccaldi, mon externe et moi, nous nous sommes relayés, comprimant à tour de rôle. Pendant ce temps, la plaie ne saigna pas. Croyant l'hémorragie arrêtée, très prudemment j'enlevai les compresses, mais de



nouveau le sang s'écoula aussi abondamment que la veille. Je fis de nouveau la compression, mais je ne changeai plus le pansement que tous les 3 ou 4 jours et, chaque fois encore, l'hémorrhagie se reproduisait.

Enfin, le 11<sup>e</sup> jour le sang s'arrêta. Dès lors, la cicatrisation marcha rapidement et le 22 mars, le malade retourna chez lui guéri.

Telle est ma statistique. C'est le résultat de plus de 23 ans de pratique à Tunis. Je souhaite qu'elle puisse apporter quelques documents pour établir le rapport que doit faire notre Société sur les kystes hydatiques en Tunisie.



# UN NOUVEAU CAS TUNISIEN DE XERODERMA PIGMENTOSUM

par les Docteurs

Emile JUNÈS et Percival BUCKWELL

Occuliste Municipal à Sfax

Radiologue à Sfax

Mohammed ben.... 7 ans, né à Sfax. Ses père et mère sont cousins germains. On ne retrouve, dans ses *antécédents*, aucune trace d'hérédité cancéreuse, syphilitique ou tuberculeuse. Il a eu plusieurs frères et sœurs plus âgés que lui ; aucun n'a été, jusqu'ici, atteint de Xéroderma pigmentosum. Cette affection a débuté chez lui à l'âge de 2 ans, aussitôt après la convalescence d'une variole (que l'on peut nettement diagnostiquer d'après la description qu'ont fait les parents et grâce à la présence de plusieurs cicatrices cutanées caractéristiques).

Cet enfant présente, malgré l'état avancé de sa maladie, un *état général* satisfaisant. Légèrement amaigri, il conserve un bon appétit et une grande vivacité. Les appareils digestif, circulatoire, respiratoire et rénal fonctionnent normalement.

Les *lésions cutanées*, dont le maximum d'intensité et de complexité se trouve à la face, sont caractérisées par les éléments suivants ;

1° Taches de lentigo, dont la teinte varie entre le café au lait et le brun presque noir. Ces taches, de petit diamètre, sont extrêmement nombreuses, serrées les unes contre les autres et occupent des régions généralement exposées aux rayons solaires : face, nuque, parties latérales du cou, partie antérieure de la poitrine, dos des mains et des avant-bras, mollets.

Contrairement aux précédentes, les lésions qui suivent n'occupent que la face et la nuque.

2° Taches vasculaires, rouges, à bords nets, disparaissant légèrement sous la pression d'une lame de verre, nombreuses.

3° Télangiectasies, sous forme de filaments ténus, plus ou moins contournées, se divisant parfois dichotomiquement.

4° Etat scléreux et atrophique de la peau. Cet état est fort avancé et occupe de larges zones. A leur niveau, la peau semble parcheminée ; elle est amincie, déprimée, collée pour ainsi dire aux plans sous-jacents, sur lesquels elle est difficilement mobilisable ; elle est sèche, rude au toucher. Sa coloration est,

par places, pigmentée ou bien rosée ou bien d'un blanc presque pur (achromie). Au niveau des orifices, ce processus scléro-atrophique produit des désordres marqués : les lèvres sont durcies et ont perdu toute souplesse ; la peau des narines, particulièrement celle de gauche, est amincie, l'ouverture en est fortement réduite ; les paupières sont raidies, malaisées à soulever spontanément et passivement.

5° Nodules nombreux, disséminés au hasard, durs, arrondis, enchâssés dans la peau à la façon de grains de plomb. Ils représentent vraisemblablement l'origine des lésions suivantes :

6° Ulcérations de forme irrégulièrement arrondie, à bords saillants, éversés, d'une dureté ligneuse. Leur surface est exhubérante, mamelonnée fongueuse, saigne au moindre contact et laisse suinter un liquide d'apparence sanieuse : elle repose, elle aussi, sur une base infiltrée et dure. Il existe, actuellement, deux de ces ulcérations, d'un diamètre d'environ deux centimètres et siégeant : l'une sur la joue droite, l'autre sur la nuque ; leur début remonte à environ trois mois.

L'un de nous qui eut l'occasion de voir ce petit malade il y a exactement un an, constata, à cette époque, l'existence de trois autres ulcérations végétantes occupant l'une la joue gauche, la deuxième la lèvre inférieure à gauche de la ligne médiane, la troisième l'extrémité du nez. Ces lésions furent soumises à l'action des rayons X ; grâce à ce traitement, elles disparurent en l'espace de deux mois, laissant à leur place une cicatrice plane et blanche et d'apparence définitive. On en constate l'emplacement sur la photographie ci-jointe ; comme on le voit, l'ulcération de la lèvre inférieure a déterminé une assez forte perte de substance.

7° Signalons enfin deux productions hyperkératosiques qui sont apparues, il y a environ trois ou quatre ans, sur le pavillon de l'oreille gauche au niveau de l'hélix et ont présenté l'apparence de véritables cornes. De ces deux cornes, l'une, la supérieure, est tombée, en partie, spontanément, laissant une excroissance dure, jaunâtre, irrégulière ; la seconde, plus basse, a été récemment sectionnée par les parents au ras des téguments et subsiste sous forme d'une mince plaque à surface lisse.

*Lésions oculaires.* — Les lésions cutanées ont été déjà décri-

tes. Les bords palpébraux sont amincis et rétractés, mais ne présentent aucune incurvation, ni antérieure, ni postérieure ; ils ont presque totalement perdu leurs cils dont il ne persiste que quelques pinceaux à la paupière supérieure gauche.

L'œil droit possède une vision réduite. La cornée offre, dans sa moitié externe, une teinte blanchâtre diffuse, due à une infiltration récente des tissus sous-épithéliaux. La région scléro-conjonctivale voisine présente une zone triangulaire, à base cornéenne, d'aspect ptérygoïde ; les tissus en sont infiltrés, épaissis, de coloration grisâtre et sont légèrement plissés dans le sens de la largeur. L'iris est de teinte normale, mais réagit à la lumière avec une certaine paresse. L'exploration des membranes profondes est rendue impossible par la résistance du malade.



Œil gauche :

entre les paupières fait saillie une tumeur, apparue depuis trois mois environ, grosse comme une petite poire et dont la base est étranglée, bridée par les bords palpébraux. Sa surface est régulière, finement lobulée, de coloration rouge uniforme, ne présentant nulle part trace de pigmentation mélanique ; sa consistance est ferme et elle saigne très facilement au toucher.

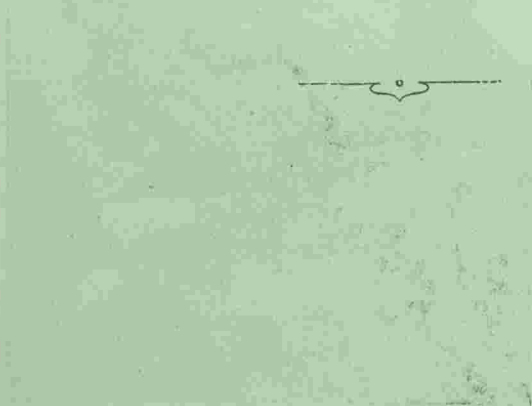


L'enfant étant endormi au chloroforme (en vue de procéder à l'ablation de cette tumeur), il devient plus facile d'écarter les paupières : l'on constate alors que la tumeur s'implante, par un mince pédicule, sur le limbe, au niveau du quadrant externe de la cornée. Celle-ci est de dimensions très réduites ; la chambre antérieure a disparu, l'iris étant collé contre la face postérieure de la cornée. Le globe, dans son ensemble, est fortement réduit de volume et transformé en un véritable moignon de consistance molle.

Le *traitement* institué est le suivant :

1° Section de la tumeur oculaire au ras de son insertion cornéale, au moyen du galvano-cautère.

2° Séances de radiothérapie. Deux séances d'irradiation sur toute la face ont été tout d'abord pratiquées (rayons mous, intensité 1 mA, durée 10 minutes). Depuis, applications strictement localisées sur les ulcérations cutanées et sur l'œil gauche ; nous basant sur les résultats obtenus l'an dernier, nous espérons que les nouvelles lésions malignes offriront, grâce à ces applications, les mêmes chances de guérison.



# NOTES SUR LE CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Mai 1922

---

Cette année comme d'habitude la Société Française d'Ophthalmologie a tenu sa réunion annuelle à Paris dans la première quinzaine de mai. C'est toujours une joie pour ceux qui travaillent loin du centre de se rencontrer avec d'anciens camarades pratiquant la même spécialité, de faire de nouvelles connaissances et de discuter en toute bonne confraternité les questions qui sont à l'ordre du jour. Plus d'une centaine d'ophtalmologistes s'étaient donné rendez-vous pour la circonstance, au nombre desquels je note de souvenir les noms de Landolt, Morax, Terson, Dupuy-Dutemps, Rochon Duvignaud, de Paris; Tscherning, de Copenhague; Duverger et Redslob, de Strasbourg; Van Lint, de Bruxelles; Brandès, d'Anvers; Dor, de Lyon; Truc, de Montpellier; Fromaget, de Bordeaux; Aubaret, de Marseille; Patry, de Genève; Penel, d'Ajaccio, etc., etc.

Par ces radieuses journées de mai tout ensoleillées, Paris avec sa verdure fraîche et ses lilas en fleurs, fut plus accueillant que jamais, et certes il fallait un peu de force de volonté pour s'enfermer des heures entières dans le petit amphithéâtre de la Faculté, aux vieux bancs bien connus et peu moelleux.

Plus de soixante communications étaient inscrites et plusieurs d'entre elles donnèrent lieu à de longues et instructives discussions. Le rapport de Dupuy-Dutemps sur les « Irido-Choroidites au cours des infections aiguës » mit au point cette question d'importance primordiale et qui intéresse autant la médecine générale que la spécialité. A côté d'un nombre considérable d'observations judicieusement classées par le rapporteur, chacun y alla de son petit contingent de faits personnels dont un certain nombre furent enregistrés au cours de la dernière épidémie de grippe. On sait en effet que l'une des complications, heureusement rare mais toujours d'une extrême gravité, de la grippe et des affections broncho-pulmonaires, est l'*ophtalmie dite métastatique* ou infection secondaire des membranes profondes de l'œil. Il est bon que tout praticien connaisse ces cas qui peuvent se présenter inopinément au cours ou au décours de la plupart des infections aiguës quelles qu'elles soient : pneumonie, fièvres éruptives, entérite, etc.

Au terme de *métastase* critiqué par le rapporteur, celui-ci propose de substituer le néologisme plus compréhensif d'*hémosporie* qui indique l'existence et le transport par le sang des germes infectieux.

D'autres questions ayant trait aux rapports de l'oculistique avec la médecine générale ont été longuement étudiées, notamment, par Babinski et Chaillous, la nécessité d'une crâniectomie décompressive rapide dans

tous les cas de stase papillaire. On sait que la stase papillaire, sur l'existence de laquelle l'oculiste est souvent interrogé par le médecin, est presque toujours due à une tension exagérée dans les ventricules et dans tous les espaces où séjourne le liquide céphalo-rachidien. Cette stase, si elle dure longtemps, amène souvent la cécité et presque toujours un abaissement considérable et définitif de la vision.

Les conclusions de Babinski et Chaillous, qu'il faut toujours pratiquer la trépanation, n'ont pas rencontré l'adhésion unanime. Les faits apportés étaient néanmoins fort impressionnants et à défaut de trépanation crânienne, (certains auteurs ont même proposé la trépanation du corps callosus), il semble qu'il faille au moins toujours songer très sérieusement à une trépanation lombaire.

Depuis quelques années il a été de mode de nier l'existence d'une affection qui n'est malheureusement que trop réelle : l'ophtalmie sympathique. Le Congrès de Paris, par la voix de plusieurs de ses membres les plus autorisés, a montré combien cette conception était dangereuse, et les cas récents, apportés par Truc et d'autres oculistes, ont remis la chose au point. L'ophtalmie sympathique existe et s'il ne faut pas en faire un épouvantail au malade, il faut cependant que le médecin ait toujours présente à l'esprit la possibilité de cette douloureuse complication.

Les complications oculaires de *Thypercholestérinémie* et de l'*encéphalite épidémique*, ces deux maladies relativement récemment admises dans le cadre nosologique ont fait l'objet de deux communications intéressantes, d'Aubineau de Nantes et de Delord de Nîmes.

M. Onfray, de Paris, a étudié d'après les enseignements de sa statistique traduits en graphiques, le *pronostic vital* et le *pronostic visuel des rétinites qui surviennent chez les diabétiques*. D'une façon générale les rétinites des diabétiques sont d'un pronostic grave, mais toutes n'ont pas la signification immédiatement fatale des rétinites azotémiques. Tous les malades morts pendant les trois premières années avaient une très forte hypertension vasculaire et de l'insuffisance rénale.

Les rapports des affections oculaires avec celles du domaine voisin, propre au rhinologiste ont été aussi précisés au cours du congrès. A l'extirpation du sac lacrymal qui donne cependant, dans un très grand nombre de cas de dacryocystites invétérées, d'excellents résultats, tend à se substituer aujourd'hui la dacryo-cysto-rhinostomie. Dupuy-Dutemps en a apporté une statistique de 110 cas fort démonstratifs.

La communication de Brandès sur trois cas de chorioretinite aiguë d'origine ethmoïdale guéris par trépanation de l'ethmoïde ont amené plusieurs congressistes à insister plus que jamais sur la gravité du retentis-

sément des sinusites sur les affections oculaires. Ces cas paraissent plus fréquents qu'on ne pense et il faut insister auprès du rhinologiste, même lorsqu'il déclare que les sinus ne présentent rien d'anormal.

Deux questions importantes ont enfin particulièrement retenu l'attention des congressistes. L'une est celle du nouveau procédé d'extraction de la cataracte dans sa capsule suivant la méthode par aspiration dite *phacoérysis* de Baraquet. Le célèbre praticien de Barcelone était présent et aux nombreuses objections faites à son procédé par ceux qui l'ont essayé en France depuis une année, il a répondu par des démonstrations et des arguments fort typiques.

L'autre question intéresse plus spécialement la Tunisie. C'est celle du *Trachome*, de sa contagiosité, de ses complications et de sa prévention. Le sujet fut introduit par l'auteur de ces lignes qui résuma les recherches faites à l'Institut Pasteur de Tunis depuis près de quinze ans, recherches sur lesquelles notre Bulletin a souvent insisté et qui ont donné lieu récemment à une publication d'ensemble dans les *Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord*.

Les docteurs Petit, Truc, Aubaret, Morax prirent successivement la parole pour remercier les Tunisiens de leurs intéressantes recherches, constatant qu'elles apportaient enfin des précisions scientifiques importantes dans le domaine si obscur de la pathologie du trachome, qu'elles marqueraient sans doute un tournant décisif dans son étude, et s'associant enfin à notre vœu, consistant à créer une ligue mondiale pour l'étude de cette maladie et pour la lutte à organiser contre elle.

Qu'il nous soit permis de répéter ici ce que nous avons dit à Paris : D'une façon générale il y a peu de questions aussi attachantes et aussi utiles que celle du trachome. Il intéresse non seulement le médecin et l'hygiéniste, mais encore l'homme d'Etat et le philanthrope à cause des déchets sociaux et des souffrances qu'il entraîne. Tout le Nord de l'Afrique, le Sud de l'Italie, les Iles méditerranéennes, tout le proche et l'Extrême-Orient sont prodigieusement infectés de cette maladie : c'est sur quelques centaines de millions d'individus que porterait au bas mot le bénéfice que l'on retirerait de la connaissance d'une prophylaxie efficace du trachome.

M. Aubaret, de Marseille, à l'occasion des Congrès d'Hygiène et de Médecine Coloniale qui auront lieu à Marseille avant la clôture de sa belle exposition coloniale, se propose de reprendre la question et de donner un corps au vœu que nous avons formulé.

Nous aurons l'occasion sans doute de revenir sur ce sujet dans cette Revue.

D<sup>r</sup> Cnénod



# TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 9 Juin 1922

Présidence du D<sup>r</sup> BOUQUET, *président*

*Sont présents* : MM. les DD<sup>rs</sup> Spezzafumo, Cassuto, Benmussa, Jaubert de Beaujeu, Naamé, Lauriol, Guinet, Lemanski, Plancke, Nunez, B. Levy, Braquehay, Rogalski, Cuénod, Em. Levy, Ortona, Soria, Jamin.

×

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

×

MM. les DD<sup>rs</sup> Braquehay et Lauriol sont nommés rapporteurs de la question de l'**Echinococcose en Tunisie**.

×

## Présentations de malades

D<sup>r</sup> NAAMÉ : Cancer mutilant de la face

J'ai l'honneur de vous présenter un cas de cancer destructif de la face chez un homme de 50 ans, dont je vous ai déjà entretenu et montré des photos. Je le dois à l'obligeance de l'Hôpital Sadiki et je remercie mon confrère Jamin de l'avoir mis à ma disposition, car il n'était justiciable d'aucun traitement. C'est un épithélioma spino-cellulaire, examiné par M<sup>me</sup> Brun-Romme.

Je le soigne par l'opothérapie thyro-orchitique depuis le 27 février 1922. Il y a une grande brèche à gauche d'où l'on voit l'arrière-nez et une large ulcération à droite. Quant au nez, il n'en reste que la cloison.

Du côté de la brèche, il s'est formé successivement — et il s'en forme encore, mais très rarement — ce que j'appelle des croûtes-escharres. Elles durent quelques jours, puis tombent pour être remplacées par d'autres. C'est ainsi que se détachent parfois les masses épithéliomateuses et que les tissus malades tendent vers la guérison. Tout le contour génien de la brèche est bardé de peau neuve en retrait, c'est-à-dire moulée sur le cratère de la brèche. Celle-ci se continuait par une ulcération longeant la commissure labiale gauche et la dépassant : cette ulcération comme vous le voyez, est cicatrisée. La muqueuse nasale sus-jacente à la lèvre supérieure (côté gauche) s'est recouverte d'épithélium. Le fond de la brèche est net : il y a deux points de dénudation osseuse qui se limitent et que l'on sent de moins en moins.

Du côté de l'ulcération située à droite, pas de croûtes-escharres. Il s'y est formé, 15 jours après le traitement, un petit îlot épidermique. Celui-ci, au bout d'un mois environ, s'est rétracté en s'allongeant vers ce qui reste de

l'ouverture nasale, en même temps que des bourgeons charnus prenaient naissance. Pourquoi cette régression et cette rétraction de l'ilot épidermique ? Une médication ne pouvant faire du bien et du mal simultanément, je l'attribue à la destruction des cellules cancéreuses environnantes et sous-jacentes, d'autant que l'ulcération commence à se ramasser et à s'épidermiser à sa périphérie.

Les bourgeons charnus étant devenus exubérants, je me suis vu obligé de les cautériser au crayon de nitrate d'argent. M. Lauriol, interne à Sadiki, a eu l'obligeance d'en exciser un, lequel, examiné par M<sup>me</sup> Brun-Romme, contenait quelques globes cornés et de nombreuses cellules lymphoïdes. Celles-ci constituent un travail de rénovation tissulaire grâce à l'opothérapie thyro-orchitique. Quant au nez, il est surplombé à sa base par un liseré épidermique et quelques bougeons charnus.

Après quelques observations présentées par les D<sup>rs</sup> Spezzafumo, Cassuto et Braquehayé, le D<sup>r</sup> Naamé est invité à représenter, si possible, le malade dans quelques mois dans l'espoir que l'amélioration qu'il a constatée soit plus manifeste.

×

#### D<sup>r</sup> BRUN : Elephantiasis de la verge

Mohamed ben Mohamed Chérif, âgé de 35 ans, originaire de Sfax, est admis à l'hôpital Sadiki, le 26 avril 1922. Il présente un énorme éléphantiasis localisé au fourreau de sa verge. Celle-ci qui descend jusqu'à mi-cuisse, a la forme, l'aspect, les dimensions d'une bouteille de champagne dont on aurait sectionné le goulot. Le début remonterait à six mois. Apparition de démangeaisons rebelles à tout traitement. La verge augmente progressivement de volume, le coït devient bientôt impossible, les mictions difficiles.

Le malade vient nous demander de réduire le volume de son membre viril disgracieux, gênant, inutile.

Le malade est opéré le 9 mai sous anesthésie rachidienne, on résèque la plus grande partie du fourreau de la verge qui reprend les dimensions à peu près normales.

Nous avons ici même déjà présenté plusieurs cas d'éléphantiasis des bourses. Cet éléphantiasis s'accompagne fréquemment d'éléphantiasis de la verge, ou d'éléphantiasis des membres inférieurs. Mais la localisation isolée à la verge seule de l'éléphantiasis est chose rare c'est ce qui nous a incité à vous présenter ce malade.

Le D<sup>r</sup> Plancke demande si par analogie, l'enfouissement de la verge chez les porteurs de hernies scrotales énormes est, au point de vue médico-légal une cause d'impuissance virile.

Le D<sup>r</sup> Brun ne le pense pas.

×

#### D<sup>r</sup> BOUQUET : Réséction du coude pour plaie articulaire

Le D<sup>r</sup> Bouquet présente un jeune Russe qui a été pris le 5 décembre 1921 par une courroie de transmission. A son entrée à l'hôpital le 10 décembre il

présentait plusieurs plaies du membre supérieur droit et une fracture du radius droit à la partie moyenne. Une plaie du coude fut drainée, mais des phénomènes généraux amenèrent B à pratiquer le 31 décembre une résection du coude par la méthode sous-périostée. La résection fut totale.

L'amélioration fut rapide, la fièvre tomba immédiatement. Actuellement cicatrisé, le malade a récupéré la presque totalité de ses mouvements de flexion et d'extension. La pronation est gênée du fait de la fracture du radius. Il existe des troubles trophiques survenus assez longtemps après l'intervention dans le domaine du nerf cubital.

En montrant ce malade B insiste sur les bons résultats de la résection du coude. Les résultats sont d'autant meilleurs que l'on s'adresse à des sujets qui comprennent l'intérêt d'une mobilisation rapide, malgré les douleurs du début.

×

#### D<sup>r</sup> SORIA : Luxation du bassin avec rupture de l'urètre

Le D<sup>r</sup> Soria présente un opéré de suture de l'urètre ; il s'agit d'un ouvrier qui eut à subir sur son bassin le passage d'une roue de charrette : il s'en suivit une luxation du bassin, par dislocation de la symphyse) et la rupture complète de l'urètre membraneux. Ce blessé fut transporté à l'Hôpital Italien 30 heures après l'accident avec une infiltration urineuse très prononcée et dans un état très grave. On fit de suite une dérivation par cystotomie sus-pubienne, et un large débridement du périnée.

Lorsque les phénomènes généraux et locaux furent améliorés, on fit la suture des bouts urétraux avivés. Après avoir abaissé, par un isolement assez prononcé, l'urètre pénien, on arriva à rapprocher, sans traction, les deux bouts qui furent suturés circulairement ; la cicatrisation se fit sans sonde à demeure.

Le résultat opératoire fut excellent ; et actuellement (trois mois après la restauration de l'urètre) on passe facilement un Beniqué N° 52. L'urètre est assez souple et le blessé n'accuse aucun symptôme urinaire.

Malgré la lésion du bassin (voir radiographie) cet ouvrier marche assez facilement.

Le D<sup>r</sup> Soria présente ce blessé pour demander l'opinion des confrères au point de vue médico-légal.

Ce blessé a-t-il droit à une indemnité spéciale pour sa lésion urétrale, malgré qu'il soit actuellement parfaitement guéri ou faut-il renvoyer la décision à une visite ultérieure — d'ici à un an par exemple — pour fixer l'évaluation de son incapacité ?

Dans la Pratique Médico-Chirurgicale, chapitre *Expertises*, à propos des rétrécissements traumatiques de l'urètre, Emile Jeanbreaux estime que la capacité ouvrière est réduite du 50 au 70 % du salaire.

Mais à cette époque (1905) la restauration de l'urètre était faite sur sonde à demeure, ce qui était cause de rétrécissements secondaires.

Aujourd'hui grâce à la dérivation des urines par la cystotomie hypogastrique (méthode Rochet) et la suture de l'urètre bout à bout, après son avivage, dont la technique est parfaitement réglée dans un article de Marion, paru dans le Journal d'Urologie en 1912, on peut parler de *restitutio ad integrum* : En conséquence le D<sup>r</sup> Soria estime qu'il serait plus juste de liqui-

der ce sinistre d'ici à un an, lorsqu'on pourra juger sûrement du résultat fonctionnel de cette intervention.

#### Discussion :

D<sup>r</sup> Plancke : Au point de vue de l'évaluation de l'invalidité de cet ouvrier, il faut tenir compte du résultat fonctionnel et non du résultat anatomique. La loi française pour l'évaluation des pensions d'invalidité n'est pas encore applicable en Tunisie où on en est encore à des arrangements amiables entre assureurs et ouvriers.

D<sup>r</sup> Braquehayé : Dans le cas particulier, il sera difficile avant longtemps de déterminer le degré d'invalidité. Il est à craindre qu'aussitôt son affaire liquidée, ce blessé n'étant plus sondé ne souffre de nouveau de rétention urinaire.

×

### Présentations de pièces

D<sup>r</sup> GUINET : Fracture du sésamoïde du gros orteil  
et du quart de la tête du premier métatarsien

Il s'agit d'une dame qui en voulant donner un coup de pied à un chat a heurté la pointe du gros orteil contre une porte ; elle a ressenti une vive douleur et a néanmoins continué à marcher. Le lendemain le gros orteil étant œdématié, elle est venue se faire radiographier.

J'ai constaté la présence d'une fracture transversale du sésamoïde semblable à la fracture classique de la rotule et un arrachement d'un segment de la tête du 1<sup>er</sup> métatarsien.

Il est à noter que ces fractures n'empêchent ni la marche ni le port du soulier ; la malade est venue à pied de la « Dépêche » à la rue Lavignerie. L'examen physique à part la douleur diffuse ne montrait rien d'anormal.





La guérison s'est produite rapidement, la malade n'ayant jamais interrompu ses occupations.

Ces fractures sont assez exceptionnelles. Mouchet a présenté un cas semblable à la Société de Chirurgie le 24 Mars 1920. Dans le traité de Le Dentu et Delbet, Tantin signale une douzaine de cas et admet l'arrachement comme mécanisme. Cette variété de fracture a pu être reproduite expérimentalement.

×

#### D<sup>r</sup> GUINET : Chondrome du tibia

Je vous présente la radiographie d'un chondrome du tibia observé chez un jeune homme de 24 ans. Il m'a déclaré avoir cette tumeur depuis une douzaine d'années.

Cette tumeur est mollassse, rénitente, la peau est très vasculaire sillonnée de nombreuses veinules. On sent de nombreuses parcelles de tissu ayant la consistance de tissu osseux. Je pense à un chondrome et fais une radiographie pour m'en assurer. Celle-ci montre l'existence d'ombres de dimensions et de formes variables mais ce qui est intéressant est l'existence près de la malléole tibiale d'un aspect anormal du périoste qui semble épaissi. L'os est normal.

Il s'agit certainement d'un chondrome d'origine périostique variété fibro-cartilagineuse.

×

#### D<sup>rs</sup> BRUN et LAURIOL : Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus réduite en adduction

Ahmed ben Sakrmi, âgé de 42 ans, entre à l'hôpital Sadiki le 14 avril 1922 pour fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche consécutive à une chute de cheval. La radiographie montre qu'il s'agit d'une fracture sous tubérositaire avec déplacement partiel de la diaphyse en avant et en dedans; la tête est en rotation externe et adduction légère.

Notre première idée fut de tenter la réduction par la méthode classique : le bras étant maintenu en adduction par une gouttière à point d'appui thoracique, on exerce une traction continue sur le fragment diaphysaire.

Le résultat s'étant montré déplorable nous avons recherché sous l'écran la position qui nous donnerait la meilleure coaptation des fragments. Nous avons ainsi été amenés à immobiliser le bras en adduction. La main gauche est portée sur l'épaule droite, des bandes de toile maintiennent le bras fixé au devant du thorax après réduction de la fracture par tractions manuelles.

Au 35<sup>e</sup> jour le membre est mobilisé. La réduction est parfaite, l'axe du membre est rétabli. Au point de vue fonctionnel, résultat très satisfaisant. On note seulement une faible diminution de la supination humérale par décalage des fragments.

Des observations ultérieures nous permettront peut être d'expliquer ce résultat paradoxal, en contradiction avec l'opinion des classiques basée sur la physiologie normale des muscles de l'épaule.

Les D<sup>rs</sup> JAUBERT DE BEAUJEU et ROGALSKI présentent les radiographies d'une lithiase vésicale et rénale double chez un enfant indigène.

Voir numéro de Juillet, page 294

### Communications

Le D<sup>r</sup> Jaubert de Beaujeu lit un travail très documenté sur la *Radiothérapie très profonde*. Cette revue générale sera publiée dans le prochain numéro.

A ce sujet, le D<sup>r</sup> Guinet s'étonne que dans son travail, M. Jaubert n'ait presque pas fait allusion aux travaux de Bécclère à ce sujet. Il proclame que la méthode française qui n'emploie que des appareils de 200.000 volts donne des résultats bien supérieurs et moins dangereux que ne le fait la méthode allemande.

M. Jaubert répond qu'il s'est contenté de lire un travail d'ensemble sur la question et ajoute qu'il ne dispose lui-même que d'un appareil de 200.000 volts.

X

#### D<sup>r</sup> GUINET : Anémie palustre guérie par deux séances de radiographie

L'observation que je vous présente se rapporte à une malade de 38 ans ayant eu son premier accès de paludisme il y a 14 ans et ayant de l'anémie avec hyperleucocytose et hypertrophie de la rate depuis six ans. Avant le mois de Février, date à laquelle elle me fut adressée par le Docteur Bardou, la malade avait été soignée médicalement sans aucun résultat. Elle était très amaigrie, très faible, ne pouvant faire que difficilement son ouvrage.

Je ne constate aucune lésion cardiaque ni pulmonaire, la rate est très dure, ptosée et hypertrophiée ; elle mesure 24 centimètres sur 14. La numération globulaire faite par l'Institut Pasteur donne :

Globules rouges 3524000

Globules blancs 632000

La rate est irradiée par cinq portes d'entrée, 3 en avant et 2 en arrière ; ampoule Coolidge Standart 100.000 volts, 3 millis, les rayons sont naturellement très filtrés. Le 9 avril l'examen du sang donne :

G R 4.154.000

G B 11.160

Rate 12 centimètres, 5 centimètres. La malade se sent beaucoup mieux, a engraisé d'un kilog ; elle n'a ressenti aucun malaise et n'a pas interrompu ses occupations.

Deuxième séance 3 portes d'entrée en avant, une en arrière, dose un peu moins forte.

Le 15 mai la malade revient, elle a gagné deux kilogs et sent ses forces redevenues normales. La numération globulaire est :

G R 4.500.000

G B 8.600

La rate est de dimension normale, j'estime inutile une troisième séance. Pendant la durée du traitement, j'ai supprimé toute médication.

La peau de la malade est absolument intacte, il n'y a pas trace de rou-

geur ni de pigmentation, d'ailleurs chez aucun malade traité avec la méthode de Beclère et l'appareil Drault dont je dispose je n'ai eu de réaction de la peau ni, à plus forte raison de radiodermite, et aucun de mes malades n'a eu ce qu'on a nommé le mal des rayons si fréquent en Allemagne. En effet, d'après les avis autorisés de Beclère et de ses élèves, de Gunset, professeur à la Faculté de Strasbourg, la méthode française des petites doses de rayons très filtrés doit être opposée aux méthodes allemandes entre autre celle d'Erlangen qui consiste à donner en une fois la dose maxima compatible non pas avec l'intégrité de la peau, mais pouvant atteindre l'erythemodosis des allemands.

Dans le cas qui nous occupe la malade a absorbé par porte d'entrée 2 H de rayons filtrés à la première séance et 1 H et demi à la seconde. La malade n'a ressenti aucun malaise et a pu continuer ses occupations dès après la séance.

Si j'avais employé la méthode allemande des doses massives, j'aurais eu les accidents sérieux signalés par Beclère dans sa communication d'Août 1921 au Congrès de l'Association pour l'Avancement des Sciences. Il cite le cas de 3 décès survenus sur 11 cas traités à Budapest. Les 8 autres malades eurent des réactions violentes mais sans suites fatales.

Ces hautes doses amènent des destructions globulaires et augmentent l'anémie ; le nombre des globules rouges a été diminué du quart, il a fallu huit semaines pour que la formule devienne normale. Au contraire chez ma malade la formule s'est améliorée dès la fin du premier mois, et est devenue normale au bout de 3 mois.

Globules rouges 3.524.000 — 4.500.000 Globules blancs 654.000 — 8.600.

Dans une prochaine communication, j'exposerai les résultats obtenus dans le traitement de 4 fibromes traités par la méthode de Beclère.

×

#### Discussion :

MM. Spezzafumo, Bouquet et Cassuto objectent à M. Guinet que rien ne prouve que dans ce cas il s'agissait bien d'anémie palustre avec splénomégalie. On constate souvent en Tunisie des splénomégalies énormes avec anémie dont la cause n'a pu encore être établie malgré de patientes recherches de l'Institut Pasteur de Tunis. D'autre part la formule hématologique de la malade, avec son hyperleucocytose ne va pas du tout avec la formule du paludisme où l'on constate d'ordinaire de la leucopénie. Il n'est pas d'autre part fait mention dans la communication de M. Guinet de constatation d'hématozoaires dans le sang. La radiothérapie a diminué la splénomégalie et l'anémie elle a amélioré l'état général de la malade, mais rien ne prouve qu'elle était paludéenne.

Le Dr Cassuto fait en outre remarquer qu'il faut attendre les résultats éloignés de la radiothérapie des grosses rates. Ces résultats sont d'ailleurs variables suivant que l'on constate ou non des myélocytes et des éosinophiles.

×

Les travaux de la Société sont, comme d'usage, suspendus pendant les 3 mois de vacances. La séance de rentrée aura lieu le vendredi 6 octobre 1922.

## Correspondance

*Nous avons reçu de M. le Dr Naumé la lettre suivante que nous publions en laissant à l'auteur l'entière responsabilité des faits qu'il avance, la discussion à ce sujet ayant été close en séance de la Société.*

J'ai lu avec un vif intérêt les objections que me fait M. Brun, objections rapportées dans le procès-verbal de la séance du 10 mai, publié dans le numéro de Juin 1922. Il me permettra de lui répondre d'une façon aussi nette et aussi catégorique que la sienne.

Mon confrère rappelle le cas de cancer du sein que j'ai présenté à la Société et qui n'était en réalité qu'une mastite. Mais il sait que je suis victime d'une double erreur de diagnostic clinique et anatomo-pathologique dont je ne suis pas l'auteur, et que c'est moi qui l'ai fait redresser en envoyant les coupes au professeur Argaud (d'Alger) qui a infirmé le diagnostic. J'en ai immédiatement fait part à M<sup>me</sup> Brun-Romme, et je me suis entendu avec notre secrétaire général pour que seul figure sur le procès-verbal le cas d'épithélioma oculo-nasal guéri par l'opothérapie thyro-ovarienne.

Entre temps je m'étais rendu auprès de notre savant confrère Nicolle, qui a revu les coupes et repoussé l'idée de cancer. Le professeur Lecène n'a examiné celle-ci qu'en dernier lieu.

Si je n'en ai pas parlé en séance, c'était par simple discrétion confraternelle. Mais il ne sera pas dit que j'ai voulu me parer de faux.

×

Quant au squirrhe du sein que j'ai en traitement, il date de deux ans. Mes confrères Bouquet et Jamin ont eu l'amabilité d'examiner la malade et ont insisté sur l'importance d'une biopsie, ainsi que M. Braquehayé, qui a bien voulu la pratiquer, ce dont je le remercie vivement.

D'autre part, je me félicite des suites de la biopsie, car si un traumatisme — surtout de guerre — favorise parfois la production de cancer sur un tissu cicatriciel, un traumatisme chirurgical (anesthésie locale, incision des tissus et excision d'un fragment de tumeur) serait-il sans aucun retentissement sur l'évolution d'un cancer même à marche lente ? Je ne le crois pas.

Quoiqu'il en soit, et en dehors de toute considération, si le squirrhe est injusticiable d'intervention et de radiothérapie, il ne me sera pas reproché d'y avoir tenté l'opothérapie.

---

(1) Communication faite à la séance du 24 mai 1922, et remise plus tard au Secrétariat.



J'arrive au cancer de la langue. Il fut traité en octobre 1921 par une application de radium, et trois mois plus tard, en janvier 1922, par une seconde application. L'ulcération s'agrandit et s'entoura d'autres petites, s'accompagnant d'infiltration ganglionnaire sous-maxillaire et carotidienne. Donc aggravation trois mois après la première application de radium, et un mois et demi environ après la seconde. Une biopsie, faite le 22 février dernier, démontra à M<sup>me</sup> Brun-Romme qu'il s'agissait d'épithélioma spino-cellulaire.

Le cas de Proust et Mallet que cite M. Brun est très intéressant. Mais il y a eu d'abord exérèse ganglionnaire, puis, successivement, deux à trois applications de radium. Au bout d'un an, le malade fut présenté à la Société de Chirurgie dans un état très satisfaisant, la cicatrisation s'étant faite sur l'ulcération. Mais, autant que je me rappelle, la cicatrice n'était pas définitive, était comme dépolie et pas recouverte d'épithélium. C'est pour cela que Proust et Mallet ont déclaré vouloir reprendre l'application du radium. J'ajouterai que pour le cancer de la langue, c'est-à-dire pour celui radio-résistant, il y a une technique spéciale, qui n'existe pas ici.

En outre, et à titre de conclusion, je dirai, d'après les spécialistes, que le radium n'est pas décancérisant, mais destructeur sur place. C'est pour cela qu'une cicatrice produite par lui est telle que la lésion cancéreuse le permet, c'est-à-dire s'adoptant sur elle, comme dans le cas de Proust et Mallet; alors que dans le mien il y a néoformation de tissu normal, le côté de la langue, naguère ulcéré et aminci, se comble et prédomine normalement.

Enfin, — toujours d'après les spécialistes — le radium est dangereux quand il y a des métastases, telle l'infiltration ganglionnaire comme dans mon cas. C'est pour cela que Proust et Mallet, avant l'application du radium, ont procédé à l'extirpation des ganglions.

*Dr Naamé.*



### Les tumeurs cérébrales

par Ch. CHATELIN

(Conférence faite à la Faculté de Médecine de Paris)

L'auteur a envisagé surtout le côté clinique de la question. Il divise la symptomatologie des

T.C. comme il est classique, en signes généraux et signes de localisation.

#### SIGNES GENERAUX

Il en est deux qui tôt ou tard apparaissent toujours au cours de l'évolution de la maladie :

La céphalée, la stase papillaire.

La *céphalée* a un caractère inexorable, ses modalités sont infinies; elle s'accompagne d'une sensibilité douloureuse à la percussion dans la région où elle est la plus forte. Elle n'a aucune valeur localisatrice. Elle peut s'atténuer plus tard sans que cette sédation puisse faire penser à un arrêt d'évolution de la néoplasie cérébrale; elle s'accompagne souvent de sensations vertigineuses, de vomissements, de ralentissement du pouls et de la respiration.

La *stase papillaire* est le signe le plus essentiel à constater. Il n'y a souvent aucun parallélisme entre cette stase et le chiffre de l'acuité visuelle. Lorsque la diminution de l'acuité visuelle est considérable il est trop tard pour sauver la vue du malade. « L'acuité visuelle restera définitivement ou presque, ce qu'elle était au moment de l'intervention chirurgicale »; on peut observer les dissociations symptomatiques les plus diverses : grosse stase et acuité visuelle normale, stase peu importante et fort rétrécissement du champ visuel, etc... Les caractères objectifs de la stase sont classiques. Mentionnons qu'elle peut être unilatérale sans que ce fait ait la moindre valeur localisatrice. La stase est due à une compression siégeant dans la gaine du nerf optique, d'autres nerfs peuvent être intéressés : acoustique d'où surdité, nerfs rachidiens d'où abolition des réflexes, etc...

Moins constants que ces deux symptômes cardinaux s'observent :

*les troubles psychiques* (torpeur, engourdissement psychique);

*les crises comitiales* qui peuvent précéder de loin le cortège symptomatique.

#### SIGNES DE LOCALISATION

« Ils ne sont jamais dans les tumeurs cérébrales aussi précis, aussi constants, aussi définitifs que dans les lésions en foyer du cerveau. »

*Les tumeurs du lobe frontal* sont caractérisées par un syndrome psycho-moteur.

Au point de vue psychique on observe un ralentissement considérable des processus psychiques. Entre l'ordre et l'exécution s'écoule un temps très appréciable, 20 secondes, une minute. Il existe parfois un puérilisme net.

Au point de vue moteur on observe des rigidités portant surtout sur les muscles du cou et du tronc donnant quelquefois au malade l'aspect pseudo-parkinsonnien. Cette rigidité pourrait être due aux connexions existant entre le lobe frontal et l'appareil strié.

Au point de vue sensoriel, il existe fréquemment un signe spécifique des tumeurs frontales : l'atrophie progressive sans stase papillaire du nerf optique; parfois l'olfactif est atteint par le même processus de compression. Les tumeurs frontales peuvent enfin être complètement silencieuses et n'être diagnostiquées que post-mortem au cours d'une vérification nécropsique.

*Les tumeurs Rolandiques* sont caractérisées par des symptômes d'irritation, puis le déficit, pouvant précéder de longtemps les premiers signes d'hypertension intra-crânienne.

Malgré que la frontale ascendante soit purement une circonvolution motrice et la pariétale ascendante purement sensitive, les symptômes constatés ne sont jamais purement moteurs ou sensitifs, sauf au début.

Les troubles moteurs consistent en crises jacksoniennes débutant par la face ou par les membres et pouvant rester confinés à un territoire très limité de ces régions.

Le plus souvent néanmoins il y a généralisation suivant le schéma classique. La valeur localisatrice des crises jacksoniennes, bien que non négligeable, n'est pas absolue. Beaucoup plus importante à ce point de vue est la constatation d'un déficit moteur permanent même très limité suivant la crise.

En dehors de ces symptômes on constate assez souvent l'existence de deux signes intéressants. Ce sont d'une part, les phénomènes d'automatisme : le mouvement isolé volontaire, flexion dorsale des orteils par exemple étant impossible et le même mouvement s'accomplissant correctement dans la marche; d'autre part, le réflexe d'adduction du pied de P. Marie et Meige (l'excitation du bord interne du pied dans toute sa longueur amenant une adduction réflexe du pied alors que le réflexe cutané-plantaire est normal ou indifférent.)

Lorsque les tumeurs atteignent plus particulièrement la pariétale ascendante on peut constater des phénomènes d'épilepsie sensitive (Pitres). Il s'agit de crises semblables aux crises motrices jacksoniennes revêtant toutes leurs modalités, mais d'ordre purement sensitif (fourmillements, engourdissements). Dans certains cas ces troubles affectent une disposition particulière pseudo-radulaire surtout nette au membre supérieur. M<sup>me</sup> Benisti a montré que lorsque ces troubles sensitifs à type radulaire ont une topographie radiale, la lésion siège au niveau du versant antérieur de la pariétale ascendante; lorsqu'ils ont, au contraire, la topographie cubitale c'est le versant postérieur de la même circonvolution qui est intéressé.

Troubles moteurs ou sensitifs peuvent finir par être exactement diminués réalisant soit une hémiplegie, soit une hémianesthésie de toute une moitié du corps.

Signalons enfin que pour les troubles sensitifs le déficit est beaucoup plus marqué dans le segment distal des membres et s'atténue en se rapprochant de la racine.

*Tumeurs du lobe pariétal.* — Elles peuvent être latentes ou se manifester par des troubles sensitifs : perte de la sensibilité profonde (1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> pariétales). Il en résulte parfois de l'ataxie qui peut être localisée à un membre.

*Tumeurs du lobe temporal.* — Pour ce qui est des tumeurs du lobe temporal droit, leur sémiologie nous est inconnue. Les symptômes observés sont dus aux réactions à distance; pour le lobe temporal gauche les tumeurs de la région postérieure des trois premières temporales se traduisent par une aphasia de Wernicke (conservation plus ou moins complète du langage extérieur et perte du langage intérieur : perte de la dénomination des objets; perte de la lecture, de l'écriture; perte de la compréhension du langage).

*Tumeurs du lobe occipital.* — Elles sont rares et ont une symptomatologie visuelle : hémichromatopsie. Elles s'accompagnent volontiers de réaction à distance : aphasia ou symptômes cérébelleux.

*Tumeurs des ganglions centraux.* — Elles ne se caractérisent généralement que par des symptômes d'hypertension.

*Tumeurs du cervelet.* — Elles se divisent en tumeurs intra-cérébelleuses et tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.

Les tumeurs à proprement parler cérébelleuses se caractérisent « par l'intensité et la précocité des signes d'hypertension intra-crâniennes : cé-



phalées « excruciantes », vomissements répétés, stase marquée, puis apparaissent les troubles de la statique (chute en masse dans le même sens lorsque le malade joint les talons); la démarche est ébrieuse festonnante, on remarque également des troubles de la synergie des membres. L'évolution de ces tumeurs est très rapide. Elles engendrent vite des troubles de compression bulbo-protuberentielle.

Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux se manifestent précocement par l'atteinte de deux paires crâniennes, une hémiplégie cérébelleuse homolatérale, une hémiplégie ou hémiparésie pyramidale croisée.

Fréquemment on observe une paralysie faciale et une lésion de l'auditif. Parmi les types de paralysie faciale que l'on peut constater, il en est un qui est presque caractéristique des néoplasies ponto-cérébelleuses, il s'agit d'une paralysie flasque dans la moitié supérieure spasmodique dans la moitié inférieure. Avec le VIII et le VII, le VI est le plus fréquemment touché donnant du strabisme interne. La valeur localisatrice de ces paralysies est grande.

L'évolution de ces tumeurs est lente : l'hémiplégie cérébelleuse homolatérale et l'hémiplégie spinale croisée sont d'apparition tardive. Si l'on n'intervient pas, la compression peut engendrer des troubles pseudo-bulbaires.

*Tumeurs de l'isthme de l'encéphale.* — Elles sont rares et caractérisées par l'extrême rapidité d'apparition de l'hypertension intra-crânienne due au blocage des ventricules, la rapidité d'évolution des phénomènes pseudo-bulbaires et la quadriplégie.

Ch. Châtelin étudie ensuite les tumeurs aux différents âges de la vie. Dans les premiers mois de l'existence elles ne se rencontrent pour ainsi dire pas.

De 5 à 12 ans, on voit fréquemment des tumeurs intra-cérébelleuses dans lesquelles les symptômes d'hypertension sont à leur maximum entraînant parfois la déhiscence des os du crâne.

Chez la jeune femme au cours de la grossesse ou dans les mois qui suivent, on rencontre également des tumeurs d'évolution très rapide, gliome de la substance blanche ou des ganglions centraux.

Chez l'adulte ce sont, soit des gliomes infiltrants, soit des tumeurs d'origine méningée accessibles à l'intervention chirurgicale.

Après 50 ans, ce sont surtout des tumeurs d'origine méningée que l'on observe.

Au point de vue anatomique dans plus de la moitié des cas, la tumeur

est de nature gliomateuse; viennent ensuite les sarcomes ou fibrosarcomes d'origine méningée ou à point de départ dans les gaines vasculaires, puis le cholestéatomes, les tumeurs parasitaires et enfin les tumeurs métastatiques.

L'évolution des tumeurs cérébrales est fort variable suivant la nature, le siège de la tumeur, la possibilité d'intervention palliative ou curative.

Les interventions curatives sont malheureusement rarement pratiquées, mais les résultats peuvent en être définitifs et complets.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien et la radiographie sont d'un utile appoint pour le diagnostic des T. C.

La ponction lombaire est dangereuse chez ces malades en raison du risque de mort subite. Celle-ci peut être évitée d'ailleurs en pratiquant la ponction dans le décubitus latéral avec une aiguille fine et en ne retirant que 5 à 6 cmc. de liquide.

Dans les T. C. la pression du liquide céphalo-rachidien est fortement augmentée. Il existe une dissociation albumino-cytologique : (de 0 gr. 50 à 1 gr. d'albumine par litre).

La radiographie peut parfois donner de très précieux renseignements sur le siège de la tumeur, surtout en se servant du procédé de radiographie stéréoscopique du docteur Chabry, (procédé encore inédit).

Châtelin envisage ensuite le diagnostic différentiel des tumeurs cérébrales avec la méningite chronique syphilitique, la pachyméningite hémorragique du vieillard, les lésions cérébrales en foyer d'origine vasculaire, l'abcès du cerveau, le tubercule cérébral et la gomme cérébrale.

## TRAITEMENT

« Les signes généraux d'hypertension dictent l'intervention d'urgence, « d'ordinaire simplement palliative. Les signes locaux permettent de tenter une opération définitive, une excrèse de la tumeur. »

En présence d'un malade souffrant atrocement de la tête et perdant la vue, chez lequel le diagnostic de tumeur cérébrale est porté, il faut rapidement pratiquer la trépanation décompressive, ce qui conserve pour quelques mois au malade, l'acuité visuelle qu'il avait lors de l'intervention. L'hypertension intra-crânienne étant diminuée, le neurologiste peut mieux tenter de localiser la tumeur afin de permettre au chirurgien, une opération curative. La technique des opérations palliatives et curatives a bien été précisée par de Martel en collaboration avec l'école de la Salpêtrière.

Châtelain insiste en terminant sur le funeste réflexe du traitement dit d'épreuve à l'arsenic, au mercure ou à l'iodure.

Non seulement le malade continue ainsi à souffrir mais ses lésions s'aggravent; on perd de cette façon de précieuses semaines.

Peut-être dans un avenir prochain la radiothérapie qui a déjà donné des résultats intéressants, pourra-t-elle éviter l'intervention et permettre d'obtenir des résultats meilleurs.

n

F. Masselot

~~~~~

**La moitié
des cavernes tuberculeuses du poumon
sont muettes à l'auscultation**

R. BURNAND et R. CARRARD

Presse Médicale, N° 43, 31 Mai 1922

La radiographie montre parfois des lésions insoupçonnées à l'auscultation ou au contraire révèle la quasi-nullité anatomique de soi-

disant lésions qu'on aurait pu croire étendues et profondes sur la foi des procédés stéthoscopiques habituels.

Les auteurs, au sanatorium populaire de Leysin, en dix-huit mois, ont trouvé que sur 121 phthisiques reconnus cavitaires, 65 cavernes — soit 55 pour 100 — ne donnaient pas les signes cavitaires classiques c'est-à-dire étaient partiellement ou totalement muettes.

« Muettes » signifie que tous les signes classiques de la caverne manquaient à l'auscultation. Ces signes classiques sont, d'après CERENVILLE et SABOURIN : 1° altération du son de percussion (sub-matité ou matité franche, ou au contraire tympanisme ou encore signe de Wintrich c'est-à-dire variations de sonorité, bouche ouverte ou fermée). 2° souffle tubo-cavitaire caveux ou amphorique; 3° Pectoriloquie aphone et égophonie; 4° râles humides ou caveux ou gargouillement.

Sont muettes avec le plus de fréquence :

a) les cavernes profondes, au voisinage du hile, masquées à l'oreille par une forte épaisseur de parenchyme sain ou peu altéré.

b) les cavernes anciennes très fibrosées et enkystées avec altération emphysémateuse des poumons.

c) les cavernes à sécrétion discrète, pour lesquelles les signes cavitaires ne deviennent évidents qu'au moment des poussées congestives avec recrudescence d'expectoration.

d) les cavernes de la *marge externe du lobe supérieur* que le massif ostéo-musculaire de l'épaule contribue à masquer.

e) les cavernes coexistant avec des *signes bronchitiques* bruyants ou avec de la *laryngite tuberculeuse* avancée. Les malades aphones sont difficiles à ausculter.

Les causes de mutité des cavernes peuvent se résumer comme suit : Les conditions anatomiques qui semblent favoriser le caractère muet des cavernes thoraciques sont, d'une part, l'éloignement de la caverne de la surface thoracique, d'autre part l'état du parenchyme interposé entre l'oreille et la caverne. Plus le parenchyme est perméable et spongieux, moins il est conducteur du son; plus il existe de bruits interposés entre l'oreille et le foyer cavitaire (râles bronchitiques bruyants, altérations de la plèvre) plus ce foyer est muet. Enfin l'état de la glotte doit également jouer ici un rôle capital (Rist).

Ces règles, bien entendu, n'ont rien d'absolu et sont passibles d'un grand nombre d'exceptions.

Cependant R. BURNAND et CARRARD pensent que la lésion cavitaire est, chez les phthisiques confirmés, une lésion banale, très fréquente et très précoce. Ils formulent pratiquement cette notion en disant : un tuberculeux qui a été victime pendant plus de trois mois, d'une évolution fébrile au cours de laquelle il a toussé et expectoré des crachats abondants et bacillifères, est devenu un tuberculeux cavitaire.

En outre c'est souvent dans le crachoir seul que se trouveront les signes de la spéléonque. SABOURIN distingue les crachats « amygdaliens », « bursiformes », nummulaires, en « pelote de laine », toujours puriformes.

Enfin, l'état général du malade sera souvent révélateur. Toutefois des tuberculeux florides peuvent être porteurs de volumineuses cavernes. MAMIE et AIMARD ont montré que sur 12 cas de cavernes muettes, les malades avaient conservé six fois un aspect floride.

L'exploration stéthacoustique du thorax soigneusement pratiquée, permettra de décélérer des foyers tuberculeux latents. La constatation de l'*obscurité respiratoire*, d'un « territoire trouble » à l'auscultation du poumon devra être considérée comme des plus suspectes.

A. Henry

**Une nouvelle méthode pour la recherche
de la bilirubine
avec application spéciale à l'étude
de la bilirubinémie**

par le Prof. Giuseppe SABATINI

in Policlinico Sez. Prat. t. 26-1922

L'auteur propose dans cet article une méthode originale pour la recherche de la bilirubine dans le sérum sanguin, avec les avantages suivants sur les au-

tres réactions :

- 1° Il s'agit d'une méthode applicable à un liquide riche en albumine tel que le sérum du sang.
- 2° Sensibilité extrême, capable de mettre en évidence la bilirubinémie physiologique.
- 3° Possibilité d'exécuter la réaction avec petite quantité de matériel à examiner ($\frac{1}{2}$ cc. de sérum de sang).
- 4° Grande simplicité dans la préparation du réactif et dans l'exécution de la réaction, qui ne demande pas des instruments spéciaux.
- 5° Exécution de la réaction directement sur le sérum, et en conséquence sans perte aucune de pigment biliaire pour précipitation.
- 6° La présence d'hémolyse, si facile dans les échantillons de sérum ictérique, ne dérange pas la réaction.
- 7° Le liquide se maintient clair, ce qui permet des recherches ultérieures, etc.

Réactifs : Liquide I et liquide II.

Liquide I : 12 cc. de HCl pur dans un tube gradué; ajouter eau distillée jusqu'à compléter le volume de 100 cc.

Ce liquide se conserve indéfiniment.

Liquide II : solution de nitrite de sodium à l' 1 %. Ce liquide doit être renouvelé après quelques mois.

Au moment de la réaction : A 30 cc. du liquide I, ajouter $\frac{1}{2}$ cc. du liquide II. Agiter. Le réactif est prêt et se conserve pour quelques heures.

Réaction (appliquée au sérum du sang) :

$\frac{1}{2}$ cc. de sérum de sang est délayé dans un tube avec 1 cc. d'eau distillée. Avec une pipette graduée on y laisse tomber 0,3-0,4 cc. du réactif préparé au moment.

La présence de pigments biliaires est aussitôt relevée par une couleur

verte, plus ou moins marquée, qui bientôt devient plus foncée et après quelques minutes commence à virer au bleu : après 1/4 d'heure la réaction vire définitivement au bleu clair : cette coloration persiste dans le sérum pendant quelques jours.

L'intensité de la réaction est directement proportionnelle à la quantité de pigments biliaires contenu dans le sérum.

Dans le sérum de sang normal la réaction est en premier lieu négative : peu après se manifeste une légère coloration verte, expression de la bilirubinémie physiologique. La réaction ne devient jamais trouble.

Dans l'article, l'auteur démontre comment il est arrivé à établir l'optimum de dosage des réactifs, et explique chimiquement la réaction qui est due à l'ion Cl. dégagé dans le réactif.

La méthode a été contrôlée par 200 épreuves, avec résultats toujours analogues aux autres méthodes et enfin l'auteur promet de nous donner bientôt l'application de la réaction au dosage de la bilirubine dans le sang, par voie colorimétrique.

D^r Salvo



A propos d'un article du Médecin-Major de 1^{re} classe GÉNEVRIER

Dans la *Presse Médicale*, du samedi 20 mai 1922, a paru un article du Doct. GENEVRIER, sous le titre imposant de « *Traitement moderne du Paludisme et sa stérilisation par les injections intra-veineuses de quinine.* »

Pour les médecins exerçant dans l'Afrique du Nord, ce titre était savoureux et, comme bien d'autres, je me promettais à sa lecture une détestation inaccoutumée. Franchement, j'ai été déçu.

La *méthode personnelle* du Doct. Gênevrier consiste dans l'emploi de la quinine en injections intra-veineuses et *per os*. C'est une méthode qu'on pourrait désigner par les vocables « en coup de pompe ». En effet, d'une part le Doct. GENEVRIER est très audacieux, très moderne, très militaire aussi, très *paludisme macédonien primaire* et n'accepte que l'*ultra-moderne intraveineuse*, et, d'autre part, très *à la page*, d'abord, il recule, retarde, régresse quelque peu en préconisant l'usage du médicament *per os*. *In medio stat virtus*, pourrait-on dire à nouveau. Au demeurant, laissons au Dr GENEVRIER toute la responsabilité de sa *méthode personnelle et originale*. Libre à lui de faire, et de faire faire, à ses soldats impaludés, les intra-veineuses qu'il vante, avec enthousiasme, les malades des hôpitaux ou des infirmeries militaires sont là pour obtempérer. Ça va. Mais, volontiers, je mettrai en garde, nos jeunes confrères peu rompus à la thérapeutique de la malaria, contre les dangers et les difficultés de l'intra-veineuse de quinine, contre les inconvénients de la *méthode* du Dr GENEVRIER.

Je ne suis pas assez misonéiste pour refuser à la voie endo-veineuse les avantages et les mérites qu'elle possède. Mais je ne la trouve vraiment indiquée que dans la syphilis, ou dans les cas de grande urgence (asystolie, syncope, transfusion, paludisme pernicieux, etc., etc.). Néanmoins, je reconnais à chacun le droit d'employer *couramment*, et *pour tous les cas*, plutôt l'injection intraveineuse, que l'injection profonde intra-fessière. Mais, je condamne, avec la plupart des médecins expérimentés, l'usage de la quinine *per os*. Depuis 1896, j'emploie une autre thérapeutique que plus de vingt-cinq ans de pratique, en Afrique, n'ont pas attaqué dans son efficacité. Injection intra-fessière, hectine en injection, décoction aqueuse de quinquina, opothérapie hépato-splénique. C'est à peu de chose près les grandes lignes de traitement auxquelles s'est rangée la *Société des Sciences Médicales de Tunis*, qui avait mis à son ordre du jour la question du traitement du paludisme. Nous sommes heureux d'avoir lu

l'article du D^r GENEVRIER, ce dernier aurait gagné, à son tour, à méditer les articles nombreux et le rapport général, consacrés au traitement du paludisme dans un récent numéro de notre *Revue*.

Sans, je le répète, attaquer à fond l'intraveineuse qui a ses indications, j'estime que nul ne l'acceptera à titre de thérapeutique usuelle et courante, ni malade, ni médecin. Encore un coup, il ne faut pas nous dire que l'injection de quinine intraveineuse est sans danger et sans difficulté. On s'habitue un peu trop aisément à maltraiter et à assaillir ce milieu circulant. La quinine est vraiment spécifique à l'encontre des hématozoaires. Est-elle absolument anodine et inoffensive à l'encontre du globe sanguin, des leucocytes, sans effet nocif sur l'équilibre des colloïdes, directement introduite dans la circulation ? Fera-t-on accepter, couramment, cette méthode, par le malade ? j'en doute. Est-elle si aisée chez les femmes grasses, chez les enfants ?

En clientèle, comme à l'hôpital, la méthode des injections intra-fessières a fait ses preuves. En vingt-quatre ans, à l'Hôpital Civil Français de Tunis, des milliers de ces injections ont été faites, sans les redoutables accidents que signale le D^r GENEVRIER. Il peut lire avec profit, les thèses de Drouillard, de Vullien, et les remarquables travaux récents de Masselot.

Là, où le D^r GENEVRIER, *va*, comme on dit vulgairement, *un peu fort*, et exagère, c'est quand il signale, pour la condamner sans appel, la méthode des injections intra-musculaires. Mais celle-ci se porte très bien, malgré cette condamnation, comme les malades qui en rappellent d'un pronostic, léger et incertain, et d'un jugement intempestif et maladroît, autant que peu justifié.

Mais je m'en voudrais de ne pas citer en entier l'opinion du D^r GENEVRIER sur les injections intra-fessières. Il a dû avoir affaire à des infirmiers militaires bien maladroits, pour se faire une idée de ce genre.

Voici le passage de la *Presse Médicale* :

« 3° INJECTION INTRA-MUSCULAIRE. — C'est la grande favorite du moment. Elle est facile et rapide à faire. Tout son succès vient de là. Mais le médecin qui a vu l'énormité des délabrements produits par un abcès quinique de la fesse, est guéri à tout jamais de l'envie d'employer cette méthode. La solution de quinine concentrée employée, véritable caustique, aussitôt introduite dans le muscle, produit une coque irritative de tissu fibreux cicatriciel, qui l'englobe, la traite comme un corps étranger, l'encapsule et ne laisse filtrer la quinine qu'avec une grande lenteur (cinquante et une heures environ). DUDGEON (*Journal of the Roy. Army. Med. corps*, Février 1921) décrit les lésions de fibromyosite à laquelle se joint souvent de la fibronévrite, même si le nerf n'a pas été touché. Donc ris-

quies sérieux d'abcès nécrotique et de névrite sciatique, se produisant avec un pourcentage plus ou moins élevé, suivant les circonstances, les opérateurs et les malades. De plus, la fesse injectée reste douloureuse et impotente pendant plus de huit jours. » (*La Presse Médicale* N° 40, 20 mai 1922, page 432, 1^{re} colonne).

Sans prendre les choses trop au sérieux, et sans dramatiser, il est permis de s'écrier : « Eh ! la favorite, ce qu'elle prend pour son rang ! » Voilà ! Le médecin major GENEVRIER n'aime pas les favorites faciles et rapides à faire. En lisant le passage de cet article on croit un peu rêver. Où donc le major GENEVRIER a-t-il pu voir cet *énormité de délabrements*. Je ne lui ferai pas l'injure de supposer que pour la gloire de sa *méthode*, il emploie à l'encontre de la favorite les procédés de *don Basile* ? Non pas. Il faut plutôt dire que la vérité est bien difficile à connaître. M. GENEVRIER est un homme de bonne foi, je n'en doute pas. Emporté par le désir de vulgariser sa *méthode*, il généralise trop aisément, il tombe dans l'erreur d'interprétation des faits, si communs, en somme. M. GENEVRIER et M. DUDGEON sont l'un et l'autre, médecins militaires : ils ont fait la guerre. Sur des soldats fatigués, surmenés, déprimés, en état de moindre résistance, ils ont observé ces *grands délabrements* qui, je l'affirme, ne sont relevés que très rarement. Pendant plus de trente ans de clientèle, hospitalière ou citadine, je ne compte que, peut-être, une dizaine d'abcès, imputables à la quinine, encore s'agissait-il presque toujours de sujets atteints de fièvre typhoïde, plutôt que de paludisme, chez lesquels l'erreur de diagnostic, au début, était excusable. L'abcès, en doigt de gant, dû à la quinine est connu, mais n'est pas si émouvant que ces messieurs l'écrivent.

Le Dr GENEVRIER le dit lui-même : « *risques sérieux suivant les circonstances, les opérateurs et les malades.* » Je répondrai en temps de paix, avec de bons infirmiers, dans la clientèle civile, les *risques sont nuls*, eu égard au nombre considérable d'injections intra-fessières pratiquées.

Pour terminer je m'inscris en faux contre la conclusion du Dr GENEVRIER.

Il écrit : « CONCLUSIONS. Il faut poser comme axiome : Paludisme = In-

Il écrit : « CONCLUSIONS. Il faut poser comme axiome : Paludisme : Intraveineuse de quinine massive immédiate. » Il n'est pas besoin d'insister sur l'esprit doctrinaire et tendancieux de cette affirmation ?

Certainement, on constatera, si on lit l'article du Dr GENEVRIER, une préoccupation très manifeste de *faire moderne*, mais cette hantise ne doit pas cependant négliger l'expérience acquise, surtout celle des médecins de l'Afrique du Nord qui se préoccupent de bien soigner leurs impaludés.

INFORMATIONS SANITAIRES

La Peste

Le tableau que nous publions à la page suivante totalisant les déclarations de maladies contagieuses effectuées en juillet, accuse six cas de peste à Tunis. A ces six cas il faut en ajouter un septième dont la déclaration date du 30 juin.

Ces sept cas sur le plan de la ville se répartissent ainsi :

Un cas (le premier) rue Bab El-Khadra;

Deux cas, au coin de la rue Bab El-Khadra et de la rue des Maltais;

Deux cas, rue du Foie;

Deux cas, rue de Portugal prolongée.

Cette distribution semble fonction d'une épizootie murine assez étendue, limitée au quartier Nord de la ville et au bas quartier du port.

Cette épizootie n'est cependant pas très dense car aucun des rats capturés par le service de dératisation n'a été trouvé pesteux.
tuturés par le service de désatiation n'a été trouvé pesteux.

Trois des sept cas humains observés se sont terminés par la mort. Le diagnostic du premier a été fait sur le cadavre, le second était un cas clandestin qui n'a pas été traité; pour le troisième le diagnostic a été porté in extremis.

Les quatre cas isolés et soignés à temps par le sérum sont guéris ou en très bonne voie de guérison.

E. G.

Service Sanitaire Maritime

Epidémiologie

La situation sanitaire pendant le mois écoulé n'a pas été très bonne.

La peste a été signalée en Australie, au Brésil, aux Indes Anglaises, à Ceylan et en Chine.

A Java, elle est endémique depuis de nombreuses années. En Egypte : Suez, Alexandrie et Port-Saïd sont contaminées.

Tunis a également présenté deux cas le 27 juillet. Le 5 août, aucun cas nouveau n'étant signalé, les patentes données aux navires sont de nouveau déclarées nettes.

Le choléra est signalé à Calcutta et à Rangeon.

L'Ukraine présente également de nombreux cas de choléra.

Le typhus sévit en Russie et en Pologne et dans tout le bassin de la Méditerranée orientale.

Tous les navires de ces provenances subissent la visite médicale et, au besoin, la désinfection et la dératisation.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée, de SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BARONNEIX. — Tome XXIX. — **Thérapeutique**, premier volume. — *Crénothérapie, Climatothérapie, Héliothérapie, Thalassothérapie, Thermothérapie, Cryothérapie, Cinésithérapie, Massothérapie, Photothérapie*, par MM. P^r CARNOT, LINOSSIER, d'ELSNTZ, VENOT, PRUVOST, LORTAT-JACOB, DESFOSSES, LOUSTE. — In-8, 1922, 49 fig. Prix : 20 Frs. — A. Maloine et Fils, éditeurs.

La Thérapeutique actuelle dans un traité de médecine, ne saurait être réduite à un paragraphe qui, en quelques lignes apporterait la conclusion d'un article plus ou moins long de pathologie. Déjà, on a pu voir, dans les volumes antérieurement publiés de cette collection, que l'une des plus vives préoccupation des auteurs, a été de développer le chapitre du traitement des maladies, et, notamment de dégager les multiples indications que comportent les soins complets à donner au malade. Les deux livres de Thérapeutique qui viennent terminer l'ouvrage, ont pour but de mettre le médecin au courant des méthodes thérapeutiques actuelles à un point de vue général. L'art de soigner un malade ne s'est pas arrêté aux formules antiques. Il a suivi les progrès admirables qui ont marqué l'évolution de la médecine depuis un siècle. Il ne s'est pas limité aux pratiques un peu simples d'autrefois. Il comporte actuellement des ressources multiples tirées non seulement de l'observation clinique, mais encore de la chimie et de la biologie. La connaissance plus exacte des agents physiques a permis également l'application à un grand nombre de maladies des méthodes *Climatothérapiques, Héliothérapiques, Cinésithérapiques*. On trouvera dans le Tome I de Thérapeutique, des données précises sur les procédés de traitement par les agents naturels, dont l'efficacité a été prouvée par une longue expérience. Monsieur le Professeur PAUL CARNOT a bien voulu écrire une introduction, où il expose les tendances actuelles de la Thérapeutique, en quelques pages d'un très grand intérêt. M. LINOSSIER, dont on connaît les excellents travaux, a résumé en quelques chapitres pratiques l'*Hydrologie* et ses applications à la médecine. A. M. d'ELSNTZ, on doit la *Climatothérapie* et la *Thalassothérapie*, à MM. VENOT et PRUVOST l'*Héliothérapie*, à M. LORTAT-JACOB la *Thermothérapie* et la *Cryothérapie*, à M. DESFOSSES l'*Education physique* et la *Cinésithérapie*, à M. LOUSTE la *Photothérapie*. Le choix des collaborateurs indique assez le souci de ceux qui dirigent la publication du *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*, de s'adresser à des auteurs tout particulièrement compétents dans les matières qu'ils ont à exposer. Ils ont, non seulement cherché à intéresser le lecteur aux idées qui ont présidé à la création des diverses Méthodes Thérapeutiques, mais encore à faire œuvre pratique en lui permettant de les appliquer lui-même, sans apprentissage préalable.

Le Diabète par le Dr Arthur LECLERCQ. — Tome II. — 2^e édition. — 1 vol. in-8^e carré de 268 pages. — Prix : 15 francs. — Gaston Doin, éditeur, 8, Place de l'Odéon - Paris (VI^e).

Le diabète gras, hépatique, maladie de la cinquantaine, se place chronologiquement et pathogéniquement entre l'obésité et l'artério-sclérose. Dans l'obésité, le foie adipopexique transformait en graisse les restes alimentaires en surnombre. Dans le diabète, c'est le foie glycogénique, le dernier sur la brèche, qui intervient lorsque le premier ne suffit plus à sa tâche.

Dès 1911, l'auteur établit que la glycosurie ne résulte pas de l'us et l'abus des féculents mais que le diabète gras a sa principale raison d'être dans le métabolisme en sucre des protéides et surtout de la viande. Il supprime la viande à deux diabétiques soumis à un même régime isoféculent : non seule-

ment le sucre disparaît des urines mais le degré de tolérance augmente pour les hydrocarbonés. Il définit aujourd'hui le diabète gras, « non une maladie, mais un acte défensif par lequel le foie glycogénique métabolise en sucre utilisable ou hétérogène, les restes alimentaires, principalement de la viande, destinés, de la sorte, à être chassés par les urines ».

A la théorie classique du trouble glycorégulateur, il substitue hardiment la théorie métabolique qu'il poursuit jusque dans toutes les formes du diabète. Qu'il s'agisse de glycosurie alimentaire du diabète bronzé, polyglandulaire, dénutritif, la glycosurie pour l'auteur n'est qu'un acte défensif par lequel tous les déchets alimentaires, hépatiques, polyglandulaires, dénutritifs sont conjugués avec le sucre pour être éliminés sous forme de diabète, glycotyroïdien, glyco-surrénal, etc. Le diabète n'est plus une entité pathologique, et c'est vers la cause même du mal qu'il faut remonter. Le sucre n'est plus qu'un symptôme banal d'une conjugaison glyco-toxique. Ainsi procède, du reste, l'organisme quand il provoque la copulation du glycurone, élément sucré, avec l'indoxyle, élément toxique, pour l'éliminer sous forme de composé glycuronique.

Lorsqu'à son tour, le foie glycogénique faiblit à sa tâche, deux complications, en dehors des complications hyperglycémiques peuvent surgir : l'acidose et l'artério-sclérose. La première résulte de l'impuissance passagère ou durable du foie glycogénique à mener à l'état de sucre les restes azotés qui s'arrêtent aux stades acide B-oxblyutyrique, diacétique, acétone. La seconde, bien que non signalée par les classiques, est l'aboutissement naturel du diabète, s'il a échappé aux complications précédentes. Tant que dure le diabète dans sa période « dysfonctionnelle » il retarde ou empêche l'avènement de l'artério-sclérose. Mais survienne la diminution ou la disparition de la glycosurie, dans la période « dystrophique » où le foie ne peut plus opérer la transformation glycogénique, c'est alors qu'on voit, avec la guérison apparente du diabète survenir l'artério-sclérose et ses symptômes : imperméabilité rénale, galop, dyspnée, dus à la spoliation du rein et du système artériel par les déchets qui ne sont plus transformés en sucre.

La note thérapeutique dès lors est celle-ci. Le diabète, de même que l'obésité, la goutte, est une maladie essentiellement évitable. S'il existe, appliquer sans retard la restriction alimentaire, restriction ou suppression des viandes, usage plus large des féculents. Si malgré tout le diabétique gras tombe dans l'artério-sclérose, ne plus se soucier du diabétique, traiter le cardio-rénal. En cas d'acidose ou de coma, l'auteur, en place du traitement alcalin, suggère un traitement plus physiologique, basé sur sa pathogénie même : les injections de phloridzine capables par un procédé encore mal élucidé, d'éliminer à l'état de sucre les préto-toxiques responsables de l'intoxication acidotique.

Le diabète de M. Leclercq n'est donc plus une maladie énigmatique, mais simplement une glycosurie excrémentitielle de défense revenant à nombre d'états morbides. Au double point de vue de la pathogénie et du traitement, l'auteur ne fait que copier servilement les procédés mêmes qu'emploie l'organisme pour se défendre. Sans doute, le lecteur lui saura gré de sortir des chemins battus et de lui offrir dans cette 2^e édition, une « nouveauté » scientifique.

Traitement des Maladies Cardio-Vasculaires par le Massage, le Mouvement et les Agents physiques, par les Drs P. MATHIEU (de Brides), G. RICHARD, et HARANCHIPY (de Royat). — 1 vol. in-16 de 144 pages avec figures dans le texte. — Gaston Doin, éditeur. — Prix : 5 Frs.

Dans toutes les maladies cardio-vasculaires (insuffisance myocardiques y compris l'asystolie confirmée, arythmies, névroses cardiaques, hypertension artérielle et hypotension, troubles divers de la circulation veineuse, etc) le

massage, les exercices physiques, les agents physiques sont des agents thérapeutiques très précieux, capables de donner, à ceux qui les emploient judicieusement, des résultats rapides et durables.

Ces méthodes de traitement sont en général mal connues des praticiens qui laissent le monopole de leur application à quelques rares spécialistes.

Or il n'est pas nécessaire d'être initié aux subtilités du traitement manuel suédois pour masser ou pour faire masser utilement des asthéniques à l'hôpital ou en clientèle ; il n'est pas indispensable de disposer d'un établissement de culture physique ou d'une installation mécanothérapie pour faire exécuter des exercices à des insuffisants cardiaques ou à des hypertendus. La technique peut-être réduite à des manœuvres d'une exécution facile, ne demandant ni un long apprentissage ni une instrumentation encombrante et coûteuse. Ainsi l'emploi de ces excellents procédés thérapeutiques sera vulgarisé parmi les praticiens non spécialisés et enrichira leur arsenal thérapeutique.

C'est le but que se sont proposés les auteurs, en publiant ce manuel, simple et complet, qui sera avantageusement lu par tous les médecins praticiens.

~~~~~  
**Les lois de la cicatrisation des plaies cutanées**, par Auguste LUMIERE. — 1 vol. in-16 de 122 pages avec 25 fig. dans le texte. — Gaston Doin, éditeur. — Prix : 8 Fr.

De nombreuses formules ont été proposées pour traduire en équations mathématiques les lois de la cicatrisation des plaies cutanées. Toutes sont entachées d'erreur du fait que, dans le raisonnement dont elles procèdent, il est fait état seulement des variations de la *surface* des plaies, sans tenir compte de la *forme* de ces plaies, c'est-à-dire du rapport entre la longueur et la largeur.

Ce que Carrel et ses élèves ont appelé vitesse de cicatrisation n'est donc qu'une *vitesse rotative ou apparente* considérée seulement par rapport à l'étendue des plaies.

Reprenant l'étude du problème, Auguste Lumière s'est attaché à définir les lois de la cicatrisation des plaies en considérant non pas seulement les surfaces des blessures, mais *toutes leurs dimensions* : longueur et *périmètre*. De méticuleuses et patientes recherches par mensuration méthodique de plaies artificielles ou naturelles chez l'animal ou chez l'homme le conduisent à formuler de la façon suivante les lois de la cicatrisation :

1° La vitesse absolue de cicatrisation d'une plaie est constante, c'est-à-dire que la plaie se répare aussi vite à la fin de la cicatrisation qu'à son début.

2° Le temps nécessaire à la cicatrisation est proportionnel à la largeur maxima de la plaie.

3° Pour des animaux de même âge et de bonne santé, la vitesse de la réparation reste sensiblement la même lorsqu'on passe d'un sujet à un autre dans la même espèce animale.

Pour corroborer la valeur des lois ainsi formulées, A. Lumière s'est attaché à étudier au moyen de ce critérium la vitesse de cicatrisation de plaies traitées ; 1° par des pansements rares ; 2° par la méthode antiseptique ; 3° par des antiseptiques autres que le mélange primitivement utilisé. Il aboutit finalement aux conclusions suivantes : 1° Le travail de réparation des tissus est un phénomène régulier dans son ensemble et n'est pas plus rapide au début qu'à la fin de la cicatrisation, 2° le temps nécessaire à la cicatrisation d'une plaie est approximativement proportionnel à sa largeur maxima. Si l'on se place dans les mêmes conditions d'âge, d'état de santé, de traitement, et pour des plaies simples des parties molles, la mesure de la largeur maxima de la blessure permettra de déterminer les délais dans lesquels cette blessure sera guérie. 3° Grâce à ces considérations il leur sera

possible d'évaluer la valeur relative des différents facteurs susceptibles d'exercer une influence sur la réparation cicatricielle des plaies. 4° Lorsqu'on se trouvera en présence d'une anomalie persistante dans l'évolution d'une plaie, il faudra en rechercher la cause soit dans l'état local de cette plaie, soit dans l'état général du blessé, les retards de la cicatrisation sans cause apparente pouvant être l'indice d'états pathologiques latents.

~~~~~

La Mare Stagnante, (Un Politicien), par F. LAPAIRE — Paris. 1921. — 1 vol. in-8 de 150 pages. — H. Daragon, éditeur, 10, Rue Fromentin - Paris — Prix : 7 Frs.

Lignes écrites avant 1914. — L'auteur les retrouve après la Victoire. — Il les publie aujourd'hui en un joli volume — Les mœurs électorales, les polémiques violentes, les ambitions malsaines n'ont pas changé. Il s'occupe de la crise du chômage, de la situation politique et financière, du communisme. Humble paysan d'Auvergne, il vante le courage et le travail de ses concitoyens; il met toute sa confiance dans la somme d'efforts qu'ils ont donné pendant la guerre et dans leurs travaux agraires d'aujourd'hui. Publié sous forme d'un roman alléchant, nous citerons quelques-uns des chapitres les plus intéressants : *Quelques points noirs dans un ciel serein*. — *Les points noirs deviennent de gros nuages*. — *L'invitation*. — *Les Palmes*. — *Chez le Préfet*. — *Réunion publique, etc...* Tout en étant une étude de politique locale il jette une note toujours gaie et vécue sur le monde électoral de province. — C'est un livre à lire et à faire lire.

~~~~~

#### Aux Ex-Libristes.

Nos lecteurs qui possèdent un ex-libris personnel peuvent désormais avoir la satisfaction de le voir reproduit et analysé dans la plus jolie collection contemporaine.

Pour cela, ils n'ont qu'à envoyer le dit Ex-Libris à la Direction de la *Revue Internationale de l'Ex-Libris*, 10, Rue Fromentin, à Paris (9<sup>e</sup>) qui entre aujourd'hui dans sa 4<sup>e</sup> année d'existence et qui est connue et estimée dans tout l'univers. Il leur sera répondu aussitôt.

~~~~~

ECHOS ET NOUVELLES

Distinctions honorifiques

Par décret du Président de la République en date du 23 juin 1922, M. BARTHELEMY (P.M.P.J.), médecin général de la Marine, a été élevé à la dignité de Commandeur de la Légion d'honneur, pour compter du 3 mai 1922.

×

Par décret du Président de la République en date du 25 juillet 1922, M. BARTHELEMY (P.M.P.J.), médecin général de la Marine, est nommé Officier du Mérite Agricole.

Nous sommes sûrs d'interpréter les sentiments de tout le corps médical tunisien en adressant à notre éminent collaborateur nos plus sincères félicitations.

×

Nous avons appris avec plaisir que le Gouvernement français venait de remettre la Croix de Chevalier de la Légion d'honneur à notre ancien confrère de Tunis, le docteur JACCOY actuellement installé à Lausanne, en reconnaissance des services rendus pendant la guerre en qualité de chirurgien bénévole de l'Hôpital du Belvédère.

Nous adressons nos plus sincères félicitations à notre ancien collègue.

×

Nous prions aussi M. ROSSET, directeur général de l'Enseignement en Tunisie, Président d'honneur de la Société des Sciences Médicales de Tunis, d'agréer nos félicitations à l'occasion de sa récente nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur.

×

Nos compliments à nos confrères GIUSEPPE ERRERA, MORPURGO et SCIALOM, médecins de S.A. le Bey, auxquels le Souverain vient de conférer la cravate de Commandeur du Nichan.

Nécrologie

M. L. MACHUEL, ancien directeur général de l'Enseignement en Tunisie, vient de décéder après une longue et pénible maladie. La Société des Sciences Médicales de Tunis dont le défunt fut le premier président honoraire et un des fondateurs, avait trouvé dans ses débuts chez M. Machuel,

l'appui moral, matériel et officiel dont elle avait besoin. Une subvention lui fut accordée, un local mis à sa disposition, etc.

Nous saluons respectueusement la mémoire de cet homme de bien, travailleur infatigable auquel la Tunisie doit l'organisation de l'Enseignement public.

La Société des Sciences Médicales de Tunis adresse à la famille de M. Machuel, ses plus respectueuses condoléances.

Faculté de Médecine de Paris - Cours de perfectionnement

Les notions récentes médico-chirurgicales sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies du tube digestif. Tel sera le sujet de cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, qui commencera le lundi 11 Septembre 1922, à neuf heures, à la *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu* (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le Professeur agrégé MAURICE VILLARET, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. LARDENNOIS, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux; HERSCHER et CHABROL, médecins des hôpitaux; LIPPMAN, ancien chef de clinique; LEVEN, FRANÇOIS MOUTIER, anciens internes des hôpitaux; SAINT GIRON et DUFOURMENTEL, chefs de clinique; COURY, chef de clinique adjoint; PAUL DESCOMPS, HENRI BENARD, DUMONT et DEVAL, chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie; LAGARENNE et DUREY, chefs des laboratoires de radiologie et des agents physiques de la *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*.

Il aura lieu régulièrement, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30.

Le cours comprendra trente-et-une leçons et sera complet en deux semaines; il sera illustré de planches et projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur *l'examen clinique au lit du malade* et sur les procédés récents de *thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale*.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, aux manœuvres thérapeutiques, au maniement des appareils, aux recherches de laboratoires s'appliquant à la clinique courante, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude sera organisé les 22, 23 et 24 Septembre, à Vichy.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

SEPTEMBRE 1922

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Ectopie thoracique droite de l'estomac chez un enfant vivant âgé de onze ans

PAR LES DOCTEURS

JAUBERT DE BEAUJEU

Radiologiste des Hôpitaux

F. MASSELOT

Médecin de l'Hôpital Civil Français

R.-G. BRUN

Chirurgien de l'Hôpital Sadiki

Membre correspondant National de la Société de Chirurgie de Paris

Cette observation a été présentée à la Société de Chirurgie de Paris (1) où elle a fait l'objet d'un rapport du Professeur Pierre Duval. Elle a été publiée dans le *Journal de Radiologie* (2). Il semblerait superflu de la publier une troisième fois dans notre journal. Cependant certaines observations auxquelles elle a donné lieu au cours de la discussion à la Société de Chirurgie méritent d'être réfutées. Nous avons donc cru intéressant 1° de donner ici le résumé de l'observation clinique et radiologique de notre malade, 2° de reproduire in extenso le rapport du Professeur Duval et la discussion qui en est résultée, 3° d'essayer à notre tour de discuter les observations de M. Hallopeau et Tuffier.

Voici tout d'abord l'observation résumée : L'enfant P... âgé de 11 ans né à terme est fils de parents bien portants sans tare connue. Lui-même a été élevé au sein. Il a eu à l'âge de un an une diarrhée infantile. Dès le jeune âge facies thyroïdien, qui l'a fait soigner sans résultat, par l'opothérapie thyroïdienne. Il a un aspect vieillot, ses dents font penser à des

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris* tome XLVII page 1425, séance du 21 décembre 1921.

(2) *Journal de Radiologie et d'Electrothérapie*, tome VI n° 6 juin 1922.

malformations d'heredo-syphilis, *mais il n'a jamais présenté de troubles digestifs persistants*. En avril 1921 il fait une crise d'appendicite des plus nettes qui est soignée par un de nous. Dès la phase aigüe passée, nous avons été frappés par l'existence dans la fosse iliaque droite d'une tumeur arrondie mobile que nous pensions être un rein droit ptosé. Nous avons alors décidé de faire pratiquer un examen radiologique de cette région afin de chercher si cette ectopie rénale ne coïncidait pas avec des modifications de la statique intestinale.

Cet examen nous révéla *une curieuse anomalie de position de l'estomac* cliniquement insoupçonnée et insoupçnable.

L'examen radioscopique est pratiqué le 15 mars 1921.

L'observation de l'enfant pendant qu'il boit la potion opaque montre que l'œsophage s'écarte du médiastin un peu au-dessus de la base du cœur ; il s'incline à droite, vient longer la paroi droite de la cage thoracique et pénètre dans la poche à contenu hydro-aérique déjà signalée, qui se remplit peu à peu de bismuth (fig. 1). Une radiographie est prise pendant que le malade boit et fixe l'aspect observé. On a alors du côté droit, haut située, l'image d'un estomac d'enfant avec sa poche gazeuse. En poursuivant l'examen, l'idée qu'il s'agit d'un estomac en position anormale est confirmée par la présence de petites tâches de bismuth dans l'abdomen du côté gauche, tâches qui sont caractéristiques de l'image radiologique de l'intestin grêle.

Sur l'épreuve, ces tâches sont très visibles.

Un autre problème à résoudre est de savoir la situation exacte de cet estomac, s'il est entièrement ou partiellement au-dessus ou au-dessous du diaphragme droit. Les examens dans le décubitus latéral droit ou gauche ne permettent pas de conclure. On fait alors une épreuve en maintenant le malade verticalement, la tête en bas et les pieds en l'air.

La radiographie (fig. 2) montre nettement que tout l'estomac est au-dessus du diaphragme droit. Une petite tâche de bismuth, sur l'épreuve, permet de localiser le point où le pyloro-duodénum traverse le diaphragme et entre dans l'abdomen : ce point est situé au niveau de l'angle que fait le diaphragme gauche avec la colonne vertébrale.

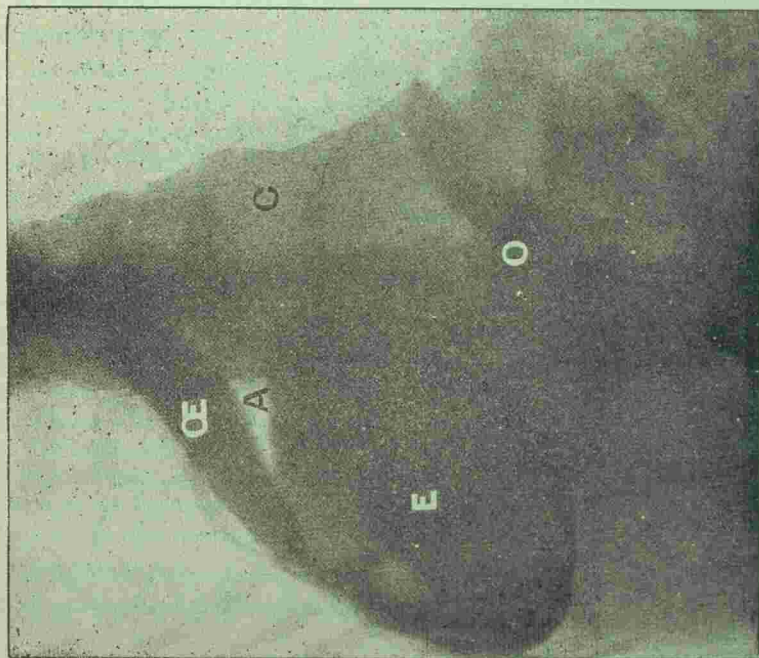


Fig. 4. — Examen antérieur. Station verticale. A, poche gazeuse de l'estomac; C, ombre cardiaque; E, estomac rempli de baryte; OE, œsophage plein de baryte; O, duodénum.

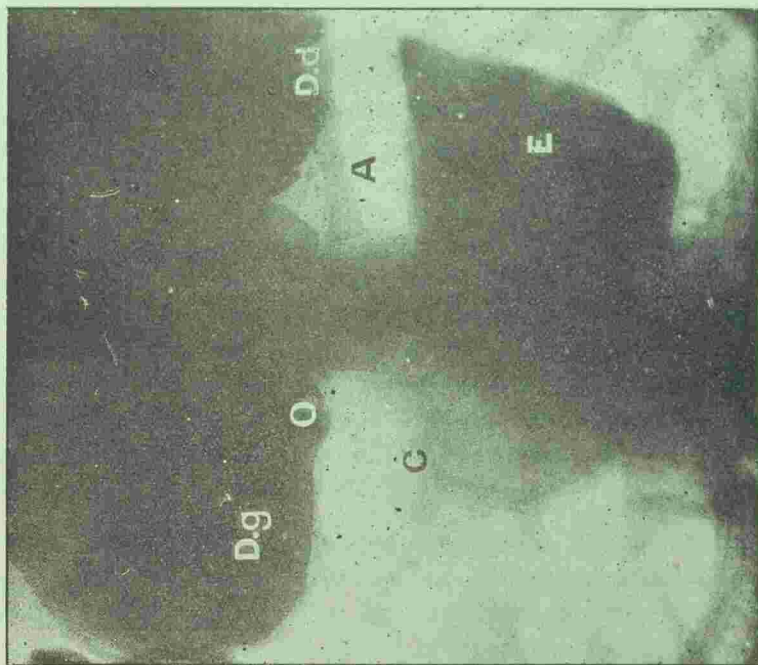


Fig. 2. — Examen du malade la tête en bas. A, gas de l'estomac au contact de D.d, diaphragme droit; C, ombre cardiaque; E, estomac plein de baryte; D-g, diaphragme gauche; O, duodénum. — L'estomac est nettement dans le thorax.

Sur la première radiographie une tâche bismuthée, semblable et au même endroit, confirme cette opinion.

En résumé : la radiographie montre qu'il s'agit d'un estomac en position anormale : il est situé à droite tout entier au-dessus du diaphragme.

La crise d'appendicite refroidie, le petit malade est opéré sous anesthésie générale à l'éther. On trouve un cœcum énorme, l'appendicite long de 17 centimètres, légèrement rouge, un rein droit en ectopie iliaque droite mobile. *Absence de colon ascendant*, le colon transverse au dessus du cœcum monte obliquement vers l'angle splénique. Le foie est en place, la vésicule biliaire repose sur la face antérieure du cœcum, mais dans le ventre *on ne voit ni grand épiploon ni estomac*.

×

Voici maintenant reproduites in extenso les conclusions du rapport du Professeur Duval et les discussions auxquelles elles ont donné lieu à la Société de Chirurgie de Paris :

Voici l'observation de MM. Brun, Jaubert de Beaujeu et Masselot. Elle ne laisse pas que de plonger votre rapporteur dans une singulière perplexité.

J'ai demandé à mon élève Jean Quénu s'il connaissait des cas semblables.

Il ne m'en a signalé que deux.

Premier cas (Kakeh, *Med. Record*, New-York, 1914, t. XCV, p. 655). Homme de cinquante-quatre ans, pas de traumatisme antérieur, crises douloureuses à l'épigastre depuis deux ans seulement, amaigrissement de 35 livres. Laparotomie ; réduction d'un estomac hernié, semble-t-il, dans le thorax gauche. Mort trente-six-heures après. Autopsie : hernie avec sac passant à travers la paroi postérieure du diaphragme gauche, derrière le péricarde, à travers le médiastin postérieur et venant se loger dans la plèvre droite.

Deuxième cas (Knaggs, *The Lancet*, 6 juillet 1901, p. 358). Femme de vingt-neuf ans : troubles dyspeptiques depuis dix-huit mois, douleurs, vomissements parfois sanguinolents, puis brusquement, douleur vive et intolérance gastrique absolue. Diagnostic : perforation d'un ulcère de l'estomac. Laparotomie, syncope pendant l'opération. Mort deux heures après. Autopsie : hernie diaphragmatique sortie par l'orifice œsophagien, ayant traversé le médiastin postérieur et passé dans la plèvre droite avec sac.

Notre jeune collègue Fatou, qui s'occupe des éviscérations diaphragmatiques, m'a rappelé l'observation publiée par Bensaude et Guénaux (Société de Radiologie, janvier 1921).

Femme de cinquante-six ans, soignée depuis de longues années pour une toux quinteuse. Un radiologiste porte le diagnostic de rétrécissement néoplasique de l'œsophage, mais Bensaude rectifie ce diagnostic erroné, car, à l'examen radioscopique, il reconnaît à droite de l'œsophage thoracique, dans le médiastin postérieur, un estomac dont le pylore est dans l'axe vertical de l'œsophage : l'estomac est tout entier au-dessus du diaphragme et situé dans l'espace rétrocardiaque.

Telles sont les trois seules observations qui ont pu être trouvées.

La situation thoracique médiane ou droite des viscères abdominaux herniés dans le thorax est exceptionnelle.

Aussi bien doit-on reconnaître trois variétés de hernies diaphragmatiques congénitales de l'estomac :

a) Les hernies congénitales proprement dites sans sac, parfois avec sac dans la plupart des cas ; ce sont les cas de Kahke et Knaggs à droite ;

b) Les éventrations du diaphragme (Cruveilhier),

c) Les ectopies thoraciques de l'estomac qui ne sont pas, en réalité, des hernies.

C'est dans cette dernière catégorie que se rangent le cas de Bensaude et celui de Brun ; ils semblent les plus rares. L'estomac s'est développé dans le médiastin postérieur et l'hémi-thorax droit, au lieu de se former dans l'abdomen.

Le septum transversum a cloisonné la cavité primitive à hauteur du pylore qui prend la place du cardia, et l'estomac s'est développé dans le thorax.

Mais pourquoi ! J'avoue personnellement ne pouvoir répondre à cette question.

Comment cet estomac a-t-il, en se développant dans le thorax, laissé dans l'abdomen, en place normale, les deux organes qui se forment dans le mésogastre, la rate et le foie ; comment se distribuent les vaisseaux gastriques ?

Notre Société possède heureusement parmi ses membres des anatomistes éminents ; qu'ils me permettent de soumettre ce cas extraordinaire à leur méditation, en leur demandant de bien vouloir nous donner leur avis.

Je vous propose de remercier MM. Brun, Jaubert de Beaujeu et Masselot de nous avoir communiqué ce cas — curieux entre tous.

M. P. HALLOPEAU. — Ce fait me paraît anatomiquement inexplicable, comme à Duval, s'il s'agit bien d'un estomac

contenu dans la plèvre droite. Il y a une hypothèse cependant vraisemblable, c'est qu'il ne s'agisse pas d'un estomac, mais d'un méga-œsophage.

PIERRE DESCOMPS. — 1. L'hypothèse la plus simple, la plus « économique » au point de vue des inconnues à engager est la suivante, et c'est donc celle qui me paraît la plus plausible :

a) Il n'y a pas eu accolement du mésogastre ; donc pas de poche mésogastrique, ou bien la poche mésogastrique est restée mobile, non accolée à la paroi peut-être, non accolée au mésocôlon transverse certainement.

Cette malformation congénitale probable était accompagnée d'une autre, celle-ci constatée : les côlons étaient restés au stade dît du côlon oblique, c'est-à-dire : absence du côlon ascendant et de l'angle droit, trajet direct du cæcum à l'angle gauche, trajet oblique en haut en arrière et à gauche. Ces anomalies d'accolement sont volontiers liées ; mais si cette dernière et fréquente, la première est exceptionnelle et il n'existe qu'un nombre infime de cas d'absence du fascia d'accolement mésogastrique.

b) Cette malformation préalable, anatomique, statique, a rendu possible l'ectopie gastrique, réalisée grâce à un mécanisme dynamique, physiologique secondaire : l'aspiration — la succion — dans le thorax, par la puissante aspiration thoracique à travers l'orifice diaphragmatique, de l'œsophage toujours mal fixé par le muscle de Rouget, peut-être en ce cas particulièrement mal fixé.

L'image radiologique obtenue peut être interprétée comme suit : en haut une petite poche qui représente la dilatation sus-diaphragmatique normale de l'œsophage, puis un défilé représentant la traversée diaphragmatique du diaphragme, au-dessous enfin, l'estomac.

II. Une hypothèse moins simple serait la suivante : elle comporterait une anomalie du diaphragme. Deux cas possibles :

1° Il y a anomalie du diaphragme ; non pas du septum transversum puisque le foie et la veine ombilicale sont dans l'abdomen avec la portion horizontale du diaphragme au-dessus du foie ; mais il y a anomalie des piliers et de la veine impaire médiane des corps Wolff : à la jonction des piliers et du septum existe un hiatus, une anomalie du diaphragme, par

où l'estomac est remonté dans le thorax, aspiré dans le médiastin comme dans le précédent mécanisme, toujours à la faveur de l'absence d'accolement du mésogastre à laquelle on ne peut pas échapper.

2° Une autre formule de cette seconde hypothèse consisterait à supposer, mais ceci serait encore plus complexe, que les piliers de Uskow ont présenté un abaissement anormal de leur soudure avec le septum transversum et que le cercle musculaire s'est établi sur le tube intestinal au-dessous de l'estomac au lieu de s'établir au dessus. L'absence d'accolement du mésogastre ne se poserait pas nécessairement dans cette hypothèse.

M. TUFFIER. — Si l'incision latérale n'avait exploré, suffisamment je l'espère, la région épigastrique, je dirais qu'il s'agit ici d'un méga-œsophage, dont l'ectasie simule la forme d'un estomac.

— Les conclusions du rapport de M. Duval, mises aux voix, sont adoptées.

×

Qu'il nous soit permis tout d'abord de remercier notre maître M. le Professeur Duval pour avoir bien voulu commenter d'une manière si obligeante notre observation et M. le Professeur agrégé Descomps pour les aperçus embryologiques et anatomiques qu'il nous a fournis, mais nous ne saurions accepter sans les réfuter les observations de MM. Hallopeau et Tuffier qui émettent l'hypothèse dans notre cas d'un megaoesophage.

Trois ordres de preuves plaident contre cette dernière hypothèse : preuves cliniques, radiologiques, opératoires. S'il s'agissait dans notre observation d'une dilatation de l'œsophage elle ne pourrait se ranger que dans un des deux groupes suivants : 1° Les dilatations diverticulaires, 2° Les dilatations circonférencielles. Dans la 1^{re} hypothèse, il s'agirait d'un diverticule de la partie inférieure de l'œsophage encore appelé diverticule profond de l'œsophage. D'après Sencert (1) les diverticules se présentent « sous la forme de poches appendues à la partie inférieure de l'œsophage thoracique et reposant sur

(1) GENCERT : *In Traité Médico-Chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage*. — Masson, 1913.

le diaphragme. Leur volume est variable. Ils sont d'une exceptionnelle rareté... leur pathogénie inconnue... Leur symptomatologie quoique moins nette est comparable à celle de diverticules de la partie supérieure. Au début sensation de pesanteur, tension intra thoracique au début des repas. Déjà à cette époque la déglutition peut devenir brusquement impossible etc... etc... Quand le sac a acquis un certain volume, des troubles plus importants apparaissent : signes de sténose œsophagienne : regurgitations, vomissements, dysphagie etc. etc. *or notre malade n'a jamais présenté de pareils symptômes.*

Dans la 2^e hypothèse il s'agirait d'une dilatation congénitale. Ces dernières sont aussi très rares. Elles ne sont d'après Sen-
cert « que l'exagération d'une disposition anatomique qu'on rencontre chez certains sujets, en dehors de toute manifestation pathologique. Arnold et, après lui Luschka, ont décrit sous le nom de pré-estomac et d'antrum du cardia, deux dilata-tions légères de l'extrémité inférieure de l'œsophage ayant pour siège, l'une la partie de ce conduit située immédiatement au-dessous. Il existerait normalement d'après Mehnert, une légère dilatation de la portion sus-diaphragmatique et séparée d'elle par un sillon diaphragmatique, une dilatation sous-diaphrag-matique.

Le développement métamérique de l'œsophage expliquerait fort bien d'après lui l'existence de ces dilatactions segmentaires. Que, par suite d'une disposition congénitale indéterminée, ces dilatactions segmentaires soient plus marquées ou aura à faire à une véritable malformation congénitale... Ces dispositions qui rappellent dans une certaine mesure l'estomac multilobé des ruminants, auraient été observées sur des cadavres de nouveau-nés et même sur des cadavres d'adultes sans avoir déterminé, pendant la vie, de symptômes morbides ».

Cette dernière hypothèse pouvait à la rigueur être appli-cable à notre cas, mais c'est alors que des preuves radiologi-ques et opératoires viennent d'une manière irréfutable démon-trer le contraire. Une dilatation œsophagienne n'implique pas une absence d'estomac, or, si nous admettons que la poche gastrique, decelée par la radiographie est constituée par l'œso-phage dilaté, où se trouve donc l'estomac ? Nous avons pra-tiqué devant M. le Docteur J. Ch. Roux dont la compétence

en matières d'affections gastriques est indiscutée, l'examen radioscopique. Il nous a été très facile de constater les phénomènes suivants : Le bismuth ingéré commence par dessiner une première poche fusiforme (O E) qui est la partie inférieure légèrement ectasiée de l'œsophage, puis il pénètre ensuite pour la remplir en partie, dans la poche E sous-jacente beaucoup plus volumineuse, ayant l'aspect, la forme, les dimensions d'un estomac normal mais inversé avec son bas fond rempli de bismuth et la cloche d'air au dessus. La poche se contracte alors à intervalles réguliers et expulse de petites boulettes de bismuth qui s'engagent en chapelet dans l'intestin grêle. Quelques minutes après, la plus grande partie du bismuth se trouve dans la partie inférieure de la cavité abdominale où elle dessine le contour de plusieurs anses grêles.

Les images radioscopiques ne nous laissèrent aucun doute la poche sus-diaphragmatique était bien l'estomac puisqu'elle se vidait ensuite immédiatement dans l'intestin grêle.

Enfin des preuves opératoires nous ont été fournies au cours de notre intervention chirurgicale pour enlever l'appendice malade, autant qu'il nous a été permis de faire par une incision large sans doute mais située dans la fosse iliaque droite.

Le cæcum oblique en haut et à gauche, l'absence de côlon ascendant et d'épiloën prouvent bien qu'il existait de nombreuses anomalies congénitales de toute la portion sous-diaphragmatique de l'anse intestinale primitive.

Enfin, nous avons essayé d'explorer au cours de notre intervention la partie supérieure de l'abdomen sans qu'il nous ait été permis de sentir l'estomac.

Toutes ces preuves nous paraissent péremptoires, croyons-nous, pour justifier le titre que nous avons donné à notre observation.



LA RADIOTHÉRAPIE TRÈS PROFONDE ^(a)

par A. JAUBERT DE BEAUJEU

La question de la radiothérapie profonde intéresse actuellement le corps médical tout entier et non seulement les journaux techniques de radiologie mais aussi les journaux médicaux non spécialisés s'en occupent et attirent l'attention sur ce nouveau développement de la radiothérapie. On peut citer les articles de Vaquez et Shrumpf-Pierron (1); Lebon (2); Proust et Mallet (3); Letulle (4); Quivy (5); etc., et les numéros spécialisés du *Journal Médical Français* et du *Paris Médical*.

Avant d'aborder la question, il convient de définir d'une façon aussi exacte que possible ce que l'on entend par radiothérapie profonde.

Comme son nom semblerait l'indiquer, elle constituerait un des modes de traitement des lésions profondément situées sous la peau, c'est ce qui a lieu en général, mais on emploie aussi le même rayonnement pour des lésions superficielles un peu profondes.

Dès lors une autre appellation serait peut-être plus précise, plus générale, mais nous devons nous conformer à l'usage établi : les Allemands disent «Tiefentherapie»; les Anglais «Deep therapy»; les Italiens «Roentgentherapie profunda» — et garder le terme de radiothérapie profonde.

On peut en donner plusieurs définitions claires et au fond équivalentes.

1) La radiothérapie profonde est celle pratiquée avec un rayonnement de longueur d'onde inférieur à 0,2 unités angstrom suffisamment intense pour ne pas prolonger, outre mesure, les séances d'irradiation.

Il résulte de là, que la radiothérapie profonde s'appellerait plus exactement radiothérapie avec rayonnement de très courte longueur d'onde ou par abréviation radiothérapie à très courte longueur d'onde.

Cette définition ne préjuge ni du mode de production des rayons qui peut être quelconque, ni de la situation de la lésion à traiter qui peut être profonde ou superficielle.

a) Communication à la Société des Sciences Médicales de Tunis, Juin 1922.

(1) Principes de radiothérapie profonde, *Presse Médicale* p. 601 1921.

(2) La Radiothérapie pénétrante et profonde, *Presse Médicale*, Janvier 1922 et *Progrès Médical*, Mars 1922.

(3) *Presse Médicale*, 1 Février 1922.

(4) Letulle, (Action du radium sur l'utérus cancéreux, *Presse Médicale* Février 1922).

(5) La radiothérapie pénétrante à grande puissance (Concours Médical, Avril 1922.

2) Une autre définition plus médicale est la suivante :

La radiothérapie profonde est celle qui permet de donner à une néoformation profondément ou superficiellement située la dose de rayons X nécessaires à sa destruction, sans léser gravement les tissus adjacents et dans un temps relativement restreint.

Ces conditions sont réalisées lorsque l'on utilise des rayons X provenant d'une ampoule aux bornes de laquelle on établit une différence de potentiel minima de 200.000 volts et que les rayons obtenus passent à travers un filtre d'épaisseur minima 15 millim. s'il est d'aluminium; 0,5 millimètres s'il est de zinc; 0,8 millimètres s'il est de cuivre; dans ces conditions on a des rayons de longueur d'onde moyenne égale à 0,2.

Historique.— C'est Perthès qui, le premier en 1903, a démontré l'utilité de la filtration des rayons X pour le traitement des lésions profondes. On utilisa d'abord une filtration timide d'un $\frac{1}{2}$ millimètre, un millimètre, puis deux millimètres d'aluminium; la filtration sur 3, 4, 5 millimètres vint plus tard.

En France, en 1913, Nogier et Regaud (1) avaient étudiés dans un travail très complet les effets sur la peau par les hautes doses de rayons X sélectionnés par filtration à travers 3 et 4 millimètres d'aluminium.

Ces auteurs ont décrit une nouvelle réaction de la peau due aux rayons filtrés, la radio-épidermite et ont fixé de nombreux points de la technique de cette nouvelle radiothérapie.

L'unité utilisée pour mesurer les longueurs d'onde s'appelle angstrœm. Un angstrœm vaut un cent millionième de centimètre.

$$\text{un } 1 \text{ ang} = \frac{1}{100\,000\,000} = 10^{-8} \text{ cm}$$

Le spectre visible s'étend de 7.200 à 4.000 angst.

Le spectre ultra-violet s'étend de 4.000 à 200 angst.

Le spectre des rayons X s'étend de 500 à 0,072.

Le spectre des rayons gamma du radium s'étend de 1,4 à 0,01 (2)

En radiothérapie profonde on utilise des rayons X situés entre 0,2 et 0,095 angstrœm (3).

Coolidge et Kearsley (4) ont obtenu avec 298.000 volts des rayons X de longueur d'onde 0,072 : enfin Coolidge aurait réalisé un transformateur donnant un million de volts, qui donnerait des rayons X de longueur d'onde aussi faible que celle des rayons G. du radium, si l'on arrive à construire des tubes convenables.

(1) Nogier et Regaud, Archives d'Électricité Médicale 1913.

(2) C. Kaye — Radiology and Physics Archives of Radiology and Electrotherapy, avril 1922.

(3) Duane — Röntgen Rays of Short Wave-Lengths and their measurements, American Journal of Röntgenology, mars 1922.

(4) Coolidge et Kearsley High voltage X Rays Work, American Journal of Röntgenology, Février 1922.

Au Congrès de Lyon (1914), Nogier pouvait communiquer des résultats très remarquables obtenus par cette méthode (1).

En 1914, en France et à l'Etranger, la filtration ne dépassait pas 0,5 millimètres d'aluminium et la tension appliquée aux bornes de l'ampoule n'atteignait pas 125.000 volts.

La guerre vint, la question de la radiothérapie fut négligée dans tous les pays sauf en Allemagne, et après l'armistice, en lisant soit les journaux étrangers, soit les articles d'Iser Solomon (2) et les belles revues critiques de Bécclère (3) dans le Journal de Radiologie, le monde radiologique ne fut pas peu surpris d'apprendre que les Allemands avaient créé toute une technique nouvelle de radiothérapie basée sur l'emploi de très hautes tensions : 200.000 volts en moyenne.

Sans vouloir faire une bibliographie complète, il est juste de citer les noms des promoteurs de la méthode. Ce sont les docteurs Seitz et Wintz l'un professeur directeur, l'autre médecin-chef de la Clinique Gynécologique de l'Université d'Erlangen.

Le docteur Krönig, professeur de clinique gynécologique à l'Université de Fribourg-en-Brigau, mort en '917; et les docteurs Friedrich et Opitz, de l'Université de Fribourg; le prof. Dessauer, directeur de l'Institut, pour les bases physiques de la médecine à Francfort; enfin les professeurs Warnekros, Baum, Chaoul, etc.

Avec l'ancien appareillage donnant 100 à 125.000 volts et une filtration de 5 à 10 millimètres d'aluminium, on a pu obtenir la guérison ou l'amélioration de lésions peu profondes avec un temps d'irradiation considérable, mais on s'est aperçu que la méthode est inapplicable pour des lésions situées entre 5 et 10 cm. de profondeur, car en raison de la non homogénéité du faisceau; l'écart entre la dose superficielle et la dose profonde est trop grand et la peau reçoit une dose trop forte alors que la lésion n'a pas reçu la dose thérapeutique minima même en employant plusieurs portes d'entrée.

(1) Nogier, Modifications rapides des tissus néoplasiques sous l'influence des rayons de haute pénétration (Congrès International de Radiologie et d'Electrologie Médicale, Lyon 1914 et Archives d'Electricité Médicale 1917.

(2) Iser Solomon, La radiothérapie gynécologique en Allemagne, *Journal de Radiologie* 1920.

(3) Bécclère, La Radiothérapie des sarcomes de l'utérus à la clinique gynécologique d'Erlangen, *Journal de Radiologie* 1920.

La radiothérapie du cancer de l'utérus à la clinique gynécologique d'Erlangen, *Journal de Radiologie*, 1921.

La stérilisation ovarienne en une seule séance à l'aide des rayons de Röntgen dans les cliniques gynécologiques des Universités allemandes, *Journal de Radiologie* 1921.

Par des expériences très précises et en tenant compte des progrès réalisés dans la physique des rayons X, les auteurs allemands ont trouvé que pour diminuer l'écart entre la dose profonde et la dose superficielle, il fallait employer un rayonnement sensiblement homogène, de très courte longueur d'onde et de coefficient d'absorption pratiquement constant; pour obtenir un tel rayonnement il faut établir une différence de potentiel de 200.000 volts aux bornes de l'ampoule et filtrer les rayons avec une épaisseur métallique suffisante pour éliminer les rayons de longueur d'onde trop grande.

Toute la méthode repose sur la détermination de la dose de rayons X de très courte longueur d'onde que peut supporter la peau sans formation de vésicule ou d'ulcère. Les Allemands l'appellent Hauterythemdosis ou dose d'érythème cutané.

C'est l'unité fondamentale et toutes les autres doses sont cotées en fonction de cette dose cutanée.

Voici la définition des principales doses telles qu'elles ont été déterminées par les longues et minutieuses recherches des Allemands.

— La dose d'érythème cutané est la quantité de rayons X reçue par la peau qui provoque après huit jours un léger érythème disparaissant après une semaine en laissant de la pigmentation après six semaines.

Cette dose est cotée entre 100.

— La dose de castration ou dose ovarienne est la dose nécessaire pour tuer en une seule séance ou en des séances très rapprochées, toutes les cellules saines de l'ovaire.

C'est cette dose que l'on applique dans le traitement des fibromes, elle vaut 34 p. 100 de la dose cutanée.

— La dose de sarcome est la dose nécessaire pour tuer en une seule séance ou en des séances très rapprochées toutes les cellules néoplasiques d'un sarcome; elle vaut 90 à 110 p. 100 de la dose cutanée.

— La dose de carcinome se définit de la même manière; elle vaut 90 à 95 p. 100 de la dose cutanée.

— La dose d'excitation du cancer qui est de 60 p. 100 de la dose cutanée.

— Enfin la dose nocive qu'il ne faut jamais dépasser, est de 120 p. 100 de la dose cutanée.

Il faut bien remarquer que si la dose d'érythème est atteinte à la surface de la peau, à 5 cm. de profondeur on n'aura que 40 à 50 p. 100 environ de la dose érythème; à 10 cm. on n'aura que 25 à 35 p. 100 de la

dose érythème, suivant les constantes de l'installation (ampoules, voltage, filtre, distances), et il est évident que pour une tumeur située entre 5 et 10 cm., la dose reçue sera inférieure à la dose thérapeutique; il faut alors recourir à des artifices pour que la dose profonde soit 90 à 100 % de la dose cutanée.

On peut d'abord multiplier les portes d'entrée. Par exemple, on peut donner par une porte d'entrée 30 p. 100 de la dose cutanée, puis par une autre symétrique 30 p. 100, ce qui fait :

60 pour 100

En choisissant deux autres portes qui donneront

chacune 20 p. 100, soit :

40 pour 100

On arrive à un total de :

100 pour 100

Le pourcentage de dose profonde s'améliore par divers moyens :

D'abord en augmentant la distance de l'ampoule à la peau, mais cela entraîne un temps d'irradiation beaucoup plus long;

En augmentant la largeur du faisceau;

En recouvrant la peau d'une couche de paraffine de quelques centimètres d'épaisseur ou d'une couche de ouate hydrophile imbibée d'eau comme l'ont préconisé récemment Gunsett et Sickel (1).

Le radio-collecteur de Chaoul remplit aussi ce but. A l'aide de ces procédés la dose du cancer peut être facilement atteinte en profondeur.

La précision presque mathématique de ces doses n'a pas été sans soulever quelques critiques.

Le sens véritable qu'il faut donner à ces mots : dose du cancer, du sarcome, etc., est bien défini par Perthès dans son rapport sur la radiothérapie des tumeurs malignes (2).

« Parler d'une dose de cancer, comme l'a expliqué Jungling, ne peut avoir qu'un sens, c'est qu'il existe une dose de cancer minima qu'il faut nécessairement atteindre si l'on veut avoir quelque chance, d'obtenir par l'irradiation la régression d'un cancer.

Dans ce sens restreint la dose de cancer telle qu'on l'a fixée, a fait son œuvre et c'est une bonne œuvre. Mais il n'existe malheureusement pas de dose de cancer à l'entendre en ce sens qu'une telle dose provoque sûrement la régression d'un cancer; il n'en excite pas, même si on a soin d'exclure du débat les malades cachectiques.

Ces différences de radio-sensibilité entre les sarcomes sont encore plus

(1) Gunsett et Sickel. Un point spécial de la technique de Radiothérapie profonde. (*Bulletin de la Société Française d'Electrothérapie*, Avril 1922.

(2) Perthès. Rapport au Congrès de la Société allemande de Chirurgie. Traduction de Beclère dans le *Journal de Radiologie*, 1922.

grandes. Les lymphosarcomes répondent pour ainsi dire toujours à une fraction de H. E. D. (Hauterheitdosis) tandis que pour les sarcomes du maxillaire supérieur par exemple et le plus souvent pour les mélanosarcomes, un multiple élevé de H.E.D. ne parvient pas à les influencer d'une manière décisive. La détermination d'une dose unique de sarcome est impossible. Plus encore que pour les cancers, la roëntgenthérapie des sarcomes demeure dans chaque cas particulier une tentative dont le succès ne peut être prédit qu'avec plus ou moins de vraisemblance.

La réaction différente des tumeurs malignes vis-à-vis des rayons de Roëntgen et du radium ne trouve pas toujours dans la diversité de leurs formes histologiques une explication suffisante. Il nous arrive plutôt de trouver que des tumeurs histologiquement de même espèce se comportent très différemment vis-à-vis l'irradiation. »

Perussia (1) n'admet pas l'existence d'une dose carcinome : ce qui est valable pour le cancer n'est pas valable pour le carcinome de la langue, dit-il, et la radio-sensibilité des cellules carcinomateuses peut varier dans de très grandes proportions.

Quoiqu'il en soit l'établissement de ces doses, résultat d'un travail long et précis, n'en est pas moins un progrès et ces données servent de base à toute la technique radio-thérapique moderne.

D'après A. Bachem (2), la technique à employer pour traitement d'un cancer est déterminée quand on a résolu deux problèmes, l'un médical, l'autre physique.

« Le devoir du médecin consiste à examiner le patient et à poser le diagnostic. Il s'agit d'abord de la situation et de l'étendue des tissus malades ou présumés cancéreux, ensuite de la nature de l'affection. Les différents tissus pathologiques comme les différents tissus normaux n'ont pas la même sensibilité aux rayons X... »

Le danger des doses trop faibles est grand, car elles sont excitantes et « un tel danger existe lorsque une tumeur n'est pas irradiée dans toute son étendue ou si des parties aberrantes des métastases ont reçu des doses faibles de rayons.

C'est pourquoi d'après l'opinion de gens du métier, il est important de connaître toute l'étendue du cancer y compris ses métastases : c'est pour

(1) Perussia Esiste una dose carcinome in radioterapia. — *Radiologia Medica* vol. IX, fas. 1.

(2) Albert Bachem, die physikalischen Grundlagen der Uterusbestrahlung und die Combinierte Roëntgen, *Radiumbestrahlung Strahlentherapie* novembre 1921.

le médecin un problème très difficile et souvent impossible à résoudre dans beaucoup de cas. »

Ces questions résolues, il appartient au physicien d'élaborer les méthodes qui permettront d'obtenir l'effet désiré.

Alors Bachem donne plusieurs exemples de direction de traitement soit avec les rayons X seuls, soit avec les rayons X et le radium combinés. Ces méthodes sont celles de Warnekros et Dessauer.

On peut aussi employer la méthode de Seitz et Wintz qui est d'une application plus délicate et exige plus de précision.

En résumé, c'est au physicien d'employer la méthode qui convient le mieux à chaque cas particulier en ne perdant pas de vue deux choses importantes :

1° Donner la dose suffisante;

2° Réduire autant que possible le temps d'irradiation.

C'est ainsi que Rocchi (1) a pu réaliser un temps minimum pour un carcinome du sein en combinant la méthode de Warnekros et Dessauer et celle de Seitz et Wintz.

Du reste les méthodes s'uniformisent et la tendance actuelle est d'employer le traitement mixte : radium et rayons, toutes les fois qu'on le peut et à augmenter la distance locale et la largeur du faisceau.

Mais ces méthodes se modifient sans cesse à mesure que l'expérimentation et de la radio-physiologie progressent.

Le professeur Regaud, de l'Institut du radium de Paris, vient de démontrer que « la distribution chronologique de l'irradiation ne doit pas être laissée au hasard.

« La radio-physiologie et l'observation de malades traités indiquent certaines limites supérieure et inférieure.

Limite inférieure : la réduction au temps le plus bref de la durée du traitement telle qu'elle est préconisée actuellement n'est justifiée ni par les expériences relatives à la radio-stérilisation du testicule, ni par les résultats thérapeutiques obtenus à l'Institut du radium de Paris. Il paraît préférable de ne pas descendre au-dessous d'une durée de six jours.

Limite supérieure : Elle est bornée à environ quinze jours : par la fin de la période de régression tumorale, par l'apparition de phénomènes réactionnels, par la règle de ne pas faire empiéter l'irradiation sur la période de réparation (2).

(1) Rocchi. — Rontgentherapia, campi di grande distanza e campi di piccola distanza, *Radiologia Medica* Décembre 1922.

(2) C. Regaud. — Société de Biologie 20 mai 1922, analysé in *Gazette des Hôpitaux* 27 mai 1922.

Pour réaliser toutes ces techniques il faut un appareillage spécial. L'organe principal est le transformateur donnant 200.000 volts et même plus: des transformateurs de ce genre avaient été réalisés depuis longtemps et l'on construisait bien avant la guerre, des bobines d'induction donnant plus de 50 cm. d'étincelle.

Actuellement les Allemands utilisent deux transformateurs symétriques donnant chacun 100.000 volts; en France, Gaiffe a réalisé un inducteur qui donne facilement 45 cm. d'étincelle. Les ampoules ont été modifiées pour supporter cette tension élevée. Les nouvelles ampoules ont un col très long, le reste est sensiblement pareil aux types existants; on en fait de deux sortes : ampoules à gaz et ampoules à cathode incandescente (Coorlidge).

Les supports d'ampoule ont dû être transformés aussi : les ampoules doivent être éloignées de toute pièce métallique et les bras qui supportent la calotte protectrice sont en bois ou en matière isolante. Certains constructeurs ont fabriqué des porte-ampoules entièrement en bois.

D'autres, comme les Etablissements Gaiffe, ont plongé l'ampoule dans une cuve à huile qui assure un isolement électrique parfait. Cette cuve doublée de plomb arrête tout le rayonnement qui n'est pas dirigé sur le malade et protège très efficacement l'opérateur : c'est une solution très élégante du problème.

Les anciennes méthodes de mesure ne conviennent pas pour ce rayonnement à courte longueur d'onde, les pastilles de Sabouraud et Noiré si utiles pour les rayonnements de surface, se sont montrés insuffisantes; on a dû recourir à l'électromètre à feuille d'or, instrument très sensible qui permet un dosage précis en profondeur.

Le meilleur appareil actuellement sur le marché est l'ionomètre de M. Solomon, construit à Paris; la simplicité de sa conception permet de résoudre facilement tous les problèmes de radiothérapie profonde.

Pour ce qui est des indications de la radiothérapie profonde et des résultats à en obtenir, nous n'envisagerons que la thérapeutique du cancer et nous ne pouvons mieux faire qu'analyser et donner des extraits du rapport du chirurgien allemand Perthès, rapport qui serait à citer tout entier et qu'on trouvera traduit par Bécélère dans le *Journal de Radiologie* (1).

Ce rapport étudie trois questions :

(1) Radiothérapie des tumeurs malignes par Perthès, traduction Bécélère, *Journal de Radiologie*, mars 1922.

1° Quels sont parmi les cancers opérables ceux que l'on doit traiter par la radiothérapie ?

Quelle est l'action sur les cancers inopérables, sur les récidives et sur le sarcome ?

2° Existe-t-il une dose du cancer ?

3° Sur quel point les rayons de Roentgen exercent-ils leur emprise ? Comment doit-on se représenter le mécanisme de leur action et à quelles déductions pratiques cette vue conduit-elle ?

La première question seule nous intéresse ici, il a été déjà parlé de la deuxième question; quant à la troisième, elle nous entraînerait trop loin et sortirait des cadres de ce mémoire.

Voici l'opinion de Perthès relative aux différents cancers :

« Pour le traitement du cancer des lèvres comme pour celui du cancer de la peau, je considère comme légitime la préférence donnée à la radiothérapie et il me paraît que certaines conditions telles qu'un âge avancé ou le souci de l'esthétique font de cette préférence une indication formelle, à la condition que le malade soit ensuite soumis à une attentive surveillance... »

« Dans le cancer de la muqueuse buccale, spécialement dans le cancer de la langue, les conditions sont notablement plus défavorables que pour le cancer de la peau et les muqueuses, au point de vue opératoire comme au point de vue radiothérapique.

Toutefois, nous avons de bonnes raisons pour admettre que le traitement local par le radium combiné avec la roentgenthérapie profonde permet les meilleurs résultats. »

Perthès cite plusieurs cas de guérisons par ces méthodes et depuis, d'autres cas ont été publiés en France.

« Pour le cancer du larynx et celui du pharynx... sous l'action combinée du radium et des rayons de Roentgen en « feux croisés », le cancer du pharynx entra le plus souvent en régression. Cependant en règle générale, des métastases à distance et plus rarement une récidive locale, vinrent ruiner les succès acquis. Les résultats furent plus favorables pour le cancer histologiquement reconnu de la portion du larynx situé au-dessus des cordes vocales. Le cancer de l'œsophage est traité au mieux par l'emploi combiné du radium et de rayons de Roentgen. »

« Pour l'estomac et l'intestin il n'existe pas jusqu'à présent d'observations qui nous obligent à abandonner l'intervention opératoire. Aujourd'hui, comme autrefois, les cas opérables doivent, aussitôt qu'il est possible, être opérés.

Si nos indications thérapeutiques doivent quelque jour être modifiées, ce sera tout d'abord pour le rectum, car Chaoul, à la clinique de Sauerbruch, a obtenu sans radium et seulement avec des rayons de Röntgen, grâce à une technique spéciale, de remarquables améliorations. Dans ce cas aussi, nos préférences ont été au traitement combiné. »

Perthès a traité cinq cas par cette méthode; trois sont morts; les deux autres sont en bonne santé après trente-quatre mois.

Pour les cancers opérables du sein comme pour ceux de l'utérus, Perthès reste fidèle à l'opération qu'il fait suivre d'irradiations prophylactiques qui ont réduit le nombre des récidives dans la proportion de 1 à 3 d'après Warnekros, et Perthès conclut :

« Ainsi en dehors du cancer de l'œsophage, théoriquement accessible au bistouri, mais pratiquement inopérable, nous dirigerons seulement vers la radiothérapie, les cancers de la peau et les cancers des lèvres, dans certaines conditions et non sans réserve les cancers de la langue; enfin les cancers du larynx qui siègent au-dessus des cordes vocales et peut-être aussi, mais avec précaution des cancers du rectum.

Nous n'en aurons que plus de satisfaction à reconnaître sans réserve tout ce que la roentgenthérapie a donné dans les cas de cancers inopérables. »

En règle générale la guérison des cancers inopérables ne peut pas être obtenue par la radiothérapie; on observe des améliorations remarquables — des tumeurs inopérables ont pu être transformées en tumeurs opérables.

« Les récidives opératoires peuvent souvent, grâce à l'irradiation, disparaître pour longtemps, et parfois être définitivement supprimées. »

Les sarcomes inopérables et ceux entraînant une mutilation trop grande doivent être irradiés. Les tumeurs du cerveau ont fourni de très beaux succès à l'irradiation. »

Telles sont, très succinctement résumées les données actuelles de la radiothérapie à courte longueur d'onde, pour être complet il faut dire quelques mots des inconvénients de la méthode, le danger des brûlures, nécroses partielles peut survenir et nécessite un dosage très exact, mais il existe en outre un état spécial qui s'observe chez les malades soumis aux irradiations profondes : les Allemands appellent ce syndrome Röntgenkater; en France, Bécélère lui a donné le nom de mal des irradiations profondes — les symptômes observés sont les suivants : sensation de fatigue, de lassitude, diminution de l'appétit, nausées, vomissements, selles fréquentes avec épreintes et ténésmes.

Quelquefois ces troubles peuvent être plus graves et aboutir à une sorte d'état misérable appelée Röntgencachexie.

Quelques auteurs ont accusé l'ozone d'être la cause de ces symptômes, mais il semble bien établi, d'après les recherches récentes de Bénard et Joltrain (1), que ces symptômes correspondent à des chocs caractérisés par leurs quatre caractères essentiels : leucopénie, hypotension artérielle, hypercoagulabilité, chute de l'indice réfractométrique.

Ces auteurs ont montré que certains de ces signes, loin de s'atténuer rapidement comme il est d'usage dans les autres chocs colloïdoclasiques peuvent persister pendant fort longtemps.

La tension artérielle notamment chez les hypertendus peut rester basse pendant plusieurs mois. Les auteurs pensent déduire de ces constatations des applications thérapeutiques intéressantes. Heureusement les complications graves s'observent rarement et tout rentre assez rapidement dans l'ordre. Malgré ces inconvénients, les nouvelles méthodes de radiothérapie à très courte longueur d'onde constituent un énorme progrès au triple point de vue électrotechnique, radio-biologique, radiothérapique. Electrotechnique par la réalisation de tous les nouveaux appareils transformateurs, ampoules, ionomètres, collecteurs. Radiobiologique, par l'étude des réactions des différents tissus, par la détermination de la dose cutanée; radiothérapique par l'amélioration des statistiques de guérison ou d'arrêt momentané du cancer.

Ces méthodes plus que toutes les autres exigent la collaboration intime du médecin, du chirurgien et du radiologiste pour perfectionner la technique, résoudre les inconnues encore nombreuses du problème, à l'aide des progrès continus de la chirurgie et de la radiobiologie.

(1) Benard et Joltrain. — Crises hémoclasiques provoquées par les applications thérapeutiques de rayons X et de radium, Société de Biologie 8 avril 1922 analysé in *Gazette des Hôpitaux*, 13 mai 1922.

Délire familial d'interprétation anxieuse

par le Dr LEMANSKI

Un matin, se présenta dans mon cabinet, en forçant presque ma porte, pour un cas "*très urgent*", M. X.... homme d'une cinquantaine d'années, qui, très ému, le visage exprimant une très vive inquiétude, me demanda de recevoir son fils "*dont l'état est presque désespéré*". Ce jeune homme, aux dires de son père, va certainement devenir « fou ou tuberculeux ». Déjà, sa sœur est morte d'une affection pulmonaire.

Je laisse cet homme me raconter toute sa peine longuement, minutieusement, avec des sanglots, des effondrements de désespoir véritable.

Je résume l'histoire du malade. Garçon délicat, sans résistance physique, affaibli, sans aucun appétit, se traînant lamentablement. *Presque chaque nuit il a des pertes séminales*. C'est là le fait matériel le plus saillant pour le père, la mère et le fils. Tous les trois sont, disent-ils, *navrés et affolés*, parce que jusqu'ici rien n'a pu supprimer ces pollutions nocturnes, et ils comprennent bien que leur malheureux fils va, de ce fait, *s'acheminer lentement vers le tombeau*, comme sa sœur infortunée.

Je demande au père d'amener son fils à ma consultation, vers 2 heures : on insiste pour que je le reçoive de suite. J'accepte.

Je me trouve, quelques instants après, devant un garçon de vingt-cinq ans, d'aspect plutôt minable, tel qu'on me l'avait décrit, d'un psychisme débile, sans réaction vive, apathique, qui avoue avoir eu, de 14 à 20 ans, des habitudes quotidiennes d'onanisme. Il affirme s'être corrigé définitivement, depuis quatre ou cinq ans. Il n'a jamais eu de rapports avec une femme, par sentiment religieux, et par crainte des affections vénériennes. Il sent que sa *vie s'en va*, avec ces pertes nocturnes. Il a essayé de tout pour les arrêter. On lui a même dit que *c'était une surabondance de sève* : il se priva de manger pour diminuer ce trop plein de vitalité, mais sans aucun succès. Il affirme que chaque nuit ces pollutions sont consécutives à un rêve voluptueux.

Le père pleure durant le récit de son fils, qu'il abrège. Il ajoute : chaque matin, ma femme et moi nous constatons les traces d'une nouvelle perte. Mon fils nous avoue que c'est surtout au lever du jour que l'accident se produit. Sur les conseils d'amis et de médecins nous nous appliquons à nous lever dès quatre heures du matin. Nous courons au lit de notre enfant pour le réveiller. C'est presque toujours trop tard : l'accident redouté s'est déjà produit !

Il n'est pas utile d'insister sur l'état moral des trois acteurs de cet événement familial, dramatisé à l'excès par leurs déductions erronées. Sur le fait matériel *pollutions nocturnes* s'est développé le *délire collectif d'interprétation anxieuse*, qui bouleverse l'existence de ces malheureux et les torture sans répit.

S'agit-il réellement, objectera-t-on, de pollutions nocturnes ou d'onanisme ? Peu importe. Ce garçon est-il chaste, continent, comme il le dit ? Peu importe.

Nous retiendrons le seul point dominant : pertes séminales, chaque nuit, laissant des traces évidentes, minutieusement relevées chaque matin. Le sujet comme les parents sont obsédés, uniquement et douloureusement, par une association d'idées anxieuses, reposant sur le renouvellement quotidien de cet accident, pour eux redoutable, que rien ne modifie : ils tirent les déductions les plus néfastes de l'importance de ce trouble génital.

Des médecins consultés ont formulé de nombreux traitements médicamenteux, qui n'ont donné aucun résultat immédiat ; d'où nouveau désespoir des parents qui considèrent leur fils comme atteint d'une affection incurable, et continuent à se lamenter en commun.

Je m'efforce, le diagnostic posé de délire familial d'interprétation anxieuse, d'instituer, tout d'abord, la thérapeutique neuro-psychique qui convient.

— « Votre fils, dis-je au père, est chaste et continent, je l'accepte. Il ne m'appartient pas d'aller à l'encontre de ses idées religieuses, ou de ses appréhensions de contaminations vénériennes, et de lui conseiller de s'adresser à des prostituées. Mais, convenez-en, ce garçon de 25 ans souffre du manque d'accomplissement d'une fonction physiologique. Ses

pertes séminales sont tout ce qu'il y a de plus naturel chez un homme absolument continent. *Cela a peu d'importance et ne doit vous donner aucun sujet d'inquiétude.* Si votre enfant était marié cela cesserait tout naturellement. Songez à l'établir.

En attendant, que votre fils reprenne ses occupations dans l'administration, que vous lui avez fait interrompre dans le but de ménager ses forces, le croyant trop déprimé pour continuer à travailler. Il est nécessaire qu'il emploie son temps autrement qu'à méditer sur ses aventures nocturnes. Qu'il travaille, puis aussi qu'il se distraie, qu'il mange, qu'il fasse des sports, progressivement entraîné à un exercice très modéré d'abord.

Désormais, votre femme et vous, ne vous occupez plus de ces pertes : ne cherchez plus à les constater chaque matin, elles sont inévitables pour un jeune homme, dans l'état où il se trouve ; elles s'atténueront, d'ailleurs, avec un traitement approprié, avec une hygiène neuro-psychique convenable. Ce qui serait extraordinaire, c'est qu'elles ne se fussent pas produites jusqu'à présent.


Le traitement médicamenteux ne pourra qu'agir indirectement, en diminuant, sans la supprimer complètement, l'excitation cérébrale subconsciente ».

Le père et le fils parurent allégés de leur anxiété, au cours d'une conversation qui se prolongea, et dont je ne trace ici que les lignes principales. Ils me dirent qu'ils m'avaient parfaitement compris et que leurs inquiétudes étaient grandement diminuées.

Pour conclure, je ferai remarquer, avec DEVAUX et LOGRE (*Les Anxieux*. — Paris, 1917), que les individus de *constitution émotive* (Prof. E. DUPRÉ) sont, on le sait, très nombreux, et non moins nombreux ceux qui, avec cette prédisposition neuro-psychique morbide, font du délire, ou du subdélire, d'interprétation et de préoccupation anxieuses. Le cas familial, que je viens de relater, me paraît bien net et caractéristique. Nul doute, qu'en cette occurrence, la psychothérapie énergique et poursuivie correctement, un temps suffisant, avec autorité, ne donne les meilleurs résultats. Il faut souvent y ajouter, pour

se conformer aux idées récentes très justifiées, une thérapeutique pluriglandulaire bien adaptée.

L'intérêt de cette note ne réside pas dans ce fait extrêmement banal de pertes séminales, chez un garçon de 25 ans, onaniste ou continent, mais dans cette particularité que cet accident, des plus vulgaires, a déterminé un trouble neuropsychique familial. Il s'agit bien de cette *interpsychologie*, étudiée dans les derniers temps de sa vie, par le Prof. E. DUPRÉ, à l'état physio-pathologique, c'est-à-dire d'interréactions des individus par rapport les uns aux autres, dans un milieu déterminé, dans des conditions spéciales, à la suite d'une attaque émotive, dont le *choc* déclanche, d'abord les concomitants affectifs, sthéniques ou asthéniques, physiologiques, puis chez les prédisposés, dont l'auto-critique et la maîtrise de soi ont fléchi, les symptômes morbides, avec monoidéisme, angoisse, obsession, interprétation anxieuse.



MOLLUSCUM GÉANT

PAR

H. BOUQUET et A. DELAMARE

Chirurgien

Interne

de l'Hôpital Civil Français



Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un cas de molluscum que nous qualifierons de géant. Voici l'observation :

La nommée B. Rosine, âgée de quarante ans entre le 18 février 1922 dans notre service de l'Hôpital Civil Français pour une tumeur qui lui rend la marche extrêmement pénible. La malade est de petite taille, 1 m. 47, elle est très obèse, son poids est de 102 kg. 700. Elle fait remonter le début de son affection à une vingtaine d'années. A cette époque, elle découvrit sur la face antéro-interne de la cuisse droite, à quatre travers de doigt au dessous du pli de l'aîne, une tumeur du volume d'un petit œuf. Cette néoformation conserva les mêmes caractères dans les positions assise, debout ou couchée, elle ne se tendait pas au moment de la toux et n'était le siège d'aucune réaction inflammatoire ou douloureuse. Peu à peu elle augmenta dans toutes ses dimensions et arriva à prendre des proportions telles qu'un véritable bandage devient nécessaire et que la malade renonça au mariage. Malgré cette infirmité qui, de jour en jour, se montrait plus gênante (ces quatre dernières années la malade n'a jamais franchi le seuil de sa porte) la malade n'envisagea que tardivement la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Actuellement la tumeur dépasse largement le volume d'une tête d'adulte et présente une surface à peu près régulière ; en l'examinant plus attentivement, on constate par places la présence de nodosités blanchâtres, légèrement surélevées ; sur d'autres, de nombreux points d'ombilication et des vergetures. On n'observe ni ulcération, ni modification de coloration des téguments qui sont épais, durs, éléphantiasiques.

La base d'implantation est située un peu au dessous du pli inguino-crural et est complètement indépendante de la grande lèvre. La palpation permet de différencier dans cette masse

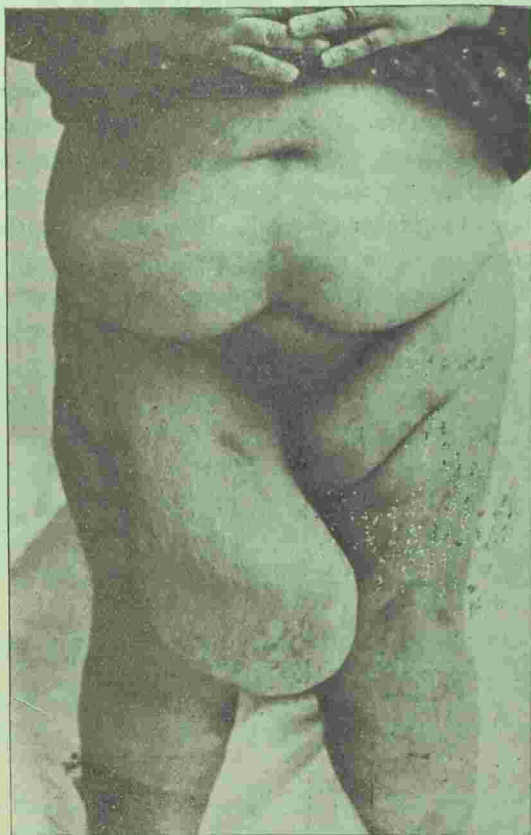
cinq ou six lobes de consistance homogène, juxtaposés les uns sur les autres sans ligne de démarcation bien nette.

La tumeur a 29 centimètres dans son grand diamètre et 20 centimètres dans le petit. Dans la station debout, la tumeur qui a l'aspect pédiculé, tombe entre les deux cuisses et son extrémité inférieure correspond à la partie moyenne des deux rotules. Dans la position assise, elle pend verticalement devant la vulve et si bas qu'à peine six travers de doigt la séparent du sol. Pour se déplacer, la malade met ses membres inférieurs en abduction et rotation externe légère, puis elle avance lentement à petits pas.

Il n'y a pas de ganglions inguinaux, l'état général est excellent, il n'y a rien à signaler en dehors de l'obésité que nous avons déjà mentionnée.

L'intervention est pratiquée le 24 février sous anesthésie à l'éther. Une incision circonscrit la base d'implantation de la tumeur qui est très facilement extirpée. L'hémostase est très simple. La ligne d'incision est suturée. On laisse un léger drainage pendant 48 heures. La guérison est rapidement obtenue et la malade quitte l'hôpital le 25 mars.

La tumeur pèse 3 kg. 200. Elle a l'aspect d'un lipome très



œdématisé. L'examen histologique a été fait à l'Institut Pasteur de Tunis par le Dr Soloviev que nous sommes heureux de remercier. Voici la note qu'il nous a remise : « La tumeur est constituée par des amas de cellules fixes ayant subi l'évolution adipeuse ; elle est divisée en lobules, séparés les uns des autres par un stroma de tissu conjonctif riche en vaisseaux sanguins et infiltré de nombreux mastzellen. La gangue interstitielle, séparant les lobules, est dense, épaisse et prédominante. Il s'agit en résumé d'un fibro-lipome ».

Cliniquement c'est un *molluscum pendulum*, dont le point de départ est dans le tissu cellulaire sous-cutané. La base d'implantation assez large était transversale, le poids de la tumeur l'entraînant en bas donnait le caractère « *pendulum* ». On sait que ces tumeurs sont plus fréquentes chez la femme. Leur siège est généralement la poitrine, la grande lèvre, la fesse. Tout dernièrement nous avons opéré une femme âgée qui présentait un *molluscum* de la fesse de la grosseur d'une orange. Dans ce dernier cas c'est l'ulcération de la tumeur qui avait décidé la malade à l'intervention.

Il est certain qu'au point de vue thérapeutique l'ablation s'impose. L'intervention est très simple et met le malade à l'abri d'une dégénérescence maligne toujours possible. Ces tumeurs sont primitivement bénignes, histologiquement il s'agit de fibro-lipome.

L'observation de notre malade ne présente d'intérêt que par le volume considérable de la tumeur.



Les maladies infectieuses en Europe Orientale et la Conférence Sanitaire de Varsovie

par le Docteur A. HENRY

Les grands cataclysmes sociaux, les guerres, la famine ont pour conséquences une recrudescence et une énorme extension des maladies épidémiques. C'est en Russie, surtout depuis 1921, que les affections les plus meurtrières ont pris un développement tel qu'il dépasse les prévisions les plus pessimistes. Mais les épidémies ne sont plus limitées à la Russie. Débordant les frontières, elles sont apparues dans tous les pays limitrophes. Les mouvements d'émigrants vers l'Ouest dans le but de fuir la famine et la maladie, ont déjà provoqué la rupture du cordon sanitaire polonais.

Le Gouvernement polonais, après entente avec la Société des Nations, a invité tous les Etats européens à envoyer à Varsovie (du 20 au 28 mars 1922) des délégués pour délibérer sur la situation sanitaire de l'Europe et sur les mesures à prendre pour enrayer les épidémies. Vingt-six Etats européens et le Japon ont répondu à l'invitation.

Les renseignements épidémiologiques ont été réunis par la Section d'Hygiène de la Société des Nations et sont publiés par le Comité Médical de cette Société.

RUSSIE. — Les trois maladies dominantes sont : le choléra, le typhus exanthématique et la fièvre récurrente. Auprès de ces fléaux, le développement de la fièvre typhoïde, de la variole, de la dysenterie, perd beaucoup de son éloquence.

Le choléra existait en Russie avant la guerre. En 1914 (1) quelques cas isolés se déclarèrent dans l'armée. En 1915, il réapparut pendant la retraite de Galicie. En 1916, 2.000 cas. Mais en 1918 la misère augmente et il se produit 40.000 cas. En 1919, l'épidémie décline (8.000 cas) pour reprendre en 1920. Mais c'est surtout en 1921 que le choléra s'étend formidablement et fait 175.000 victimes (2). Et depuis, il existe en Russie un certain nombre de foyers de choléra. Dans son rapport du 26 mai 1922,

(1) DOPFER. — Les maladies infectieuses en Russie dans ces dernières années (*Paris Médic.*, N° 22, 3 juin 1922).

(2) S. MUTTERMILCH. — (*Presse Médic.*, N° 37, 10 mai 1922).

la Société des Nations signale 3.301 cas en dix semaines (jusqu'au 6 mai). Du 1^{er} janvier au 22 avril on compte, en Russie soviétique, 697 cas dont 223 à Rostov et 115 à Oufa. Pour l'Ukraine, 1.132 cas répartis en 42 localités. Les districts de Poltava et de Kharkov sont les plus atteints. Au Caucase : 25 cas. En Asie Centrale : 171. Dans les chemins de fer : 86 cas.

Le *typhus exanthématique* existe à l'état endémique depuis longtemps. Avant la guerre, le nombre de cas était de 80.000 environ par an. Pendant la guerre, cette maladie s'étend. En 1915, on enregistre 100.497 cas et 154.806 en 1916. Pour 1917 et 1918 les chiffres de 118.057 et 150.000 paraissent douteux. Mais en 1919 la maladie prend une extension énorme et l'on enregistre officiellement *deux millions deux cent mille* cas. En 1920, *deux millions six cent mille* cas. Il y a déclin notable en 1921 avec 600.000 cas.

A partir de fin septembre, la famine et l'émigration amènent à nouveau une recrudescence notable. En janvier 1922, 119.932 cas de typhus; 180.285 en février; 213.102 en mars.

Dans le Bulletin épidémiologique de la Section d'Hygiène de la Société des Nations, le Prof. Tarassewitch arrive pour quatre années (1918-21) au chiffre global fantastique de 20 à 30 millions de cas de typhus en Russie. La mortalité moyenne étant de 10 à 12 pour 100, on peut évaluer le nombre total des décès causés pendant ces quatre années, à deux ou trois millions.

La *fièvre récurrente* suit la même courbe ascendante que le typhus pétiéchal. Avant la guerre, le nombre des cas était de 30.000 environ. En 1916, il dépasse 100.000; en 1919, 300 mille et en 1920 plus de *un million deux cent mille*. En 1921, la maladie diminue un peu. Pour les premiers mois de 1922, on note une forte recrudescence : 137.569 cas en janvier; 162.600 en février; 166.920 en mars.

A ces trois maladies qui dominent, de beaucoup, l'épidémiologie en Russie, il faut enore ajouter : la fièvre typhoïde, la variole, la dysenterie.

La *fièvre typhoïde* a sévi dès le début de la guerre, dans l'armée d'abord, puis dans la population civile. De 1914 à 1916, on compte de 250 à 350.000 atteintes par an. La vaccination fut appliquée en 1916 et produisit une diminution brusque mais incomplète de la morbidité. Mais à partir de 1919 on assiste à une progression ascendante qui porte le nombre de cas à 250.000 en 1919 et à 450 mille en 1920.

En 1921, du 1^{er} janvier au 29 octobre on note 205.700 cas. Il y a diminution, mais les statistiques pour l'Ukraine font défaut.

La *variole* a fait, elle aussi, des progrès. De 90 mille cas en 1914, on arrive à 168.000 en 1919 pour redescendre à 100 mille environ en 1920. Les renseignements manquent pour 1921.

La *dyssenterie* ne s'est pas étendue d'une façon aussi inquiétante bien que dans le seul mois d'août 1921 on ait enregistré 43.682 cas.

A ces fléaux s'en ajoute un, non moins terrible, et qui prépare le terrain aux autres, c'est la famine. Celle-ci sévit même en Ukraine. Dans la ville de Kharkov, capitale ukrainienne, il y a 500.000 affamés sur 800 mille habitants et les décès (40.000 par mois) sont pour la plupart dus à la famine.

Un fait épidémiologique très curieux, c'est que les maladies contagieuses habituelles de l'Europe occidentale, telles que scarlatine, rougeole, diphtérie, etc., ont diminué sensiblement en Russie depuis que les trois typhus se développent au maximum. En Roumanie, le Prof. Cantacuzène a fait la même observation.

×

Les pays voisins de la Russie ont tous vu leur état sanitaire s'aggraver (Pologne, Roumanie, Esthonie, Lettonie, Lithuanie). Mais le plus exposé et le plus éprouvé de tous est sans contredit la *Pologne*. Avant la guerre, on y comptait une moyenne de 3.000 cas de typhus exanthématique. En 1919, il y en eut 231.148; en 1920, 157.612; en 1921, 48.000.

La fièvre récurrente, rare avant la guerre, subit aussi une courbe ascendante avec un maximum de 17.000 cas en 1921. Le choléra a fait son apparition en Pologne à plusieurs reprises. Cependant il y eut peu de victimes dans la population civile.

Dans les autres pays limitrophes, l'état sanitaire s'est aggravé du fait de la guerre mais dans de bien moindres proportions qu'en Pologne.

En 1921, il y eut une amélioration sensible de la situation sanitaire aussi bien en Russie que dans les pays voisins. Malheureusement, depuis quelques mois on observe une recrudescence prononcée et progressive des principales maladies épidémiques. (Voir plus haut les chiffres pour le typhus pétéchial, le typhus récurrent et le choléra en Russie, pendant le trimestre de 1922.)

Cette réactivation des épidémies en Russie a eu une répercussion immédiate en Pologne où le nombre des cas de typhus a triplé. Mais c'est surtout le choléra qui redevient menaçant pour l'Europe occidentale et il

y a lieu de croire qu'avec la saison chaude et le pullulement des mouches, cette maladie s'étendra considérablement.

×

La famine et la migration des populations sont les deux causes principales qui menacent de détruire les défenses mises en œuvre par les services d'hygiène des Etats de l'Est de l'Europe.

La famine s'étend en Russie, depuis les bords de la Volga jusqu'au Caucase, au Donetz, à l'Ukraine et à la Crimée. En Ukraine, il n'y a que 16 pour 100 des semences nécessaires et si un secours ne vient pas de l'étranger, la sixième partie seulement du territoire sera cultivée l'année prochaine.

Les populations fuient cette zone, se dirigent soit vers la Sibérie, soit vers la Bessabie et la Pologne. Outre cette migration spontanée et irrégulière, il faut signaler le rapatriement en Pologne des prisonniers civils, dont le nombre est évalué à 1.500.000. Les gouvernements soviétique et polonais ont créé des organisations spéciales qui s'occupent de ces mouvements de population. Les *stations quarantaines* possèdent l'outillage nécessaire pour recevoir les rapatriés, les épouiller, les vacciner, les ravitailler, les hospitaliser s'il y a lieu. Mais les mouvements sont mal réglés. Il y a parfois surnombre et encombrement ou bien encore les rapatriés arrivent aux stations-quarantaines dans un état d'épuisement extrême et sont souvent atteints de maladies contagieuses. Il y a des cadavres dans les trains. La vermine pullule.

Aussi les services polonais ont-ils été maintes fois débordés et des rapatriés ont occasionné des foyers de typhus à leur arrivée dans leur village natal. Même en Allemagne, on a signalé un foyer de typhus exanthématique à Francfort-sur-Oder parmi les colons allemands de retour de Russie.

×

La Conférence européenne sanitaire de Varsovie, en présence de cette nouvelle situation qui menace non seulement les pays limitrophes de la Russie mais aussi, indirectement, les autres pays d'Europe, a jugé « qu'une politique de pure défense ne pouvait donner des garanties suffisantes et qu'il fallait procéder à l'attaque des épidémies dans leurs foyers mêmes. »

La Conférence a décidé :

1° De renforcer et de compléter les dispositions prises à l'intérieur de la Russie et en Ukraine. Un plan d'action générale exigerait des sommes trop considérables, et la lutte contre les épidémies et la famine sera limitée provisoirement au bassin minier du Donetz.

2° Pour la défense des pays avoisinants à l'ouest, il serait utile de remplacer le cordon sanitaire actuel par une zone sanitaire mesurant 100 à 150 Km. de largeur de chaque côté de la frontière russe. Dans cette zone on établirait un nombre suffisant de stations d'échange et d'observation qui remplaceraient les stations-quarantaines actuelles. Enfin, des conventions sanitaires de pays à pays devront se conclure afin de modifier certaines stipulations de la Conférence internationale de Paris, de 1912.

De tout ceci il résulte que l'on doit se rendre compte du danger que présente la reprise des relations commerciales avec la Russie et que celle-ci ne pourra être envisagée qu'autant que l'on aura remédié à la lamentable situation de ce pays au point de vue sanitaire et alimentaire.

L'extension actuelle de la Lèpre en Islande

Effets des mesures prises depuis vingt-deux ans

par le Docteur G. EICHMULLER

Comme la Tunisie vient de prendre des mesures contre la lèpre (1), et que cette année il y aura 25 ans que le premier congrès contre la lèpre a eu lieu sur l'initiative de notre ami, le professeur Ehlers, de Copenhague, et que cette année il y aura également 25 ans que l'isolement des malades et la construction d'une léproserie ont été effectués en Islande à la suite des études préliminaires du même professeur Ehlers, nous avons pensé intéresser le lecteur en faisant connaître les résultats obtenus pendant ce laps de temps de 25 ans en Islande.

Ayant eu communication du rapport du D^r Bjarnhedinsson (2) pour l'année 1920, c'est ce document que nous résumerons.

La léproserie de Reykjavik a été inaugurée le 1^{er} octobre 1898, en conformité de la loi sur l'isolement des lépreux, du début de la même année. Les rapports des médecins sanitaires pendant les premières années laissent

(1) Le gouvernement tunisien, par décret du 8 mars 1922, a édicté les mesures à prendre contre la lèpre, dont les principales sont les suivantes : Surveillance des malades ; leur isolement à domicile ou dans des établissements spéciaux ; interdiction du territoire à tous les sujets atteints de la lèpre ; enfin, expulsion de la Régence de tous les lépreux étrangers ne pouvant justifier de plus d'un an de séjour en Tunisie.

(2) D^r S. Bjarnhedinsson (Læknabladid Reykjavik, février 1922).

à désirer. Le premier rapport complet date de la fin de 1901, et le dernier de la fin de 1920.

On connaissait en 1896, 179 malades, mais par les rapports sanitaires des dix premières années, on arrive à la conclusion qu'il y avait 237 lépreux.

Voici le tableau des lépreux pendant 20 ans, de 1901 à la fin de 1920 :

Année	L. tub. et mixte	Lèpre anesth.	Hommes	Femmes	Total	Hospitali- sés	Libres
1901	89	80	99	70	169	61	108
1902	86	75	95	68	163	61	102
1903	86	72	91	67	158	63	95
1904	78	70	88	60	148	58	87
1905	66	64	72	58	130	61	69
1906	60	63	69	54	123	57	66
1907	51	59	58	52	110	47	63
1908	49	55	55	49	104	48	56
1909	46	58	59	45	104	52	52
1910	39	57	55	41	96	52	44
1911	34	56	53	37	90	50	40
1912	34	59	52	41	93	54	39
1913	35	55	51	39	90	58	32
1914	32	53	48	37	85	54	31
1915	28	50	46	32	78	52	26
1916	28	49	45	32	77	51	26
1917	29	48	45	32	77	52	25
1918	28	45	42	31	73	50	23
1919	26	44	40	30	70	47	23
1920	26	41	38	39	67	45	22

Comme déjà dit, il existait au moins :

Fin 1896 : 237 malades

Fin 1901 : 169 malades

Fin 1920 : 67 malades

Le but de la loi contre la lèpre était de protéger les habitants contre le danger de la contagion, et d'éviter l'extension de la maladie. Le fait que le nombre des lépreux s'est abaissé de 169 à 67 dans une période de vingt ans, prouve bien que la mesure a été prise à bon escient.

En dehors de la diminution du nombre des malades et des chances de contagion, il y a également lieu de considérer la proportion décroissante des malades libres.

Pendant la première année de son fonctionnement, l'hôpital abritait en moyenne 62 ou 63 malades. On ne peut pas indiquer avec certitude le nombre de ceux du dehors à cette époque, mais nous savons qu'en 1896, il y avait environ 237 lépreux en tout.

Déduction faite des morts, et en ajoutant quelques nouveaux cas, il est probable qu'il n'y avait pas moins de 200 à 210 malades dans tout le pays lors de l'ouverture de l'hôpital, dans l'automne de 1898.

A la fin de 1899, l'hôpital avait reçu 79 malades. On peut donc considérer qu'environ 120 étaient en dehors de cet établissement.

A la fin de 1901, il y avait 108 malades en liberté, ou 64 p. 100 de tous les lépreux, alors que 36 p. 100 seulement étaient isolés.

A la fin de 1920, on connaissait au total 67 malades dont 22 seulement (33 p. 100) n'étaient pas hospitalisés et 67 p. 100 recueillis à l'hôpital.

Un trait qui, incontestablement peut être cité en faveur de la diminution du danger de contamination, c'est le changement de rapport entre la lèpre tubéreuse et mixte et la lèpre maculo-anesthésique, surtout en dehors de l'hôpital.

En 1901 il y avait à peine 53 p. 100 de lèpre t. et m. en tout

En 1920 il y avait à peine 39 p. 100 de lèpre t. et m. en tout

En 1901 il y avait 50% de lèpre t. et m. en dehors de l'hôpital

En 1920 il y avait 14% de lèpre t. et m. en dehors de l'hôpital

En d'autres termes, seulement 3 des 22 malades existant, fin 1920, en dehors de l'hôpital.

Tout semble donc parler en faveur de la disparition de la maladie. Il faut cependant se rappeler que la lèpre est une affection capricieuse; la Norvège nous en donne la preuve.

Il y avait dans ce pays 3.000 cas vers le milieu du XIX^e siècle, et ce chiffre, il y a une dizaine d'années, était tombé à 150; il ne subsistait plus qu'une léproserie sur quatre, et l'on envisageait déjà sa fermeture, mais en 1919 et 1920, une vingtaine de nouveaux cas surgirent qui étaient presque tous des cas de lèpre tubéreuse et mixte. Les malades avaient consulté des médecins qui avaient méconnu la maladie.

Le danger grandit donc à mesure que décroît la maladie; les gens deviennent indifférents, et les médecins, surtout les jeunes, finissent par ignorer la maladie. Il faut donc être sur ses gardes, et tenir les nouvelles générations de praticiens au courant des formes de la lèpre, de préférence au moyen de stages dans les léproseries.

L'auteur termine en concluant qu'il sera possible pour l'Islande, grâce

aux sacrifices considérables que s'est imposé le pays, et grâce aux efforts soutenus du corps médical, de venir relativement vite à bout de ce fléau.

Il faut, d'après lui, dépister les cas à leur début, et pratiquer un isolement efficace à l'hôpital et non à domicile, où il est illusoire. Les médecins doivent observer pendant longtemps les enfants des lépreux et toutes personnes ayant cohabité avec des lépreux.

D'un autre tableau du rapport il ressort qu'il y a eu en tout, de 1900 à fin 1920, 88 nouveaux cas, et 325 lépreux en tout de fin 1896 à fin 1920.

Plusieurs régions du pays où la lèpre était fréquente n'offrent plus aucun malade. Il est probable que ce mouvement s'étendra jusqu'à l'extinction de la maladie dans l'île.

Pour terminer, disons encore que le docteur Ehlers, lors de la fondation de la léproserie, avait promis que l'Islande serait débarrassée de tous les lépreux ambulants dans l'espace de 25 ans; il semble que cette prédiction n'eût pas été loin de se réaliser si l'isolement des malades avait été pratiqué d'emblée.

Quoi qu'il en soit, le résultat acquis, malgré un isolement incomplet, surtout au début, est qu'il ne reste que 57 malades en tout dont 45 hospitalisés et 22 libres, contre 200 ou 210 en 1901, soit une diminution des deux tiers.



Récidive post-opératoire des cancers du sein

(Soc. Chîr. de Paris,
séances du 31 mai et du 5 juillet)

M. Roux-Berger rap-
porte 46 cas de réci-
ves chez des malades
opérées de cancer du

sein.

Sur ce nombre, trente ont récidivé au cours de la première année. La récidive s'est faite vingt-quatre fois au niveau de la cicatrice, dix-neuf fois dans les ganglions axillaires et dix-neuf fois dans les ganglions sus-claviculaires. A ce sujet R. B. met en garde contre l'opinion courante qui tend à considérer l'amputation du sein comme une opération simple. A son avis c'est une intervention délicate, minutieuse à la portée seulement des chirurgiens expérimentés.

S'appuyant sur la fréquence des récidives à la suite des opérations restreintes, R. B. s'élève contre les conclusions de Forgue et Walther au Congrès de Chirurgie qui conseillait de proportionner l'exérèse à l'étendue du néoplasme. R. B. voit là une pratique dangereuse devant l'impossibilité où nous sommes d'apprécier l'étendue réelle du cancer. Il reste persuadé que la seule conduite prudente est l'ablation large du grand pectoral y compris son faisceau claviculaire et du petit pectoral qui seule permet l'évidement ganglionnaire complet.

Il souligne enfin la rareté des récidives dans les cancers opérés au début.

L'amputation étendue aux muscles pectoraux est soutenue également par MM. Wiart, Proust, Lecène. Ce dernier insiste sur l'ablation du petit pectoral « qui est la clef de l'aisselle. »

M. Hartmann remarquant la rareté des récidives au niveau des muscles pectoraux conclut que leur ablation est un sacrifice inutile. M. Thiery se range à cette opinion.

M. Savariand est pour l'exérèse élargie dans les cas de cancers récents. Passée la période favorable, il conseille les opérations économiques, les résultats de l'intervention étant toujours peu brillants. Par contre il insiste sur la nécessité des larges excisions cutanées bien au-delà des limites cliniques de la tumeur.

A propos de la radiothérapie post-opératoire, MM. Proust et Hartmann insistent sur la nécessité de faire des irradiations fortes et très étendues. M. Thiery la combat comme inutile et même dangereuse.

De ces opinions divergentes on peut pourtant tirer quelques conclusions. La précocité du diagnostic et de l'intervention sont les facteurs essentiels du succès opératoire. Faire une excrèse cutanée large et une excrèse aponévrotique plus large encore. Quant à l'ablation des muscles pectoraux il semble bien qu'elle rallie la majorité des chirurgiens. La radiothérapie n'a pas encore fait ses preuves et devra être employée avec prudence.

LAURIOL.

**Traitement des ulcères de la cornée
par le novarsénobenzol**

par H. TOUZET
Biologie Médicale, Mai 1922

L'auteur, ophtalmologiste de l'hôpital de campagne de Damas, rapporte six observa-

tions d'ulcères cornéens, dont trois cas chez des trachomateux, traités par le novarsénobenzol, avec des résultats extrêmement favorables.

Traitement facile et inoffensif. Il suffit de projeter deux fois par jour du néo en poudre à l'aide d'un pinceau sur toute la surface cornéenne, avec mise en place d'un bandeau flottant.

Les phénomènes douloureux provoqués sont négligeables, tout au plus une légère sensation de brûlure pendant les quelques minutes qui suivent l'application.

E. G.

**Rapport sur l'état sanitaire de l'Algérie
en 1921-1922**

par L. RAYNAUD
in Bulletin Sanitaire de l'Algérie, N° 300, juillet 1922

Alors que du 1^{er} octobre 1920 au 1^{er} juillet 1921 on a compté en Algérie, 6.113 cas de typhus sur lesquels

1.289 décès, on ne compte plus du 1^{er} octobre 1921 au 1^{er} juillet 1922 que 1.106 cas de typhus avec 173 décès.

L'endémicité typhique a montré en Tunisie une chute parallèle.

La fièvre méditerranéenne est beaucoup plus rare dans la colonie voisine que dans la Régence. Les statistiques algériennes ne comptent que onze cas dans les trois départements réunis pour les deux années 1921 et 1922.

La pandémie palustre qui a sévi en Algérie comme en Tunisie, du printemps 1921 jusqu'à l'hiver dernier, due aux pluies abondantes et tardives, a été le grand fait épidémiologique de l'année écoulée. L'auteur signale l'insuffisance des moyens mis en œuvre pour lutter dans l'Afrique du

Nord française contre le fléau malarique. Il rappelle avec justice l'effort de l'Italie dont le tiers du territoire est infecté de malaria et qui en 1887 perdait 21.033 individus par paludisme. Elle a vu en 1914 ce chiffre baisser à 2.045 décès, grâce à une dépense qui, en 1906, se chiffrait à 175.000 liras et est montée en 1920, à 1.175.000 liras et en 1921, à 2.175.000 liras.

La peste du 1^{er} octobre 1920 au 1^{er} janvier 1922 a donné trente-cinq cas dans les ports algériens : huit dans celui d'Alger; dix-neuf dans celui d'Oran et huit dans celui de Philippeville. De plus, en juillet 1921, un indigène parti d'Alger est allé mourir dans sa tribu à 30 kilomètres d'Aumale et à 120 kilomètres d'Alger. Il a donné lieu à une épidémie à forme septicémique et bubonique de 182 cas. L'affection a duré jusqu'au 22 août et s'est éteinte par une vaccination intense des habitants. Le mal s'est épuisé dès que tous les gens des douars ont été immunisés. E. G.

Les Services de la Santé et de l'Hygiène publiques au Maroc

Après avoir parlé de
la Médecine française
en Tunisie, la *Presse*

Médicale vient de publier (n° 55, 12 juillet 1922) un article des docteurs J. Colombani et J. Mauran consacré au Maroc.

L'organisation sanitaire du Maroc offre une belle unité de conception et sa réalisation est devenue rapidement très complète. C'est une œuvre de synthèse, parce que le Maroc a bénéficié, sous l'impulsion de directives données par le Résident général, de tous les essais antérieurs, de tous les progrès réalisés ailleurs et parce que les fautes commises antérieurement ont su être évitées.

Dans le grand Protectorat de l'Ouest Nord Africain, il n'y a pas une médecine civile et une médecine militaire, il y a simplement des médecins, qui relèvent d'une direction unique. Il y a interchangeabilité des moyens et du personnel.

L'assistance médicale indigène a précédé la venue des colons et la formation des centres de colonisation. Infirmeries et hôpitaux ont grandi auprès de l'infirmerie de poste de l'ambulance, de l'hôpital de campagne. Si le centre militaire est supprimé, l'infirmerie, de mixte qu'elle était, devient purement civile.

Une autre caractéristique de l'assistance médicale au Maroc c'est qu'à côté du poste fixe d'assistance — dispensaire, infirmerie ou hôpital — fonctionne le *groupe sanitaire mobile*. Ce groupe, avec son médecin, ses infirmiers, ses conducteurs et dès que cela est possible, son auto sanitaire.

re, constitue un véritable dispensaire en marche, mais surtout un précieux organe de dépistage, de prophylaxie médicale. Le groupe médical mobile est l'arme de combat du *médecin de Région*.

Celui-ci est chef de la défense sanitaire dans sa circonscription. Aidé par le chef administratif, il prend toutes mesures utiles et s'il se sent débordé, il fait appel au Directeur général des Services de Santé.

Le médecin de région est consulté obligatoirement par le chef administratif sur toutes les questions intéressant la vie des centres et l'avenir de la région et provoque, s'il le juge nécessaire, la réunion de commissions régionales d'hygiène.

Dans les villes, c'est le *médecin du Bureau d'Hygiène* qui est le chef de la prophylaxie, en liaison avec le service de la voirie. Ce médecin d'hygiène est un agent d'Etat et non l'homme du maire ou du préfet.

Enfin, quand les décisions à prendre sont importantes et peuvent avoir une répercussion politique ou économique considérable, quand l'avis de techniciens variés devient nécessaire, la question à l'étude est portée devant le *Conseil supérieur d'Hygiène*. Le rôle de ce conseil est fort important. Depuis sa création, il s'est réuni à peu près tous les mois. En 1920, le Maroc a envoyé, pour la première fois, des délégués au Conseil supérieur international d'hygiène.



La Direction des Services de Santé au Maroc, constituée en véritable ministère, avec budget autonome, a eu, dès la première heure, le grave souci d'assurer le recrutement du personnel médical et de fournir à celui-ci ses moyens d'action. Les médecins militaires qui, à un titre quelconque sont mis à contribution par le Service de Santé et d'Hygiène publiques, reçoivent une indemnité mensuelle qui s'ajoute à leur solde. Les médecins civils sont recrutés par *contrat médical* révisible à la fin de la première année.

« Un cadre de médecins fonctionnaires avait été prévu dès 1913, mais la guerre et la crise du personnel qui a suivi immédiatement la signature de l'armistice, des besoins nouveaux inhérents à l'évolution même du service, nous ont amenés peu à peu à la conception du contrat librement débattu entre le Directeur général des Services de Santé et les médecins. C'était le meilleur système pour appliquer la formule américaine : *The right man in the right place*.

Une autre raison, d'ordre moral, dirons-nous, a fait préférer le contrat à tout autre système de recrutement. Le médecin, par essence, est un in-

dépendant; c'est la plupart du temps une forte individualité qui n'a pas été coulée dans le moule d'où l'on sort les parfaits fonctionnaires. Son éducation première, l'étendue de ses connaissances, la diversité de ses attributions, la haute autorité morale qu'il peut prendre à un moment donné, de par sa fonction même, l'égalité et souvent la différence en sa faveur, de niveau intellectuel entre lui et ses chefs administratifs, font que le médecin n'est pas, ne peut pas être un fonctionnaire comme les autres. Le contrat, en délimitant nettement ses attributions, l'investit d'une sorte de mission temporaire bien spéciale, qu'il est maître de renouveler; il le place hors la hiérarchie, hors les traditions de subordination étroite et ce n'est pas un mal qu'il puisse, en face d'une autorité administrative locale, aveugle ou parfois inerte, prendre hautement ses responsabilités et parler net au nom de la prophylaxie. »

Pour la Direction, un des grands avantages du contrat, c'est de pouvoir remercier, sur simple préavis, le médecin de rendement médiocre ou insuffisant, alors qu'il est si compliqué de se libérer d'un médecin fonctionnaire qui ne donne pas satisfaction. Le contrat permet enfin une adaptation aux conditions de la vie et un dosage des traitements selon l'importance, les difficultés ou l'isolement de certains postes médicaux.

Voilà bien une façon idoine et moderne de comprendre le rôle du médecin et d'utiliser au mieux ses qualités d'agent de pénétration, d'attraction et de pacification. Que l'on est loin ainsi de la formule surannée d'après laquelle on tient absolument à faire du médecin, aux colonies, un fonctionnaire.

×

Si, à ce qui vient d'être énuméré, on ajoute que la frontière de mer est sous la surveillance du service sanitaire maritime, que l'inspection médicale des écoles existe, que le personnel infirmier européen et indigène a ses statuts spéciaux, que le ravitaillement de 210 formations sanitaires est assuré par un centre d'approvisionnement (avec laboratoires de pharmacie, magasin de matériel médico-chirurgical et centre d'appareillage), on comprendra que l'organisme d'assistance, de prophylaxie et d'hygiène au Maroc fournisse un plein rendement avec progrès constants.

Un tel effort, une telle unité de doctrine et de direction, gardant une souple adaptation aux circonscriptions administratives, méritent non seulement de retenir l'attention mais de servir de modèle, parce qu'ainsi que je le disais en commençant, il s'agit d'une synthèse de toutes les expériences antérieurement tentées.

D^r A. Henry.

BIBLIOGRAPHIE

Le Radium en Gynécologie. par MM. A. SIREDEY, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, Membre de l'Académie de Médecine, et JEAN GAGEY, Assistant de radiumthérapie à l'Hôpital Saint-Antoine. (*L'Expansion Scientifique Française*. Paris).

Les auteurs n'ont pas écrit un manuel banal, propre seulement à donner aux lecteurs l'illusion d'une documentation, d'ailleurs toujours imparfaite ; au contraire, ils publient un véritable travail clinique, dans lequel nos confrères non spécialistes, pourront comprendre toute la portée moderne de la curiethérapie, ses indications, son efficacité, ses insuccès. M. Siredey, est, chacun le sait, un clinicien éprouvé : son service de l'Hôpital Saint-Antoine fut toujours très fréquenté et très apprécié. Il a pu y organiser une salle réservée aux malades en traitement suivi par les applications d'émanation de radium. Les résultats des observations consciencieuses, les données de l'expérience des auteurs ont donc une valeur de tout premier ordre.

J'ai lu avec le plus grand intérêt, quoique n'ayant aucune prétention à la compétence radiologique ou curiethérapique, les chapitres consacrés aux notions physiques du radium, qui familiarisent avec les propriétés si remarquables de ce précieux agent. On s'attache d'autant plus aux connaissances qui deviennent plus familières, grâce à un exposé vivant et clair. Avec le chapitre qui traite de l'action biologique des radiations, on entre, déjà, dans le domaine de la physiopathologie clinique.

Tout l'intérêt d'un livre comme celui de MM. Siredey et Gagey, n'est pas seulement dans une mise au point très documentée et très rigoureuse de la question, mais encore dans l'agrément d'une sincère et très honnête interprétation et mise en valeur des faits recueillis et longtemps suivis. Sur des *actualités* aussi passionnantes que la curiethérapie, on ne peut pas se contenter des recueils impersonnels, ou des comptes-rendus forcément très secs et fort écoutés des revues spéciales. Le clinicien ne se trouve à l'aise dans le livre que j'ai lu que parce qu'il reconnaît chez les auteurs les véritables préoccupations des indications, ou des contre-indications d'un traitement qui doit être manié par des mains habiles et prudentes, par des radiologues expérimentés. Il est constamment pour eux des préoccupations délicates. « Le problème qui se pose au radiothérapeute, disent les auteurs, est le suivant : dépasser notablement la dose nécessaire à la destruction de la cellule néoplasique, en sortant en deça de celle qui est capable de léser gravement la cellule saine ».

Tout l'exposé du traitement du cancer de l'utérus par le radium est un remarquable exposé de la question, où on ne se lasse du revenir rafraîchir ses idées. C'est de la bonne et saine clinique en même temps qu'une description technique attrayante de la façon d'user des *tubes de radiation*.

On ne saurait désirer une discussion plus saine que celle consacrée à *chirurgie ou radium* ? Des citations nombreuses exposent les opinions des divers auteurs.

« Le temps n'est pas venu, dit le Professeur J. L. Faure, où l'on pourra

porter sur le traitement des fibromes par le radium un jugement définitif ». Mais, déjà, que de succès impressionnants qui laissent le chirurgien émerveillé, devant les guérisons rapides de certains fibromes.

Le cancer ne semble pas encore vaincu. Nos lecteurs, par les recherches de certains auteurs locaux, connaissent les difficultés de l'opothérapie qui ne pourrait être que l'adjuvant de la chirurgie précoce et de la curiethérapie.

J'engage mes confrères à lire les pages consacrées au diagnostic du cancer utérin au début et à la curiethérapie des hémorragies utérines, en particulier, des métrorragies rebelles des vierges.

Tout le livre à lire, comme je le dis souvent, le crayon ou la plume à la main.

D^r Lemanski

Les Médications sulfurées, par le Dr J. VINCENT, médecin consultant à Challes-les-Eaux 1922, 1 vol. in-16 de 112 pages. Collection des « Actualités Médicales », 4,50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, 6^e).

Ce livre est une mise au point actuelle de la question du soufre, question d'un haut intérêt thérapeutique, car la médication sulfureuse, en fournissant aux matériaux albuminoïdes le soufre nécessaire à l'architecture de l'édifice protéique et à l'hémoglobine un de ses éléments constitutifs, est une *médication reconstituante*, au même rang que les médications arsenicales, phosphorée ou ferrugineuse.

Cette conclusion se dégage nettement de la première partie de l'ouvrage et de la lecture des chapitres relatifs à *l'importance trophique du soufre*, à *sa circulation dans l'organisme* (voies d'absorption, voies d'élimination, action intermédiaire sur les rangs et sur les tissus, entre son entrée et sa sortie) à son *action antiseptique sur tout son parcours*, aux *lois qui président à son métabolisme* et démontrent le rôle prépondérant de l'hydrogène sulfuré, enfin à *l'étude du ravitaillement normal de l'organisme en soufre* et des *dystrophies sulfurées* qui résultent de l'insuffisance de ce dernier.

Sur ces bases physiologiques solides, groupées autour d'idées personnelles nouvelles et complétées par une abondante documentation chimique et bibliographique, l'auteur étudie *la valeur critique et comparative des différentes préparations sulfureuses* : le *soufre en nature* de l'ancienne pharmacopée, peu utilisable et d'effet incostant, le *soufre colloïdal*, d'acquisition récente et qui réalise un réel progrès thérapeutique, inférieur néanmoins au *soufre complexe, vivant et assimilable* par toutes les voies d'absorption, des *eaux minérales naturelles* qui constituent la meilleure médication thiotrophique ; les principales stations sulfureuses françaises sont classées dans la deuxième partie de ce travail et étudiées avec impartialité ; en quelques lignes, chacune d'elles est caractérisée dans sa spécialisation.

Les chapitres d'*hydrologie clinique* où l'auteur réfute, avec toute l'autorité d'une longue pratique thermale, un certain nombre d'idées fausses sur la

cure sulfureuse et celui des *indications et contre-indications du soufre*, y sont traités à fond.

Ce livre est donc *essentiellement pratique* et constitue, à ce jour, le travail le plus complet de thérapeutique sulfurée.

Il ouvre aussi la porte à des recherches intéressantes, car l'auteur a établi dans la troisième partie de son ouvrage un *programme d'enquête très précis sur la question du soufre*, qu'il ne considère pas encore comme complètement élucidée ; il convie ainsi les cliniciens, les hydrologues, les laboratoires d'expériences, les chimistes à de nouvelles études relatives notamment au *rôle respectif du soufre et du fer dans le sang*, à l'action du *soufre considéré comme ferment oxydant ou comme catalytique* dans l'accélération des combustions des tissus, véritable « avance à l'allumage », à son *rôle anti-anaphylactique ou anti-colloïdoctasique*, qu'il est permis d'entrevoir depuis les travaux d'A. Lumière, à l'étude clinique des *maladies par carence sulfurée* et des *d'hystrophies sulfurées* (cystinurie, sulfaturies, etc.).

~~~~~  
**Traitement médical des maladies des femmes**, par le Prof. ROBIN et le Dr PAUL DAUCHÉ. — 1 vol. in-16, 1922, 5<sup>e</sup> édition. — Vigot Frères, Éditeurs. — Paris.

Les auteurs exposent dans ce véritable traité de Gynécologie Médicale tout ce que tout médecin doit savoir en pratique, comment il doit et peut traiter nombre d'affections utérines ou para-utérines non justiciables de la chirurgie et comment même il peut assez souvent par des soins minutieux éviter de graves opérations.

Les indications opératoires sont cependant minutieusement étudiées et exposées.

Les traitements médicaux sont exposés pour des praticiens et cette 5<sup>re</sup> édition contient tout ce qui concerne l'opothérapie, la médication hémostatique, les indications de la radio et de la radiumthérapie.

La question des fausses utérines et des psycho-névroses a été remise au point.

~~~~~  
E. C.

~~~~~  
**Etudes Cliniques et Radiologiques sur les Maladies de l'Appareil Respiratoire**, par EMILE SERGENT, Professeur de Clinique Médicale Propédeutique, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie de Médecine. — In-8, 1922, 47 figures dont 32 pl. hors-texte — Maloine et fils Éditeurs. — Prix 25 Francs.

Cet ouvrage a été analysé dans le N° de Juin de notre Revue



Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie du 1<sup>er</sup> au 31 Août 1922

| LOCALITÉS<br>OU CORPS DE TROUPE     | Population Civile             |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        | Population Militaire |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------|--------|------------|------------|---------|-------|--------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------------|-------|------------------------|----------|-------------------------------|--------|----------------------|------------|------------|---------|-------|--------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------------|-------|------------------------|----------|--|--|--|--|
|                                     | Fièvres typh.<br>et paratyph. | Typhus | Varole | Scarlatine | Diphthérie | Choléra | Peste | Fièvre jaune | Dysentéries<br>amib et bacill. | Méningite<br>céphalo-spinale | Poliomyélite<br>antérieure aigue | Fièvre récurrente | Fièvre<br>méditerranéenne | Lèpre | Tuberculose<br>ouverte | Rougeole | Fièvres typh.<br>et paratyph. | Typhus | Varole               | Scarlatine | Diphthérie | Choléra | Peste | Fièvre jaune | Dysentéries<br>amib et bacill. | Méningite<br>céphalo-spinale | Poliomyélite<br>antérieure aigue | Fièvre récurrente | Fièvre<br>méditerranéenne | Lèpre | Tuberculose<br>ouverte | Rougeole |  |  |  |  |
| Tunis .....                         | 12                            |        |        |            | 3          |         |       |              |                                |                              |                                  |                   | 1                         |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Hammam-Lif .....                    | 2                             |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Fondouk-Djedid .....                | 1                             |        |        |            | 1          |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Grombalia .....                     |                               |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Souk-el-Khemis .....                |                               |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Mateur .....                        | 1                             |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Ferryville .....                    | 1                             |        | 1      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Thala .....                         |                               |        | 7      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Maktar .....                        |                               |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Teboursouk .....                    | 1                             |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Le Kef .....                        |                               | 1      |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Kairouan .....                      |                               |        | 3      | 1          |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Sousse .....                        | 3                             |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Smala des Souassi .....             | 1                             |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Sfax .....                          |                               |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Ben-Gardane .....                   | 1                             |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Hôpital Militaire du Belvédère.     |                               |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Hôpital Militaire du Kef .....      | 1                             | 1      |        |            | 13         |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Hôpital Militaire de Bizerte ..     | 1                             |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Hôpital Militaire de Sidi-Abdallah. | 1                             |        |        |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  |                   |                           |       |                        |          |  |  |  |  |
| Total .....                         | 26                            | 2      | 11     | 1          | 18         |         |       |              |                                |                              |                                  |                   | 2                         |       |                        |          |                               |        |                      |            |            |         |       |              |                                |                              |                                  | 1                 |                           |       |                        |          |  |  |  |  |

Population Civile

Population Milit.

## Service Sanitaire Maritime

### Epidémiologie

L'état sanitaire du bassin oriental de la Méditerranée est sensiblement le même.

Des cas peu nombreux de *peste* sont toujours signalés à Alexandrie, à Suez et à Port-Saïd.

Le *typhus* existe en Asie Mineure et à Constantinople.

Le *choléra* a fait de nombreuses victimes dans le bassin de la Mer Noire, surtout sur la côte Nord dans la région de Novorossyisk, Odessa et Sébastopol.

Les Indes, Ceylan, la Chine sont contaminées de *peste*.

Le *choléra* existe également dans les Indes hollandaises.

18 Septembre 1922.

---

## VARIÉTÉS

### Rendons à César....

Le Maroc est à la mode... c'est le pays des merveilles c'est le protectorat type, la plus belle colonie française administrée et mise en aaleur par le plus grand de nos maréchaux.

Tous les moyens sont bons pour battre la grosse caisse en l'honneur du Maroc, témoin cet article que je découpe dans le numéro N° de Juillet du *Journal de Médecine de Bordeaux* :

#### L'hygiène sociale au Maroc

Au Congrès international de la Protection de l'Enfance, qui a eu lieu l'an dernier à Bruxelles, M<sup>me</sup> la maréchale Lyautey a eu un succès remarquable en exposant les œuvres d'hygiène infantile réalisées au Maroc depuis l'action directrice réalisée dans ce pays par la France. L'intérêt mondial pris à cette introduction de l'hygiène sociale dans les colonies nous incite à faire connaître l'Ecole Millet, créée au Maroc, et sur laquelle les *Annales Coloniales* attirent l'attention en ces termes :

« Créée par M<sup>me</sup> René Millet, l'école qui porte son nom fut ouverte le 1<sup>er</sup>, mai 1900, avec cinq fillettes arabes seulement.

« L'enseignement adapté à la mentalité des élèves, se compose de travaux manuels faciles, étude de la langue française, hygiène, etc. Au bout de trois ans, trente élèves fréquentaient l'établissement.

« Peu à peu, dans ce monde arabe si fermé, la confiance vint. En dix ans l'école recruta chaque année un nombre croissant de jeunes filles.

En 1910, elles étaient 500. La Djemaa des Habous prit l'école à sa charge

et accorda un crédit assez considérable pour la construction d'un immeuble spécial.

« M<sup>me</sup> Eigenschenck directrice de l'école, qui s'est dévouée tout entière à la prospérité de l'établissement, s'est efforcée d'améliorer constamment les méthodes d'enseignement.

« Les connaissances pratiques ont surtout retenu son attention; des notions médicales : soins, pansements, vaccinations ont été enseignées simultanément avec les travaux de couture et de broderie.

« Durant la guerre, les vêtements chauds, confectionnés à l'école par les jeunes musulmanes, furent à maintes reprises envoyés au front où les soldats tunisiens les reçurent avec reconnaissance.

« Telle est, en résumé, la besogne accomplie à l'École René-Millet. En éveillant et en développant dans l'esprit des enfants indigènes les sentiments de sympathie pour notre pays, l'enseignement qui leur est donné contribuera certainement à établir des liens de plus en plus étroits entre nos compatriotes et la population musulmane du Protectorat. »

Pareils articles sont, en quelque sorte, la préface du Congrès d'Hygiène coloniale qui va se tenir à Marseille au mois de septembre, et qui promet d'être bien intéressant.

D<sup>r</sup> GRANJUX

Les renseignements donnés par " Les Années Coloniales " sur l'origine le but et le fonctionnement de l'Ecole René Millet sont très exacts sauf une petite erreur de localisation... géographique : c'est que l'Ecole René Millet est à *Tunis* et non au Maroc. Cette institution porte d'ailleurs le nom d'un ancien Résident Général en Tunisie et non au Maroc.

Cette préface au Congrès d'Hygiène coloniale de Marseille n'est vraiment pas très heureuse et si les rapporteurs de ce congrès très officiel ne font pas montre de plus d'exactitudes nous verrons peut être situer l'hôpital Sadiki à Saïgon... à moins que pour les besoins de la cause on ne le fasse fonctionner... au Maroc.

E. C.

## Le remède de Saint-Vincent de Paul pour la gravelle

La Correspondance de St Vincent de Paul, édition publiée et annotée par Pierre Coste, nous renseigne sur le fameux remède du Saint contre la gravelle. Pendant son séjour en captivité à Tunis, il fut vendu à un vieillard médecin spagirik (1) « souverain tireur de quintessences, homme fort humain et traitable » qui lui enseigna le moyen de guérir de la gravelle, « en quoi il le voyait journellement faire miracle. »

Son maître d'ailleurs lui faisait préparer et administrer les ingrédients. Le saint est tellement convaincu de son efficacité qu'il écrit à ce sujet à M<sup>r</sup> De Comet, son bienfaiteur pendant son enfance : « Oh ! combien de fois ai-je

---

(1) Les médecins spagiristes expliquaient les changements organiques du corps humain en santé et en maladie comme les chimistes de leur temps expliquaient ceux du règne organique. Paracelse et au XIV<sup>e</sup> siècle le fondateur et le chef de cette école.

désiré depuis d'avoir été esclave auparavant la mort de feu Monsieur votre frère et *commencas* à me bien faire, et avoir eu le secret que je vous envoie, vous priant le recevoir d'aussi bon cœur que ma croyance est ferme, que, si j'eusse su ce que je vous envoie, que la mort n'en aurait ja triomphé, (au moins par ce moyen), ores que l'on dit que les jours de l'homme sont comptés devant Dieu. Il est vrai ; mais ce n'est point parce que Dieu avait compté ses jours être en tel nombre, mais le nombre a été compté devant Dieu parce qu'il est advenu ainsi ; ou pour plus clairement dire, il n'est point mort lorsqu'il est mort pour ce que Dieu l'avait ainsi prévu on compté le nombre de ses jours être tel, mais il l'avait prévu ainsi et le nombre de ses jours a été connu être tel qu'il a été, parce qu'il est mort lorsqu'il est mort. »

S<sup>r</sup> Vincent de Paul resta avec ce médecin du mois de septembre 1605 jusqu'au mois d'août 1606.

Voici la composition de ce remède conservé dans un ancien cahier manuscrit sans date à l'hospice de Marans (Charente-Inférieure).

« Remède de S<sup>r</sup> Vincent de Paul pour la gravell<sup>e</sup>. — Prenez thérébentine de Venise, deux onces ; turbith blanc, deux onces ; mastic, galanga, girofle, cannelle cubée, de chacun demi-once ; bois d'aloès battu, une once. Empâtez le tout ensemble avec une demi-litre de miel blanc et une pinte d'eau-de-vie la plus forte. Laissez le tout en digestion quelque temp, puis la distillez. Il faut prendre, le matin, à jeun, la quatrième partie d'une cuillère et observer de l'emplir d'eau de bourrache ou de buglosse, en prendre autant de fois que l'on voudra parce qu'elle ne peut être nuisible ; au contraire, elle est très bonne pour la santé ; et la principale opération est pour les urines. C'est pourquoi on n'y est point obligé de garder d'autre régime de vivre, sinon qu'il ne faut manger qu'une heure après, et on peut aller à ses affaires ordinaires. On en verra l'expérience ». La note se termine par ces mots : « Ce grand serviteur de Dieu l'a appris en Barbarie lorsqu'il était captif. »

Louis Caillon

---



# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

OCTOBRE 1922

## TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

### L'échinococcose dans le milieu indigène en Tunisie

Statistique de l'Hôpital Sadiki

Dr BRUN

PAR

LAURIOL

Chirurgien en Chef

Interne

Pour répondre à l'enquête faite par le professeur Devé sur l'échinococcose en Tunisie nous avons pensé qu'il serait intéressant de faire le relevé des kystes hydatiques opérés à l'hôpital Sadiki depuis 1902 par les docteurs Brunswik Le Bihan, Moreau, Braquehayé et Brun. Dans la liste que nous donnons ci-dessous figurent à côté du nom, l'âge et l'origine du malade ainsi que les indications cliniques et opératoires que nous avons trouvé consignées sur les cahiers d'opérations. Nous avons pensé qu'il était préférable de les grouper d'après la localisation afin que le lecteur puisse d'emblée se rendre compte de la fréquence relative de l'échinococcose dans tel ou tel organe. A la lumière de cette statistique forcément aride nous nous efforcerons de tirer les conclusions qu'elle nous dicte. Nous mettrons en relief enfin quelques points dans notre expérience personnelle nous a montré l'importance.

A. — *Kystes hydatiques opérés de 1902 à juin 1915 par le Dr Brunswik Le Bihan :*

#### Foie.

Khedidja bent Mohamed, 25 ans, Medjerda.

Kyste hydatique suppuré de la face supérieure du foie communiquant avec les voies biliaires. Ouverture et drainage :

Fathma bent Salah, 30 ans, Hamma.

Kyste hydatique du foie :

Chablia bent Brahim, 20 ans, Tunis.

Kyste hydatique du foie :

El Maaoui ben Ali, 12 ans, Metlaoui.

Kyste hydatique du foie :

Ahmed ben Salem, 40 ans, Constantine.

Kyste hydatique du foie. Ouverture transpleurale. Formolage :

Mohamed ben Mabrouk, 26 ans, Souk-el-Arba.

Kyste hydatique suppuré du foie. Marsupialisation :

X..., kyste hydatique suppuré du foie. Drainage.

X..., kyste hydatique suppuré du foie.

Hassen ben Sglaï, 40 ans, Tebourba.

Kyste hydatique du ligament suspenseur du foie. Formolage et capitonnage :

Mesbah ben Mohamed, 65, Tripoli.

Kyste hydatique du foie. Marsupialisation :

Mohamed ben Cheikh Foudhil, 28 ans, Kef.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie. Marsupialisation :

Gamra bent Ali, 30 ans, Souk-el-Arba.

Kyste hydatique antéro-supérieur du foie. Marsupialisation.

Hadjiki Gharbi, 37 ans, Sousse.

Kyste hydatique du foie et du petit épiploon. Marsupialisation :

Menoubi ben Hadj Khaled, 35 ans, Tunis.

Kyste hydatique énorme suppuré du foie. 15 à 20 litres de pus. Drainage :

Oucha bent Achour, 28 ans, Gaffour.

Kyste hydatique suppuré du foie. Marsupialisation. Drainage :

Ahmed ben Mohamed, 14 ans, Msaken.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie. Capitonnage et suture :

Mohamed Essala ben Hadjbli, 26 ans, Zouarine.

Kyste hydatique suppuré du foie. Marsupialisation :

Hadj Tebourbi, 50 ans, Maroc.

Kyste hydatique suppuré du foie ouvert dans les bronches. Incision transpleurale. Drainage :

Amor Hamaoui, 30 ans, Aïn-Draham.

Kyste hydatique du foie de 8 litres. Fermeture complète.

Ali ben Hadj, 21 ans, Kef.

Kyste hydatique du foie. Suture immédiate.

Khemaïs ben Mohamed, 45 ans, Grombalia.

Kyste hydatique du foie. Marsupialisation. Drainage.

#### Abdomen.

Mohamed ben Hacén, 32 ans, Soliman.

Kyste hydatique de l'épiploon.

Brahim ben Abdallah, 40 ans, Majer.

Kyste hydatique : 1° de l'arrière-cavité des épiploons ;

2° plusieurs kystes pédiculisés appendus  
au grand oblique.

3° Kyste hydatique du mésentère.

Ali ben Belgacem, 25 ans, Souk-el-Khemis.

Kyste hydatique du mésocolon transverse. Marsupialisation.

Hamda ben Chalbi, 45 ans, Nabeul.

Kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas.

Massoud ben Mohamed, 21 ans, Tripoli.

Kyste hydatique du mésocolon transverse. Marsupialisation.

Hadj Naceur Zlassi, 50 ans, Seliana.

Kystes hydatiques multiples de l'abdomen.

Hadj ben Ali, 25 ans, Tripoli.

Kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas contenant un  
demi litre. Drainage.

Mour Eddeni ben Hajan, 26 ans, Medjez.

Kystes hydatiques multiples de l'épiploon. Ablation.

Hamouda ben Amor, 30 ans, Tebourba.

Kyste hydatique multiples de l'abdomen.

#### Rate.

Ali ben Belgacem, 20, Mateur.

Kyste hydatique de la rate.

Ahmed ben Mohamed, 35 ans, Tunis.

Kyste hydatique suppuré de la rate, Marsupialisation et  
drainage,

Algia bent Ali, 60 ans, Souk-el-Khemis.

Kyste hydatique fistulisé de la rate. Débridement et drai-  
nage.

**Muscles et os.**

Amor ben Ali Largati, 35 ans, Gabès.

Kyste hydatique du grand dorsal gauche.

Tourkia bent Maraaf, 30 ans, Bizerte.

Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire, formolage et suture.

Ali ben Mohamed, 25 ans, Kairouan.

Kyste hydatique suppuré du maxillaire inférieur.

Hassini ben Ali, 30 ans, Arad.

Kyste hydatique de l'orbite. Drainage.

Brahim Chalghoumi, 25 ans, Ksiba.

Kyste hydatique suppuré du grand fessier droit. Drainage.

Rekaïa bent Ali, 75 ans, El Alia.

Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire. Capitonage et suture.

**Rein.**

Salem ben Mohamed, 70 ans, La Marsa.

Kyste hydatique du rein gauche. Nephrectomie.

Ali Chibaoui, 13 ans, Guertane.

Kyste hydatique du rein. Fermeture complète.

**Glandes salivaires.**

Chadli ben Othman, 9 ans, Ras-Djebel.

Kyste hydatique de la glande sous-maxillaire. Formolage. Drainage.

Ali ben Amor, 10 ans, Souassi.

Kyste hydatique de la parotide. Ablation.

Total : 46

B. — *Kystes hydatiques opérés de juin 1915 à avril 1919 par le Dr Moreau :*

**Foie.**

Othman ben Ali, 30 ans, Tozeur.

Kyste hydatique du foie. Marsupialisation.

Ali ben Mohamed, 40 ans, Soudan.

Kyste hydatique du foie.

Mohamed ben Ali, 40 ans, Bizerte.

Kyste hydatique suppuré du foie. Drainage.



Charrada bent Amor, 27 ans, Tunis.

Kyste hydatique double du foie. Fermeture sans drainage.

Bechir ben Ali, 18 ans, Bizerte.

Kyste hydatique du foie. Fermeture sans drainage.

Belgacem ben Mhadeb, 13 ans.

Kyste hydatique du foie. Fermeture sans drainage.

Ahmed ben Mohamed, 55 ans, Kassar-Helal.

Kyste hydatique volumineux suppuré du foie, 12 litres environ. Ponctionné antérieurement plusieurs fois. Drainage.

Hadi ben Amor, 12 ans, Mateur.

Kyste hydatique du foie. Formolage et fermeture.

Cheikh Boubaker Tajouri, 55 ans, Kef.

Kyste hydatique suppuré du foie. Marsupialisation.

Amor ben Khmis, 30 ans, Tunis.

Kyste hydatique du foie. Fermeture.

Chabbia bent Belgacem, 9 ans, Tebourba.

Kyste hydatique double du foie. Formolage et fermeture.

Brahim ben Abdallah, 30 ans, Grombalia.

Kyste hydatique suppuré du foie. Drainage.

Hadi ben Hattab, 40 ans, Tunis.

Kyste hydatique du foie. Formolage. Fermeture.

Mostafa ben Belgacem, 33 ans, Seliana.

Kyste hydatique énorme du foie. Formolage. Fermeture.

Messaoud ben Brahim, 41 ans, Djedeïda.

Kyste hydatique suppuré du foie.

Mohamed Baccouchi, 44 ans, Bizerte.

Kyste hydatique du foie. Formolage. Fermeture.

Abbas bel Hadj Salah, 35 ans, Ksour-Ouertane.

Kyste hydatique du foie. Formolage. Fermeture.

Nour Eddeni, 30 ans, Medjez.

Kyste hydatique du foie.

#### Abdomen.

Boubaker ben Djelani, 30 ans, Béja.

Kyste hydatique du cordon inguinal. Formolage. Fermeture.

#### Rate.

Zaïneb bent Smida, 47 ans, Nefiha.

Kyste hydatique de la rate. Formolage. Fermeture.

Hassini bel Hadj Salah, 40 ans, Kef.

Kyste hydatique de la rate. Formolage. Fermeture.

Ahmed el Mekki, 35 ans, Msaken.

Kyste hydatique de la rate. Fermeture complète.

### Poumon.

Mohamed ben Ali, 45 ans, Kef.

Kyste hydatique suppuré du poumon droit. Opération d'Eslander.

### Muscles.

Mansour ben Othman, 18 ans, Mornag.

Kyste hydatique du grand dorsal en voie de suppuration.

Formolage. Fermeture.

Total : 25

C. — *Kystes hydatiques opérés d'avril 1919 à avril 1922 par le D<sup>r</sup> Braquehay.*

### Foie.

Khadiria bent Ahmed, 28 ans, Souk-el-Arba, opérée le 26 mai 1919.

Kystes hydatiques multiples du foie (5) à la face inférieure. Guérison.

Zaara bent Belgacem, 30 ans, Tebessa, opérée le 13 juin 1919.

Très volumineux kyste hydatique de la face supérieure du foie remontant très haut dans le thorax. Guérison.

Fathma bent Ali, 35 ans, Medjerda, opérée le 13 septembre 1919.

Kyste hydatique suppuré de la face antérieure du foie.

Aïcha bent Brahim, 15 ans, Sidi-Nacer, opérée le 21 novembre 1919.

Kyste hydatique en voie de calcification à la face inférieure du foie.

Salaha bent Ahmed, 35 ans, Soliman, opérée le 22 février 1920.

Kyste hydatique suppuré de la face externe du lobe droit du foie.

Haddi bent Abib, 30 ans, Zouarine, opérée le 10 mars 1920.

Kyste hydatique du bord inférieur du foie.

Mabrouka bent Fradj, 38 ans, Medjez-el-Bab, opérée le 7 avril 1920.

Kyste hydatique suppuré de la face inférieure du lobe droit du foie.

Teber bent Ahmed, 40 ans, Tadjerouine, opérée le 14 avril 1920.

Volumineux kyste hydatique suppuré (5 litres) de la face inférieure du foie.

Fathma el Gharbi, 60 ans, Béja, opérée le 26 mai 1920.

Deux volumineux kystes hydatiques en arrière du ligament falciforme qui est étalé sur la tumeur.

Ghzala bent Houssi, 35 ans, Souk-Ahras, opérée le 28 août 1920.

Trois volumineux kystes hydatiques du lobe droit du foie.

Hizia bent Hadj Yalfouf, 30 ans, Souk-Ahras, opérée le 25 octobre 1920.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie.

Fathma bent Amor, 55 ans, Tunis, opérée le 3 novembre 1920.

Kyste hydatique du lobe droit du foie.

Rebah bent Ahmed, 26 ans, Zembouka, opérée le 28 janvier 1921.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie.

Om Hani bent Ali, 30 ans, Grombalia, opérée le 21 février 1921.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie.

Khadija bent Mohamed, 28 ans, Mateur, opérée le 19 avril 1921.

Très volumineux kyste hydatique du foie lobe gauche à liquide jaune d'or.

Halmia bent Mohamed, 11 ans, Medjez-el-Bab, opérée le 18 avril 1921.

Kyste hydatique suppuré du lobe droit du foie.

Fatma bent Diaf, 40 ans, Teboursouk, opérée le 22 juin 1921.

Kyste hydatique suppuré du lobe gauche du foie.

Teffaha bent Boubaker, 35 ans, Tunis, opérée le 24 septembre 1921.

Kyste hydatique central du foie.

Aziza bent Amor, 27 ans, Matmata, opérée le 14 septembre 1921.

8 kystes hydatiques du foie dont 1 profond.

Fatma bent Ali, 55 ans, Tunis, opérée le 16 novembre 1921.

Kystes hydatiques multiples du foie surtout à la partie postérieure et à la face inférieure, dont 5 sont volumineux.

Zorah bent Mohamed, 40 ans, Tunis, opérée le 30 janvier 1922.

Kyste hydatique suppuré du foie adhérent à la paroi.

Khadija bent Ali, 45 ans, Mateur, opérée le 1<sup>er</sup> février 1922.

Kyste hydatique de la face inférieure du lobe droit du foie.

Fatma ben Mohamed, 60 ans, Tunis, opérée le 23 février 1922.

Kyste hydatique suppuré du lobe droit du foie.

Maryem bent Salah, 22 ans, Tunis, opérée le 24 février 1922.

Kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Embarka bent Amor, 28 ans, Djounine, opérée le 6 mars 1922.

Volumineux kyste hydatique de la face inférieure du lobe droit du foie.

#### Abdomen.

Zorah bent Ahmed, 20 ans, Kef, opérée le 17 mai 1920.

10 kystes hydatiques du mésentère et du mésocolon transverse.

Hafsia ben Younès, 25 ans, Tebessa, opérée le 14 juin 1920.

Une vingtaine de kystes hydatiques : 1 sur le péritoine, 2 sur l'épiploon, 3 sur le mésocolon transverse, 4 dans le petit bassin, 5 à la face inférieure du foie.

Fattouma bent Ahmed, 28 ans, Tunis, opérée le 19 septembre 1920.

Kyste hydatique du mésentère.

Messaouda bent Zaber, 50 ans, Gabès, opérée le 26 septembre 1920.

Kyste hydatique suppuré du mésocolon descendant.

Halima bent Kalli, 12 ans, Souk-Ahras, opérée le 25 octobre 1920.

Kyste hydatique du mésentère.

Aouicha bent Amor, 40 ans, Bizerte, opérée le 11 novembre 1920.

Kyste hydatique du mésentère adhérent aux colons ascendant et transverse.

Salha bent Amor, 40 ans, Kairouan, opérée le 4 mars 1921.

Volumineux kyste hydatique de l'épiploon.

Salha bent Mohamed, 50 ans, Sidi-bou-Saïd, opérée le 6 mai 1921.

Kyste hydatique suppuré du ligament large gauche.



Douja bent Ahmed, 52 ans, Nabeul, opérée le 14 novembre 1921.

Volumineux kyste hydatique du mésentère.

Fathma bent Ouliba, 35 ans, Kef, opérée le 21 avril 1922.

Volumineux kyste hydatique du mésocolon transverse.

#### Rate.

Haddo Hadlia, 50 ans, Mateur, opérée le 23 janvier 1922.

Kyste hydatique de la rate.

#### Poumon.

Messaouda bent Bou Feraâ, 49 ans, Goubellat.

Kyste hydatique du poumon gauche.

#### Corps thyroïde.

Mena bent Saad, 20 ans, Tebourba, opérée le 6 avril 1921.

Kyste hydatique du lobe droit du corps thyroïde.

#### Parotide.

Viatto Joséphine, 12 ans, Tunis, opérée le 14 octobre 1921.

Kyste hydatique de la parotide droite.

#### Sein.

Douja bent Mohamed, 25 ans, Tunis, opérée le 9 novembre 1921.

Kyste hydatique du sein gauche.

Total : 41

D. — *Kystes hydatiques opérés d'avril 1919 à avril 1922  
par le D<sup>r</sup> Brun :*

#### Foie.

Brahim bel Hadj Abbas, 37 ans, Tebessa, opéré le 12 avril 1919, sorti le 28 avril.

Volumineux kyste hydatique développé au dépens de la face externe du lobe gauche du foie. Ponction et formolage du kyste dont l'exploration par la plaie montre qu'il est énorme et renferme de nombreuses vésicules filles. Capitonage de la poche et fermeture sans drainage.

Ammar ben Mohamed, 20 ans, Tebessa, opéré le 27 juin 1919, sorti le 10 juillet.

Kyste hydatique du lobe gauche du foie, face inférieure du

volume de 2 poings renfermant une grosse vésicule fille. Formolage, évacuation, fermeture sans drainage.

Lakhdar bel Hadj Arbi, 21 ans, Tebessa, opéré le 9 août 1919, sorti le 10 septembre.

Volumineuse collection purulente du lobe droit du foie due à un kyste hydatique suppuré, Au point de vue clinique ce malade ne présentait ni douleur ni température. Formolage, évacuation, drainage. Le 25 octobre : Fistule au niveau de la cicatrice par laquelle s'échappent des vésicules hydatiques. On se contente d'agrandir la brèche, de faire un lavage au formol et de drainer.

Ali Moussa ben Ammar, 37 ans, Biskra, opéré le 14 août 1919, sorti le 23 août.

Kyste hydatique du foie développé au niveau de la face connexe du lobe gauche renfermant de nombreuses vésicules filles. Formolage, évacuation, fermeture.

Hassini Ayachi, 30 ans, Ouertane, opéré le 6 septembre 1919, sorti le 25 septembre.

Kyste hydatique suppuré du foie et kystes hydatiques multiples de l'épiploon.

Très volumineux kyste hydatique suppuré du lobe gauche du foie : il renferme un liquide café au lait dans lequel nagent de nombreuses vésicules filles de grosseur différente à contenu clair. Formolage, évacuation et fermeture sans drainage. Il existe en outre dans la fossette qui sépare le lobe gauche du lobe antérieur un petit kyste hydatique du volume d'une mandarine que l'on arrive à énucléer en entier. Le grand épiploon est farci de kystes secondaires; on fait la résection de toute cette partie de l'épiploon et on referme la paroi.

Taïeb ben Brahim, 39 ans, Tebessa, opéré le 20 septembre 1919, sorti le 5 octobre.

Kyste hydatique complexe de la face inférieure du lobe gauche du foie descendant dans l'épiploon du volume de 2 poings renfermant de nombreuses vésicules filles de volume variable. Le liquide contient un peu de bile. Formolage, évacuation et fermeture sans drainage.

Salah ben Hassini M'heddeb, 25 ans, Nabeul, opéré le 6 novembre 1919, sorti le 3 décembre 1919.

Volumineux kyste hydatique suppuré de la face postérieure du lobe gauche du foie. On retire un liquide suppuré mélangé

de vésicules filles grosses comme une mandarine également suppurées. Formolage et fermeture sans drainage.

Mekki ben Béchir ben Hamouda, 30 ans, Mateur, opéré le 27 décembre 1919, décédé le même jour.

Kyste hydatique du foie : à l'ouverture du ventre il s'échappe 6 litres de liquide aérohémorragique; on voit sur le lobe gauche du foie un petit kyste qui est ouvert. On se rend compte à ce moment que c'est au niveau du lobe droit que se trouve la tumeur principale qu'on arrive à découvrir en greffant sur la première incision une autre horizontale. Ponction, formolage, extirpation de la vésicule mère qui est énorme et renferme de petites vésicules filles. Fermeture sans drainage.

Cliniquement : Le malade se présente avec tous les symptômes de cachexie, œdème des membres inférieurs, ascite considérable, on sent à la palpation deux tumeurs au niveau du lobe gauche du foie.

Salouha bent Ahmed, 40 ans, Tunis, opérée le 22 février 1920, sorti le 7 mars.

Gros kyste hydatique suppuré développé aux dépens de la face convexe du lobe droit. L'ouverture montre un kyste complexe avec une grosse membrane hydatique. Formolage, évacuation de 3 litres de liquide, fermeture sans drainage.

Hamouda Sliti, 68 ans, Mateur, opéré le 9 mars, sorti le 4 juin 1920.

Kyste hydatique suppuré de la face convexe du foie adhérent à la paroi. Ponction d'un liquide franchement purulent, évacuation de 6 litres environ, formolage, écouvillonnage et fermeture sans drainage.

Ali Ghraïs, 55 ans, Souk-el-Arba, opéré le 23 mars, sorti le 7 avril 1920.

Kyste hydatique suppuré de la face inférieure du lobe droit du foie plongeant dans la cavité abdominale. Formolage, évacuation, fermeture.

Suites opératoires normales, sans fièvre, cicatrice parfaite.

Mabrouka bent Salem Essouli, 38 ans, Medjez, opérée le 7 avril, sortie le 20 avril 1920.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie ayant plongé dans la cavité abdominale et donnant cliniquement l'aspect d'une tumeur ovarienne; le volume est d'environ 5 litres. C'est un

volume de 2 poings renfermant une grosse vésicule fille. Formolage, évacuation, fermeture sans drainage.

Lakhdar bel Hadj Arbi, 21 ans, Tebessa, opéré le 9 août 1919, sorti le 10 septembre.

Volumineuse collection purulente du lobe droit du foie due à un kyste hydatique suppuré, Au point de vue clinique ce malade ne présentait ni douleur ni température. Formolage, évacuation, drainage. Le 25 octobre : Fistule au niveau de la cicatrice par laquelle s'échappent des vésicules hydatiques. On se contente d'agrandir la brèche, de faire un lavage au formol et de drainer.

Ali Moussa ben Ammar, 37 ans, Biskra, opéré le 14 août 1919, sorti le 23 août.

Kyste hydatique du foie développé au niveau de la face connexe du lobe gauche renfermant de nombreuses vésicules filles. Formolage, évacuation, fermeture.

Hassini Ayachi, 30 ans, Ouertane, opéré le 6 septembre 1919, sorti le 25 septembre.

Kyste hydatique suppuré du foie et kystes hydatiques multiples de l'épiploon.

Très volumineux kyste hydatique suppuré du lobe gauche du foie : il renferme un liquide café au lait dans lequel nagent de nombreuses vésicules filles de grosseur différente à contenu clair. Formolage, évacuation et fermeture sans drainage. Il existe en outre dans la fossette qui sépare le lobe gauche du lobe antérieur un petit kyste hydatique du volume d'une mandarine que l'on arrive à énucléer en entier. Le grand épiploon est farci de kystes secondaires; on fait la résection de toute cette partie de l'épiploon et on referme la paroi.

Taïeb ben Brahim, 39 ans, Tebessa, opéré le 20 septembre 1919, sorti le 5 octobre.

Kyste hydatique complexe de la face inférieure du lobe gauche du foie descendant dans l'épiploon du volume de 2 poings renfermant de nombreuses vésicules filles de volume variable. Le liquide contient un peu de bile. Formolage, évacuation et fermeture sans drainage.

Salah ben Hassini M'heddeb, 25 ans, Nabeul, opéré le 6 novembre 1919, sorti le 3 décembre 1919.

Volumineux kyste hydatique suppuré de la face postérieure du lobe gauche du foie. On retire un liquide suppuré mélangé



de vésicules filles grosses comme une mandarine également suppurées. Formolage et fermeture sans drainage.

Mekki ben Béchir ben Hamouda, 30 ans, Mateur, opéré le 27 décembre 1919, décédé le même jour.

Kyste hydatique du foie : à l'ouverture du ventre il s'échappe 6 litres de liquide aérohémorragique; on voit sur le lobe gauche du foie un petit kyste qui est ouvert. On se rend compte à ce moment que c'est au niveau du lobe droit que se trouve la tumeur principale qu'on arrive à découvrir en greffant sur la première incision une autre horizontale. Ponction, formolage, extirpation de la vésicule mère qui est énorme et renferme de petites vésicules filles. Fermeture sans drainage.

Cliniquement : Le malade se présente avec tous les symptômes de cachexie, œdème des membres inférieurs, ascite considérable, on sent à la palpation deux tumeurs au niveau du lobe gauche du foie.

Salouha bent Ahmed, 40 ans, Tunis, opérée le 22 février 1920, sorti le 7 mars.

Gros kyste hydatique suppuré développé aux dépens de la face convexe du lobe droit. L'ouverture montre un kyste complexe avec une grosse membrane hydatique. Formolage, évacuation de 3 litres de liquide, fermeture sans drainage.

Hamouda Sliti, 68 ans, Mateur, opéré le 9 mars, sorti le 4 juin 1920.

Kyste hydatique suppuré de la face convexe du foie adhérent à la paroi. Ponction d'un liquide franchement purulent, évacuation de 6 litres environ, formolage, écouvillonnage et fermeture sans drainage.

Ali Ghraïs, 55 ans, Souk-el-Arba, opéré le 23 mars, sorti le 7 avril 1920.

Kyste hydatique suppuré de la face inférieure du lobe droit du foie plongeant dans la cavité abdominale. Formolage, évacuation, fermeture.

Suites opératoires normales, sans fièvre, cicatrice parfaite.

Mabrouka bent Salem Essouli, 38 ans, Medjez, opérée le 7 avril, sortie le 20 avril 1920.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie ayant plongé dans la cavité abdominale et donnant cliniquement l'aspect d'une tumeur ovarienne; le volume est d'environ 5 litres. C'est un

kyste complexe, contenant des vésicules filles et un liquide louche. Ponction, formolage, résection d'une partie de la poche, fermeture sans drainage.

Hedi ben Touhami, 39 ans, Medjez, opéré le 3 juillet, sorti le 6 août 1920.

Volumineux kyste hydatique suppuré de la face convexe du foie communiquant avec la vésicule biliaire, car celle-ci énorme avant l'ouverture du kyste est à peu près vide après évacuation de la poche.

Liquide puriforme extrêmement fétide, teinté de bile et renfermant de nombreuses vésicules filles. Formolage, curettage et fermeture.

L'examen fait par l'Institut Pasteur révèle la présence de diverses bactéries, grande prédominance de staphylocoques.

Revu le 18 octobre. Cicatrisation parfaite, le malade ne souffre plus la région est souple.

Lakhdar Chouki, 60 ans, TebourSouk, opéré le 15 juillet, sorti le 8 août 1920.

Kystes hydatiques multiples de la face antérieure du lobe gauche du foie à liquide clair. Un de ces kystes a le volume du poing, il ne contient qu'une seule vésicule. L'autre a le volume d'une orange, il renferme plusieurs vésicules filles. Formolage, évacuation, fermeture.

Mohamed ben Salah, 33, Souk-el-Arba, opéré le 13 juillet, décédé le 21 juillet 1920.

Kyste hydatique suppuré développé au dépens du lobe droit du foie dans sa partie antérieure et connexe, adhérent à la paroi abdominale. Evacuation, formolage. On laisse un drain et une mèche dans la poche.

Amara ben Salah, 36 ans, Ouedref, opéré le 10 août, sorti le 6 septembre 1920.

Petit kyste hydatique du lobe gauche du foie en voie de dégénérescence. Evacuation à la curette. Formolage, fermeture sans drainage.

Mizouni ben Mohamed, 35 ans, Zouarine, opéré le 10 août, décédé le 10 septembre 1920.

Kyste hydatique simple à liquide clair et à vésicule unique développé à la face convexe du foie. Evacuation, formolage, extirpation de la membrane et fermeture.

Oum Delal, 50 ans, Sers, opérée le 11 août, décédée le 15 septembre 1920.

Volumineux kyste hydatique suppuré du lobe gauche du foie bombant à la face antérieure et venant faire saillie sur la face convexe. Kyste complexe renfermant plusieurs vésicules filles et des amas noirâtres ressemblant à des caillots de fibrine. Evacuation, formolage, fermeture.

26 août. Le kyste s'étant reformé, ponction et drainage.

9 septembre. Débridement et drainage du kyste.

Ghezala bent Houssini, 35 ans, Souk-Ahras, opérée le 28 août, sortie le 17 septembre 1920.

Kyste hydatique à liquide citrin sur la partie médiane de la face convexe du foie. Kyste simple du volume du poing.

Kyste hydatique volumineux à liquide clair (2 litres) sur la face externe du lobe gauche du foie.

Kyste hydatique situé immédiatement sur la vésicule biliaire, à liquide tout à fait bilieux. Ponction, formolage et fermeture des kystes.

Taïeb bel Arbi, 47 ans, Zaghouan, opéré le 26 octobre, sorti le 11 novembre 1920.

Kyste hydatique complexe du bord antérieur du lobe gauche du foie. 3 des vésicules sont suppurées. Formolage, évacuation, fermeture.

Rate énorme. Ascite.

Abderrahman ben Ali, 10 ans, Tunis, opéré le 4 novembre, sorti le 18 décembre 1920.

3 kystes hydatiques de la face inférieure du lobe droit du foie. Ponction, formolage, extirpation des vésicules mères, fermeture.

Sahli ben Taïeb, 40 ans, Algérie, opéré le 2 décembre 1920, sorti le 11 janvier 1921.

Kyste hydatique du lobe gauche du foie, complexe ouvert antérieurement dans l'estomac, renfermant plusieurs vésicules filles à liquide clair. On voit que la partie supérieure de la petite courbure est très adhérente à la face inférieure du lobe gauche. C'est par là sans doute que le kyste initial s'est évacué. Libération du foie de la petite courbure. Surjet sur les surfaces cruantées, fermeture sans drainage.

Mohamed ben Rejeb, 35 ans, El-Hattab, opéré le 14 mai, décédé le 7 juin 1921.

Volumineux kyste hydatique complexe occupant tout le lobe gauche du foie renfermant de nombreuses vésicules filles de volume variable, quelques-unes étaient vidées et flétries. La plupart avait un liquide légèrement coloré par la bile, d'autres un liquide clair. Formolage, évacuation et fermeture.

5 juin : Au 20<sup>e</sup> jour le malade présente à nouveau une tumeur abdominale correspondant à la poche kystique tendue et sonore. La ponction laisse échapper des gaz et un liquide purulent dont on retire environ 2 litres et demi; on fait suivre cette ponction d'une injection d'éther.

Messaouda bent Ahmed, 32 ans, Sodrata, opérée le 24 mai, sortie le 15 juin 1921.

Un premier kyste hydatique suppuré situé à la partie inférieure du lobe droit du foie qui est à ce point volumineux qu'il descend dans la cavité pelvienne.

Un second kyste occupant tout le flanc et tout l'hypocoudre gauche. La ponction du premier kyste permet de retirer quatre litres de liquide puriforme verdâtre. La membrane était divisée donnant l'impression de marmelade d'écorces d'orange, formolage et fermeture.

Le deuxième kyste renfermait deux litres de liquide clair, fermeture après formolage.

La vésicule biliaire a la grosseur du poing, ses parois sont épaisses. L'état précaire de la malade ne permet pas d'en faire l'ablation. Le foie est énorme descendant à l'ombilic, parcouru de trainées blanchâtres qui traduisent un processus de réaction.

Hamou bel Hadj, 26 ans, Bni Mzab, opéré le 21 juin, sorti le 8 juillet 1921.

Volumineux kyste hydatique développé à la face inférieure du lobe gauche du foie. Kyste sessile qui emplit toute la cavité abdominale, plus gros qu'un utérus gravide à terme. Libération des adhérences formées par le grand épiploon, ponction de 12 litres de liquide purulent avec nombreuses vésicules filles. Formolage, résection des parois au ras du foie. Fermeture de la poche, Suture de la paroi en un plan après avoir laissé une mèche à l'endroit de la résection.



Salah ben Ali, 11 ans, Tunis, opéré le 19 juillet, sorti le 29 août 1921.

Kyste hydatique de la face supérieure du foie à liquide clair, 5 litres environ. Ponction, formolage, évacuation et fermeture.

Abdelkader ben Ali, 74 ans, Kasserine, opéré le 28 juillet, sorti le 9 août 1921.

Kyste hydatique suppuré de tout le lobe droit du foie, kyste complexe. Ponction d'un liquide purulent, formolage et fermeture.

Abdallah bel Hadj, 30 ans, Ksour-Essof, opéré le 10 novembre, sorti le 24 novembre 1921.

Volumineux kyste hydatique du lobe droit du foie qu'il débordé en haut et en bas.

Ponction de 3 litres de liquide clair. Evacuation, formolage.

Lakhdar ben Brahim, 40 ans, Souk-Ahras, opéré le 3 décembre, sorti le 21 décembre 1921.

Kyste hydatique du lobe gauche du foie ancien, vidé antérieurement. Hypertrophie massive du foie avec voussure à l'épigastre. A l'ouverture on trouve à la face inférieure du lobe gauche une membrane lardacée, vestige de l'ancien kyste.

Mohamed bel Hadj, 50 ans, Touat, opéré le 14 février, sorti le 18 mars 1922.

Volumineux kyste hydatique suppuré du lobe droit du foie. A l'ouverture foie très volumineux, pas de trace de kyste. On ponctionne à la partie la plus saillante du lobe. On retire du pus chocolat mélangé à des débris de membranes. On ouvre largement la poche formée par tout le lobe droit, formolage et fermeture sans drainage. Suites opératoires très bonnes.

Zaïdi Mohamed Salah, 69 ans, Guelma, opéré le 2 mars, sorti le 17 mars 1922.

Kyste hydatique suppuré du lobe droit du foie, bombant surtout sur la face externe et convexe. Après ouverture et échappement d'un liquide purulent très foncé, épais, on lave au formol et on ferme complètement.

Cliniquement : le malade présentait un gros foie avec voussure à droite. Le début remonterait d'après le malade à deux mois et la douleur n'est apparue que depuis quinze jours.

Madame N..., israélite, Tunis, âgée de 35 ans, opérée en clientèle.

Laparotomie horizontale droite. Volumineux kyste hydatique

de la face supéro-externe du lobe droit. Kyste uniloculaire à liquide eau de roche. Contenu : 2 litres. On retire la membrane hydatique après formolage. Fermeture sans drainage.

Un an après la malade revient nous trouver avec tous les signes d'un nouveau kyste hydatique mais qui semble siéger sur le lobe gauche car la voussure est nettement médiane et au delà de la cicatrice primitive. (La malade ne s'est pas encore décidée à se faire réopérer).

### Abdomen.

Fahloul Mohamed ben Safi, 35, Constantine, opéré le 18 novembre, sorti le 14 décembre 1919.

Volumineux kyste hydatique situé au niveau de l'angle duodeno-jéjunal. Après formolage et évacuation on essaie de l'enlever. Mais il existe une forte adhérence postérieure et on trouve la grosse veine mésentérique dans ses parois. Après résection d'une grande partie on suture la poche.

Teber bent Boughrami, 40 ans, Tazerouine, opérée le 14 avril, sortie le 28 juin 1919.

Kyste hydatique du ligament large adhérent aux nerfs et vaisseaux.

Evacuation, formolage, résection partielle et fermeture.

Hamouda bel Arbi, 55 ans, opéré le 31 mars, sorti le 15 juillet 1921.

Kyste hydatique ancien. L'exploration de la fistule montre qu'il existe une cavité suppurée. Lavage à l'éther.

Mohamed ben Ali, 14 ans, Mateur, opéré le 3 septembre, sorti le 9 novembre 1922.

Kyste hydatique de la fosse iliaque droite au dépens de la paroi cœcale. Ponction, formolage, extirpation de la vésicule mère, fermeture. — 22 octobre : la tumeur réapparaît. A l'ouverture on trouve l'épiploon et quelques autres grêles adhérents à la tumeur de la fosse iliaque.

Libération des adhérences. Ponction d'un liquide citrin couleur urine trouble. Pas de vésicules. Fermeture. On résèque par la même occasion l'appendice.

Le malade revu en mai 1922 se porte bien. La tumeur n'a pas reparu.

Youssef Yacoubi, 12 ans, opéré le 17 décembre, décédé le 20 décembre 1921.

Echinococcose généralisée du péritoine.

(Observation parue dans la *Revue Tunisienne* du 5 janvier 1922).

#### Rate.

Labouma bent Khemis, 30 ans, Tunis, opérée le 31 août, décédée le 6 septembre 1920.

Deux volumineux kystes hydatiques. Le premier énorme développé au dépens de la face externe de la rate, le décollement colo-épiplôique permet de constater que le kyste par son pôle inférieur passe au-dessous de la queue du pancréas qu'il soulève complètement. Liquide citron, formolage, fermeture ; le second kyste semble développé dans le mésotransverse. Liquide clair puis légèrement rosé, formolage et fermeture.

#### Plèvres.

Zaquar Amar, 30 ans, Melilla, opéré le 29 août, sorti le 14 septembre 1919.

Kyste hydatique de la plèvre gauche. Thoracotomie. 2 litres de liquide clair. On retire la membrane hydatique, formolage et fermeture.

Chaouia Beni Lakhdar, 26 ans, Alger, opéré le 15 juin, sorti le 16 juillet 1920.

Kyste hydatique suppuré de la plèvre droite.

Tijani ben Belgacem, 28 ans, Tunis, opéré le 19 avril, sorti le 1<sup>er</sup> mai 1921.

Kyste hydatique de la plèvre droite. Thoracotomie, évacuation, formolage et fermeture.

#### Reins.

Jalali Ahmed ben Tahar, 30 ans, Tebessa, opéré le 1<sup>er</sup> mai, sorti le 31 juillet 1920.

Volumineux kyste hydatique suppuré du rein droit. Lombotomie, on trouve une tumeur unique, arrondie, fluctuante, occupant la loge rénale. On retire du pus. On ouvre la poche qui contenait outre la membrane de nombreuses vésicules filles. Formolage et marsupialisation.

### Muscles.

Mohamed ben Rezgui, 28 ans, Tebessa, opéré le 21 août, sorti le 10 septembre 1919.

Kyste hydatique suppuré de la cuisse. Evacuation d'une assez grande quantité de pus mélangé de membranes hydatiques. Formolage et fermeture après drainage filiforme.

En plus des cas ne kystes hydatiques relevés ci-dessus nous avons eu l'occasion d'observer en clientèle, avec le D<sup>r</sup> Cortesi, un cas de kyste hydatique du poumon droit.

Madame X..., 35 ans, a eu des hémoptysies et avait rendu au milieu de quintes de toux des vésicules hydatiques. L'examen radioscopique montre une ombre arrondie de la grosseur d'un œuf de poule au-dessous de la clavicule droite et à deux travers de doigt en dehors du sternum. La malade ne se décide pas à se faire opérer.

Il nous reste à signaler deux cas de kystes hydatiques rendus par vomique sans que la radioscopie des poumons ait pu nous permettre d'affirmer la localisation thoracique du kyste :

1° Mohamed ben..., 24 ans, Sousse.

Aurait eu plusieurs vomiques précédées d'hémoptysies. Il aurait rejeté des débris de membranes que le malade compare à du blanc d'œuf cuit. Le médecin de Sousse affirme qu'il s'agit de membrane hydatique ;

2° Un malade de 15 ans vient à l'hôpital Sadiki. Il vient d'avoir plusieurs hémoptysies. Il apporte dans sa main une vésicule hydatique grosse comme un œuf de pigeon qu'il vient d'expulser dans un effort de toux quelques minutes auparavant. L'examen de laboratoire confirme qu'il s'agit bien d'une membrane hydatique.

Examen radioscopique négatif. Foie et rate normaux.

Soit au total : 47 cas de kystes hydatiques.

×

En résumé il a été traité à l'hôpital Sadiki, de 1902-1922, 160 kystes hydatiques qui se répartissent de la façon suivante :

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Kystes hydatiques du foie..... | 101       |
| — de l'abdomen.....            | 25        |
| — de la rate.....              | 8         |
| — du poumon et de la           |           |
| plèvre.....                    | 5         |
| — divers.....                  | 41        |
|                                | <hr/> 160 |



Cette statistique était nécessaire pour montrer la fréquence de l'échinococcose en Tunisie. En 20 ans nous la retrouvons 160 fois sur les registres de l'hôpital Sadiki. C'est en 1903 que Géraud signalait la Tunisie comme un pays payant un lourd tribut à l'échinococcose. Quelques années plus tard dans une lettre qu'il adressait au professeur Devé le Dr Brunswik Le Bihan écrivait : « Les kystes hydatiques sont extrêmement fréquents dans la population tunisienne ; il n'est pas de semaine où je n'aie l'occasion d'en opérer chez les indigènes ». L'enquête à laquelle nous nous sommes livrés et notre expérience personnelle nous confirment dans cette opinion que la Tunisie doit être considérée comme un pays d'élection du ténia échinocoque au même titre que l'Australie, l'Argentine ou l'Islande.

Si l'on veut bien réfléchir aux conditions requises par le parasite du kyste hydatique pour accomplir son cycle évolutif, aujourd'hui bien élucidé, on verra qu'elles se trouvent réunies dans ce pays d'une façon malheureusement idéale, surtout parmi la population indigène.

L'Arabe est avant tout un nomade et un pasteur, Cette condition même de son existence le met en contact journalier, permanent, avec les deux animaux qui constituent l'habitat le plus fréquent du cestode qui nous occupe : le chien, le mouton.

Les chiens sont nombreux dans les douars, ils rôdent autour des gourbis, toujours en quête d'un débris de boucherie à dévorer. Les statistiques d'Oliver ont établi que pour l'Uruguay la proportion des chiens infestés par le ténia échinocoque atteints 30 %. Nous ne pouvons pas fournir pour la Tunisie des renseignements précis mais il est permis d'imaginer quelle réserve de tenias adultes représente la meute des chiens tunisiens. Leurs déjections déposées à la surface du sol iront contaminer les légumes, les eaux de puits et les mares. Ignorant des plus élémentaires règles d'hygiène le bédouin absorbera les œufs de ténia ainsi répandus. Ajoutons que dans le gourbi et sous la tente la vie indigène se passe au ras du sol à hauteur de chien si l'on peut dire. Ainsi se trouve constitué un premier élément étiologique.

Mais cela ne suffit pas à expliquer la fréquence de l'échinococcose. Pour que la tenia se multiplie et pullule il lui faut un hôte intermédiaire qui viendra fermer le cycle d'évolution. En

Tunisie c'est au mouton principalement que revient ce rôle. Il constitue dans bien des régions l'unique viande de boucherie.

Or de tous les animaux consommés par l'homme il est précisément le plus souvent infesté par le parasite du kyste hydatique, plus encore que le bœuf. Vegas et Cranwell ont établi que pour l'Argentine 50 % des bœufs et 60 % des moutons étaient atteints d'échinococcose. Oliver pour l'Uruguay compte 20 à 60 % de moutons infestés. Les statistiques d'Ostertag pour le Mecklembourg indiquent 29 % de bœufs et 33 % de moutons et respectivement 10,7 % et 18 % en Poméranie. La proportion en Tunisie ne doit pas être inférieure, le mouton trouvant dans les pâturages et les eaux contaminés une source multiple d'infestation. Le mouton consommé sur place, les abats ne seront pas enterrés : l'indolence indigène ignore cette précaution élémentaire. C'est une constatation que tous nous avons pu faire. Les entrailles ainsi abandonnées en plein vent constituent la principale nourriture des chiens. Ainsi se trouve fermé le cycle évolutif du *tenia échinocoque*, dans lequel il se renouvellera indéfiniment.

Il est du reste à remarquer que ce sont surtout les indigènes de l'intérieur qui paient le plus lourd tribut à l'échinococcose.

C'est ainsi que d'après notre statistique il existe près de 120 kystes hydatiques pour l'intérieur. Alors que pour Tunis et sa banlieue le nombre est très restreint, une vingtaine. Ceci tient sans doute à la présence d'abattoirs municipaux où la surveillance des viandes est mieux effectuée et à ce que d'autre part le nombre des chiens non surveillés, quoique trop considérable, est certainement bien inférieur pour le chiffre de la population à celui que l'on trouve dans les douars. Parmi les villes de Tunisie qui ont amené le plus grand nombre de cas à l'hôpital Sadiki il faut citer :

Le Kef avec 7 cas, Mateur avec 8. puis viennent Medjez-el-Bab, Souk-el-Arba.

A Sadiki viennent encore des malades de Constantine, d'Alger, du Maroc, de Tripolitaine.

Ces chiffres n'ont, hâtons-nous de le dire, qu'une valeur très relative, car pour une affection à évolution aussi lente il est impossible d'établir le lieu d'infestation.

De toutes les localisations qui figurent dans la statistique ci-dessus la localisation hépatique est évidemment de beaucoup la plus fréquente. Elle atteint :

|                                               |           |
|-----------------------------------------------|-----------|
| Pour le D <sup>r</sup> Brunswik Le Bihan..... | 50 °/o.   |
| — Moreau.....                                 | 76 °/o.   |
| — Braquehayé.....                             | 66 °/o.   |
| — Brun.....                                   | 67,5 °/o. |

Le kyste hydatique du foie est en général unique. Mais la multiplicité du kyste hydatique dans le même organe n'est pas une rareté. Si les compte-rendus opératoires du D<sup>r</sup> Brunswik Le Bihan n'en signalent aucun cas, par contre nous en trouvons 2 cas sur 19 kystes hydatiques du foie chez le D<sup>r</sup> Moreau, 5 cas sur 27 chez le D<sup>r</sup> Braquehayé et 6 cas sur 33 dans notre service. La connaissance de ces faits implique au cours de l'intervention l'examen aussi complet que possible de l'organe afin de dépister la présence d'un second ou d'un troisième kyste. Si nous envisageons la fréquence relative dans le lobe gauche et dans le lobe droit du foie nous voyons que sur les 33 cas opérés dans notre service le kyste siégeait 18 fois dans le lobe gauche et 12 fois dans le lobe droit. Dans les 3 autres cas il a été impossible par suite d'adhérences de préciser le point de départ exact de la tumeur.

La localisation qui par sa fréquence vient en seconde ligne est celle du péritoine. Il s'agit là le plus souvent, ainsi que l'ont établi les recherches du professeur Devé, d'une échinococcose secondaire consécutive à une rupture d'un kyste hydatique du foie. Nous la retrouvons signalée 9 fois par le D<sup>r</sup> Brunswik Le Bihan, 9 fois par le D<sup>r</sup> Braquehayé, 6 fois par nous-mêmes. Le D<sup>r</sup> Moreau n'en signale aucun cas.

Parfois le kyste hydatique du foie coexiste avec des kystes de la cavité abdominale. Le D<sup>r</sup> Braquehayé en signale un cas, nous en avons observé deux.

Les kystes hydatiques de la rate semblent moins rares que ne le disent les classiques. Nous en trouvons en effet 8 cas sur un total de 160.

Les kystes simples sont les plus fréquents nous en avons compté pour le service 28 contre 18 cas de kystes complexes.

Ces derniers ont tous été rencontrés chez des sujets âgés de plus de 20 ans.

Il nous reste à dire quelques mots au sujet de la suppuration des kystes hydatiques. C'est là une complication assez fréquente de l'échinococcose. Pendant les 26 années sur lesquelles porte notre statistique nous en relevons 44 cas soit environ 24 %. La suppuration du kyste n'implique pas la mort de l'hydatide. Nous avons souvent rencontré au milieu d'un liquide franchement purulent des vésicules filles à contenu limpide. Cette notion de la vitalité des germes échinococciques est importante à connaître au point de vue opératoire. Elle explique les cas de greffe hydatique au niveau de la plaie opératoire après ouverture et marsupialisation d'un kyste suppuré. Elle est à notre avis un argument de plus en faveur de la fermeture immédiate des kystes suppurés. Sur les 18 cas de kystes hydatiques suppurés observés dans le service depuis 3 ans, 12 ont été traités par la fermeture immédiate et sans drainage. Nous avons eu 11 succès et 1 décès. Il s'agissait d'une femme de 50 ans venue à l'hôpital dans un état de cachexie qui ne permettrait plus aucun espoir.

Plusieurs de ces observations ont été envoyées à la Société de Chirurgie de Paris où elles ont fait l'objet d'un rapport du professeur Lecène. Depuis, plusieurs de nos confrères et nous-mêmes avons continué à traiter certains kystes hydatiques suppurés du foie par la même méthode et avons toujours obtenu des résultats si satisfaisants que nous nous proposons de les publier tous avec les résultats obtenus.

×

Il est bien entendu que dirigeant un service qui n'admet que les indigènes nous ne pouvons qu'affirmer la fréquence de l'échinococcose chez ces derniers. Les statistiques qu'apporteront sans doute nos collègues des hôpitaux européens nous permettra d'établir une comparaison entre la fréquence des cas rencontrés dans les différentes populations de Tunisie.

Mais déjà devant la fréquence extraordinaire et les complications redoutables de l'échinococcose dans la population indigène qui constitue les  $\frac{3}{4}$  de la population globale de la Tunisie il est permis de demander que des mesures soient prises en vue



de limiter l'extension de cette affection. Les mesures de prophylaxie ont été résumées par le professeur Devé dans un mémoire à l'Académie de Médecine en 1904 dont nous tenons à citer quelques paragraphes :

« Il y a lieu de prescrire :

A. — La saisie d'office dans les abattoirs, et la destruction effective (par incinération) de tout viscère envahi par les échinocoques ;

B. — Une réglementation stricte de l'entrée des chiens dans les abattoirs.

.....  
« Des inspections vétérinaires visant cette prophylaxie anti-échinococcique seront faites dans les tueries particulières à la campagne. »

---

## Calcul de l'uretère

### traité avec succès par le cathétérisme urétéral

par le Docteur DELEUIL

---

Le 23 mars dernier, nous examinions une femme d'une quarantaine d'années, mère de trois enfants bien portants. Pas d'antécédents connus. En octobre 1921, brusque colique néphrétique droite. Une deuxième crise en février 1922. Le 26 février, nouvelle colique, et celle-ci se répétant à partir de ce moment-là, tous les deux ou trois jours; cette malheureuse avait eu, en moins d'un mois, plus de douze crises. Chacune était suivie d'urines sanglantes, phénomènes d'anurie, ténésme rectal, vomissements, etc. Une analyse d'urine pratiquée à l'Institut Pasteur révélait des phosphates ammoniacco-magnésiens, des urates, et pas mal de leucocytes.

Je remarquais à l'examen, difficile à cause de l'embonpoint de cette malade, une contraction des Droits à droite très accusée (Legueu); un point paraombilical et un point de Fournier très douloureux de ce côté-là; mais surtout par le toucher vaginal, indolore à gauche, très douloureux à droite, tout à fait à bout de doigt, une tuméfaction qui me parut énorme, comme un œuf de poule, bien limitée, avec tissus souples autour,

extrêmement dure et douloureuse, et qui me donna l'impression de se contracter sous mon doigt comme un utérus sous la main.

Je posais le diagnostic de calcul de l'urètre pelvien droit; j'adressai la malade au docteur Jaubert de Beaujeu, en lui demandant de vérifier le rein et l'urètre droit. La radio fut négative, mais un petit culcul fut trouvé et situé par nous dans la vessie. Pensant que le calcul diagnostiqué était tombé dans la vessie à la suite de la crise déclanchée par mon toucher vaginal, je fis une cystoscopie exploratrice et ne trouvais rien; le méat urétéral droit seulement était évasé et entouré d'une rougeur diffuse.

Le calcul étant donc bien dans l'urètre, je pratiquai le soir même, sous anesthésie générale, un cathétérisme de l'urètre droit avec une sonde n° 12, très facilement.

Mais ma sonde fut arrêtée à 5 cm. du méat *comme devant un mur*. Je fis une injection de 2 cm. de glycérine stérilisée chaude et parvins à pousser un peu ma sonde, sans pouvoir remuer ensuite. Je la laissais à demeure, avec morphine, et fis, le lendemain matin, une instillation de stovaine à 5 % adrénalinée (Pavone). Au bout de 38 heures j'enlevai ma sonde après instillation de nitrate à 1 %.

La malade eut à ce moment une très vive colique qui cessa par une débâcle urinaire considérable. J'examinai à nouveau la vessie de cette malade, et constatai que le méat urétéral droit formait dans la vessie une saillie kystique du volume d'une noix, laquelle était recouverte de vésicules transparentes d'œdèmes bulbeux « en goutte de rosée ». Le méat était tout petit. Le calcul descendu fortement se trouvait donc dans la portion intravésicale de l'urètre. La malade le rendit dans la nuit, après une colique violente, et le pissa dans un flot d'urine. Le voici. Il est de couleur jaune ocre, mesure 1 cent. 9 de long sur 7 millimètres de large.

---

# Mélanodermie progressive coexistant avec une syphilis oculaire et cutanée

par le Docteur Emile JUNÈS  
ophtalmiste municipal à Sfax

Fathma bent..., 8 ans, de la tribu des Hamama, région Ouest de l'oued Mechguigue, nous est amenée par ses parents pour une affection de l'œil gauche.

Ce qui fait l'intérêt de cette malade et nous détermine à publier son observation, c'est que ses lésions oculaires s'accompagnent de manifestations cutanées disparates et dont la coïncidence ne nous paraît pas avoir été encore signalée.



Pour plus de clarté dans notre exposé, nous diviserons cette observation en deux parties (1).

Les lésions de la peau sont limitées à certaines régions qui, en raison de la manière dont est vêtue la fillette, sont, chez elle, le plus exposées à l'action du soleil. Ces régions sont : 1° la face, où les lésions atteignent

leur maximum d'intensité et de complexité; 2° la nuque et les parties latérales du cou; la partie antérieure du cou, comprenant un espace en forme de losange dont les côtés supérieurs sont formés par le bord du ma-

(1) La photographie est due à l'obligeance de notre excellent confrère le Dr Backwell, radiologue à Sfax.

xillaire et les côtés inférieurs par les bords antérieurs des sterno-cléido-mastoïdiens, est indemne : l'enfant a, en effet, l'habitude, lorsqu'elle se trouve au grand soleil, de baisser fortement la tête et de masquer ainsi cette partie du corps; 3° la partie supérieure du dos et des épaules; 4° la partie antérieure de la poitrine, sous forme d'un triangle dont la base répond aux clavicules et le sommet au creux épigastrique; 5° les lésions existent encore, mais très atténuées, sur la face dorsale des avant-bras et des mains.

Dans ces diverses régions, on observe une lésion commune représentée par des éléments maculaires hyperchromiques du type lentigo. Ce sont, en effet, des taches dont le diamètre varie entre celui d'une petite tête d'épingle et celui d'une petite lentille, à contour net, de forme généralement arrondie ou ovalaire, d'une coloration allant du café au lait foncé au brun presque noir. Ces éléments sont extrêmement nombreux et, par leur réunion, constituent, depuis le front jusqu'à l'épigastre en passant par la nuque, une vaste surface pigmentée qui, vers ses confins, tranche nettement sur la teinte, bistrée et plus claire, de la peau normale.

Dans toutes ces régions, sauf à la face, ces macules hyperchromiques existent à l'exclusion de tout autre élément. Mais à la face, il s'en ajoute d'autres, d'un type différent.

1° Au niveau des paupières, l'hyperchromie se manifeste par des taches de taille plus considérable, véritables flaques de couleur, d'une teinte brun violet presque uniforme et présentant les plus grandes analogies avec certains naevi-pigmentaires lisses. Ces éléments qui, au dire des parents, auraient commencé à se constituer il y a trois ou quatre ans, paraissent résulter de la confluence d'éléments beaucoup plus petits qui les auraient précédés; en effet, si on les examine à leur périphérie, on les voit, en certains endroits, se résoudre en une série de petites macules exactement semblables à celles déjà décrites. A la paupière inférieure, ces grands éléments occupent la majeure partie de la surface cutanée, depuis le bord libre jusqu'à quelques millimètres au-dessous du rebord orbitaire inférieur; à la paupière supérieure, ils sont moins étalés et affectent la forme d'une bande étroite longeant le bord ciliaire.

2° Sur le reste de la face, on trouve, entre les macules hyperchromiques, un assez grand nombre de taches vasculaires de petit diamètre, à bords nets et à contour fréquemment angulaire. De teinte rouge, elles s'effacent plus ou moins sous la pression d'une lame de verre. Il existe, en outre, çà et là, quelques fines sinuosités télangiectasiques.



3° Enfin, disséminées sur toute la superficie de la face, on observe de nombreuses petites zones squameuses mal délimitées; les squames y sont fines, blanches, rappelant celles du Pityriasis simplex; elles adhèrent à la peau, soit au niveau de ses parties pigmentées, soit au niveau des taches vasculaires.

L'enquête, faite auprès des parents, nous apprend que :

1° Les lésions sont apparues, chez la fillette, vers l'âge de trois mois et n'ont cessé de progresser depuis.

2° La petite malade a eu un frère qui, quelques mois après sa naissance, a présenté une éruption identique comme aspect, comme distribution et comme marche. Ce frère serait mort, il y a un an, de cachexie consécutive à un état fébrile ayant duré quatre mois et provoqué, semble-t-il, par du paludisme (accès fébriles quotidiens précédés de frissons et suivis de transpirations abondantes; élargissement des hypochondres droit et gauche).

3° Enfin, le père et la mère de cette malade sont cousins germains.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'un syndrome cutané dont les caractéristiques sont les suivantes : distribution des lésions sur des régions habituellement exposées au soleil; — prédominance et maximum de complexité à la face; — mélange de taches hyperchromiques lentigineuses et naeviformes, de taches vasculaires, de téléangiectasies; — marche progressive et très lente; — étiologie congénitale et familiale, hérédité consanguine.

A quelle origine faut-il rattacher ce syndrome ? Deux hypothèses s'offrent, tout d'abord, à nous.

1° Celle d'une dermatose d'origine lumineuse. Sous cette dénomination se rangent un certain nombre de dyschromies essentiellement provoquées par la lumière : dyschromies des campagnards, des marins, des rayons X. Les lésions y sont représentées par des taches de lentigo, des naevi, des taches vasculaires, des téléangiectasies; leur distribution est celle des régions soumises à la lumière; la marche en est progressive, tout au moins tant que le sujet reste exposé à la cause déterminante. Il y a lieu d'y considérer aussi la question du terrain car ne fait pas de ces lésions qui veut. On pourrait donc invoquer ici une mélanodermie d'origine solaire développée chez une petite bédouine dont l'existence s'est passée au grand air et sous le puissant soleil du Sud.

2° Celle d'un *xéoderma pigmentosum*. Cette affection a été décrite sous ce nom pour la première fois par Kaposi en 1870, puis par Pick

sous celui de *Mélanodermie lenticulaire progressive*, en raison de son caractère prédominant et le plus précoce. Elle présente, dans la première phase de son évolution, un syndrome en tous points semblable à celui que nous venons de décrire : même distribution, même prédominance et même complexité des lésions à la face; même coexistence de taches mélanodermiques, de taches vasculaires, de téléangiectasies; même marche progressive; même étiologie congénitale et familiale; même influence de la consanguinité. Pour qui est déjà familiarisé avec le *Xéroderma pigmentosum*, l'analogie de notre cas avec cette dernière affection est frappante et fait fortement pencher la balance en sa faveur. Des réserves pourtant doivent être faites si l'on adopte ce diagnostic : D'habitude, le *Xéroderma pigmentosum* évolue plus rapidement; après huit années d'existence, comme c'est le cas ici, cette maladie aurait déjà produit, en raison de l'activité du processus qui généralement la caractérise, des lésions qui constituent, pour ainsi dire, sa signature et qui n'existent pas ici, même à l'état d'ébauche. En particulier, l'état xérodermique fait défaut; la peau est bien étoffée, souple, grasse au toucher; la desquamation qu'on y observe est celle d'un *Pityriasis séborrhéique*. Elle ne présente aucune trace d'amincissement atrophique, aucune dépression d'apparence cicatricielle, aucune rigidité au niveau des orifices naturels de la face. Le bien fondé de ces réserves ne pourra cependant être établi que d'après l'évolution ultérieure de la maladie : il n'est pas impossible, en effet, de prétendre que l'on se trouve en présence d'un *Xéroderma pigmentosum* à marche exceptionnellement lente.

En reprenant notre description, nous voyons apparaître de nouveaux éléments de discussion (1).

On remarque, en effet, chez la fillette, d'autres lésions, d'un caractère très particulier. Elles existent uniquement au niveau de la face et siègent soit sur la peau, soit sur l'œil du côté gauche.

1° *Lésions de la peau*. — On observe, tout d'abord, une ulcération en pleine activité, appliquée depuis un mois occupant la région de la tempe gauche au voisinage immédiat de l'œil sur lequel elle empiète au niveau de son angle externe. Cette ulcération a la forme d'un ovale à grand diamètre transversal et mesure environ trois centimètres sur deux. Ses bords

---

(1) La lèpre nerveuse présente, au début de son évolution, une éruption de taches mélanodermiques et de taches d'apparence vasculaire, siégeant de préférence sur les régions découvertes et procédant par poussées successives. Nous avons minutieusement recherché, chez notre malade, les « stigmates » de cette infection : anesthésie au niveau des taches et à l'extrémité des derniers doigts, gonflement et état moniliforme du cubital, tuméfaction du lobule de l'oreille, signe du sourcil, coryza, etc. Cette recherche, empressons-nous de le dire, a été complètement négative.

sont réguliers, nettement entaillés, peu élevés, non décollés, d'une coloration rouge sombre. Son fond est vallonné, plus profond du côté de l'œil que du côté opposé; le derme y est entamé, mais assez superficiellement; quand on le déterge, il apparaît lisse et de couleur jaune rougeâtre. L'ulcération secrète un liquide séro-purulent, à tendances faiblement plastiques, se déversant sur la joue et formant, par dessiccation, quelques rares croûtes, brunes et fragmentées.

Cette ulcération est la seule que l'on observe actuellement à l'état d'activité. Mais, depuis un an environ, la fillette a présenté d'autres ulcérations dont on retrouve les vestiges sous forme de cicatrices. C'est ainsi que l'on constate, sur la lèvre inférieure, à la limite de la peau et de la muqueuse, un peu à gauche de la ligne médiane, une dépression cicatricielle, souvenir d'une ulcération qui a entamé assez profondément les tissus à ce niveau. Cette cicatrice est étroite, lisse, fortement colorée en brun. Une deuxième petite cicatrice, déprimée, elle aussi, et présentant les mêmes autres caractères, existe à la partie dorsale et inférieure du nez. Une troisième cicatrice, la plus considérable de toutes, occupe la région de la tempe et de la joue gauches, où elle représente la trace d'un processus ulcéreux dont le début remonte à une dizaine de mois et dont l'ulcération actuelle est la plus récente manifestation. Constituant la limite immédiate et externe de cette ulcération, elle se dirige, de là, en bas et en arrière. Ses bords sont régulièrement arrondis, largement polycycliques; sa surface est lisse, légèrement déprimée par rapport à la peau environnante. Elle est pigmentée, mais d'une manière non uniforme, plus fortement à sa périphérie et moins vers le centre où apparaissent des espaces rosés et, disséminés çà et là, quelques points blancs achromiques du diamètre d'une tête d'épingle.

Un point intéressant à noter, c'est qu'il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire des régions voisines; les ganglions pré-auriculaires et sous-maxillaires, en particulier, ne sont pas perceptibles au doigt.

2° *Lésions de l'œil gauche.* — L'ulcération, avons-nous dit, empiète sur l'œil voisin. Elle a gagné, en effet, les deux paupières sur une largeur de trois ou quatre millimètres à partir de l'angle externe et a rongé leur face antérieure et leur bord libre. A sa limite interne, sur la paupière inférieure, persiste une très étroite et courte portion du bord ciliaire; celle-ci, mal soutenue par suite de la disparition de la peau voisine, s'est affaissée en arrière; aussi les quelques cils qu'elle supporte encore s'appliquent-ils, sous forme d'un petit et maigre pinceau, sur le globe de l'œil.

Outre cette ulcération de son angle, l'œil gauche présente au niveau du bulbe et sur sa partie externe correspondant à la région de l'ouverture palpébrale, une élévation transversale étendue depuis l'angle externe ulcé-

ré jusqu'au limbe qu'elle surplombe. Cette élevation, arrondie en dos d'âne et à surface lisse, offre une coloration rouge uniforme et une apparence gélatineuse. Elle paraît résulter de la propagation à la conjonctive et au tissu épiscléral du processus qui a provoqué l'ulcération adjacente.

On constate encore la présence, dans la cavité conjonctivale, de tractus purulents qu'y déversent les parois de l'ulcération et enfin quelques phénomènes réactionnels — tels qu'un léger rétrécissement de la fente palpébrale, une hyperhémie généralisée et modérée de la conjonctive et un peu de photophobie — auxquels doivent contribuer, à la fois, l'ulcération de l'angle externe, le frottement des cils sur le bulbe et la traînée d'épisclérite.

Le reste de l'œil semble normal; notons, en particulier, l'absence de granulations à la face interne de la paupière supérieure.

Quelle est la nature de ces nouvelles manifestations ?

L'aspect objectif des lésions cutanées que nous venons de décrire et sur lequel nous avons, à dessein, minutieusement insisté, l'évolution méthodique, lente et progressive, du processus, ulcéreux puis cicatriciel, développé successivement à la tempe, à la joue et enfin aux paupières : voilà autant de caractères cliniques appartenant aux syphilides cutanées à allure tertiaire. Quant à la lésion scléro-conjonctivale de l'œil gauche, elle rappelle, par certains côtés, a manifestation spécifique que Gunn a décrite et appelée : infiltration gélatineuse de la conjonctive et de la sclérotique.

Ce n'est pas tout. L'examen général de la malade, l'enquête étiologique, la réponse du laboratoire, les résultats du traitement confirment, eux aussi, le diagnostic de syphilis.

1° On trouve réunies, chez cette fillette, quelques-unes des manifestations que Fournier a classées parmi les stigmates de l'Hérédo-Syphilis. C'est une enfant de petite taille puisqu'à huit ans, elle n'atteint qu'un mètre de hauteur. Son nez est fortement aplati à sa base, comme si l'on avait appliqué, à ce niveau, un vigoureux coup de pouce. Sa voûte palatine est ogivale. Les quatre incisives et les deux canines inférieures forment un ensemble contrastant avec le reste de la dentition qui est normale; implantées irrégulièrement, elles offrent les tailles et les directions les plus inattendues et chevauchent les unes sur les autres; le bord libre des incisives est découpé en dents de scie. Enfin on observe, au niveau de la partie muqueuse des lèvres, tout près de leur bordure cutanée, une demi douzaine de cicatrices blanches, étroites, longues d'un centimètre environ, effilées à leurs extrémités et disposées parallèlement à la fente buccale; ces cicatrices ont succédé à des fissures apparues au moment de la naissance : Parrot, on le sait, en faisait un signe certain de syphilis héréditaire.



2° L'enquête étiologique révèle les faits suivants : la mère de la fillette n'aurait jamais présenté d'accidents spécifiques tout au moins en apparence; mais elle est née de parents syphilitiques et a eu neuf enfants : les deux premiers sont venus au monde morts, après une grossesse de six et de sept mois; les deux suivants, morts-nés, eux aussi, sont venus à terme; le cinquième et le sixième ont vivants et bien portants; le septième est représenté par notre malade; le huitième est le frère dont nous avons relaté l'histoire et qui, affecté d'une dermatose semblable à celle de cette fillette, est mort, il y a un an, de fièvre palustre; le neuvième, enfin, est né vivant, mais est décédé, brusquement et sans cause apparente, vingt jours après sa naissance.

3° L'examen du sang, envoyé à l'Institut Pasteur de Tunis, a donné lieu à un Wassermann positif (+ +).

4° Enfin notre malade a été soumise d'emblée à un traitement mercuriel intensif (frictions bi-quotidiennes d'onguent mercuriel, sublimé par la bouche, bi-iodure en injections intra-musculaires). Sous cette influence, l'ulcération s'est rapidement desséchée et sa cicatrisation a commencé à se dessiner dès le huitième jour; actuellement, au trentième jour, elle est presque achevée. Quant à l'épisclérite, elle a entièrement disparu vers le quinzième jour.

×

*Concluons.* — Chez notre petite hérédo-syphilitique, co-existent deux catégories de lésions : 1° des lésions ressortissant à un syndrome mélanodermique dont nous avons résumé plus haut les caractères; 2° des lésions syphilitiques. Dès lors, un problème se pose : ces deux sortes de manifestations sont-elles d'origine différente et évoluent-elles sur cette malade d'une façon indépendante, chacune pour son propre compte ? ou bien, y a-t-il là tout autre chose qu'une simple et curieuse coïncidence ? En termes plus explicites, peut-on admettre que ce syndrome mélanodermique peut, dans certains cas, représenter une manifestation de la syphilis, maladie héréditaire par excellence et dont l'action sur les pigments de la peau est nettement établie ? A cette question, l'observation que nous publions semble fournir une réponse affirmative (1). Nous ne voudrions pas, néanmoins, à l'occasion de ce seul cas, ériger cette probabilité en conclusion définitive. Il nous suffira d'avoir établi la nécessité, en présence d'une mélanodermie du même genre, de rechercher, avec le plus grand soin, la syphilis, par l'examen complet du malade et par l'étude approfondie de ses antécédents.

---

(1) Le traitement mercuriel n'a nullement modifié ici les lésions cutanées de la première catégorie. Mais nous savons que ce traitement n'a aucune influence sur certaines manifestations (particulièrement les manifestations dyschromateuses) d'origine syphilitique pourtant nettement prouvée.

## Note sur le traitement du paludisme

par le Docteur P. SOLOVIEF

Dans cette note je me permets de communiquer des faits qui sont les résultats de mon expérience personnelle corroborée par celle de mes collègues aînés qui, pendant de longues années eurent à lutter contre le paludisme au Turkestan et dans la région Transcaspienne où ce fléau cause des ravages énormes surtout sur la frontière de Perse et d'Afghanistan.

Les détachements chargés de garder les frontières tout le long du fleuve Amou-Daria (fleuve très sinueux, au lit instable et dont les rives sont bordées de roseaux et de marécages) furent atteintes de paludisme et la mortalité enleva plus de la moitié de l'effectif qui succomba de cachexie paludéenne.

Grâce aux mesures prises en vue de l'anéantissement de gîtes des moustiques par la mise au feu de la riche végétation, la pétrolisation des marécages, le drainage de ces derniers et surtout grâce à l'emploi de la quinine, la maladie semble avoir considérablement diminué au cours des trente ou quarante dernières années.

Pour ma part, durant le stage que je fis, il y a douze ans dans les hôpitaux militaires d'Askabade, je n'eus pas souvent l'occasion d'observer ces cas graves de cachexie paludéenne signalés par mes confrères aînés, ayant gardé le lamentable souvenir de malades enlevés en quelques jours.

Par la méthode expérimentale et par l'application heureuse des médicaments antipaludéens on est arrivé à utiliser une formule qui s'est montrée très efficace et qui a donné de merveilleux résultats en ce qui concerne le traitement du paludisme et des manifestations qui l'accompagnent. Après deux ou trois semaines de traitement les malades reprennent des forces et les hématozoaires disparaissent et ne se montrent plus dans les examens du sang périphérique. Cette formule est la suivante :

|                              |      |      |
|------------------------------|------|------|
| Solution arsenic de Fowler   |      | 4,0  |
| Bichlorhydrate de quinine    |      | 2,0  |
| Teinture de quinine composée |      | 12,0 |
| Teinture d'Eucalyptus        | } aa | 6,0  |
| Teinture d'Héliantnis        |      |      |

P. 2-3 fois par jour par 30 gouttes dans  $\frac{1}{2}$  verre d'eau ou dans un petit verre de vin (marsala ou madère).

Sur les cinq éléments qui composent cette formule, le dernier seul est emprunté à la médecine populaire qui la considère comme un apyrétique et, dans les contrées méridionales, comme le véritable spécifique du paludisme.

Je ne puis insister sur les propriétés pharmaceutiques de Teinture d'Hélianthis, étant donné l'absence, entre mes mains, de la littérature spéciale, mais en me basant sur mon expérience personnelle, je puis comparer ses propriétés à celles de la Teinture d'Eucalyptus, en leur attribuant un degré moins fort d'activité.

Au moment où l'on opère le mélange des divers corps qui composent la formule préconisée, il se forme un dépôt insignifiant et c'est pourquoi je recommande d'agiter le flacon avant l'usage.

De plus, il semble qu'on ait avantage à ajouter au mélange une petite dose d'acide phosphorique puisque sans en atténuer l'efficacité, elle lui donne de la limpidité.

Quant au goût amer que laisse l'absorption de ces gouttes, il peut être modifié par l'emploi d'un petit verre de vin.

J'ai eu l'occasion de comparer sur les émigrés russes atteints de paludisme en Tunisie, le traitement sous forme de piqûres avec celui que je préconise dans cet article; le peu de stabilité des résultats obtenus avec le premier, me prouva davantage encore l'efficacité du second, et je serais heureux que l'emploi de ce médicament utilisé avec tant de succès au Turkstan soit généralisé en Tunisie où le paludisme siège en permanence.

P.S. — Jusqu'ici j'ai employé le mélange sans Teinture d'Hélianthis à cause de l'absence complète de ce produit, mais, actuellement, la pharmacie du docteur Menvielle cherche à s'en procurer.

---

### **L'Hypertension artérielle**

par M. Maurice PERRIN  
professeur agrégé à la Faculté de Nancy  
et Gabriel RICHARD  
ancien interne des Hôpitaux de Nancy  
médecin consultant à Royat (Paris)

---

La librairie J. B. Baillière et fils, continuant ses traditions très modernes, consacre une de ses *Actualités médicales*

à l'étude de cette question, qui préoccupe, à juste titre, tous les cliniciens depuis ces quinze dernières années. Après une étude très claire de la tension artérielle, de l'état du cœur, des artères, de la résistance périphérique, les auteurs passent en revue l'évolution des méthodes d'examen et des idées sur la tension artérielle. Les avantages des divers instruments les plus communément employés sont bien précisés. La pratique sphygmomanométrique est traitée dans tous ses détails.

Puis les auteurs montrent, avec une compétence toute particulière, la nature et la limite de l'hypertension artérielle qu'ils définissent nettement : « une élévation pathologique de la tension sanguine dans les artères. » On ne compte plus, aujourd'hui, toutes les précieuses ressources diagnostiques que ces procédés d'investigation réservent au clinicien, qui sait en user sagement, avec discernement, avec un véritable esprit de scepticisme éclairé. Rien ne peut être plus instructif, dans le double sens diagnostique et pronostic, que les symptômes et syndrômes cliniques de l'hypertension artérielle. De ces notions dérivent une thérapeutique rationnelle qui repose sur des données précises, dont les relevés et les tracés sont aussi précis qu'une courbe thermométrique. Dans les formes cliniques de l'hypertension décrites avec clarté et précision par les auteurs, nous trouvons des vues très nettes et très justes qui chaque jour nous sont très utiles.

C'est là de la bonne clinique thérapeutique qui s'appuie sur l'étiologie et la pathogénie auxquelles les auteurs consacrent un important chapitre, inspiré des idées bien modernes sur la viscosité, la masse du sang, sur l'hypertonie sympathique, (qui est une conception très en vogue depuis l'excellente monographie de GUILLAUM), sur les troubles endocriniens.

Enfin, l'excellent livre de MM. PERRIN et RICHARD, qui montre une compétence toute particulière de ceux qui l'ont conçu, se termine par une très attrayante revue des médications hypertensives dans lesquelles ne sont pas oubliés le régime, les cures thermales, la Kinésithérapie, l'électricité, la radiothérapie, et l'administration des médicaments.



M. Richard, qui exerce à Royat, a pu préciser toute la valeur de cette station pour les artério-soléreux qui retirent les plus grands bénéfices d'une cure bien conduite.

Aussi instruit qu'on puisse être, à l'heure présente, sur ces pages importantes de physio-pathologie clinique, relatives aux syndrômes cardiaques et artériels, on trouvera à la fois plaisir et agrément à bien lire l'attrayant travail de ces auteurs.

D<sup>r</sup> Lemanski

**Des mauvais moyens qu'on utilise trop  
et des bons qu'on n'utilise pas assez  
pour étudier la valeur des reins**

par M. CHEVASSU  
in *Paris Médical*, 5 août 1922

La présence d'albumine dans l'urine peut être provoquée par les souillures des organes génitaux. Il convient d'y penser. Il n'y a au-

cun rapport entre la quantité de l'albumine urinaire et la gravité de la lésion rénale. Une légère albuminurie peut être l'indice d'une lésion grave. De ce fait il est nécessaire d'éliminer l'erreur des sécrétions génitales.

L'auteur estime que la constatation d'albumine dans les urines n'a de valeur réelle, au point de vue du diagnostic « néphrite » que si les urines étudiées sont parfaitement limpides. C'est une erreur que de filtrer l'urine pour l'examiner, on risque fort de laisser sur le filtre la partie la plus intéressante des éléments à examiner soit le pus et le sang. Ainsi des pyuries sont prises pour des albuminuries.

L'absence d'albuminurie n'implique pas forcément l'intégrité du rein.

L'analyse complète des urines des 24 heures est parfaitement inutile. La composition des urines n'est qu'un reflet de ce que mange et boit le sujet. Le seul intérêt réside dans la quantité et encore faut-il la rapprocher de la quantité de liquide prise par le malade. L'étude de la concentration de l'urée dans l'urine donne des renseignements un peu moins inutilisables. Mais pour l'apprécier il faut rechercher la concentration maxima. Il n'y a, dans les éliminations urinaires, aucun chiffre qu'on puisse dire normal en soit. La valeur des éliminations urinaires n'a de signification que si elle est comparée à la valeur des rétentions sus-rénales. Seule, l'appréciation de la composition du sang permet de connaître cette valeur.

L'examen des urines à l'œil nu par le médecin est absolument capital. La constatation de la limpidité ou de la non-limpidité des urines est à la base même de toute la pathologie urinaire.

Les éléments solides qui troublent habituellement la limpidité des urines sont : des cristaux, des globules ou des microbes.

L'examen des urines à l'œil nu ne devrait jamais être fait que sur des urines « vivantes ». C'est-à-dire des urines qui viennent d'être émises. Les urines vieilles sont des urines « mortes » altérées, fermentées.

La partie moyenne de la miction est celle qu'il faut étudier pour connaître l'urine rénale. Le premier jet entraîne les sécrétions urétrales et méatiques, le dernier jet entraîne les sécrétions prostatiques et vésiculaires.

Recueillie avec ces précautions, l'urine doit être limpide, ou doit le devenir après l'action de l'acide acétique et de la chaleur, sans quoi, il y a toutes chances pour qu'elles soient « infectées ».

Le vrai fonctionnement de l'élimination rénale sera donné par l'étude de l'urée dans le sang. Du moment que le sang contient plus de 0,50 d'urée par litre, on peut dire en clinique que la dépuration rénale ne se fait pas de façon normale. Il existe beaucoup d'urémiques latents. Le chirurgien doit les dépister. Opérer un urémique méconnu, surtout sous anesthésie générale, c'est aller au-devant de maintes catastrophes post-opératoires, à moins que la catastrophe ne se produise sur la table d'opération même.

Azotémie élevée ne signifie rien d'autre qu'insuffisance de l'élimination uréique. Quantité d'affections autres que le mal de Bright s'accompagnent d'azotémie élevée, par insuffisance rénale.

La constante d'Ambard permet d'exprimer par un chiffre le fonctionnement rénal uréique, comme les degrés du thermomètre permettent d'apprécier la fièvre. Elle est d'une précision rigoureuse mais sa technique est très difficile. Il semble que cette épreuve délicate ne doit être confiée qu'à des urologues.

L'élimination des substances colorantes, dont l'appréciation put se faire d'un coup d'œil, sans besoin de dosage chimique, est particulièrement intéressante au point de vue chimique.

La méthode du bleu de Méthylène fut très employée; actuellement on étudie l'élimination du phéno-sulfone, phthaléine. Les résultats de cette méthode sont parallèles à ceux de la constante d'Ambard.

L'élimination du dissolvant, de l'eau urinaire, joue, dans le fonctionnement rénal, un rôle également capital. On emploie la méthode des éliminations provoquées; la polyurie aqueuse expérimentale globale.

Toutes les explorations de la fonction uréique se trouvent plus ou moins viciées si le sujet est hydropigène.

S. B.

## Sur l'opportunité de la décortication pulmonaire

par MM. SIGAUD et FERRARI

in *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord*  
mai 1922

La structure histologique de la plèvre est plus complexe qu'on ne la décrit habituellement. Des fibres mus-

culaires lisses, des amas lymphoïdes existent dans le collagène sous l'endothélium cilié ! D'autre part la plèvre est clivée en deux feuillets par une large lame élastique assez distante de l'épithélium pleural. Elle est en tout point comparable à la limitante externe des vaisseaux artériels. Elle joue un rôle mécanique très important dans l'acte expiratoire. Elle s'hypertrophie par compensation dans les cas d'inertie de plèvre par inflammation par exemple et même dans le cas d'immobilisation du poumon cortical.

Le chirurgien pratiquant une décortication doit connaître l'existence de cette lame qui reste souvent puissante même à l'intérieur d'une plèvre en coque immobile et que l'on croirait définitivement sclérosée.

Ces considérations peuvent expliquer le succès ou l'échec d'une décortication et son opportunité.

On voit, parfois, au cours d'une décortication le poumon se gonfler comme un ballon qu'on insuffle. Dans d'autres cas, au contraire, le poumon reste flasque, aplati sur son hile.

Les auteurs citent deux observations, l'une d'une décortication facile, avec plan de clivage immédiatement trouvé, et poumon dégagé chez un malade atteint de séquelles d'une pleurésie purulente métapneumonique. L'autre, d'une décortication pénible, (le plan d'un clivage impossible à trouver au milieu de la coque pleurale) chez un malade atteint d'une pleurésie purulente fistulisée datant de cinq mois. La décortication laissa un poumon atelectasié sur son hile.

L'examen histologique montra une lame élastique fissurée par endroits et se serpentant dans la coque pleurale. Le parenchyme pulmonaire sous-jacent était hépatisé. Cette nappe élastique a pu donner une certaine souplesse à la région et l'on devine l'inutilité, pour ne pas dire plus, de son ablation.

La décortication pulmonaire ne peut donc avoir d'heureux résultats que dans les cas où les alvéoles pulmonaires sont redevenus normaux et où la plèvre définitivement cicatricielle s'oppose à la réflexion du poumon.

C'est le plan de clivage qui est la clé du succès de l'opération. Ce plan de clivage, d'après les auteurs, répond à la lame élastique endopleurale,

C'est seulement lorsque le temps aura nettement indiqué la cessation de toute phlegmasie, que l'on devra songer à la possibilité de libérer le pourmon en tenant compte de tous les objets histologiques intrapleuraux.

D<sup>r</sup> Benmussa

---

### **Etiologie de l'albuminurie orthostatique**

L'albuminurie orthostatique serait due à une stase rénale provoquée par la compression de la veine rénale gauche prise entre l'aorte et l'artère mésentérique. Normalement ces deux artères ne compriment pas la veine rénale mais pour peu qu'une lordose repousse en avant l'aorte ou qu'une ptose viscérale étire l'artère mésentérique, la veine rénale gauche peut être comme pincée entre ces deux vaisseaux.

E. C.

---

### **Invagination iléo-cœcale**

#### **par péricolite membraneuse**

par J. ABADIE (d'Oran)

in *Archives des Maladies de l'Appareil digestif  
et de la nutrition*, 1922, n° 4, p. 269-273

Il s'agit d'un malade de 41 ans, entré à l'hôpital d'Oran, pour des phénomènes douloureux de la fosse iliaque

droite datant de huit jours environ, accompagnés de la présence d'une tumeur de la fosse iliaque droite. Le malade est un vieil entéritique, il ne présente pas de signes d'occlusion. Le diagnostic fait est celui d'*invagination iléo-cœcale chez un dyspeptique, ancien entéro-colitique hypersthénique*. L'intervention vérifie le diagnostic. Elle a consisté en la désinvagination rendue possible par le décollement colo-pariétal. Le cœcum, après ablation de l'appendice qui est long, est suturé à laèvre péritonéale au niveau de sa bandelette antérieure. Le grêle est fixé sur 10 cm. le long de la face interne du colon ascendant, autant pour éviter le retour des accidents que pour péritoniser les surfaces dénudées de l'intestin qui présentait des lésions évidentes de péricolite membraneuse. Guérison sans incidents.

C'est à la péricolite qu'Abadie attribue l'origine de l'invagination. Les contractions brusques de l'intestin ont permis cet accident que les adhérences péricoliques et le manque de souplesse du colon ont rendu permanent.

H. B.



**Un point d'histoire de la Médecine :  
les conceptions d'Avicenne sur la Tubercu-  
lose pulmonaire et son traitement**

par le Docteur DINGUIZLI (1)

Notre confrère vient de publier en un opus-  
cule, la traduction de  
quelques pages du Ca-

non d'Avicenne relatives à la Tuberculose pulmonaire, et fait suivre cette traduction, du texte de la note qu'il a dernièrement communiquée à l'Académie de Médecine.

Il résulte de ce travail que le chef de l'Ecole médicale musulmane du x<sup>e</sup> siècle paraît avoir bien noté les phases de la tuberculose, maladie ulcéreuse consomptive, ses diverses localisations et sa symptomatologie.

Avicenne croyait à la contagiosité et à la curabilité de la tuberculose. Le traitement curatif de la phthisie qu'il préconisait était basé sur le repos, la cure d'air, le sucre, sous forme de miel (djelendjebine) et une quantité de produits divers parmi lesquels on peut reconnaître des récalcifiants, des toniques et même de l'opothérapie sous forme de poumon de renard. Le grand médecin arabe aurait aussi injecté des substances médicamenteuses dans les tissus ulcéreux (avec quel appareil ?)

La traduction de ces quelques pages du Canon d'Avicenne a été extrêmement difficile et a coûté à notre confrère de longues et laborieuses recherches. Les médecins tunisiens qui parlent couramment l'arabe vulgaire seront étonnés de la richesse de la terminologie scientifique dans l'œuvre d'Avicenne. Ils trouveront dans la traduction de Dinguizli quelques termes arabes d'anatomie et de pathologie dont la connaissance pourra leur être d'une grande utilité.

A ce propos, nous pensons que Dinguizli, arabisant distingué, rendrait un service très appréciable à ses confrères tunisiens moins versés que lui dans la langue arabe s'il voulait publier un petit lexique de terminologie médicale courante : anatomie, somatologie, thérapeutique.

Nous remercions notre confrère Dinguizli de nous avoir fait connaître ces quelques pages d'Avicenne sur la Tuberculose. La thérapeutique de l'auteur arabe est en somme moins étonnante que sa clinique.

Notre arsenal thérapeutique est aussi varié sinon plus puissant.

E. C.

---

(1) Opuscule mis gracieusement à la disposition du confrère qui en feront la demande à l'auteur.

# Société des Sciences Médicales de Tunis

---

La Séance de rentrée de cette Société a été traditionnellement consacrée aux élections du Comité-Directeur pour l'année 1922-23.

Ont été élus :

Président : D<sup>r</sup> SPEZZAFUMO

Vice-Président : D<sup>r</sup> CASSUTO

Secrétaire Général : D<sup>r</sup> GÉRARD

Secrétaire adjoint : D<sup>r</sup> BENMUSSA

Trésorier : D<sup>r</sup> SALVO

Bibliothécaire : D<sup>r</sup> E. LUMBROSO

Conseillers : D<sup>r</sup> CORTESI

D<sup>r</sup> HAYAT

D<sup>r</sup> MINGUET

Le procès verbal de cette séance ainsi que le remarquable discours prononcé par le Président sortant, D<sup>r</sup> Bouquet, seront publiés dans notre prochain numéro.

---

## INFORMATIONS SANITAIRES

### Service Sanitaire Maritime

#### Epidémiologie

L'état sanitaire du bassin oriental de la Méditerranée est sensiblement le même.

La peste est signalée à Jaffa, Smyrne, Alexandrette, Alexandrie, Port-Saïd, Suez, Athènes et Patras.

Les côtes russes de la Mer Noire sont également contaminées.

Quelques cas ont été signalés à Lisbonne et Barcelone.

La peste a cessé à Tamatave, à Corfou et à Adalia.

Par contre, quelques nouveaux cas ont été constatés à Constantinople.

Le choléra existe sur les côtes russes de la Mer Noire.

Il existe également dans la Baltique, à Riga.

Il a cessé en Roumanie.

La Russie, l'Ukraine, la Pologne et l'Asie Mineure sont contaminées de typhus.

---

# Relevé de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie du 1<sup>er</sup> au 30 Septembre 1922

| LOCALITÉS<br>OU CORPS DE TROUPE         | Fièvres typh.<br>et paratyph. | Typhus | Variole | Scarlatine | Diphthérie | Choléra | Peste | Fièvre jaune | Dysentéries<br>amib. et bacill. | Méningite<br>céphalo-spinale | Polio-myélite<br>antérieure aiguë | Fièvre récurrente | Fièvre<br>méditerranéenne | Lépre | Rougeole | Infection<br>puerpérale | Tuberculose<br>ouverte | Trachome | Couenneuse | Bilharziose |
|-----------------------------------------|-------------------------------|--------|---------|------------|------------|---------|-------|--------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------------------------|-------|----------|-------------------------|------------------------|----------|------------|-------------|
| Tunis .....                             | 26                            |        |         |            |            |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Kram .....                              | 1                             |        |         | 1          | 4          |         | 1     |              | 3                               |                              | 1                                 |                   | 1                         |       | 1        |                         |                        |          |            |             |
| Radès.....                              |                               |        |         |            |            |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Djedeïda .....                          | 1                             |        |         |            |            |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Chaouat (Tébourba) .....                |                               |        |         |            |            |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Medjez-el-Bab .....                     | 1                             |        |         |            |            |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Mateur .....                            |                               | 1      |         |            |            |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Bizerte.....                            | 2                             |        |         |            | 1          |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Ferryville .....                        | 2                             |        |         |            |            |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Gaffour.....                            | 1                             |        |         |            |            |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Souk-el-Khemis.....                     | 1                             |        |         |            |            |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Sousse.....                             | 7                             |        |         |            |            |         |       |              | 3                               |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Monastir.....                           | 1                             | 1      |         |            |            |         |       |              | 1                               |                              |                                   |                   |                           |       |          | 1                       | 1                      | 6        |            | 6           |
| Kairouan .....                          |                               |        | 2       |            |            |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Nabeul.....                             | 1                             |        |         |            |            |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Kebili.....                             |                               |        |         |            | 1          |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Hôpital Militaire du Belvédère.         |                               |        |         |            | 9          |         |       |              | 1                               |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Hôpital Militaire du Kef.....           |                               |        |         |            |            |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Hôpital Militaire de Bizerte ..         | 1                             |        |         |            | 1          |         |       |              |                                 |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Hôpital Militaire de Sidi-Abdallah..... | 3                             |        |         |            | 2          |         |       |              | 1                               |                              |                                   |                   |                           |       |          |                         |                        |          |            |             |
| Total.....                              | 48                            | 2      | 2       | 1          | 18         |         | 1     |              | 9                               |                              | 1                                 |                   | 2                         |       | 1        | 1                       | 1                      | 6        | 7          | 6           |

Population Milit.

Population Civile

## BIBLIOGRAPHIE

### Livres reçus

Notre illustre maître le Prof. COMBY, dont plusieurs médecins de Tunisie, s'honorent d'avoir été les élèves, a bien voulu, en souvenir de son récent séjour parmi nous, faire don à la Bibliothèque de notre Société des dernières éditions de trois de ses ouvrages.

Nous adressons à M. le Prof. Comby l'expression de notre respectueuse gratitude.

#### 1° **Traité des maladies de l'enfance**, par J. COMBY, 6<sup>e</sup> édition.

Ce livre est le fruit de 32 années d'études cliniques et le reflet de l'expérience que l'auteur a acquise de bonne heure par la pratique intensive de la clinique infantile.

L'ouvrage est conçu sur un plan très simple : après un résumé d'hygiène et de physiologie infantiles et quelques considérations thérapeutiques, l'auteur aborde la pathologie de l'enfance :

Dans une première partie, **maladies générales**, sont étudiées 1° les *maladies infectieuses*, 2° *maladies dystrophiques* (diathèses et dyscrasies acquises), 3° les *intoxications*.

La seconde partie du volume, consacrée aux **maladies locales et régionales**, est divisée en autant de sections qu'il y a de systèmes organiques.

Cette classification n'est pas irréprochable au point de vue scientifique mais elle permet au lecteur, au médecin, de consulter rapidement cet excellent ouvrage didactique dont la place est marquée dans la bibliothèque de tout praticien.

#### 2° **Formulaire de poche pour les maladies des enfants**, par J. COMBY, 5<sup>e</sup> édition.

L'auteur a condensé dans ce petit volume toutes les notions contenues dans ses deux ouvrages : 1° Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants; 2° les médicaments chez les enfants.

Ce petit ouvrage est divisé en deux parties : 1° *maladies de l'enfance par ordre alphabétique* où le praticien trouvera immédiatement les conseils et les formules dont il a besoin pour chaque maladie à traiter.

2° *Médicaments chez les enfants par ordre alphabétique* : posologie, indications.

Ce formulaire répond à un véritable besoin de la pratique courante.

#### 3° **Alimentation et Hygiène des enfants**, notions pratiques sur les maladies les plus communes, par J. COMBY.

Ouvrage de vulgarisation qui s'adresse surtout aux mères, aux sages-femmes et aux nurses, plein de conseils pratiques d'hygiène infantile et de simples conseils aux mères en attendant l'arrivée du médecin.



*Ces trois ouvrages ont été édités avec un soin tout particulier par la maison Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.*

E. C.

**Manuel d'Éducation Prophylactique contre les maladies vénériennes**, publié sous la direction de MM. les Drs BUEYRAT & SICARD de PLAUZOLES, avec la collaboration de MM<sup>mes</sup> C. André, Avril de Sainte-Croix ; MM. Pr Léon Bernard, Dr Léon Bizard, Ferdinand Buisson, Pr A. Couvelaire, Dr Émery, Dr Paul Gastou, médecin général Girard, Pr Ag. Gougerot, Dr Héricourt, Dr Hudelo, Dr J. Janet, Pr Jeanselme, Dr Leredde, Médecin-Principal Lévy, Pr Ag. Marion, Dr Milian, Dr Fernana Merlin, Pr A. Pinard, Dr Marcel Pinard, Pr Georges Risler, Dr Roucayrol, *Secrétaire de la Rédaction* ; M. Emile Weisweiler. In-8, 1922. A. Maloine et fils Editeurs. — Prix 10 Francs.

Ce manuel contient les notions essentielles biologiques et médicales que doivent posséder tous ceux et toutes celles qui ont la mission d'instruire et de conseiller la jeunesse.

Il s'adresse d'abord aux parents qui sont souvent fort embarrassés pour avertir utilement et orienter scientifiquement leurs enfants à l'âge de la puberté et à la veille du mariage.

Les instituteurs et institutrices y trouveront les indications pouvant compléter leurs connaissances personnelles sur les dangers et les conséquences des maladies vénériennes.

Ce manuel s'adresse d'ailleurs à tous ceux qui peuvent et doivent exercer une influence morale sur la jeunesse et particulièrement aux professeurs de l'enseignement primaire et secondaire, aux officiers et sous-officiers des armées de terre et de mer. Les médecins militaires et les médecins de la marine chargés de l'éducation prophylactique des jeunes soldats et marins trouveront dans ce Manuel les meilleurs conseils pour l'accomplissement de la tâche si délicate dont ils sont chargés relativement à la propagande contre les maladies vénériennes.

D'ailleurs les médecins praticiens trouveront aussi dans ce petit manuel, les directives les plus sûres pour le traitement et la direction morale de leurs malades, notamment en ce qui concerne la délicate question du mariage.

Les propagandistes, les professeurs, les médecins chargés de conférences, trouveront en parcourant la table des matières le plan des causeries qu'ils peuvent être appelés à faire et qu'ils pourront développer suivant les circonstances, soit au point de vue sanitaire, soit au point de vue moral, ainsi que des renseignements pratiques sur l'organisation de ces conférences et les moyens de propagande.

**Obstétrique journalière du praticien**, par le docteur BOURNET, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon, accoucheur de la Maternité Schneider au Creusot. (A. POINAT, éditeur, 21, rue Cassette, à Paris.) 64 pages 8, 5 × 14 — Prix, 2 francs.

Obligé d'interrompre sa consultation ou brusquement arraché à son sommeil pour un accouchement « qui ne va pas », le médecin risque d'être pris au dépourvu en face d'un cas embarrassant.

Que lui faut-il ? Un traité de l'Art des Accouchements, volumineux, lourd, intransportable ? nullement. Mais un memento clair, concis, précis d'obstétrique pratique, d'obstétrique de tous les jours.

C'est ce memento qu'un spécialiste distingué, le docteur BOURRET, a écrit en praticien, non en théoricien. Il permet au médecin de prendre en quelques instants les décisions urgentes et de les exécuter correctement.

Ce petit livre est précieux. Il sera demain dans le portefeuille de tous nos confrères : 64 pages 8 cm.  $1\frac{1}{2} \times 14$  cm., 40 grammes, 2 francs.

---

## VARIÉTÉS

### Pour la détermination des sexes

L'influence de la guerre sur l'augmentation notable des nouveaux-nés mâles, semble avoir été démontrée par les statistiques de la Clinique Gynécologique de Berlin : Avant la guerre, il naissait en moyenne 106 garçons pour 100 filles; pendant la guerre et actuellement encore la proportion est en moyenne de 116 garçons pour 100 filles.

Les chiffres de la clinique de Tubingen sont moins démonstratifs parce qu'actuellement il ne naît en moyenne que 109 garçons pour 100 filles au lieu de 106 avant la guerre.

On a voulu expliquer ce fait en admettant l'importance de l'abstinence forcée du soldat. Dans les harems où on ne peut parler d'abstinence il naîtrait 25 garçons pour 100 filles.

Quant à l'influence de la période menstruelle sur la détermination du sexe, un auteur allemand, Siegel, a publié une statistique dont les conclusions sont les suivantes :

Les coïts féconds accomplis entre le 1<sup>er</sup> et le 9<sup>e</sup> jours après le début des règles donnent naissance à des garçons; ceux accomplis entre le 9<sup>e</sup> et le 14<sup>e</sup> jours, donneraient naissance en proportions égales à des enfants des deux sexes; les coïts accomplis entre le 15<sup>e</sup> et le 22<sup>e</sup> jours ne seraient en général pas féconds.

Il serait intéressant à notre avis de connaître la proportion des enfants des deux sexes chez les indigènes Musulmanes et chez les Israélites : on sait en effet que la femme est considérée comme impure pendant la période menstruelle et qu'elle n'est autorisée par la religion à reprendre les relations conjugales que dix à quinze jours après le début de ses règles. Si les chiffres et les données de Siegel étaient vrais, la natalité serait d'autre part très diminuée chez les indigènes tunisiens alors qu'il semble bien que ce soit le contraire.

---

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

NOVEMBRE 1922

## TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

### Accidents des médicaments antisyphilitiques

par les Docteurs JAMIN et DELEUIL

—•—

Nous avons eu l'occasion d'observer, cette année, quelques accidents au cours de traitements antisyphilitiques que nous croyons bon de publier pour les conséquences qui en découlent. Nous envisagerons successivement les différentes préparations avec lesquelles nous avons traité nos malades.

×

Et tout d'abord le Novarsénobenzol de Billon.

L'année 1922 fut, à ce point de vue, d'abord très peu fertile en incidents ou accidents. L'apparition des séries nouvelles correspondant avec une modification de la préparation a fait cesser tous les inconvénients que nous avons signalés l'an dernier avec les séries toxiques.

L'accalmie a été relativement brève : en septembre, trois nouvelles séries ont dû être retournées au fabricant. Voici leurs numéros : 16 312 — 16 209 — 16 249.

Chez toutes, l'apparence du produit était anormale : il était devenu granuleux et d'un jaune terne tirant sur le vert. Les solutions prenaient une teinte noirâtre et souvent verdâtre.

Voici les accidents que nous avons observés chez un malade injecté avec la série 16 249 :

Homme, 18 ans, syphilis primaire, W : +, deux séries antécédentes de 914 ne dépassant pas la dose de 0,75 (le malade pèse 56 kilog.). Trois injections de la 3<sup>e</sup> série (0,36+0,45+0,60. (914) sont bien supportées. La quatrième et dernière, de 0 gr. 75 est faite le 19 septembre. Rien d'anor-

mal le jour même, ni le lendemain. Le 2<sup>e</sup> jour, le malade est mal en train, a mal à la tête, n'a pas faim. Il se force à manger le soir et vomit, passe cependant une bonne nuit.

Le 22 au matin, 3<sup>e</sup> jour après l'injection, il me fait appeler, et je le trouve couché, la face congestionnée, se plaignant d'une céphalée intense, gravative, avec redoublements névralgiques et point maximum à la tempe droite. La langue est très blanche. *Pas de fièvre.*

Je demande le repos au lit, une purgation saline, des boissons alcalines et fais prendre LX gouttes d'adrénaline.

Je le revois le soir : il n'a pas encore pris sa purge. L'état est plutôt aggravé, la langue est rôtie, sèche, avec des fuliginosités. Les vomissements bilieux ont continué et déjà commence à apparaître un léger *tremblement* intentionnel des membres. La nuit est mauvaise, le malade, très agité, va quatre fois à la selle après sa purgation.

Le lendemain 23, il n'y a toujours pas de fièvre, le tremblement est devenu si accusé qu'il gêne la parole; pas de délire. Langue de perroquet; encore quelques vomissements; céphalée atroce. Le malade *n'a pas uriné* depuis la veille à 11 heures du matin : *il n'y a pas d'urine dans la vessie.*

Je fais continuer l'adrénaline, demande des boissons abondantes et diurétiques et je revois le malade le soir. L'état est maintenant inquiétant : pas de fièvre, *ralentissement du poulx*, agitation, anurie et céphalée persistantes. La nuit est affreuse.

Le 24, légère amélioration quoique la céphalée persiste aussi intense avec marmottement et délire par intervalles. Il n'y a toujours pas de fièvre et le poulx bat, plein et dur, lentement à 48. Les vomissements ont cessé, le tremblement s'est atténué, la langue est moins sèche, mais il faut faire boire le malade de force. Le matin, la sonde ramène enfin 300 grammes d'une urine acajou foncé, qui ne contient *ni albumine, ni pigments biliaires*. Tout est mis en œuvre : boissons lactosées, 1 gr. 50 de théobromine en solution puisque le malade ne peut avaler des cachets, et l'on se tient prêt à faire du sérum glucosé. Et le soir, la vessie est remplie à bloc; la sonde ramène 1.100 gr. d'urine acajou. Ce sondage améliore l'état précaire de notre malade : la céphalée s'améliore pendant deux heures, puis elle reprend et dans la nuit, *sentant sa vessie se remplir et ne pouvant la vider*, le malade s'agite et se dépense en cris et en mouvements désordonnés.

Le 25 au matin, tout va bien : 800 grammes d'urine à la sonde; le tremblement a disparu, la langue n'est plus rôtie, mais blanche, le poulx



remonte à 52 et la céphalée, en moyenne moins intense, ne s'exacerbe plus que lorsque le malade s'agite lors de ses vains efforts de miction. A midi, 250 gr. d'urine; 400 le soir, toujours à la sonde. Le poulx remonte à 76, la céphalée s'atténue.

Le 26, le malade commence à avoir quelques mictions par regorgement : il faut le sonder néanmoins et l'on ramène ainsi dans la journée 2.720 grammes d'urine commençant à devenir claire. La céphalée est à peine marquée : le malade a dormi un peu, est moins agité; la langue est encore un petit peu blanche.

Les jours suivants, l'état s'améliore rapidement et tous les accidents disparaissent. L'atonie sphinctérienne force encore aux sondages (2.950 grammes le 27) puis la suppression des sondages jointe à la reprise de l'alimentation et au lever, ramène bientôt des mictions normales.

Ainsi donc chez un homme jeune à reins sains (rien dans les antécédents à ce point de vue), cette dose de 0 gr. 75, série 16 249, a amené une intoxication apyrétique dont le caractère dominant a été un complet blocage des reins durant 48 heures avec tout un cortège impressionnant de phénomènes nerveux.

La question de ces séries toxiques est un peu angoissante puisque ce n'est qu'à l'usage qu'on peut les reconnaître. Nous croyons pouvoir dans le cas présent éliminer une décomposition par la chaleur de l'été tunisien puisque d'une part la Direction de l'Hygiène conserve ses arsénobenzols dans les caves et que d'autre part, les autres séries conservées dans les mêmes conditions restent excellentes. Et dans l'état actuel des choses nous ne pouvons que renouveler l'engagement que nous avons pris de signaler de suite, à qui de droit, les numéros des séries incriminées.

Mais une question se pose aussi : ces séries sont-elles tellement fréquentes ou plutôt, les accidents qu'elles déterminent ont-ils tous une gravité semblable ? — Non, certainement, et quelles que soient les imperfections des arsénobenzols (qu'elles viennent de leur constitution chimique ou des difficultés de leur préparation) l'on peut dire que leurs avantages les corrigent et au delà. « Ce qu'il faut peser dans la balance, en matière de traitements, c'est d'une part les risques de la médication, d'autre part les risques de la maladie », disait Queyrat, lors de la grande querelle du 606. C'est bien facile de représenter

l'arsénobenzol comme dangereux puisque la majorité des communications à son sujet concerne les accidents auxquels son emploi a pu donner lieu (et pour la science, pour le médecin, pour le malade, c'est fort heureux) — mais on attache beaucoup moins d'importance à une guérison totale qu'à une mort. Et l'on ne réfléchit pas assez que si une seule injection a suffi pour amener une mort, il en a fallu bien plus d'une pour permettre une réinfection et actuellement les observations de réinfection compensent en nombre les observations de mort. Qui donc pense à faire le compte des injections bien supportées pour le mettre en regard du nombre des accidents mortels ?

Or, au mois de juin de cette année, l'Office International d'Hygiène Publique a adressé un questionnaire en vue de connaître la fréquence, les formes cliniques, les causes des accidents et incidents des arsénobenzols. Nous avons eu à faire ainsi un relevé de toutes les injections pratiquées dans nos services et voici nos résultats à la date du 1<sup>er</sup> juillet 1922 :

Nombre total d'injections pratiquées... 12.914

Accidents observés :

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Crises nitritoïdes.....    | 46 |
| Intolérances.....          | 23 |
| Eruptions arsenicales..... | 15 |
| Ictères.....               | 4  |
| Morts (1).....             | 1  |

Nous avons renvoyé au fabricant 10 séries :

E 2142 — E 2145 — E 2146 — E 2149 — E 2151

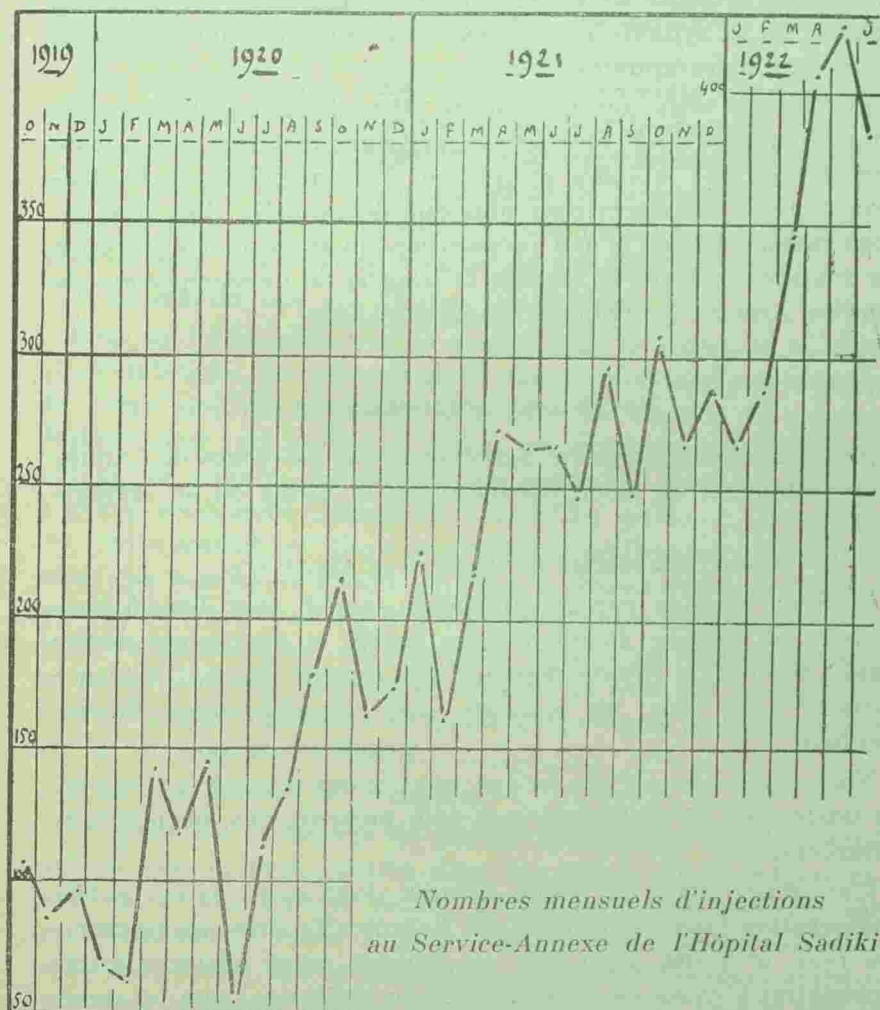
E 2393 — E 2411 — 16209 — 16249 — 16312

Ainsi donc, nous avons eu une mort pour treize mille injec-

(1) Nous n'avons pas publié ce cas de mort parce que les conditions où il s'est produit ne nous ont permis d'avoir que des renseignements incomplets et que nous ne l'avons pas observé personnellement, l'accident s'étant produit pendant notre séjour en France en mai 1920.

Un Arabe de 58 ans, atteint de syphilis ancienne pour laquelle il avait déjà été traité dans le service du Dr Bouhageb et Hadj Ali Mouraly se présente le 1<sup>er</sup> mai 1920 porteur de syphilides ecthymatiformes de la jambe droite. Le W est négatif. Il reçoit sans incidents : 0,30 + 0,45 + 0,60 de 914 Billon. « A la suite de la dernière injection (0,90) 10 minutes à un quart d'heure après, crise nitritoïde : figure violacée, relâchement des sphincters, dilatation de la pupille. Malgré toutes les médications, adrénaline, éther, respiration artificielle, mort ». Nous devons préciser ici que l'adrénaline a été faite dans les veines à la dose de 1 milligramme. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

tions. Est-ce donc un pourcentage si formidable qu'il entraîne le rejet d'un pareil médicament ? Cherchons un terme de comparaison et prenons le chloroforme. Le pourcentage des cas de



mort par chloroforme a été évalué, au Congrès de Londres à 3 pour 10.000 anesthésies. Empêche-t-il encore son emploi ? — Et

celui de l'arsénobenzol était jusqu'ici de 1 mort pour 30.000 injections. Ne peut-on pas réellement dire que « les risques du salvarsan sont moindres que ceux de la syphilis » Emery) surtout si l'on se rappelle que 33 % des syphilitiques meurent des suites de leur infection (Leredde) et que l'on a pu schématiser la gravité de la chose sous cette formule lapidaire : il meurt en France, de la syphilis ou de ses conséquences, une personne toutes les douze minutes.

Le jour où nous aurons à notre disposition un médicament nous donnant d'aussi bons et de meilleurs résultats que l'arsénobenzol avec une moindre proportion d'inconvénients et de dangers nous ne nous servirons plus que de celui-là. Mais d'ici là, nous restons fidèles à une préparation qu'apprécient également les malades comme le montre la courbe de développement du Service Annexe de l'hôpital Sadiki ci-jointe.

×

#### Les autres arsénobenzols

Nous avons expérimenté successivement au cours de l'année divers produits de même formule que le Billon ou de formule voisine :

##### 1° *Le Novarsénobenzol de Robert et Carrière.*

C'est un produit remarquablement soigné avec lequel nous n'avons eu aucune alerte. Poudre légère et d'un jaune soufre franc, dissolution rapide donnant une liqueur claire. Tolérance parfaite chez tous les malades chez lesquels nous l'avons employé.

Nous tenons à préciser ici que nous avons réservé son emploi au traitement de malades ayant déjà présenté des phénomènes d'intolérance :

L'un d'eux était un jeune homme dont nous avons publié l'observation dans les Annales des Maladies Vénériennes (septembre 1921, n° 9) qui avait fait un chancre redux (chancre mixte secondaire) à cause de l'insuffisance du traitement que lui avait valu son intolérance. Nous avons pu reprendre ce traitement arsenical intensif sans incidents notables avec le Robert et Carrière, en prenant simplement la précaution d'injecter les fortes doses par la méthode de Danysz.



Un autre était un homme chez lequel une insupportable odeur d'ail à l'éther avec congestion immédiate de la face (sans crise nitritoïde) et tremblement ou secousses électriques dans les membres accompagnait chaque injection. Une atténuation extraordinaire de tous ces phénomènes avec l'emploi du Robert et Carrière nous a permis de pousser son traitement aux doses nécessaires.

Une dernière enfin était une femme enceinte chez laquelle chaque injection déclenchait au bout de 2 heures une sorte de crise syncopale accompagnée de vomissements et dont le traitement pût être poussé jusqu'au terme de la gestation.

Malheureusement, il ne pouvait être question d'employer ce produit dans nos services à cause de son prix de revient.

### 2° *Le Rhodarsan des Usines du Rhône.*

Sous sa forme primitive, la poudre était si légère et si ténue que le fabricant lui-même insérait dans l'emballage une baguette de verre destinée à brasser la poudre au contact du solvant. Malgré cette précaution, il fallait un temps considérable pour obtenir la solution, ce qui était incompatible avec des services à grand rendement comme les nôtres. La maison a remédié à cet inconvénient et livre maintenant un produit égal, sinon supérieur à celui de Billon. Je tiens à dire ici que nous n'avons eu avec ce produit aucun incident désagréable et que sur notre demande la Direction de l'Hygiène nous le délivre maintenant au même titre que le novarsénobenzol. Ce n'est que quand nous l'aurons employé par grandes quantités que nous pourrons porter sur lui un jugement définitif.

### 3° *Le Sulfarsénol de Pluchon.*

Ce produit a l'avantage de pouvoir être injecté dans les muscles ou sous la peau comme dans les veines. Dans les veines, nous ne lui avons point trouvé d'avantages bien marqués sur les arsénobenzols vrais : il nous a même paru que les incidents immédiats (crises nitritoïdes vraies ou avortées) étaient particulièrement fréquentes. Aussi l'avons-nous réservé, dans le service des blennorragiques dont s'occupe spécialement le Dr Deleuil aux traitements des complications de la gonococcie. Dans les muscles et sous la peau c'est un admirable médicament pour les enfants ; mais dès que l'on dépasse 30 centigrammes, il devient

généralement trop douloureux pour que la cure puisse être continuée aux doses nécessaires.

#### 4° *Le Métarsénobenzol Sacca.*

Nous n'en avons eu que 50 doses et c'est vraiment bien peu pour porter un jugement de valeur. Pas d'incidents notables pendant leur emploi, mais pas de résultats thérapeutiques spécialement remarquables.

#### 5° *Autres produits.*

Le *Sanar* (Hallion et Carrion) dont la fabrication est suspendue.

L'*Eparséno* (Pomaret 132) qui est actuellement à l'étude.

×

### Les Sels de Bismuth

#### 1° *Le Trépol.*

M. le D<sup>r</sup> Nicolle nous a fait l'honneur, en novembre dernier, de nous confier un nombre important de doses de Trépol (tartro-bismuthate de potasse et de soude).

Nous l'avons expérimenté de suite chez nos syphilitiques et voici, très rapidement, ce que nous en avons obtenu :

Action rapide et puissante de cicatrisation des lésions syphilitiques en activité, mais ni plus ni moins rapide qu'avec le novarsénobenzol ou même le mercure en traitement intensif.

Action rapide et régulière sur la séro-réaction qui, très rapidement — mais pas plus rapidement qu'avec le 914 — est devenue négative chez les trois quarts de nos malades.

C'est donc un médicament *de valeur*, malheureusement il y a beaucoup d'ombres à ce tableau enchanteur.

La difficulté de technique d'abord : le trépol se présente sous la forme d'une poudre, non pas impalpable, mais formée de grains assez gros. Le bismuth étant un métal lourd, difficulté de l'émulsionner convenablement dans l'excipient huileux, malgré les billes de verre que contient l'ampoule, difficulté aussi de maintenir cette émulsion, les grains se déposant assez rapidement pour boucher le calibre d'une aiguille de 9/10° de diamètre pour peu que l'on fasse l'injection sur le malade couché sur le ventre.

Mauvaise résorption du produit, il nous est arrivé de voir

s'écouler par l'aiguille mise en place dans la fesse, l'excipient huileux d'une injection antérieure.

Douleur locale de l'injection qui a rebuté la plupart de nos malades et a nécessité parfois le séjour au lit.

Extrême fréquence de la stomatite bismuthique dont nous n'avons vu que des cas très légers, même chez des malades se nettoyant très soigneusement la bouche. Liséré bismuthique persistant facilement trois mois.

Enfin, chez une petite malade du D<sup>r</sup> Masselot, traitée pour un bouton d'Orient, apparition d'une albuminurie légère qui a fait interrompre ce traitement.

## 2° Le *Muthanol*.

Le Muthanol ne nous a paru différer du Trépol que par une plus grande finesse de la poudre bismuthique, ce qui rend son emploi plus facile.

Les résultats obtenus avec ce produit ont été semblables à ceux du Trépol, c'est-à-dire bons ; mais l'injection est toujours assez douloureuse et c'est aussi fréquemment que nous avons observé le liséré bismuthique.

Nous concluons donc dans le sens suivant pour ces deux préparations bismuthiques : médicaments actifs, susceptibles, malgré les inconvénients de leur emploi, de rendre d'appréciables services pour un traitement d'attaque de la syphilis, dans les cas d'intolérance du malade aux arsénobenzols.



## Le Mercure

Nous n'avons qu'exceptionnellement l'occasion de traiter nos malades par les sels solubles de mercure. Ce sont surtout les traitements d'entretien que nous avons à pratiquer et nous nous adressons à l'huile grise de Lafay, à notre avis la moins douloureuse et la mieux résorbée.

Avec le mercure aussi, nous avons eu des accidents : ceux-ci ne sont pas l'apanage des arsenicaux et ce n'est point faire un plaidoyer « pour » ou « contre » que de rappeler les éventualités de la médication mercurielle.

Ceux que nous avons observés sont tout particuliers à l'huile grise et c'est un syndrome d'absorption massive auquel, par

analogie avec la colique de plomb, Milian a donné le nom de *colique mercurielle* (1907). Nous croyons utile de les publier pour rappeler ce type d'accidents généralement peu connus et qui sont presque toujours la source d'erreurs de diagnostic parfois tout à fait préjudiciables au malade comme on pourra s'en convaincre en relisant la Revue Générale que Milian consacre à la question dans le n° 50 du *Paris Médical* du 11 décembre 1920.

Nous en avons observé trois cas, que voici :

I. — M<sup>me</sup> E..., femme, victime, en 1909, d'une contamination extravénérienne accidentelle : chancre du sein par allaitement d'un enfant étranger. Traitement un peu ataxique au mercure. En 1914, apparaît, sur la face, une lésion fort affichante, à tendance scléreuse, frappant le nez et les pommettes : un *vespertilio*. Des pilules mercurielles, du Galy, des lavements d'arsénobenzol ne la font pas disparaître et en mars 1921, lorsque nous la voyons, elle présente une large plaque muqueuse de la lèvre supérieure.

Le traitement arsénical au sulfarsénol, d'abord bien supporté, puis de plus en plus difficile à appliquer en raison de multiples phénomènes d'intolérance, cicatrise, décape et décolore la lésion. (On sait que le *lupus érythémateux* est souvent sensible aux antisypilitiques). Nous passons alors, le W étant négatif, au traitement d'entretien à l'huile grise, par séries de six injections, de 0,06 à 0,08 centigrammes. Une première série est parfaitement supportée, et il n'y eut jamais de stomatite.

Deux mois après, seconde série, identique à la première : les trois premières injections ne donnent lieu à aucune réaction douloureuse, pas de stomatite, pas de fatigue, pas de « *neurasthénie mercurielle* ». C'est donc tout à fait ex-abrupto qu'éclate, le soir de la 4<sup>e</sup> injection, la colique mercurielle.

A peu près trois heures après l'injection, la malade fait un accès de fièvre; elle n'y attache guère d'importance, mais dans la nuit l'accès fébrile se prolonge et au matin elle a 39°5. Vers le milieu de la nuit commence, légère d'abord, puis de plus en plus intense, une douleur épigastrique, superficielle, exagérée par la pression, indépendante des mouvements de la malade, mais surtout en relation intime avec la respiration : c'est un véritable point de côté épigastrique donnant à l'inspiration comme à l'expiration, la sensation en coup de poignard bien connue de la névralgie intercostale. Aussi, la malade qui garde le lit, évite-t-elle toute



respiration profonde, elle est surtout occupée à respirer le moins possible. D'ailleurs, son état semble sérieux : le visage vultueux et les yeux injectés d'une hyperthermique, elle se plaint doucement, se sent anéantie de fatigue, sans la moindre envie de prendre les nombreuses tisanes qu'on lui propose.

Le pouls est rapide, mais mou; l'auscultation, aussi bien des poumons que du cœur, est absolument muette. Je signale et insiste particulièrement sur l'absence totale de stomatite.

Je demande alors un régime riche en albuminoïdes : pâtes, bananes; LX gouttes d'adrénaline à prendre en trois fois et une potion contenant deux grammes de chloral et vingt grammes de sirop de codéine. Le soir, moins de cinq minutes après l'absorption de cette potion, la malade dit simplement : « je m'en vais » et tombe dans un simili-coma, une sorte de sommeil profond avec plaintes pour lequel l'on me rappelle. Une tasse de café fort le dissipe en un quart d'heure.

Le lendemain matin, la température est à 37°3; le point de côté un peu diminué, mais la constipation est absolue. L'état reste à peu près stationnaire pendant toute la journée, 38° le soir.

Le 3<sup>e</sup> jour, la fièvre est complètement tombée; la douleur très atténuée et les selles sont revenues.

Ce n'est que le 6<sup>e</sup> jour que l'accident peut être considéré comme clos. Le phénomène primordial, la douleur, n'a pas encore tout à fait disparu: c'est maintenant une sensation de barre que la malade qualifie ainsi : « ça me fait mal, mais je peux respirer ». Elle ne disparaîtra complètement que le 10<sup>e</sup> jour, laissant la malade fatiguée et sans appétit.

II. — M. M..., homme vigoureux et énergique, approchant de la cinquantaine, ayant contracté la syphilis en 1913 et l'ayant énergiquement soignée. Un traitement d'entretien à l'huile grise est entrepris.

Voici la note que me communique le docteur Deleuil, qui a observé le malade durant les vacances :

« J'avais fait l'avant veille à M. M..., la 5<sup>e</sup> piqûre d'une troisième série d'huile grise, admirablement supportée jusque là, lorsque je vis arriver ce malade en mon cabinet avec une figure défaite et une attitude de mourant.

« Il marchait à petit pas, s'aidant d'une canne, essoufflé et sans forces. Son visage amaigri, aux lèvres cyanosées, avait une pâleur terreuse.

« Assis, il me raconta ceci : Brusquement, environ quinze heures après la piqûre, il avait eu un accès de fièvre avec frissons et au bout de quel-

ques heures, une légère douleur à droite. Ce point de côté était allé en augmentant, sous le mamelon droit, et avait atteint son paroxysme dans la nuit, l'empêchant de respirer, lui occasionnant de la suffocation. Au matin, il s'était mis à tousser; une céphalée très vive lui fit prendre de l'Aspirine qui déclancha des vomissements de bile. Un état de faiblesse considérable le cloua alors au lit. Vers le soir, le malade, très énergique, se sentant très fatigué, seul, décide de venir me voir.

« Sa parole est difficile, chevrotante; il respire avec difficulté par sa bouche entr'ouverte. Il se lève difficilement, sur des jambes en coton, et du lumbago le tient un peu cassé en deux. Sa langue est saburrale, son haleine extrêmement fétide; il a, dit-il, un léger goût dans la bouche qui le fait saliver depuis une heure. Comme il avait une constipation opiniâtre, il s'est purgé dans la nuit avec du sulfate de soude, et depuis, une diarrhée profuse ne le quitte plus; sa fièvre a dépassé 39° la veille, et au moment où le vois, il a 38°8 et son pouls est à 110.

« Je cherche des signes de stomatite et suis frappé de ne trouver autour des dernières molaires qu'un début très fugace, très léger, qu'il faut bien chercher. Le malade est dysurique avec des urines acajou; la recherche de l'albumine n'est point faite.

« Je rassure le plus possible le malade très angoissé, mais mon diagnostic d'intoxication mercurielle le laisse sceptique. Il est persuadé qu'il a pris froid, et il a peur d'une pneumonie.

« Les phénomènes s'amendent lentement en cinq jours laissant le malade dans un état de faiblesse considérable. »

III.—M.J..., homme de 30 ans, contaminé en 1920, ayant reçu une série de novarsénobenzol et cinq séries d'injections d'huile grise. Je le vois en novembre 1921 et lui fais deux séries d'huile grise et en commence une dernière en août 1922. Le W est négatif.

Cinq injections sont bien supportées. A la sixième, le malade me dit : « Je ne suis pas bien en train depuis l'autre semaine; je crois que j'ai pris la grippe; j'ai eu deux jours de fièvre avec un point de côté au creux de l'estomac qui me gêne pour respirer. Je ne tousse pourtant presque pas et je suis un peu constipé. »

Le malade était apyrétique; l'auscultation de ses poumons était muette; le creux épigastrique encore un peu sensible; aucune trace de stomatite. C'était une colique mercurielle fruste.

Nous ne voulons conclure, des différents accidents des médications antisiphilitiques que nous avons observés et que nous

vous avons communiqués, qu'une seule chose : c'est qu'avec un médicament actif — quel qu'il soit — la sécurité thérapeutique absolue n'existe pas, ne peut pas exister — et qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de certains aléas que l'on ne peut empêcher. On court toujours des risques en employant une médication réellement active et comme nous connaissons les infinis dangers des syphilis insuffisamment traitées il faut que nous sachions que nous rencontrerons fatalement, un jour ou l'autre l'accident fâcheux, parfois mortel. Mais il est malgré tout si rare, si exceptionnel qu'il n'ébranlera pas notre foi dans la nécessité d'un traitement actif et prolongé parce que nous savons, nous médecins, quels services auront rendus à nos malades tant d'injections bien supportées qu'ils auront subies.



# ERYTHRODERMIE ARSÉNICALE

par les Docteurs JAMIN et SORIA

M. S..., 38 ans, coiffeur. Tabès fruste caractérisé par des douleurs dans les reins et les membres inférieurs avec abolition des réflexes achilléens et rotuliens et asthénie générale. Le W était négatif. Une ponction lombaire pratiquée chez une de ses filles, à l'occasion de convulsions que firent cesser des frictions mercurielles, donna une séro-réaction positive.

Le malade reçut, de son médecin habituel, sept injections d'Eparséno à deux ou trois jours d'intervalle. Huit jours après la dernière injection, apparition d'une « pyodermite prurigineuse des mains et des avant-bras », puis, rapidement, généralisation à la majeure partie du tégument cutané. Les muqueuses furent indemnes. Pas de fièvre. Présence d'albumine dans les urines.

L'éruption, d'abord rouge, s'accompagna bientôt d'une desquamation par larges placards aux points où l'épiderme était épais — par squamules furfuracées sur le reste du tégument — par épaisses croûtes amiantacées au cuir chevelu. A ce moment apparut l'infection secondaire par laquelle le malade fut soumis aux injections de vaccin I.O.D. Des bains alcalins d'abord, puis simples — des pommades ichtyolées, puis des glycérolés salicylés — décapèrent les lésions, jugulèrent les pyodermites et amenèrent le malade au point où il est actuellement.

L'on voit aisément que l'éruption frappa tout particulièrement la face d'extension des membres, où elle fut confluyente, et accessoirement la face de flexion qu'occupent maintenant de nombreuses macules pigmentées. Aux extrémités, les troubles de la kératinisation qu'amène l'érythrodermie ont déterminé d'abord de larges et épais copeaux de desquamation puis une prolifération intense des couches du lit de l'ongle tendant vers l'onychochizie, tandis que la base de l'ongle est vermoulue. Les ongles et les poils ne sont pas tombés. Enfin, sur le dos des mains et des poignets se remarquent un nombre considérable de petites productions du volume d'une tête d'épingle et qui sont des grains de milium. Pas de Kérotodermie arsénicale actuellement.

Malgré son aspect encore farineux, il est facile de se rendre compte que le cuir chevelu et les sourcils n'ont pas été le siège d'une alopecie, au moins récente.

Le type de l'affection dite « érythrodermie exfoliante » n'est pas fatalement dû à l'arsenic et tout le monde connaît des



exemples qui ont été déterminés par l'opium, le mercure, et accessoirement par l'acide picrique, la quinine, la belladone, le chloral. Il est beaucoup plus exceptionnel qu'un agent infectieux (gonocoque, streptocoque) soit en cause. L'un de nous a eu l'occasion de déposer au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, à Paris, le gant complet que formait l'épiderme d'une main d'un malade chez qui l'absorption de cachets Faivre (oxyquinothéine) avait déterminé une semblable éruption.

Au cours de cures de blanchiment appliquées aux recrues tunisiennes en 1918, nous avons eu à en observer un certain nombre de cas dont l'étiologie était obscure puisque les malades étaient soumis à un traitement mixte et que le mercure, comme l'arsenic est capable de provoquer ces érythrodermies primitives. C'est grâce au Dr Broc dans le service duquel ils furent hospitalisés à l'hôpital militaire du Belvédère que nous pûmes les observer à loisir et prendre les photographies que nous vous présentons. Il s'agissait dans ce cas de simulateurs (29 cas au total) qui absorbaient un mélange composé de racine de thapsia pilée avec du miel et duquel on ajoutait une forte proportion d'orpiment.

Dans le cas présent, il s'agit d'une érythrodermie d'origine thérapeutique comme le cas s'est maintes et maintes fois présenté avec l'emploi des corps de la série des arsénobenzols. Il rentre dans la règle générale qui veut que les érythrodermies précoces guérissent facilement alors que celles qui n'apparaissent que trois à six semaines après le traitement ont un pronostic effroyablement sombre. Le même fait a souvent été remarqué en ce qui concerne la gravité respective des ictères précoces et tardifs des arsénobenzènes.

---

# DÉCHIRURE DU RECTUM

## (Suture - Guérison)

par M. LAURIOL, Interne à l'Hôpital Sadiki

---

Ahmed ben Romdane, âgé de 35 ans, entré à l'hôpital le 14 septembre à 15 heures; examiné à 26 heures.

Le blessé raconte que le matin en travaillant dans un puits, il est tombé assis sur le manche d'une pioche sur lequel il s'est empalé. A la suite de cet accident il aurait perdu une grosse quantité de sang.

L'examen de l'orifice anal ne montre aucune trace de blessure, pas d'écchymose, pas d'hémorragie.

Le toucher rectal est peu douloureux. Il ne donne aucun renseignement sinon que le rectum est vide.

Le blessé se plaint d'une douleur vive dans l'abdomen au voisinage et à droite de l'ombilic. Le ventre est souple mais sensible dans sa totalité. La palpation réveille la douleur spontanée ressentie par le blessé. Son ventre est légèrement ballonné, tympanique.

Le malade n'a eu ni selles ni gaz depuis son accident. Il a rendu des urines claires. Une sonde rectale introduite avec précaution et peu profonde ramène quelques gaz.

Malgré cette pauvreté symptomatique en présence de cette douleur spontanée, de localisation haute, abdominale plutôt que rectale, on songe à la possibilité d'une perforation du rectum et on se décide à l'intervention immédiate avant l'apparition d'une réaction péritonéale et pendant que l'état général est bon. Le pouls en effet est régulier bien frappé à 80.

Opération à 21 heures (12 h. environ après l'accident). Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture, la cavité péritonéale apparaît libre, pas d'hémorragie.

La position de Trendelenburg permet d'examiner le petit bassin et on découvre alors quelques caillots noirâtres qui masquent une déchirure à la face antérieure et sur le bord gauche du rectum. Longue de 3 cm., elle occupe exactement le fond du cul-de-sac vésico-rectal. Le tamponnement ramène quelques matières fécales.

Sur cette déchirure on jette non sans difficulté un surjet au fil de lin prenant la paroi rectale et le péritoine pariétal qui va de la sorte isoler la déchirure. On termine enfin en fixant l'anse sigmoïde au péritoine rétro-vésical par un point, de façon à isoler le cul-de-sac de Douglas.

On lave la cavité péritonéale à l'éther et on referme la paroi en un plan au double crin sans drainage.

Durée de l'opération 30 minutes.

16 septembre : Le ventre est souple. Mais le malade prétend ne pas rendre de gaz. On introduit une sonde rectale profondément et on la laisse à demeure.

20 septembre : On administre un lavement qui provoque une débâche intestinale. A partir de ce moment, la guérison s'opère sans incidents.

Le blessé n'a présenté aucune réaction péritonéale, aucune élévation thermique.

28 septembre : Les crins sont enlevés. Réunion parfaite.

Le blessé sort guéri le 7 octobre.

Ces plaies du rectum par voie interne sont relativement peu fréquentes et siègent en général plus bas. Il est rare qu'elles intéressent le péritoine. C'est pourquoi nous avons tenu à publier cette observation.

Deux points en outre doivent retenir l'attention :

1° Les signes de perforation étaient réduits au minimum et représentés seulement par de la douleur et un état de subocclusion intestinale;

2° Malgré la communication de la cavité péritonéale avec un milieu aussi septique que le rectum, la guérison s'est opérée sans aucune résection.

C'est un exemple de plus, de l'avantage qu'il y a à opérer dès qu'on soupçonne une lésion intestinale.

---

## Centenaire de Pasteur

---

27 Décembre 1922

*La Société a pris l'initiative, d'accord avec le Gouvernement et l'Institut Pasteur de Tunis, de diverses manifestations en vue de commémorer dignement à Tunis, le centenaire de Pasteur.*

*En dehors de conférences scolaires, de la distribution aux 50.000 écoliers de Tunisie d'une plaquette souvenir, de conférence publique, elle ouvre une souscription en vue de l'érection d'un buste de Pasteur (à Tunis) et, éventuellement la création d'une bourse d'étude à l'Institut Pasteur de Tunis.*

*Le Comité Directeur de la S.S.M. prie instamment les confrères qui n'auraient pas été sollicités et ceux de l'Intérieur de la Régence de vouloir bien adresser le plus tôt possible au Secrétaire général, D<sup>r</sup> GÉRARD, 24, avenue de France, à Tunis, le montant de leur souscription.*

*Cette souscription ne concerne que les médecins (ou les pharmaciens), la Presse devant ultérieurement ouvrir, sous notre contrôle, une souscription publique.*

---

Séance du 20 Octobre 1922

---

Présidence du D<sup>r</sup> BOUQUET, *Président*

---

*Sont présents : MM. les D<sup>rs</sup> Jaubert de Beaujeu, Montefiore, Uzan, Disegni, Lançon, Smadja, Gérard, Ortona, Scialom, Jarmon, Lemanski, Braquehayc, Henry, Rogalski, Eichmuller, Cassuto, Comte, Cattani, Spezafumo, Benmussa, Salvo, Lumbroso, Bonan, Benjamin Lévy, Molco, Sfez, Solal, Lellouche, Brun, Gobert, Hayat, Emile Lévy, Minguet, Maslot, Doméla.*

×

**Admissions.** — Sont admis à l'unanimité : comme membre associé, M. BIECHELER, interne à l'hôpital Sadiki, et comme membre titulaire, M. le docteur Henry SMADJA.



**Bibliothèque.** — La question de la Bibliothèque est enfin résolue après quelques mois de négociations. Les ouvrages médicaux de la Bibliothèque du Souk-El-Attarine seront rassemblés dans une salle spéciale. La collection sera complétée par les ouvrages appartenant à la Société, qui seront transportés aussi rapidement que possible par les soins du nouveau bibliothécaire. Une importante source de documentations est ainsi constituée. En effet, la bibliothèque du Souk-El-Attarine reçoit régulièrement les nouveaux traités. (Traité Sergent, traité Vidal et Roger, etc.).

D'autre part, la direction de la Bibliothèque a fait l'acquisition des ouvrages qui ont appartenu à nos regrettés confrères Vullien et Batailler, qui comprennent une importante collection de Revues Médicales.

Le docteur Nicolle a fait don, à la Société, d'une collection de thèses appartenant à l'Institut Pasteur. Enfin, le docteur Montefiore s'inscrit pour une donation de quelques volumes, ce dont nous le remercions par avance.

Les sources pour une bibliographie abondante sont enfin constituées et cela devenait d'une nécessité absolue depuis que l'activité scientifique des médecins de Tunis s'est tellement développée.

×

### **Compte rendu des travaux de l'année 1921-22**

*Le docteur BOUQUET, président sortant, lit le discours suivant :*

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Des statuts que je n'ai pas élaborés exigent de votre Président un compte rendu annuel des travaux de la Société des Sciences Médicales. Notre compagnie est un organisme grandissant chaque jour, et il serait fastidieux pour vous, d'entendre un résumé de tout ce qui a été dit dans cette enceinte.

Qu'il me soit permis d'adresser, en votre nom, un souvenir ému à la mémoire des deux collègues que nous avons eu le regret de perdre cette année, Batailler et Vullien.

Nous avons admis parmi nous, depuis un an, douze membres titulaires dont trois pharmaciens, quatre membres associés, enfin quatre membres correspondants. Ces chiffres sont éloquentes; ils disent le succès de notre groupement.

Si maintenant je passe aux travaux proprement dits de la Société des Sciences Médicales pendant 1921-1922, je vous dirai que nous avons eu 31 présentations de malades; 20 présentations de pièces, de photographies ou radiographies et 41 communications.

Tel est, Messieurs, le bilan de vos travaux qui n'ont pas demandé moins de dix-sept séances, d'octobre à juin. Un gros volume de 515 pages est le résultat tangible de vos efforts. Je ne veux pas citer les noms de nos collaborateurs; ils sont trop. Vous n'êtes pas venus ici comme à une distribution de prix ou pour assister à des inscriptions à une sorte de tableau d'honneur. Merci à tous ceux qui sont venus à nos séances, à tous ceux qui nous ont assiduellement communiqué leurs travaux, présenté leurs malades.

Que dis-je, leurs malades ? Ils ne le sont plus, quand vous les présentez, ou s'ils le sont encore, c'est qu'ils ont dépassé les ressources de notre art.

Deux grosses questions ont occupé la majeure partie de notre temps : le Paludisme en Tunisie, mis à l'ordre du jour au début de l'année, et l'Echinococcose, mise à l'ordre du jour à la suite d'une demande du P<sup>r</sup> Devé, de Rouen, sur la fréquence de cette maladie en Tunisie.

Dans notre séance du 18 novembre, notre collègue Masselot lisait un important travail, intitulé « Notes cliniques sur le Paludisme aigu tunisien ». Il relatait son expérience du Maroc et de Tunis et notamment une véritable épidémie observée sur les Russes pendant l'été de 1921. Après avoir dressé la carte de la Tunisie au point de vue paludisme, il passait en revue les symptômes prédominants, les modalités de cette affection, les anomalies, les complications les plus fréquemment observées, pour arriver à une thérapeutique saine et rationnelle. Le beau rapport de Masselot a été l'occasion de nombreuses communications, toutes publiées dans notre numéro de mars, qui contient le rapport général sur la question de nos collègues Benmussa et Minguet. Analyser tous ces travaux sur le paludisme serait refaire leur rapport, sans leur compétence. Je m'en garderai bien.

Les kystes hydatiques sont fréquents en Tunisie et chaque année, ils sont ici l'occasion de présentations ou communications intéressantes.

Le P<sup>r</sup> Devé nous avait demandé, en vue d'une enquête qu'il faisait sur la fréquence et la répartition de l'échinococcose, nos observations, les formes anormales, etc...

La question sur la demande de mon maître, notre collègue Braquehay, a été mise à l'ordre du jour d'une de nos séances de mai, où successivement les chirurgiens des trois grands hôpitaux de Tunis ont pris la parole pour apporter leur statistique.

Nos collègues MM. Braquehay et Lauriol doivent faire un rapport gé-

néral sur la question. Pour juger de l'importance des kystes hydatiques dans la pathologie tunisienne, je vous dirai que huit communications leur sont réservées sur un chiffre total de 41.

En dehors de ces grosses questions, je vous signalerai deux présentations de *xéoderma pigmentosum* dues à nos collègues Cuénod et Jamin; un très beau cas de lèpre de Daireaux, un malade atteint de névrome plexiforme de Bror et Brun; une observation d'un cas de peste due à Ortona et suivi de guérison. Le hasard d'une présentation de pièce d'autopsie a permis à notre collègue Soria de retrouver un ancien malade opéré par lui, deux ans avant, d'une tumeur située sur un rein en fer de cheval et nous a valu la relation complète de cette observation de MM. Masselot et Soria.

Voici à peu près les faits saillants. J'en oublie et je m'excuse auprès de ceux que j'oublie; il faudrait tout citer et vous n'auriez pas la patience de tout entendre.

Je vous rappelle, Messieurs, qu'au début de l'année, vous aviez mis à l'étude la vaccinothérapie de la fièvre de Malte. Cette question a eu le temps d'être réfléchie; il est l'heure peut-être de la sortir du sommeil où elle dort. Je la rappelle à votre nouveau bureau.

Et maintenant, Messieurs, mon rôle de Président est terminé. J'ai déclaré close l'année 1921-1922. Je ne quitterai pas le fauteuil auquel vous m'avez fait l'honneur de m'appeler, sans vous remercier du concours que j'ai trouvé en vous tous, pour accomplir la tâche que vous m'aviez confiée. Si votre Président n'a pas été à la hauteur de sa mission, c'est que vous la lui facilitiez et qu'il savait votre indulgence toute acquise.

Je souhaite au nouveau bureau que vous allez élire, d'avoir un rôle aussi facile. Je souhaite à notre Société de grandir et de progresser toujours davantage. Qu'elle soit le symbole de notre activité scientifique et qu'elle soit pour nous comme une famille où chacun retrouvera cette camaraderie sincère qui nous délassera des préoccupations journalières que la vie sème sur le chemin de tous.

×

Le D<sup>r</sup> Benjamin Lévy fait remarquer que dans le passage du compte rendu relatif aux travaux sur l'échinococcose en Tunisie, le Président a omis de citer l'hôpital israélite et sa statistique personnelle.

Le D<sup>r</sup> Bouquet répond que le travail du D<sup>r</sup> Lévy n'ayant pas été remis jusqu'ici, il n'a pu en rendre compte. Il en sera fait mention dans le

rapport général sur l'échinococcose en Tunisie qui sera publié prochainement.

×

### Compte rendu financier

MM. les D<sup>rs</sup> SALVO, trésorier; et CASSUTO, secrétaire général, font un compte rendu financier de l'année qui vient de s'écouler; compte rendu qui dépeint une situation très florissante, grâce à l'activité du D<sup>r</sup> SORIA. Votre administrateur a pu, en effet, obtenir pour le journal une publicité qui nous rapportera en fin d'année, la somme de 22.000 francs environ. Un fonds de roulement d'environ 10.000 francs sera constitué ainsi pour l'année prochaine.

×

### Elections du Bureau pour l'année 1922-1923

Les élections pour la vice-présidence furent assez mouvementées.

Les D<sup>rs</sup> Hayat et Sfez demandent s'il n'est pas temps qu'un médecin tunisien soit à la vice-présidence. En effet, depuis une quinzaine d'années les médecins français et italiens seulement, ont occupé alternativement le fauteuil présidentiel.

Les D<sup>rs</sup> Braquehay et Lemanski prennent la parole pour affirmer la parfaite confraternité qui a toujours existé entre les médecins de Tunis à quelle que nationalité qu'ils appartiennent et font remarquer que les membres de la Société prennent la nationalité de leurs diplômes. Les médecins tunisiens ayant un diplôme français sont donc des médecins français.

Au surplus, ajoute le D<sup>r</sup> Bouquet, président sortant, toutes les candidatures sont libres.

On vote et le bureau élu est constitué de la façon suivante :

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <i>Président :</i>          | D <sup>r</sup> SPEZZAFUMO;   |
| <i>Vice-Président :</i>     | D <sup>r</sup> CASSUTO;      |
| <i>Secrétaire Général :</i> | D <sup>r</sup> GÉRARD;       |
| <i>Secrétaire adjoint :</i> | D <sup>r</sup> BENMUSSA;     |
| <i>Trésorier :</i>          | D <sup>r</sup> SALVO;        |
| <i>Bibliothécaire :</i>     | D <sup>r</sup> ED. LUMBROSO; |
| <i>Conseillers :</i>        | D <sup>r</sup> CORTESI;      |
|                             | D <sup>r</sup> HAYAT;        |
|                             | D <sup>r</sup> MINGUET.      |

~~~~~


Séance du 27 Octobre 1922

Présidence du Dr SPEZZAFUMO, *président*

Sont présents : D^{rs} Montefiore, Lalloum, Braquehayé, Cassuto, Gérard, M^{me} Brun-Romme, Jamin, Soria, Brun, Rogalski, Minguet, Jarmon, Henry, Guinet, Salvo, Lauriol, Bichler, Sfez, Emile Levy, Morpurgo, Naamé, Benmussa, Hayat, Bouquet, Cardoso, Brod, Lemanski, Lellouche, Lançon, Domela, Disegni, Lumbroso, Legrand, Jaubert de Beaujeu, Conseil, Ortona.

×

Le procès verbal de la séance du 20 octobre est lu et adopté.

×

Communications du Bureau

Discours du Président :

Mes chers confrères,

Qu'il me soit permis, comme premier acte de la charge à laquelle vous avez voulu m'élire, de vous adresser l'expression sincère de ma gratitude pour l'honneur que vous avez voulu me faire en me portant à la présidence de notre groupement, car, dans cette élection, je ne vois que la manifestation de votre amitié indulgente et confraternelle, — et non une récompense à des mérites que je sais ne pas avoir, — et aussi la consécration d'un privilège, que mes jeunes confrères ne m'envient sûrement pas : celui de l'âge. Ma tâche sera certes facile, grâce à votre courtoisie et grâce surtout aux traditions d'affabilité, de tact et d'aménité confraternelle qui furent l'apanage de notre Président sortant, mon cher confrère et ami le Docteur Bouquet, à qui je tiens à adresser toute notre reconnaissance émue pour la façon digne de tout éloge avec laquelle il sut tenir la Présidence et qu'il me suffira d'imiter pour bien mériter de vous tous.

Ayez l'assurance, chers confrères, que tous mes efforts tendront à être à la hauteur de la tâche que vous m'avez conférée, mais je compte pour y réussir sur l'entière collaboration de vous tous car notre Compagnie qui est une Société de culture ne doit tendre qu'à former un amalgame solide soutenu par l'estime réciproque et par le respect réciproque des éléments divers dont se compose le corps médical tunisien.

Que les discussions de nos séances soient toujours, comme auparavant, empreintes de la plus amicale et sincère cordialité, condition essentielle pour que notre groupement soit l'artisan de l'union et de la concorde du corps médical. Qu'aucun nuage ne vienne obscurcir la pureté de notre ciel ! Ce sera la tâche la plus ambitionnée du bureau que vous venez d'élire, comme elle fut celle du bureau sortant, de veiller à la concorde et à l'union entre tous.

On a reproché, et à tort, au bureau sortant d'avoir systématiquement évincé une partie du corps médical. Je puis affirmer de la façon la plus catégorique que jamais il n'a été question ni d'éliminer ni de favoriser un ou plusieurs de nos confrères. Faisant abstraction de nos sentiments et de nos sympathies personnelles, nous inspirant de l'ambiance de pure intellec-

tualité étrangère à toute considération de race ou de religion, nous n'avons jamais agi, en qualité de membre du bureau de notre Société, que dans l'intérêt majeur du groupement dont nous avons assumé la direction. C'est dans un but d'apaisement et à dessein que j'ai tenu à prononcer ces quelques paroles et ceux qui me connaissent savent que je ne suis pas homme à dire ce qui n'est pas ma conviction. J'y ajoute l'assurance que vous pouvez compter sur mon dévouement le plus complet et sur mon impartialité la plus entière. Qu'il me soit permis, pour terminer, de dire au camarade de tant d'années, à l'ami de la première heure, à notre bon Cassuto, la parole de gratitude pour tout ce qu'il a fait pour notre société, dont il a été, dès les débuts qui ne furent pas toujours exempts de tempêtes, et depuis dix-sept ans, l'artisan convaincu et le collaborateur affectionné ; son élection à la vice-présidence est la preuve de la reconnaissance de ses mérites.

Et maintenant, Messieurs, avec calme et sérénité et les cœurs amis, reprenons nos travaux, ayant dissipé tout malentendu. Que le seul désir subsiste de voir prospérer notre société où il ne doit pas y avoir des hommes de race ou de nationalité différentes mais des médecins, des intellectuels épris de leur art, désireux du progrès de la science, qui passe les frontières, et progresse pour le bien de l'humanité.

La lecture de ce discours est saluée par d'unanimes applaudissements.

×

Le Dr Lemanski se fait l'interprète de l'assemblée en remerciant sincèrement le Dr Spezzafumo de ses nobles paroles puis il donne lecture de la motion suivante signée de tous les anciens présidents de la société :

« Les Médecins soussignés, tous anciens Présidents, de la Société des Sciences Médicales de Tunis sont heureux de profiter de la circonstance qui appelle le Dr CASSUTO à la vice-présidence de notre Société, pour lui adresser toutes leurs félicitations et lui exprimer leur vive sympathie.

« Notre confrère a su, d'une façon très distinguée, et avec un tact et une compétence remarquables, pendant 17 ans, assurer les délicates fonctions de secrétaire général.

« Les médecins soussignés désireraient que la Société voulût bien voter aujourd'hui un ordre du jour de félicitations et de remerciements au Docteur Cassuto ».

Cette motion est signée de MM. Bouquet, Braquehay, Brignone, Busacca, Cardoso, Cattani, Cuénod, Domela, Lemanski, G. Levi, Molco, Morpurgo, Nicolle, Ortona, Sbrana.

La proposition des anciens présidents mise aux voix est votée à l'unanimité.

En quelques mots émus le Dr Cassuto remercie vivement ses confrères de cette manifestation de sympathie dont il leur est infiniment reconnaissant.

×

Questions à l'ordre du jour :

Les deux questions suivantes sont adoptées pour être mises à l'ordre du jour des travaux de la Société pendant l'année 1922-1923.

1° La Vaccinothérapie de la fièvre de Malte ;

2° Le Syphilo-brightisme.

Centenaire de Pasteur. — Sur la proposition du Bureau la Société décide à l'unanimité de prendre l'initiative de commémorer le centenaire de Pasteur en Tunisie. Diverses propositions sont faites. Le Bureau en prend note et proposera au cours de la prochaine réunion un programme élaboré d'accord avec l'Institut Pasteur et la Résidence Générale. Le Secrétaire général, Dr Gérard, est chargé de faire toutes les démarches nécessaires.

×

Bibliothèque. — Les DD^{rs} Braquehay, Cassuto, Ed. Lumbroso sont chargés de représenter la Société auprès de l'administration de la Bibliothèque publique du Souk-el-Attarine.

×

Présentations de malades

Les DD^{rs} JAMIN et SORIA présentent un malade atteint d'érythrodermie arsenicale.

(Voir même numéro page 484).

×

Pseudarthrose du fémur

(Dr MONTEFIORE)

Le Dr Montefiore présente un cas de pseudarthrose flottante du tiers supérieur du fémur compliquée d'hyperostose du grand trochanter, hyperostose qui s'est portée sur toute la circonférence du trochanter à la suite, probablement du processus inflammatoire post-traumatique.

Les radiographies faites par le Dr Cattani montrent la diaphyse très mobile, et en arrière de l'épiphyse un raccourcissement de 12 à 15 centimètres.

Les deux moignons sont complètement mobiles l'un sur l'autre, réunis selon toute probabilité par du tissu fibreux. Le malade marche mais péniblement et avec l'aide de deux cannes. On sent une crépitation assez manifeste et au toucher on perçoit aisément l'hyperostose du grand trochanter. Quid agendum? Plutôt que de nous contenter d'un appareil orthopédique il faudra intervenir chirurgicalement en réséquant les tissus fibreux qui entouraient les fragments, les aviver, les mettre en contact en les fixant par l'ostéosynthèse avec une plaque vissée si possible ou dans le cas d'impossibilité mettre une agrafe ou une vis.

Si ces procédés échouent je me réserve d'implanter selon le système Delbet, un morceau du péroné.

Il y aurait aussi à essayer les greffes ostéo-périostiques d'Ollier-Délagènière ou la greffe segmentaire d'Albu.

Naturellement il faudra détruire par la gouge et le maillet l'hyperostose du grand trochanter.

Le Dr Montefiore espère montrer dans trois mois le résultat bon ou mauvais qu'il aura obtenu.

×

Appareil de Delbet pour fracture de cuisse

Le Dr Bouquet présente un malade atteint de fracture du tiers supérieur du fémur datant de 12 jours. Après réduction un appareil de Delbet a été

appliqué et le malade a pu se rendre par ses propres moyens à la séance de la Société.

×

Présentations de pièces

Fracture isolée de la cupule radiale

par M. LAURIOL

Il s'agit d'un homme de 35 ans environ, ayant fait deux jours auparavant une chute sur le talon de la main.

Il présente un gonflement considérable du tiers supérieur de l'avant-bras gauche gênant beaucoup la palpation.

Toutefois on révèle au niveau de la cupule radiale une douleur exquise, localisée, constante.

Le bras est immobilisé en demie-flexion. Les mouvements d'extension et de flexion sont très douloureux. La supination et la pronation sont impossibles.

La radiographie montre une fracture de la cupule radiale. Le trait oblique d'avant en arrière et de bas en haut a détaché un fragment au dépens du bord antérieur de la cupule radiale.

Le déplacement est insignifiant.

×

Fracture transversale ouverte de la base de l'olécrane avec luxation du coude en avant traitée par les agrafes métalliques

par le D^r BRAQUEHAYE

Les deux radiographies présentées ont été prises sur une jeune fille de 15 ans nommée Mena bent Mohamed.

Le 24 mai, des voleurs se sont introduits chez elles pendant la nuit et lui ont donné des coups de couteau et des coups de bâton.

A son entrée à l'hôpital, le 26 mai, elle présente des plaies par coups de couteau sur le sein gauche et à la région lombaire, ainsi que des ecchymoses multiples. Du côté du coude droit on constate une fracture transversale de la base de l'olécrane compliquée d'une luxation du coude en avant. Cette fracture s'accompagne d'une plaie déjà infectée et communiquant avec le foyer de la fracture.

B. essaye vainement de maintenir la fracture réduite sous un appareil plâtré ; les os de l'avant-bras, attirés par le brachial antérieur viennent malgré l'appareil se placer en avant de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Le 27 mai, sous anesthésie à l'éther, B. excise la plaie infectée jusqu'à l'os. Il désinfecte par un bain d'éther le foyer de la fracture et fait l'ostéo-synthèse après coaptation avec une petite plaque à 4 trous et avec 4 vis courtes. Suture au crin.

Le 30 mai, la température s'élève à 39° 8. Le coude est gonflé et douloureux. B. fait sauter les sutures mais laisse les agrafes. La température tombe le lendemain à 36° 8 et s'est maintenue normale les jours suivants. Après 10 jours, on commence à mobiliser le coude (flexion, extension, pronation et supination).

Le 30 juin, les agrafes sont enlevées et le 12 juillet la malade quittait

l'hôpital avec une coaptation parfaite des fragments et tous les mouvements du coude.

Cette observation, ajoute Braquehay, nous a paru intéressante à rapporter car cette fracture ne pouvait être maintenue par un plâtre et l'on pouvait hésiter, à cause de l'infection du foyer, à faire l'ostéo-synthèse. Malgré la désunion de la plaie, la plaque métallique fut bien supportée et il n'y eut point d'ostéomyélite.

Discussion. :

Le Dr Brun pense que dans le cas particulier il y a eu luxation compliquée de fracture. L'observation est d'ailleurs pleine d'intérêt du moment que la malade a guéri malgré l'ouverture de l'articulation du fait de la luxation.

Le Dr Braquehay estime qu'il s'agit plutôt d'une fracture compliquée de luxation.

×

Rétrécissement aortique par endocardite végétante

par les DD^{rs} BROU et BIECHER

Il s'agit d'un malade entré en période d'hyposystolie, âgé d'environ 27 ans.

Il présentait un gros cœur avec pointe dans le septième espace intercostal en dehors du mamelon. Souffle systolique dans le deuxième espace intercostal droit avec à ce niveau un frémissement cataïne très net. Mort en asystolie.

L'autopsie a montré un cœur gauche très hypertrophié et au niveau des trois valvules aortiques des végétations en choufleur d'endocardite assez récente qui produisaient un rétrécissement sans insuffisance ; au niveau de l'infundibulum quelques plaques laiteuses d'endocardite lisse. L'origine de cette endocardite n'a pu être déterminée.

La réaction de Wassermann était négative.

×

Volumineux cancer de l'estomac

Par les D^{rs} BROU et BIECHER

Malade arrivé en pleine cachexie, décédé très rapidement. On sentait une grosse tumeur au niveau de la région pylorique, confirmée par la radioscopie.

Il s'agit d'un cancer des parois stomacales en dehors de la région pylorique ayant envahi presque la moitié des parois.

Les coupes anatomiques démontrent un épithélioma glandulaire atypique.

Cette tumeur est remarquable par son volume et nous la présentons à la Société pour montrer que le cancer des organes internes n'est pas si rare qu'on le prétend, car nous avons vu un certain nombre de cancers, de l'estomac en particulier, mais la plupart du temps les malades rentrent chez eux avant l'évolution fatale, ce qui ne permet pas de faire un diagnostic anatomique complet.

C'est une cause d'erreur dont il faut tenir compte dans les statistiques.

Communications

Kyste hydatique de la région temporale droite

par le Dr BRAQUEHAYE

Le 23 septembre, se présentait à la consultation de l'hôpital Sadiki une jeune fille de 18 ans nommée Aïcha bent Mohamed présentant une tumeur kystique de la queue du sourcil droit ayant tous les signes d'un kyste congénital.

Cette jeune fille, qui a toujours habité Tunis, porte cette tumeur depuis de nombreuses années, sans qu'elle puisse en préciser le début. Néanmoins, comme elle a augmenté depuis quelques mois, elle s'est décidée à se présenter à la consultation pour la faire enlever. Elle est indolore et la peau est normale.

Elle est opérée le 26 septembre. Après rasage du sourcil et anesthésie locale à la novocaïne, je fais une incision presque horizontale sur le grand axe de la tumeur et je trouve reposant sur l'aponévrose temporale superficielle, une hydatide transparente qui s'énuclée facilement, du volume d'un œuf de pigeon.

Suture australienne avec deux crins de Florence.

La malade, qui n'a pas été hospitalisée, ne s'est pas représentée.

Il s'agit d'un nouveau cas de localisation rare de kyste hydatique. C'est là le seul intérêt de cette observation.

×

Accidents des médicaments antisypilitiques

par les DDr JAMIN et DELEUIL

(Voir même numéro page 474)

×

Discussion :

Le Dr Gérard a essayé à l'hôpital civil le Trépol dans le traitement du Paludisme. Il en fit une quarantaine environ et n'observa aucun phénomène douloureux, aucun accident. Quant aux résultats thérapeutiques, ils feront l'objet d'une prochaine communication.

Le Dr Conseil a observé quelques stomatites consécutives aux injections de trépol. Il a obtenu plusieurs succès notamment de très remarquables dans trois cas de psoriasis qui avaient résisté au néo.

Le Dr Cassuto a employé depuis deux ans sur une large échelle les séries d'injections d'huile grise comme traitement d'entretien chez les filles publiques à W. positif. Les résultats de ce traitement, très intéressants tant au point de vue clinique qu'au point de vue sérologique, feront l'objet d'un travail d'ensemble.

×

Déchirure du rectum, suture, guérison

par le Dr LAURIOL

(Voir même numéro page 486)



Mabrouk. l'Achondroplase de Guemouda

par le Docteur Emile JUNÈS

Oculiste Municipal à Sfax

Le docteur Conseil a publié, dans le *Tunis-Médical* de novembre 1921, les deux premiers cas d'Achondroplase étudiés chez les indigènes tunisiens. Nous venons d'avoir la bonne fortune d'examiner, à notre tour, un nain du Sud atteint de la même affection. En voici l'observation :

Mabrouk est né chez les Oulad Moussa (Confédération des Hamama), aux environs du Djebel Khechem, c'est-à-dire à une centaine de kilomètres à l'ouest de Sfax. Il ne peut fournir aucun renseignement sur l'histoire pathologique de sa famille. Il avait 5 ou 6 ans, au moment de l'occupation française; ses parents s'enfuirent alors en Tripolitaine, et depuis il les perdit de vue. Il sait seulement que son père et sa mère sont morts très vieux et qu'ils eurent beaucoup d'enfants. On ne trouve chez lui aucune trace de paludisme, de tuberculose ou de syphilis en évolution. Il a actuellement 45 ans environ et mesure 1 m. 10, ce qui représente la taille d'un enfant de 5 à 7 ans (Variot et Chaumet). Son poids est de 35 kilos. L'aspect général rappelle celui des chiens dits *Bassets*. La tête et le tronc sont ceux d'un adulte, mais, contraste frappant, ses membres, quoique d'une épaisseur normale, sont considérablement raccourcis; les inférieurs sont, en outre, arqués en dehors.

Passons en revue les diverses parties de son corps.

I. — *Tête et Tronc.* — Dans son ensemble, la tête est volumineuse. Le crâne est fortement développé, surtout dans le sens sagittal. Sa portion postérieure constitue une grosse masse hémisphérique qui surplombe la nuque. Les bosses pariétales sont saillantes. Le front est vaste, bombé, et présente une direction verticale : il rappelle le front dit « olympien ». La circonférence occipito-frontale est de 63 cm. : elle atteint donc l'extrême limite normale. La face possède, elle aussi, de fortes dimensions. Elle est presque aussi large que haute. Le nez est raccourci; sa racine est déprimée, son arête droite; sa base est élargie et les narines regardent légèrement en l'air. Les pommettes sont proéminentes. Le pavillon de l'oreille est d'une grandeur excessive, contrastant avec les dimensions réduites de l'appendice nasal. Sa longueur est de 9 cm., presque une fois

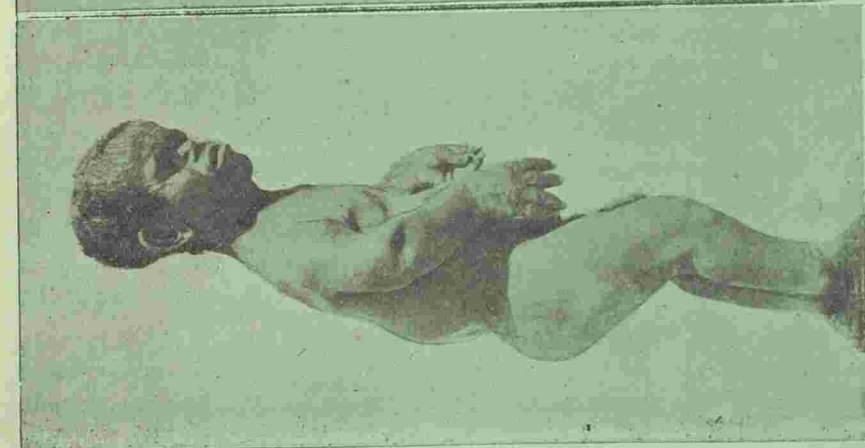
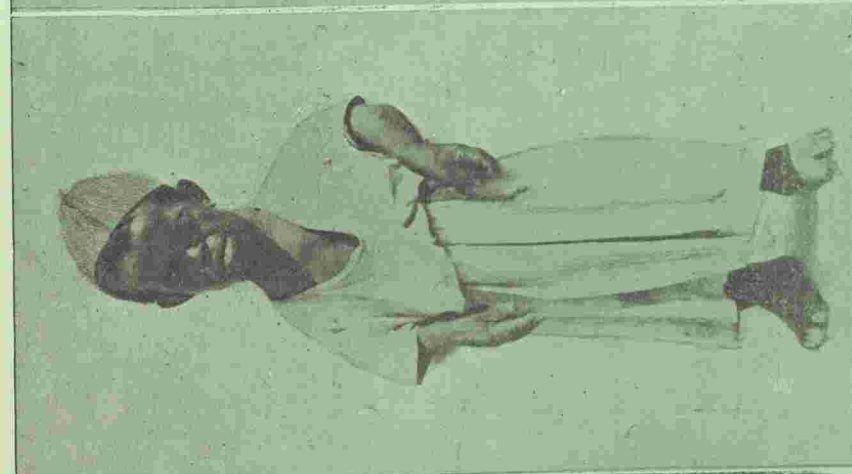
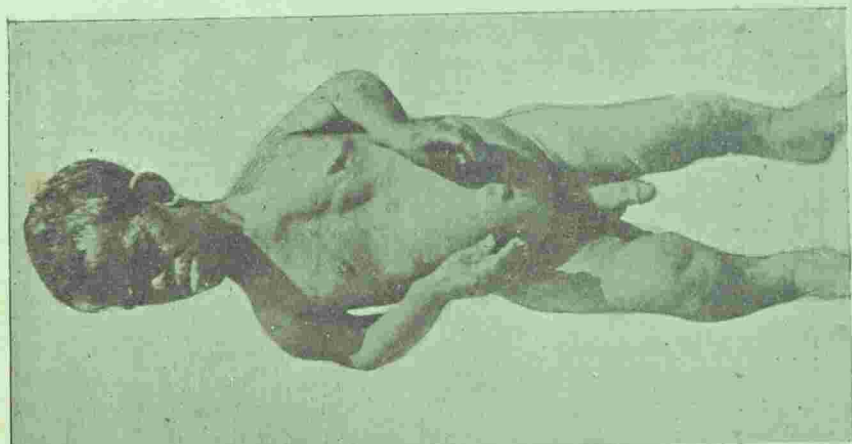
et demie celle d'une oreille normale d'adulte. Les mâchoires sont vigoureusement modelées, surtout l'inférieure. Celle-ci est haute, d'apparence massive, à angles postérieurs accusés et à menton arrondi et volumineux. Les dents sont petites, carrément découpées; elles ont une couleur grisâtre, mais sont saines et au complet. Elles sont disposées avec régularité, sauf les incisives supérieures qui sont séparées par un assez grand intervalle. La voûte palatine est élargie et peu profonde; elle n'a nullement la forme en ogive que l'on rencontre souvent chez les nains de cette catégorie. Les lèvres sont fortes, charnues. L'inférieure possède un bord libre épais, éversé, de la largeur d'un gros travers de doigt.

Le cou est court et trapu, à configuration cylindrique. Il présente 34 centimètres de tour. Le périmètre thoracique, mesuré à la base de l'appendice xyphoïde, est de 70 cm. Les clavicules, les côtes et leurs cartilages sont d'apparence normale et n'offrent pas de manifestations rachitiques. Le sternum fait une saillie arrondie et transversale à l'union de la poignée et du corps. Sa pièce médiane, déprimée dans le sens de la longueur, dessine une large gouttière superficielle. L'abdomen est globuleux et saillant, par suite de l'existence d'une déformation du rachis que nous allons décrire.

La colonne vertébrale est d'aspect normal aux régions cervicale et dorsale. Par contre, sa portion lombaire est fortement convexe en arrière. Cette cyphose, développée depuis la cage thoracique jusqu'au sacrum, est à courbe régulière et n'offre nulle part d'apophyse épineuse plus saillante que ses voisines. Son origine paraît congénitale. De chaque côté de cette déformation osseuse, on observe deux masses volumineuses, allongées verticalement. Elles sont constituées par les muscles des gouttières vertébrales qui ont acquis, à ce niveau, un développement inaccoutumé. L'obliquité du sacrum est plus accentuée que normalement. Il en résulte, qu'à la hauteur de son articulation avec le reste de la colonne vertébrale, s'ouvre un angle nettement marqué, regardant en arrière et à sommet arrondi. On a ainsi, faisant suite à la cyphose, l'apparence d'une petite ensellure sacro-lombaire.

II. — *Membres.* — Considérons successivement les membres supérieurs et les membres inférieurs et, pour chacun d'eux, les os, les articulations et les muscles.

Membre supérieur. — Dans sa position naturelle, pendante le long du corps, sa longueur totale, mesurée de l'acromion à l'extrémité du médius est de 43 cm. environ; le médius ainsi platé dépasse légèrement le grand



trochanter, alors que, normalement, il devrait atteindre le milieu de la cuisse. Le bras, de l'acromion au sommet de l'olécrane, offre 16 cm. de long. L'avant-bras mesure 14 cm. de la pointe olécrânienne au rebord inférieur du radius : il est donc plus court que le bras, contrairement à ce que l'on observe d'habitude chez les Achondroplases, où le segment « rhizomélisque » est plus court que le segment « mésomélisque » correspondant. La main est carrée avec 7 cm. de côté. Les doigts sont tous à peu près d'égale longueur; les trois du milieu mesurent 5 cm. et $\frac{1}{2}$ et les deux extrêmes 5 cm.

Les os longs du membre sont donc raccourcis. Leur épaisseur est normale, sauf au niveau de leurs extrémités qui sont hypertrophiées. Les parties juxta-articulaires de l'humérus, du radius et du cubitus sont volumineuses. L'épaule est massive, globuleuse, saillante. Il en est de même du coude, où l'olécrane présente des dimensions considérables, et du poignet où les extrémités radiale et cubitale débordent fortement la région du carpe. Les phalanges présentent les mêmes caractères; les doigts sont trapus, boudinés, élargis au niveau de leurs attaches.

De cette hypertrophie des extrémités dépend, en grande partie, la limitation que l'on observe dans les mouvements des diverses articulations. Cette limitation est surtout marquée pour les mouvements d'écartement du bras, de flexion du poignet et de rapprochement des doigts. Il en résulte, en outre, qu'au repos, certains segments du membre conservent une attitude anormale. Le coude est en demi-flexion, position qui représente l'extrême limite de son mouvement d'extension. Le poignet est en demi-extension naturelle, et les doigts, collés, pour ainsi dire, les uns aux autres au niveau de leur base, sont maintenus écartés dans leur partie libre.

Les muscles du membre sont assez bien développés (tour du bras et de l'avant-bras, à leur partie moyenne, 24 cm.).

Membre inférieur. — Sa longueur totale, mesurée dans la position debout, du grand trochanter au sol, est de 48 cm. Le segment rhizomélisque dépasse de 2 cm. le segment mésomélisque. Le pied offre 20 cm. de long et une voûte plantaire bien formée. Il appuie naturellement sur le sol. Les orteils ont tous la même longueur qui est de 3 cm.; comme les doigts, ils sont trapus et boudinés.

Ici encore, les diaphyses des os longs sont notablement raccourcies et leurs extrémités hypertrophiées. Le genou est particulièrement volumineux : ce qui est dû, non seulement aux dimensions exagérées du pla-

teau tibial, mais encore à ce fait que la tête du péroné qui est énorme, arrive à la hauteur de l'articulation. Comme pour le membre supérieur, le développement excessif des extrémités osseuses contribue à limiter les mouvements articulaires. L'écartement de la cuisse est rapidement arrêté. Le genou se tient en demi-flexion naturelle, et il n'est pas possible d'y produire l'extension complète. Enfin, les membres inférieurs sont arqués. Dans leur ensemble, ils représentent deux courbes se regardant par leur concavité. Au palper, on constate qu'il s'agit, en réalité, non pas d'une incurvation générale des os de la cuisse et de la jambe, mais d'un vice de conformation des parties osseuses, limité au genou. En raison d'une coudure de compensation qui porte l'extrémité inférieure du tibia en sens inverse, cette déformation des membres n'entraîne pas de déviation du pied qui, comme nous l'avons dit, appuie normalement déviation du pied qui, comme nous l'avons dit, appuie normalement sur le sol.

Les masses musculaires sont suffisamment développées, puisque l'on a 44 cm. comme tour de cuisse, et 34 cm. comme tour de jambe à la hauteur du mollet.

Les déformations osseuses précédentes, et surtout l'état de demi-flexion des genoux sont cause que le nain conserve mal la position debout. Pour ne pas tomber, il élargit sa base de sustentation, et doit s'aider d'un bâton ou bien s'appuyer contre un meuble ou une muraille. Sa marche est lente, pénible, rapidement épuisante. Lorsque ses déplacements doivent avoir une certaine durée, il se fait porter par un âne. Ce moyen de transport ne représente pourtant pas pour lui l'idéal. Comme il ne peut pas trop écartier ses cuisses, il est fort gêné pour se placer à califourchon; il préfère s'asseoir sur son âne, en laissant pendre ses jambes du même côté. Il lui est arrivé fréquemment de tomber de sa très modeste monture et de se blesser, grièvement parfois, comme le témoigne une double fracture que l'on observe au tiers inférieur de son avant-bras gauche.

III. — *Autres Particularités.* — Les appareils respiratoire, circulatoire, digestif et urinaire paraissent normaux. L'appareil visuel est intact. Abstraction faite de ce que nous avons dit à propos du nez et du pavillon de l'oreille, l'examen oto-rhino-laryngologique ne révèle rien de particulier. La peau est souple et lisse. Les ongles sont bien conformés. Les poils sont abondants, épais, d'un beau noir, au cuir chevelu et au pubis. Ils sont grêles, rares et décolorés au niveau de la barbe, de la moustache et des aisselles. Ils sont complètement absents dans d'autres régions qui,

comme la poitrine, les avant-bras, etc., en présentent habituellement dans le sexe masculin.

Les organes génitaux sont bien développés. La verge choque par sa longueur qui paraît excessive si on la compare aux dimensions réduites des membres inférieurs : elle descend, en effet, jusqu'aux genoux. Notre nain est capable d'érection et d'éjaculation. Il éprouve un grand désir pour la femme. Mais, à chaque tentative de coït, il se trouve frappé d'impuissance absolue : car, dit-il, une émotion violente s'empare de lui à ce moment. Ceci nous amène à dire un mot sur ses fonctions psychiques

Son intelligence est éveillée. Il répond avec netteté et à-propos à toutes nos questions. Incapable physiquement d'un travail quelconque, il ne peut subsister qu'en sollicitant l'aumône. A cet effet, il a organisé son existence d'une manière méthodique. Il habite un gourbi perdu dans la région du Khechem et se rend, très régulièrement, sur son âne, aux divers marchés des environs. Pendant les années de disette, il effectue des randonnées plus étendues. Il a ainsi visité Gafsa, Thala, Kairouan. Cette année, particulièrement désastreuse, a été cause de son voyage dans la région de Sfax. Sa propreté est méticuleuse. On ne trouve pas, sur lui, la moindre trace de crasse, si habituelle chez les mendiants. Ses vêtements, quoique déchirés et passés de couleur, sont toujours convenablement nettoyés. C'est un être modeste et doux. Il ne possède pas cette sottise vanité, cette admiration exagérée de soi-même qui caractérisent si souvent les individus de cette taille. Il n'est pas non plus sujet aux accès de colère, soudains et violents, dont peu de nains sont exempts. Observateur de sa foi, très réservé dans son attitude, s'exprimant avec une grande politesse, incapable de causer le moindre tort à son prochain, il se fait aimer et respecter par ses coreligionnaires. Ceux-ci ont pris en pitié cet être disgrâcié par la nature. Ils n'ont jamais éprouvé le besoin de le tourmenter et de le tourner en ridicule. Aussi ne se sent-il en sécurité qu'au milieu d'eux. Par contre, en ce qui concerne les étrangers, existent, chez lui, une crainte et une aversion insurmontables. Il fuit les lieux où il pourrait les rencontrer et ne quitte pas les marchés indigènes et les abords des mosquées. C'est avec une réelle difficulté que nous avons réussi à nous le faire amener. En notre présence, il tremblait, versait des larmes, semblait nous supplier de l'épargner. Ce n'est que peu à peu que l'on parvint à le tranquilliser. Mais, à chaque nouvelle séance, les mêmes terreurs se sont reproduites, aussi bizarres. Cette « phobie » a été cause que, malgré les présents et les promesses, nous n'avons pu, dans notre der-

rière séance, ni le faire radiographier, ni effectuer sur lui une prise de sang. A notre vif regret, il reprenait, le soir même, et en toute hâte, le chemin de son gourbi.

Conclusions. — Mabrouk est un nain achondroplase dont les particularités suivantes nous paraissent le plus frappantes :

1° Le système osseux, outre des déformations bien connues (micromélie, macrocéphalie, etc.), présente de la cyphose lombaire et, au niveau des os longs des membres, une hypertrophie de leurs extrémités qui limite les mouvements articulaires et produit une attitude anormale de certains segments. Contrairement à la formule courante, les segments rhizoméliques sont plus longs que les segments mésoméliques correspondants;

2° Le système pileux offre un arrêt de développement dans certaines parties du corps, ce qui paraît confirmer l'existence, dans l'Achondroplasia, d'un trouble sécrétoire interne;

3° Certaines manifestations psychiques (impuissance de cause émotive, phobie.....), indiquent que le système nerveux n'est pas tout à fait indemne.

De quelques installations de thérapie profonde en France et en Allemagne et des techniques qui y sont employées

(NOTES DE VOYAGE - SEPTEMBRE-OCTOBRE 1922)

Comme suite au mémoire que nous avons lu en juin devant la Société, nous parlerons ici de ce que nous avons vu dans le voyage que nous avons entrepris en France et en Allemagne, pour étudier sur place la thérapie très profonde, voir comment elle est appliquée et quelles sont les méthodes employées.

L'ordre suivi sera celui de notre itinéraire et nous nous empressons de dire que cet exposé n'a pas la prétention d'être complet.

A Lyon, il existe, nous a-t-on dit, quatre installations à 200.000 volts. Nous avons vu fonctionner celle de notre ami Japiot, c'est une Gaiffe avec ampoule Coolidge dans l'huile : la technique employée est celle des larges champs.

Le docteur Jean Reynaud vient d'achever le montage d'une installation Siemens avec ampoule à gaz et régulateur de Wintz.

Il arrive d'Erlangen et il compte adopter la technique du P^r Wintz chez qui il a vu des résultats intéressants.

La clinique chirurgicale du P^r Bérard, à l'Hôtel-Dieu, possède un appareil Gaiffe avec ampoule dans l'huile.

Nous ne connaissons pas la marque de l'installation de notre maître Nogier.

A Strasbourg, le docteur Gunsett nous fait visiter son magnifique service de physiothérapie, que l'on cite toujours comme un modèle du genre: nulle part ailleurs, en effet, on ne peut voir un établissement aussi complet.

Pour la radiothérapie profonde le docteur Gunsett dispose de trois installations Gaiffe à 200.000 volts avec ampoule Coolidge dans l'huile. Les trois ponts roulants et les trois tables d'opération installés dans une vaste salle, forment un ensemble impressionnant.

Le docteur Gunsett emploie la méthode des champs larges, il dépasse la dose érythème et provoque une légère épidermite. La dose complète est espacée sur quinze jours.

L'« Institut fuer physikalische Grundlagen der Medizin » est situé à côté de l'Hôpital Général de Francfort. Son directeur le P^r Dessauer, dont la face et les mains sont brûlées par les rayons, nous reçoit lui-même et nous fait visiter son Institut.

Il nous dit que de nombreux étrangers viennent le voir et parmi eux quelques Français. Sur le « Visitors Book » nous relevons les noms de « Bécclère, Bergonié, Coutard, Ferroux, Mallet, Delmas, etc. »

L'Institut comprend les laboratoires de recherches et les ateliers de mécanique et de verrerie, pour la construction et les réparations des tubes et des appareils. Nous avons vu fonctionner le transformateur qui donne un million de volts et qui, lorsqu'on aura construit une ampoule pour ce voltage, doit permettre d'obtenir des rayons de longueur d'onde, aussi courte que ceux du radium.

Actuellement le P^r Dessauer a pu réaliser un tube pour 300.000 volts et le faire fonctionner, mais dans la pratique on ne dépasse pas encore 220.000 volts.

Le docteur Pohle, assistant, est chargé des cours de perfectionnement que l'Institut a organisés et que nous avons suivis avec intérêt; la technique du P^r Dessauer est enseignée et des démonstrations sont faites sur son

emploi : recherche de l'homogénéité en qualité et en quantité, calcul des doses pour un cas donné à l'aide des courbes de Dessauer-Vierheller, exercices pratiques à l'électroscope pour le calcul du coefficient d'absorption, exercices au spectrographe de Seeman pour l'étude du spectre de l'ampoule et détermination de la longueur d'onde.

Actuellement l'enseignement est théorique et les malades ne viennent pas à l'Institut, aussi le P^r Dessauer nous engage-t-il vivement à nous rendre à Berlin à l'« Universität Institut für Krebsforschung an der Charité » pour voir les malades et l'application pratique de sa méthode.

Avant de quitter Francfort, nous avons pu visiter la Clinique gynécologique de l'Université dont le Prof. Seitz est directeur. Le Prof. Seitz était à Erlangen et avait le Prof. Wintz pour collaborateur. L'installation radiologique de sa clinique est remarquable. Les salles de traitement très aérées et ventilées, sont disposées de chaque côté d'un large vestibule central, les appareils générateurs sont dans une chambre séparée, six appareils à 220.000 volts Néo-Intensif-Reform de la Veifa Werke, un Symétrique de Reiniger permettent de traiter douze malades à la fois. Devant chaque salle, à travers une vitre de verre plombé, une infirmière surveille les appareils de mesure et a sous la main tous les appareils de réglage.

L'assistant qui nous nous conduit, nous dit que la méthode d'Erlangen est toujours appliquée mais six mois après on fait une nouvelle série d'irradiations avec quatre champs larges suivant la méthode Dessauer. Le radium intra-utérin est employé concurremment.

La statistique de la clinique est la suivante :

Cancer de l'utérus :

Rayons X et radium : 20,7 % guérisons après 4 ans;

Opérations : 20 % après 4 ans.

et l'assistant nous fait remarquer que dans les cas traités uniquement par les rayons X et radium, il y a des cas jugés inopérables.

L'installation est complétée par un laboratoire de radiologie où nous avons pu voir d'admirables épreuves de grossesse.

L'Institut pour l'étude du Cancer à Berlin est annexé à l'Hôpital de la Charité. Le Prof. Blumenthal en est le directeur et le chef du Département Radiologique est le docteur Halberstaedter, privat-docent.

En nous recevant le docteur Halberstaedter a la délicate pensée de nous rappeler que l'Institut Pasteur de Tunis est connu à Berlin et que les travaux de Ch. Nicolle sont devenus classiques.

Après une visite de l'établissement, nous sommes autorisé à passer toutes les matinées à l'Institut et à en suivre les travaux.

Actuellement l'Institut dispose de deux appareils Veifa, permettant de traiter quatre malades à la fois.

L'Institut possède aussi du radium que l'on emploie en général combiné avec les rayons X pour les cas où la méthode mixte est nécessaire.

La dose érythème est obtenue en 45 minutes à 40 cm. de distance. Le docteur Halberstaedter croit utile de dépasser légèrement cette dose et de provoquer un érythème intense. Les surfaces sont égalisées par le mélange cire-paraffine, soit par de la cellulose imprégnée d'eau.

Nous avons assisté chaque matin à la consultation et à l'examen des malades déjà traités ou en cours de traitement; nous avons même été autorisé, pour les nouveaux malades, à élaborer le plan d'irradiation et à calculer les doses nécessaires d'après les courbes de Dessauer.

Le docteur Halbertstaedter nous dit qu'il élimine tous les cas où le néoplasme est trop avancé et commence à se généraliser, et aussi les cas où la résistance physique du malade est amoindrie et où la cachexie débute, cependant nous avons été frappé par la multitude des malades et par la gravité des cas : récidives opératoires ou néoplasmes inopérables, et nous avons admiré l'activité et la conviction du docteur Halberstaedter.

M. le docteur Halberstaedter a bien voulu nous faire visiter sa très belle clinique privée où en plus d'un appareil à 200.000 volts nous avons vu fonctionner un tube Lilienfeld.

A Paris, notre première visite fut pour l'Institut du Radium que dirige notre ancien maître, le Professeur Regaud. Cet institut situé à côté de l'Institut Curie, s'occupe des propriétés physiologiques du radium et des radiations de courte longueur d'onde, et de leur application médicale et thérapeutique.

Notre ami Lacassagne, chef des travaux, nous fait visiter tous les laboratoires de l'Institut : laboratoires d'anatomie pathologique, de physique, de chimie, salle d'opérations, laboratoires particuliers, salle d'extraction de l'émanation et préparation des tubes d'émanation pour les hôpitaux, salles de radiothérapie très profonde.

Nous avons vu, en voie d'achèvement, les bâtiments où vont être organisés de nombreux services qui feront de cet Institut, un centre modèle.

Les applications thérapeutiques de radium se font à l'Hôpital Pasteur où le Professeur Regaud a obtenu des résultats remarquables spécialement pour le cancer de la langue. Les applications de radiothérapie très pro-

fonde se font à l'Institut même. Le docteur Coutard, chef du laboratoire radiologique, dispose de deux installations à 200.000 volts. Dans des nouveaux locaux aménagés sur le modèle de la clinique gynécologique de Francfort, on placera plusieurs appareils à 200.000 volts de marques différentes : françaises, allemandes et américaines, pour pouvoir étudier les avantages et les inconvénients de chaque dispositif.

Le docteur Coutard nous fait part des très bons résultats qu'il obtient par la radiothérapie très profonde, principalement dans la cure du cancer du larynx auquel il s'est attaché particulièrement; il est partisan des champs assez larges et peu nombreux; il pense que les courbes de Des-sauer-Vierheller peuvent rendre de réels services.

M. Coutard nous montre ses tableaux où pour chaque cas, en plus d'une observation complète et détaillée, les conditions de traitement sont inscrites dans les moindres détails : ces tableaux lui ont servi à améliorer petit à petit sa technique.

Comme tous les chefs de laboratoire, le docteur Coutard ne fait pas de clientèle et passe toutes ses journées à l'Institut.

Nous aurions aimé fréquenter plus assidûment l'Institut du Radium et visiter aussi les autres centres parisiens de radio-radiumthérapie, malheureusement la grève des inscrits maritimes nous a forcé à écourter notre séjour à Paris.

D^r Jaubert de Beaujeu.



Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie du 1^{er} au 31 Octobre 1922

LOCALITÉS OU CORPS DE TROUPE	Fièvres typh. et paratyph.	Typhus	Variole	Scarlatine	Diphtérie	Choléra	Peste	Fièvre jaune	Dysentéries amb. et bacill.	Meningite céphalo-spinale	Polio-myélite antérieure aigüe	Fièvre récurrente	Fièvre médiétranée	Lèpre	Tuberculose ouverte	Oreillons	Paludisme	Fébrine	Trachome	Bilharziose
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Population Civile																				
Tunis	18			2	5						5						6			
Ferryville	1				1							1								
Téboursouk																				
Souk-el-Khemis																				
Menzel-Temime			2																	
El-Baze (Oulad-Ayar)		1																		
Grombalia					1											1				
Sousse	5																			
Monastir	1	1																		
Téboursouk	2																1	42	10	
Medjez-el-Bab					1															
Bizerte	2				3															
Tozeur		1																		
Nabeul	1																			
Sfax	1																2			
Souk-el-Arba					1															
Kairouan			38																	
Djerba					3															
Hôpital Militaire du Belvédère	1																			
Camp Servière (Fondouk-Djedid)																				
Hôpital Militaire de Sidi-Abdallah	2				2				3	1										
Total	34	2	42	2	17				8	2	1		2		6	2	14	42	10	

Population Milit.

Service Sanitaire Maritime

Epidémiologie

L'état sanitaire du bassin oriental de la Mer Méditerranée ne s'améliore pas, sauf à Scutari d'Asie où la peste a cessé.

Elle existe toujours à Smyrne et dans les districts, à Jaffa, à Beyrouth, à Alexandrette, à Tripoli de Syrie, à Constantinople, à Alexandrie, à Port-Saïd, à Suez, à Athènes, à Patras, sur les côtes russes de la Mer Noire.

Deux cas de peste ont été constatés les 22 et 28 septembre, en Italie, à Torre Annunziata.

Quelques cas de peste ont été également signalés à Lisbonne, à Barcelone, au Sénégal et au Pérou.

Le dernier cas de peste humain constaté à Oran remonte au 25 septembre. L'épidémie semble être éteinte.

Le choléra existe sur les côtes russes de la Mer Noire, dans les Indes anglaises, en Chine, aux Philippines, et au Japon dans la province de Tchiba et à Tokio.

Il existe également dans la Baltique, à Riga.

La fièvre jaune a été constatée à Tampico et à Tuxpan (Mexique).

La Russie, l'Ukraine, la Pologne et l'Asie Mineure sont contaminées de typhus.

17 Novembre 1922.

La neurologie en 1922

par J. CAMUS (*Paris-Médical*, N° 40, 7 Octobre 1922)

Dans une *Revue annuelle*, l'auteur expose les dernières acquisitions

de la neurologie sur le rôle en physio-pathologie des centres sous-corticaux.

Laissant de côté les notions récentes résumées par J. Camus, sur les fonctions et troubles pathologiques du corps strié, des centres infundibulo-tubériens (centre de la polyurie et du diabète sucré) nous ne relèverons ici (pour ne pas sortir du cadre modeste et utilitaire de notre *Revue*) que les moyens thérapeutiques récemment recommandés dans certaines maladies nerveuses de pratique courante.

Traitement des paraplégies. — P. Marie, Boutier et Pierre ont traité avec succès les crampes douloureuses des paraplégies en flexion par les injections intramusculaires de bromhydrate de cicutine (1 à 3 mgr., chaque jour, pendant huit jours).

Les bons effets de ce traitement, qu'il s'agisse de compression par tumeur, mal de Pott, traumatisme rachidien, myélite syphilitique, persistent quatre à quinze jours après la cessation du traitement. On peut les prolonger par une dose d'entretien ($\frac{1}{2}$ à 1 milligr. tous les deux jours).

Contre les mêmes troubles, les auteurs ont essayé aussi le curare, qui paraît devoir être réservé aux cas de spasmodicité les plus graves, la cicutine étant employé dans les cas de spasmodicité moyenne.

Traitement de la crampe des écrivains. — M. H. Collevaert a proposé une rééducation basée sur le défaut de coordination entre les deux mouvements qui consistent : l'un à inscrire les caractères, l'autre à déplacer régulièrement la main.

Les individus atteints sont surtout des émotifs qui se découragent facilement à la crainte de perdre leur gagne-pain. La psychothérapie doit compléter la rééducation en évitant tout effort, faisant glisser légèrement la main (les deux avant-bras posés commodément sur une table jusqu'aux coudes). Les lettres doivent être progressivement formées par de minimes mouvements des doigts.

Thérapeutique intra-rachidienne. — La voie intra-rachidienne, parfois précieuse, peut être dangereuse.

Paulian et Dragesco ont injecté, contre la chorée, 1 ou 2 cc. de la solu-

tion à 25 % de sulfate de magnésie dans le L.C.R. et déclarent avoir obtenu de bons résultats.

Dans le tétanos, le même procédé a été employé; on sait qu'il n'est pas exempt de danger et la puissance thérapeutique des sels sur les tronc nerveux ne paraît que symptomatique.

Dans l'aliénation mentale avec agitation (P. G. délire alcoolique, démence précoce), M. Urechia a utilisé avantageusement les injections intrarachidiennes de sels de calcium en solution isotonique. Avec une diminution dans l'intensité des symptômes, ses malades ont pu dormir.

Marinesco a défendu, avec plusieurs autres auteurs, les injections intrarachidiennes dans le traitement de la syphilis nerveuse. Mais Sicard a condamné l'auto-sérothérapie rachidienne faite avec du sérum du malade additionné de néosalvarsan ou d'un sel mercuriel. Et Sicard considère que les chocs auto-sériques sont toujours possibles et mortels, même avec du sérum chauffé à 55° — et non additionné d'As. ou de Hg.

Gonzolo R. Lafora conseille de combiner la méthode intrarachidienne avec les injections intramusculaires et intraveineuses dans la syphilis nerveuse. Un certain nombre d'auteurs ont vérifié (ainsi que J. Camus l'avait montré il y a longtemps) qu'une injection intrarachidienne de sérum, quand elle est pratiquée avant l'injection intraveineuse, provoque une réaction méningée favorable à la faveur de laquelle la substance active introduite dans les veines passe dans le L.C.R.

Variations expérimentales et thérapeutiques de la pression du L.C.R. — Pagniez a exposé récemment les travaux nombreux qui ont permis des applications thérapeutiques des solutions hypertoniques. Leur usage en injections intraveineuses est susceptible de rendre des services dans les hypertensions intracrâniennes (tumeurs, hydrocéphalies, certaines céphalées). Les purgatifs salins agissent sans doute de même en déterminant un abaissement plus ou moins considérable de la pression du L.C.R.

Au contraire, les chutes de la pression intrarachidienne dans le cas de fractures du crâne, de diarrhée intense, après les ponctions lombaires, seront combattues par des solutions hypotoniques et par l'injection intraveineuse de 30, 40 cc. d'eau distillée.

Traitement de la sclérose en plaques par le néosalvarsan. — Vichura, Perrin, J. Cannes ont eu des résultats favorables. Bien que la réaction de Wassermann soit négative et tout en admettant encore que la syphilis ne soit pas toujours en cause, les recherches modernes montrent que le traitement contre les spirochètes est pleinement justifié.

Traitement de la maladie de Parkinson et du syndrome parkinsonien.—

M. Karl les traite par la kinésithérapie, mouvements actifs et mouvements passifs combinés de façon systématique et continués avec persévérance. Il faut seulement être prudent dans les syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques. M. Belarmino Rodriguez préfère le nucléinate de soude, le cacodylate de soude et la scopolamine. Il fait 12 à 16 injections de nucléinate à doses progressives de 0,05 à 0,10 en solution saline physiologique. Le cacodylate de soude est supérieur en injections intraveineuses, aux novarsénobenzols. Pour le même auteur, le véronal, l'urotropine et l'adrénaline sont à déconseiller.

Sicard n'emploie plus que le cacodylate de soude à la dose quotidienne de 0 gr. 20 pendant deux mois. Il y adjoint le massage et la kinésithérapie et use volontiers de la scopolamine.

Guillain et J. Dubois ont employé la teinture d'arnica à la dose de 1 à 3 gr. par jour, contre le tremblement.

La scopolamine reste le médicament de choix (Paulian et Bagdasar), 1/4 à 1/2 milligr. en 24 heures. Mais l'injection est suivie de sécheresse de la bouche, l'accoutumance se produit vite. Le gardénal peut être associé en cas d'insomnie.

Traitement des névralgies. — Sicard et Robineau ont énoncé des règles pour le traitement de la névralgie faciale : si la douleur est discontinue, l'alcoolisation locale ou les interventions chirurgicales sur les branches du trijumeau sont utiles et suivies d'effet heureux; elles sont inutiles ou nuisibles si la douleur est continue.

De Martel fait un essai avec l'alcool ou la cocaïne ou la novocaïne pour déterminer si le cas est justiciable d'alcoolisation ou de neurotomie.

Traitement de la rachialgie. — Sicard et Forestier considèrent que le lumbago chronique rhumatismal est dans certains cas justiciable de la laminectomie. Dans des algies à point de départ périphérique, les injections locales, profondes de lipiodol (5 cc. à la fois), donnent les meilleurs résultats. D'après les auteurs, il doit être injecté dans la région douloureuse et non à distance, il est sans danger aucun, on peut injecter cinq ou six ampoules (tous les deux ou trois jours, une ampoule).

Traitement de l'épilepsie. — Les résultats du luminal ou gardénal sont, dans l'ensemble, très satisfaisants. Mais il faut n'arrêter la médication que lentement, en abaissant la dose moyenne de 20 cgr., donnée en deux fois, de 2 centigr. chaque jour.

Bergès (thèse 1921) conclut à son efficacité.

Voivenel conseille d'essayer toujours, d'abord le bromure, et de le remplacer, s'il est inefficace ou mal toléré, par le traitement associé au véronal ou au gardénal.

Thérapeutique des tumeurs de l'hypophyse. — L'action des rayons X sur ces tumeurs est aujourd'hui démontrée, mais ils agissent en atrophiant les tissus, détruisant ainsi les cellules glandulaires normales : or, on n'a pas été sans remarquer que jamais les signes d'insuffisance hypophysaire ne sont observés après la radiothérapie.

Il est probable que la seule décompression des centres infundibulo tubériens (qui possèdent en réalité les fonctions dites hypophysaires) explique l'action des rayons X.

F.G.

L'artérite non syphilitique oblitérante des Juifs

Tel est le nom d'une affection chronique à début infectieux aigu, due vraisemblablement à une toxi-infection des artères et des veines des extrémités distales des membres et qui atteint presque exclusivement les Israélites originaires de Russie ou de Pologne.

Gilbert et Coury en ont donné une description fort claire dans le *Paris-Médical* (19-21 juillet 1922).

L'étiologie en est obscure; le climat n'a pas d'importance puisque le mal atteint souvent des Juifs émigrés depuis plusieurs années.

La misère physiologique (la faim et ses conséquences) ne semble pas non plus en être le facteur étiologique puisque, assez souvent, l'on a observé cette affection sur des sujets riches et vivaces dans de bonnes conditions. Ses rapports avec le typhus sont probables et dignes d'étude.

Cette affection atteint de préférence les hommes et, dans la très grande majorité des cas, la syphilis n'a pu être mise en cause.

Au point de vue histopathologique il s'agit, au début, d'une thrombose oblitérante; plus tard le thrombus s'organise et se vascularise, et enfin, il se produit un tissu fibreux péri-vasculaire qui étrangle le faisceau vasculo-nerveux.

E.C.

**Traitement de l'actinomycose
par le sulfate de cuivre**

Roman von Baracz

Journal de Chirurgie 6 Octobre 1922, p. 386

V. B... a eu l'idée d'appliquer au traitement de l'actinomycose l'emploi du sulfate

de cuivre dont on connaît les propriétés destructives sur les spores cryptogamiques.

Il préconise des injections interstitielles d'une solution de 0,50 à 1 % faites dans les tissus infiltrés. Ces injections sont assez douloureuses, et il faut les faire précéder d'une injection de morphine ou de novocaïne. Quand les lésions sont étendues et profondes, il faut répéter les injections plusieurs fois en employant de moins en moins de solution, mais une solution de plus en plus concentrée.

Ces injections amènent le ramollissement et l'élimination des tissus infiltrés. On les combine avec l'incision des abcès, le curettage des fistules, leur badigeonnage à la teinture d'iode, et leur tamponnement avec des compresses imbibées de sulfate de cuivre. Par ce moyen, B... a obtenu d'excellents résultats.

Il conseille d'essayer le sulfate de cuivre dans le *Pied de Madura* et dans les formes graves de *sporotrichose*. Peut-être aussi dans les tuberculoses chirurgicales, en raison des affinités du bacille de Kock avec les champignons du groupe de l'actinomyces.

G.B.

**Danger des injections intraveineuses
rapides des solutions de quinine**

Brahmachari

The Lancet (Londres) 15 Juillet 1922

On observe toujours une chute de la tension artérielle après les injections de solutions concentrées de quinine,

surtout si elles sont faites intraveineuses. B... a étudié les modifications des tensions maxima et minima après des injections de solutions de chlorhydrate de quinine dans du sérum physiologique, en faisant varier la concentration et la vitesse d'injection.

La pression artérielle peut s'abaisser dans deux conditions : une chute suivant immédiatement l'injection rapide et pouvant entraîner la mort; une autre chute survenant après quelques minutes, quand la quinine est diluée dans la circulation. Cette dernière chute s'observe toujours; on y remédie par l'injection d'une petite quantité d'adrénaline.

Pratiquement, B... conclut que, chez les sujets de plus de 15 ans, la

concentration ne doit pas être supérieure à 1 pour 300, et que la vitesse doit être de 10 cmc par minute. Chez les enfants, il faut diminuer ces chiffres de moitié.

(Presse Médicale)

**Réduction des luxations
à l'anesthésie locale**

MASSÉ & LASSERRE :

Journal de Médecine de Bordeaux, 25 septembre 1922

L'anesthésie par la cocaïne est suffisante pour la réduction des luxations comme elle

peut suffire pour la réduction des fractures (Quénu).

La solution employée par les auteurs a été la suivante :

Chlorhydrate de cocaïne : solution à 1/300 dans sérum physiologique
+ Adrénaline : 1 goutte par 2 cmc. Le taux de cette dilution permet d'injecter des quantités de 10 à 15 cc. de solution.

Il est nécessaire de faire une injection intra-articulaire en général suffisante qui, au besoin sera complétée par des injections péri-articulaires. L'anesthésie est immédiate, les contractures cessent, la douleur disparaît et la réduction devient d'une simplicité étonnante. Cette méthode est utilisable chez l'enfant contrairement à ce qui est classiquement admis.

Nous avons eu dernièrement l'occasion de l'employer chez un jeune homme pour la réduction d'une luxation sous-claviculaire de l'épaule droite.

E. C.

LIVRES REÇUS

Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée, Publié sous la direction de M. le Prof. SERGENT, et MM. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX.

Tome XXII **Intoxications**, *Maladies par Carence, Maladies par Agents Physiques, Affections Médicales et Traumatismes*, par Pr ACHARD, LE SOURD, Stéphen CHAUVET, FRANÇOIS, FLANDIN, Pr BALTHAZAR, LEGRAIN, Pr MOURIQUAND, CHIRAY. — A. Maloine et fils, éditeurs. — In-8, 1922, 31 figures, 2 planches couleurs. — Prix : 28 francs.

Les *Intoxications* sont extrêmement nombreuses. Elles donnent naissance à des syndrômes qu'il est commun de rencontrer dans la pratique quotidienne. Il faut bien connaître ces intoxications et avoir constamment l'esprit en éveil pour soupçonner l'origine de phénomènes cliniques d'allure souvent dramatique et inhabituelle. Elles sont d'aspect très polymorphe et à mesure que les recherches expérimentales s'accumulent, on retrouve dans une série de troubles morbides jusqu'à présent mal définis l'influence d'un agent toxi-

que resté longtemps méconnu. Les notions acquises sur les intoxications se renouvèlent sans cesse et on trouvera dans ce livre de nombreux fait nouveaux.

M. le P^r Achard a bien voulu écrire une introduction où l'on trouvera exposées les considérations générales nécessaires à la compréhension de la physiologie des *Intoxications*. M. le P^r Mouriquand dont les études entreprises avec M. le P^r Weill, ont tant contribué à faire connaître en France, les maladies dites de carence, a développé pour le lecteur avec une grande documentation, les affections due à l'uniformité de l'alimentation ou aux aliments stérilisés. M. le P^r Balthazar a donné des articles intéressants et forts clairs sur les accidents déterminés par l'intoxication physiques comme due au Carbone d'hydrogène, au sulfure de carbone et par quelques agents le feu, le froid, l'électricité, l'air confiné. A M. Flandin sont dus d'importants articles sur les intoxications par les différents gaz. M. François a écrit les intoxications professionnelles. M. le Sourd les toxi-infections alimentaires, M. Chauvet les intoxication par venins de serpent, les champignons.

Suivant la tradition de la collection, toutes ces pages sont empreintes d'un esprit essentiellement clinique, la thérapeutique tient une large-place, surtout en ce qui concerne les méthodes de traitement curatif ou prophylactique d'application simple et pratique.

Une grande partie du volume a été consacré aux intoxications, par l'alcool l'éther, la cocaïne, la morphine, le haschich. Ces chapitres ont été confiés à M. le D^r Legrain dont on connaît les excellents travaux sur ces sujets. M. Legrain a fait une œuvre des plus intéressante et très originale. Il s'agit d'intoxications toujours malheureusement d'actualité, et le lecteur pourra trouver dans ces pages, tous les éléments nécessaires à la lutte contre ces fléaux.

Enfin M. Chiray a traité plusieurs sujets, dont le choc traumatique, et les affections médicales déterminées ou aggravées par le traumatisme. Il s'agit ici d'une partie un peu spéciale du volume, les conditions de vie, à notre époque ont compliqué singulièrement la pathologie. Bien qu'il ne s'agisse plus ici d'intoxication véritable, les directeurs de cet ouvrage ont pensé qu'une place devait être réservée à toutes ces affections qui ont quelques rapports avec le traumatisme, et que le médecin a souvent l'occasion de raconter. Les articles qui les concernent sont d'ailleurs assez brefs : ce qu'il importait, c'était de donner un exposé précis des rapports médico-légaux du traumatisme et des affections médicale.

~~~~~

**La goutte : Sur quelques points controversés ou peu connus de son histoire**, par Ch. FINCK (de Vittel). — Une brochure in-8 de 80 pages. — « L'Expansion Scientifique Française », 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 1922. — Prix : 4 fr. 50.

L'auteur expose d'abord que si l'acide urique ne joue pas dans la goutte un premier rôle, il tient au moins celui d'un fugurant, que sa présence en excès dans le sang est constante chez le gouteux et que les variations de l'uricémie sont superposables aux manifestations cliniques de la maladie.

L'uricémie augmente au cours de l'accès de goutte et, en comparant les résultats de l'examen du sang et des urines, l'auteur arrive à conclure que l'accès, contrairement à l'opinion classique, n'est pas la manifestation bruyante de la formation du dépôt goutteux, mais celle de sa résorption.

A l'occasion d'observations faites sur la localisation du premier accès chez les syphilitiques, il a constaté que contrairement encore à l'opinion généralement admise, l'accès exige pour se produire un minimum d'activité circulatoire et que si la goutte remonte avec l'âge c'est parce que la circulation se ralentit aux extrémités.

Un chapitre est consacré aux manifestations extra-articulaire aiguës de la goutte, qui se voient de préférence sur les organes où il existe du tissu cartilagineux. Fait intéressant, le testicule et la parotide qui sont assez fréquemment le siège d'enchondromes, sont aussi la localisation préférée des accès de goutte glandulaire.

Chez les goutteux glycosuriques il y a un balancement très marqué entre la rétention urique et la glycosurie. Les grosses décharges uriques s'accompagnent d'une diminution et souvent de la disparition de la glycosurie.

Concernant le traitement de la goutte, l'auteur expose en passant les premiers résultats de l'autosérothérapie anti-goutteuse. Il estime dangereuse toute méthode qui ne s'accompagne pas de désuratisation. Celle-ci peut être obtenue par des moyens divers, mais comme intensive, elle s'accompagne de manifestations douloureuses, il voit dans le colchique le moyen de la doser et suppose que l'action inhibitrice du colchique sur les phénomènes de résorption est le secret de son action thérapeutique.

En somme, travail original, qui modifie sur beaucoup de points les opinions classiques.

~~~~~  
Le Catéchisme de l'asthmatique et de l'arthritique, (Les Symptômes, Les Causes, Le Traitement), par Ed DELTHIL et J.-J. Sédillot. — Un volume in-16 raisin de 132 pages « L'Expansion Scientifique Française ». Paris, 1922, 2^e édition. — Prix : 6 fr.

Sédillot fait paraître cette 2^e édition du livre que son prédécesseur écrivit en 1918, après 35 ans de clientèle spécialisée et près de 4.000 cas traités.

Bien loin de sacrifier aucune des idées de son maître, au profit de médications nouvelles, dont pas une n'a encore fait sa preuve, et dont plus d'un proclame déjà la faillite, Sédillot s'est attaché de montrer comment tous les faits d'acquisition récente (anaphylaxie, hémoclasie, chocs humoraux) viennent simplement apporter l'explication scientifique de tous les principes de Delthil sur la pathogénie et le traitement de l'asthme. L'auteur le fait avec une conviction ardente, appuyée sur l'observation des faits cliniques et des résultats obtenus. Chaque point important est souligné d'observations.

Ce livre que son titre recommande aux asthmatiques, sera lu très utilement par les médecins, et sa double destination n'est pas un des moindres mérites de cet ouvrage original, clair et précis.

ECHOS ET NOUVELLES

Service de Santé de la D. O. T. - Nominations

MM. les médecins-majors LESBRE, Directeur du Laboratoire de Bactériologie de la D.O.T., et POULHÈS, de l'Hôpital de Bizerte, viennent, après concours, d'être nommés médecins des Hôpitaux Militaires.

M. le médecin-major SURIN, de l'Hôpital de Bizerte, vient aussi, après concours, d'acquérir le titre de chirurgien des Hôpitaux Militaires.

Nous adressons à nos confrères, nos sincères félicitations.

Nécrologie

Le 22 novembre décédait à Tunis le docteur PIERRE SOLOVIEF, membre associé de l'Institut Pasteur de Tunis qui fut un collaborateur de notre Revue.

SOLOVIEF faisait partie de cette phalange de professionnels qui formaient l'état-major intellectuel de l'armée de Wrangel et qui, déracinés de leur pays par la grande tourmente, surent s'imposer au respect de tous par la stoïque dignité de leur vie de misère.

De nombreux médecins tinrent à accompagner jusqu'à sa dernière demeure le corps de ce malheureux confrère. Au cimetière, le docteur Nicolle dit un dernier adieu à ce collaborateur distingué dont il avait pu apprécier les grandes qualités de technicien et de travailleur.

E.C.

Une initiative intéressante : l'Auto-ambulance

La « Tunisienne Automobile », 8, rue de Grèce, à Tunis, vient de prendre l'initiative d'établir une voiture d'ambulance automobile sur châssis de la marque réputée « Delhayé », destinée à rendre de grands services pour le transport des blessés et malades. C'est la première voiture de ce genre mise en service en Tunisie; elle vient compléter de façon très heureuse l'organisation des services d'hospitalisation.

Les lecteurs trouveront d'autre part la photographie de cette voiture; ajoutons qu'elle est très robuste, rapide, extrêmement confortable, souple et bien suspendue; elle comporte à l'intérieur un brancard mobile avec matelas et draps, deux sièges pour le médecin ou garde-malade, plus un troisième siège près du conducteur. Elle peut être louée à toute heure de jour et de nuit en s'adressant à la « Tunisienne Automobile », à Tunis. (Téléphone : 6,06).

Revue Tunisienne des Sciences Médicales

et Tunis-Médical réunis

DÉCEMBRE 1922

LA DOCTRINE PASTORIENNE ET L'HYGIÈNE

L'hygiène n'est pas une chose nouvelle. Elle est vieille comme l'humanité. Elle est aussi vieille que le monde vivant : en tant qu'effort permanent vers la conservation, le mieux-être, et l'épanouissement de l'espèce, elle est fonction de la volonté de vivre qui anime tout ce qui respire.

Les fourmis éloignent de leur colonie les cadavres de leurs congénères, l'abeille évente sa ruche, porte au loin ses excréments, le chat enterre les siens, etc... Tous ces animaux font de l'hygiène, il ne serait pas prudent de dire : sans le savoir.

L'humanité n'a jamais négligé ce souci de préserver, de prolonger, d'améliorer son existence.

Les règles de l'hygiène que l'empirisme antique avaient dégagées, étaient si sages que le moyen-âge, la renaissance, les deux siècles qui l'ont suivie, n'y purent rien ajouter, le dernier siècle rien retrancher. Tous les grands principes que l'hygiène physiologique contemporaine a développés et codifiés étaient déjà connus des anciens. Rien n'est plus instructif à cet égard que de relire le petit traité d'hygiène de Plutarque.

Dans le domaine de l'hygiène collective, les anciens avaient beaucoup appris. Ils avaient réalisé des ouvrages qui sont restés jusqu'au delà de la renaissance et jusqu'à l'aurore de l'ère contemporaine comme des modèles insurpassables. Rome avait bien ses quartiers insalubres, ses maisons populaires à étages, ses *slums*, où s'entassait la plèbe de la capitale du monde. Elle connaissait ce mal comme nous-mêmes, mais

des thermes colossaux, des théâtres et des cirques à ciel ouvert lui servaient du correctif qui nous manque.

Dépourvus des ressources que la métallurgie prête aujourd'hui au génie civil, les anciens ont accompli des travaux pour l'adduction des eaux d'alimentation et l'évacuation des eaux usées témoignant d'un souci et d'une intelligence du bien-être social qui forcent l'admiration. Il semble, lorsqu'on visite leurs ruines, que leurs réalisations dans cet ordre d'idées ont été bien rarement surpassées jusqu'au milieu du siècle dernier.

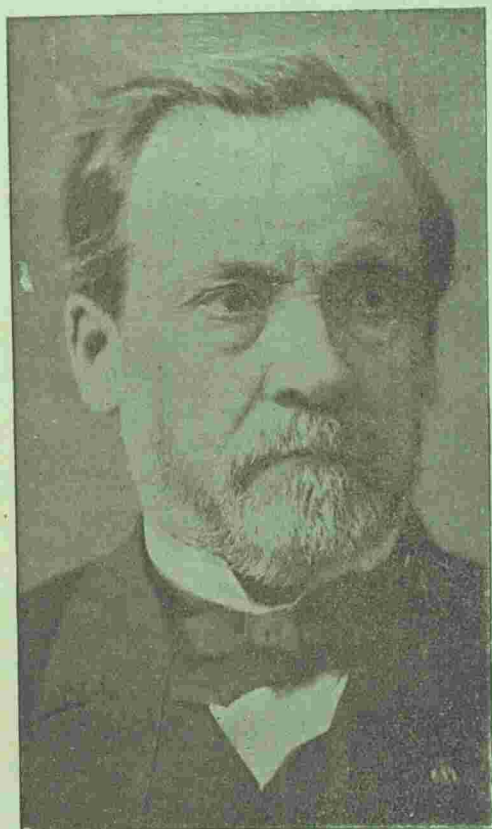
A ce moment même, le développement de l'industrialisme, tout en multipliant les ressources et les richesses, précipitait l'accroissement des grandes villes, les poussait vers les plaines basses et le fond des vallées, augmentait la fréquence et la rapidité des échanges d'homme à homme, de centre à centre, de peuple à peuple, de continent à continent.

Ces circonstances nouvelles, loin d'améliorer les conditions générales de l'existence, les aggravaient dans une mesure considérable, en éloignant chaque jour un plus grand nombre d'hommes de leur milieu normal, en rendant plus rapide la circulation et la diffusion des contagés, et plaçaient les hygiénistes et tous ceux à qui incombe le soin de la santé publique devant des nécessités imprévues et une menace permanente.

Cependant, depuis près d'un demi siècle, et dans l'ensemble des peuples civilisés, la durée moyenne de la vie humaine n'a cessé de s'accroître, la mortalité infantile, la mortalité par variole, par la fièvre typhoïde, par la fièvre jaune, etc..., baissent constamment et partout. La guerre même, sauf en Orient et en Russie, n'a rien changé à cette situation favorable, sans précédent dans l'histoire du monde.

Ce miracle est dû, tout entier, à une science nouvelle, issue des recherches et des découvertes d'un homme de génie, de PASTEUR.

Celles-ci, en même temps qu'elles éclairaient l'origine des maladies contagieuses et évitables, ont permis de modifier considérablement et souvent de créer de toutes pièces les moyens de s'en défendre. Aux procédés empiriques d'autrefois, il devint possible de substituer une série de mesures ba-



PASTEUR EN 1878

A L'ÉPOQUE DE SES TRAVAUX SUR LE CHARBON

sées sur des données précises, contrôlées par les plus rigoureuses expériences. Ces procédés n'étaient d'ailleurs pas dépourvus de toute valeur (quarantaines, léproseries du moyen-âge) mais ils étaient aveugles et brutaux.

Les contagés, les miasmes de jadis ont cessé d'être de pures conceptions de l'esprit, insaisissables autant qu'indéfinissables; ils ont pris corps, ils sont devenus des êtres réels, morphologiquement définis, qu'on isole, qu'on cultive, qu'on domestique même au point de les transformer en agents curateurs.

« La maladie joue un tel rôle dans le monde que l'humanité tout entière a été remuée par le revirement d'idées sorti de ces découvertes. » (Duclaux). Elles ont opéré comme une coupure entre le passé et l'avenir et inauguré une ère nouvelle.

Les travaux de Pasteur établirent trois ordres de faits :

- a) rôle pathogène des microbes;
- b) atténuation des virus;
- c) propriété vaccinante des virus atténués,

dont l'énoncé constitue proprement la doctrine pastoriennne.

Cette doctrine, développée par ses élèves et ses continuateurs sur le terrain de la théorie comme dans le domaine des conséquences et des applications pratiques, est la base aujourd'hui indiscutée de la médecine préventive.

Pasteur cependant n'était ni un hygiéniste ni un médecin. C'était un homme de méthode. Ses premiers travaux étaient étrangers à la biologie, mais le menèrent par les chemins d'une logique imperturbable à l'étude des fermentations et des infections microbiennes. Il n'était pas non plus chirurgien, quoiqu'on puisse dire que les merveilles de la chirurgie contemporaine ne seraient encore, sans ses découvertes, qu'un vain rêve.

Il s'efforça surtout, sur l'édifice d'une expérimentation rigoureuse, à asseoir des faits. Il en dégagaa lui-même quelques applications retentissantes. Son intelligence était trop claire pour ne pas entrevoir la valeur et l'étendue de leurs conséquences.

L'exemple suivant, récemment rappelé par le docteur Calmette, montre comment travaillait son imagination :

Dans son vignoble d'Arbois, en recouvrant les grappes avec du coton, assez longtemps avant leur maturité, ou en les protégeant par une petite serre de vitrage, il préservait les grains contre l'apport des levures par l'air, par les vents, par les insectes, et le jus de ces grains écrasés ne fermentait pas, tandis que les raisins mûris à l'air libre fermentent dès qu'on les écrase.

« N'est-il pas permis de croire par analogie, écrivait Pasteur en 1879, qu'un jour viendra où des mesures préventives d'une application facile arrêteront ces fléaux, qui tout à coup désolent et terrifient les populations, telles que la fièvre jaune, qui a récemment envahi le Sénégal et la vallée du Mississipi, ou la peste à bubons qui a sévi sur les bords de la Volga ? »

Prophétie vraiment merveilleuse, ajoute le docteur Calmette, puisque moins d'un quart de siècle plus tard, la fièvre jaune et la peste cessaient, en effet, d'être, avec le choléra, les grands épouvantails de l'humanité !

Sans parler des microbes des fermentations, Pasteur isola, cultiva les bacilles du choléra des poules et du rouget du porc, la bactériidie charbonneuse, le vibrion septique, le staphylocoque, le streptocoque et démontra leur spécificité pathogène.

Depuis quarante ans, d'innombrables chercheurs, à l'aide de ses méthodes, ont découvert et isolé à leur tour les agents spécifiques de la plupart des infections contagieuses, déterminé les propriétés de ces agents, leur mode de conservation et de transmission.

De cet ensemble de connaissances et des lois générales qui commandent ces faits, les hygiénistes et les médecins, ont déduit les règles de la lutte directe contre les contagies par leur destruction, la stérilisation de leurs réservoirs et de leurs vecteurs. De là sont nées la déclaration et la désinfection obligatoires des maladies contagieuses, la pratique de l'asepsie alimentaire et de la stérilisation des eaux, l'asepsie obstétricale, la désinsectisation, etc... dont les statistiques démographiques prouvent la valeur incomparable.

La mortalité infantile, par la diffusion des méthodes de pasteurisation des laits (asepsie alimentaire) recule partout.

De 1889 à 1910, elle tombe à Paris de 16 % aux environs de 10 %, à Lyon de 14 % au-dessous de 10 %.

A Orléans, la mortalité des enfants, nourris et surveillés par la Goutte de Lait, s'abaisse de 12 à 2 %.

A Jersey, en douze ans, les décès d'enfants tombent de 75 à 5 %.

Aux Etats-Unis, la mortalité infantile de 1911 à 1916, en cinq ans, a diminué de 20 % dans le public et de 30 % chez les assurés sur la vie, mieux surveillés.

La mortalité par fièvre typhoïde, répandue à l'état endémique dans la plupart des grandes villes, tombe rapidement grâce à la pratique de la stérilisation des eaux. A Paris, en 1882, les services municipaux enregistraient plus de trois mille décès annuels par fièvre typhoïde. Ils tombent au-dessous de deux mille l'année suivante, au-dessous de mille en 1900, au-dessous de trois cents en 1905, au-dessous de deux cents en 1910, etc...

En Angleterre, en 1878, la proportion des décès dus à la fièvre typhoïde par million d'habitants était de 306, en 1888 de 172, en 1897 de 156.

A Berlin, la fièvre typhoïde entrainait dans la mortalité générale pour une proportion :

en 1870-1880, de 23,05 pour mille

en 1880-1890, de 7,15 pour mille

L'antisepsie et l'asepsie obstétricales appliquées systématiquement dans les maternités provoquent des succès analogues et font reculer le spectre de la fièvre puerpérale.

A Berlin, en 1864, la fièvre puerpérale emportait une mère sur 36 accouchées. A Londres, de 1833 à 1861, une sur 34. A Gottingen, de 1853 à 1860, une sur 32.

En 1856, en France, Tarnier rapporte qu'une femme succombait sur 19 accouchées; presque 6 % !

« Je voyais, disait-il, des femmes entrer à l'hôpital bien portantes, pleines de vie, et 24 ou 48 heures après, j'assistais à leur agonie. C'était un spectacle épouvantable. »

La mortalité par accouchement se trouvait être, à cette époque, dix-sept fois plus grande dans les hôpitaux qu'à domicile.

Or, en 1879, au cours d'une mémorable séance de l'Académie de Médecine de Paris, tandis qu'Hervieux s'efforçait de prouver que le fléau des maternités qu'est la fièvre puerpérale échappait à la théorie des germes, Pasteur s'écria :

« Eh bien ! que l'Académie me permette de dessiner, sous ses yeux, le dangereux microbe auquel je suis porté à attribuer l'existence de cette fièvre ! » Et il traçait au tableau la figure du streptocoque qu'il avait vu dans les lochies, dans le sang, dans le pus péritonéal des femmes puerpérales.

Peu de temps après, la plupart des accoucheurs introduisent l'antisepsie et la désinfection dans la pratique de leur art. Le résultat ne se fait pas attendre :

De 1882 à 1889, à Lariboisière, la mortalité descend à 0,30 %; et de 1890 à 1903, à Baudeloque à 0,22 %. En 1921, avec l'asepsie et les gants stérilisés, avec le sérum antistreptococcique, la mortalité totale par infection à la clinique Baudeloque, n'atteint pas 0,05 % !

Il en est de même en Angleterre, en Allemagne, dans les Pays-Bas et les Pays Scandinaves, aux Etats-Unis, et partout où l'éducation professionnelle des médecins suit l'évolution du progrès.

Les doctrines pastoriennes ont modifié dans le même sens et dans la même mesure les procédés de prophylaxie appliqués aux maladies épidémiques de provenance exotique, aboli les quarantaines draconiennes qui, dans l'ignorance où nos devanciers se trouvaient de la nature des contagés et des modalités de leur dissémination, immobilisaient de longs jours navires, passagers et marchandises, et s'accompagnaient de la mise en œuvre de pratiques inefficaces.

Au dix-septième siècle, la désinfection des marchandises au Lazaret de Marseille était opérée au moyen de l'exposition à l'air, au vent, à la rosée, au serein, et à la pluie. Les balles de coton étaient ouvertes, soumises à l'influence du grand air et exposées au soleil.

Les laines en toison étaient placées sous des hangars et n'avaient que l'air et le vent comme agents désinfecteurs. Les

étoffes, tissus et autres produits industriels ou agricoles étaient seulement exposés au courant d'air extérieur. Les hardes et les effets appartenant aux hommes de l'équipage et aux passagers étaient lavés, fumigés et quelquefois même incinérés suivant les circonstances. (E. Boinet).

Les lettres et les correspondances étaient tailladées, avec un appareil spécial, puis immergés dans du vinaigre blanc pur, avant d'être remises aux intéressés. On peut voir encore dans le bureau du Directeur de la Santé Maritime à Marseille, les appareils affectés à cet usage, ainsi que les longs instruments destinés à ouvrir les bubons ou à panser les ulcérations des pestiférés. La terreur était telle que les prêtres faisaient communier avec un appareil permettant de porter l'hostie à la bouche du pestiféré, sans s'en approcher. Un long tube permettait de donner, dans les même conditions, l'extrême onction.

Les mesures prophylactiques actuelles, conformes à la doctrine pastorienne, ont substitué à la quarantaine l'observation et la surveillance sanitaire prise par les autorités médicales du bord et du port de départ, avant celui-ci, et en cours de traversée, l'isolement individuel, les désinfections et les précautions particulières à chaque catégorie d'infection, inspirées des données scientifiques acquises. La vieille quarantaine a vécu.

Lorsque Pasteur se mit à étudier les maladies infectieuses dans leurs rapports avec les microbes, il lui vint aussitôt l'idée de profiter de la découverte de ces êtres pathogènes pour en tirer une arme contre les infections. Il étudia l'œuvre de Jenner dans l'espoir d'en tirer quelques indications capables de le mener sur la bonne voie. Il fit exécuter à ses collaborateurs plusieurs séries d'expériences dans l'intention d'immuniser l'organisme contre les microbes infectieux. Au cours de ce travail laborieux et original, le hasard facilita l'accomplissement de la tâche. Lorsque, rentrés de vacances, en automne 1879, Pasteur et ses collaborateurs, MM. Chamberland et Roux, voulurent reprendre leurs expériences sur le choléra des poules, ils constatèrent à leur grande surprise que le microbe de cette maladie ordinairement si meurtrier, était devenu inoffensif. Les poules, ayant reçu des doses de culture

beaucoup plus que suffisantes pour amener la mort, n'en éprouvaient aucun effet. Préparé par ses connaissances antérieures et ses réflexions continuelles sur la prévention des maladies contagieuses, Pasteur devina de suite la grande portée de l'échec des inoculations avec de vieilles cultures et installa aussitôt des expériences précises sur le rôle vaccinant de ces microbes devenus inoffensifs. Ces recherches ont conduit à la découverte de deux grands principes : celui de l'atténuation des virus et cet autre de la propriété vaccinnante des microbes atténués.

Pasteur et ses élèves s'appliquèrent à étendre les nouvelles conquêtes à d'autres maladies infectieuses. Ils élaborèrent tour à tour des méthodes pour vacciner les animaux contre le charbon et contre le rouget des porcs. Mais la découverte la plus retentissante, celle qui assura définitivement l'autorité de Pasteur et scella sa gloire, fut la découverte de la vaccination préventive de la rage.

Les expériences de Pouilly-le-Fort sur la vaccination anticharbonneuse avaient, les premières, ébranlé le scepticisme général envers les doctrines nouvelles, mais la prévention de la rage leur a fait dans la confiance publique la place à part dont elles jouissent encore.

La vaccination pastorienne, pratiquée avec des virus atténués, est aujourd'hui entrée dans la pratique journalière, en hygiène vétérinaire et humaine.

Cette vaccination contre le charbon a fait tomber la mortalité de 10 à 0,95 % chez les moutons, de 5 à 0,34 % chez les bovidés.

En ce qui concerne la rage humaine, avant 1886, les statistiques officielles indiquaient que sur 100 personnes mordues par des animaux enragés, environ 47 mouraient de rage, et cette mortalité s'élevait jusqu'à 80 p. 100 pour les personnes mordues à la face, tandis qu'elle n'était que de 20 p. 100 pour les personnes mordues aux membres.

Or, depuis 1886 jusqu'au 1^{er} janvier 1922, dans le seul Institut Pasteur de Paris, 44.817 personnes ont été traitées par la méthode pastorienne de prévention de la rage après morsures. Il en est mort au total 150, soit seulement 3 pour mille !

Et les chiffres de mortalité après traitement, dans les centres de vaccination antirabique qui existent aujourd'hui dans tous les pays civilisés de l'Ancien et du Nouveau Monde, sont sensiblement les mêmes.

Le nombre total des personnes de toute nationalité, soumises à la vaccination antirabique à l'Institut Pasteur de Tunis, de la date de sa fondation (1894) jusqu'au 1^{er} octobre 1922, est de 11.112.

Sur ces onze mille cent douze personnes mordues et traitées, vingt-six seulement sont mortes de rage, soit une mortalité de 2,33 pour mille.

Tout commentaire affaiblirait l'éloquence de ces chiffres.

Après Pasteur, ses élèves, pénétrés de son enseignement et de sa foi, ont poursuivi sa tâche. Ils ont étudié et mis au point de nouvelles méthodes, celle de l'immunisation passive par la sérothérapie, et la méthode des vaccinations préventives et curatives par les cultures mortes. Ces applications nouvelles, issues de la doctrine du maître sont cependant d'hier : leur succès est universel, aucun médecin ne les ignore, très peu les discutent, les jeunes générations médicales les ont vu naître et s'appliquent chaque jour à les répandre, à en multiplier et à en préciser l'emploi.

Grâce donc à cette prophylaxie pastorienne, qui n'édicte pas seulement des mesures de protection, de surveillance, d'isolement ou de destruction des germes de contagion, mais qui réalise l'immunité artificielle par les vaccinations préventives, toutes les maladies transmissibles dont les virus sont accessibles à nos moyens d'investigation, doivent devenir inoffensives. C'est une question de temps, de travail patient, d'organisation méthodique, de volonté.

D^r E. GCBERT.

De la réaction du mastic dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques

par le **Prof. G. MINGAZZINI**, de la Faculté de Rome

~~~~~

Je crois nécessaire de communiquer les résultats obtenus par la réaction du mastic dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, telle qu'on l'emploie en Allemagne suivant la méthode d'Emmanuel, modifiée par Goebel. Cette méthode n'a pas eu, à mon avis, la diffusion qu'elle mérite.

La réaction se fait de la manière suivante :

a) On prépare une solution de mastic dans l'alcool absolu à 10 pour 100. Cette solution est inaltérable.

b) Chaque fois qu'on exécute la réaction, on prépare une solution d'usage : un centimètre cube de la solution mère avec 9 centimètres cubes d'alcool absolu et 40 centimètres cubes d'eau distillée.

c) On prépare ensuite 6 éprouvettes dans lesquelles on verse 1 centimètre cube de solution de chlorure de sodium à 0,8 %.

d) On mélange 1 centimètre cube de liquide céphalo-rachidien avec la solution de chlorure de sodium qui se trouve dans le tube I, et on agite ; ensuite on prend 1 centimètre cube du mélange qu'on verse dans l'éprouvette II et ainsi de suite jusqu'au tube VI où le liquide céphalo-rachidien est dilué à 1/64.

e) On verse ensuite 1 centimètre cube de la solution préparée pour la réaction (solution d'usage), dans chacune des éprouvettes, et on prépare une éprouvette de contrôle contenant 1 centimètre cube de solution de chlorure de sodium et 1 centimètre cube de solution de mastic.

Au bout de 24 heures, on lit les résultats.

Convaincu de l'importance de cette réaction, que courtoisement le prof. Honne fit exécuter devant moi dans sa clinique de Hambourg, j'ai cru nécessaire de l'employer sur une vaste échelle, par un de mes assistants, le docteur Pisani qui prenait comme sujets d'étude des malades atteints de maladies parasymphilitiques (tabes, paralysie générale, etc.), de syphilis cérébro-

spinale et même de maladies non syphilitiques : tumeur et abcès cérébraux, sclérose en plaques, hémicranie, etc.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

La réaction a été positive dans 100 pour 100 des cas de maladies syphilitiques et para-syphilitiques du système nerveux : tabes, paralysie générale, syphilis cérébrale. La sensibilité est donc de beaucoup supérieure à la réaction de Wassermann, tandis que l'exécution en est beaucoup plus simple et moins sujette aux causes d'erreur.

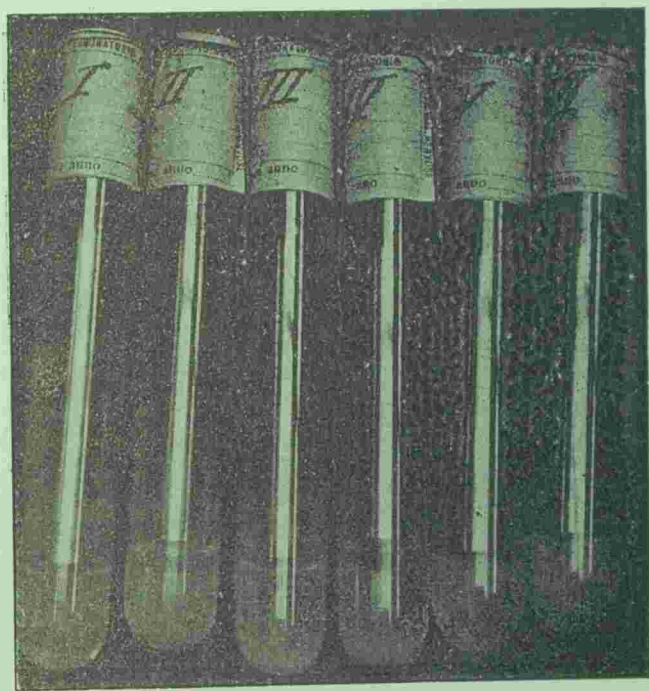


Fig. 1. — Courbe de paralysie : La flocculation commence dès les premiers tubes à gauche.

Cette courbe a été obtenue exceptionnellement dans deux cas de sclérose en plaques et dans quelques rares cas de tabes. Pour ces derniers on ne peut pas exclure qu'il s'agisse d'un début de démence paralytique non constatable cliniquement. Si cela pouvait être certain, on pourrait à l'aide de cette réaction dépister chez un tabétique une démence paralytique très précoce, alors que cliniquement cela serait impossible.



La courbe du tabes a été obtenue dans quelques rares affections non syphilitiques du système nerveux (tuberculeuses).

La courbe de syphilis a toujours été obtenue dans les cas de syphilis cérébrale et de hérédo-syphilis nerveuse. On remarque, en outre, que des individus dont la syphilis cérébrale était cliniquement guérie, conservaient une réaction du mastic positive, bien que tous les phénomènes biologiques du liquide céphalo-rachidien fussent disparus à la suite d'un traitement anti-syphilitique énergique.

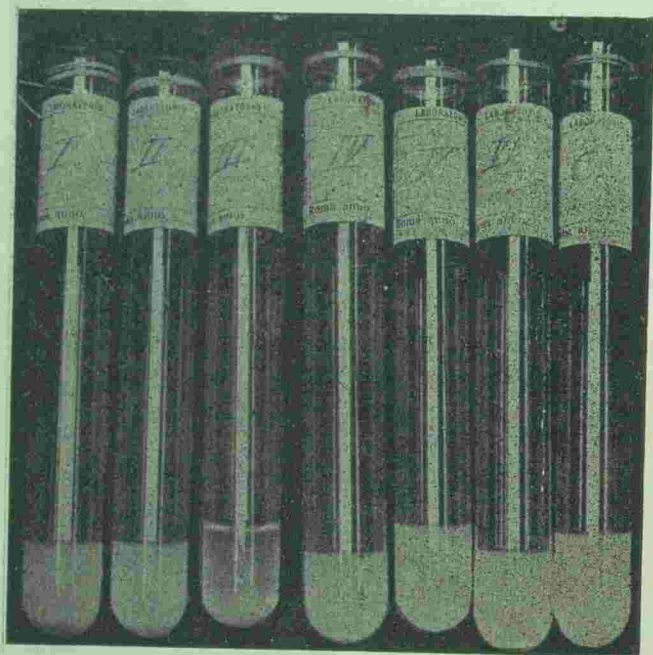


Fig. 2. — Courbe de syphilis cérébro spinale : La floculation commence au 3<sup>e</sup> tube

Cette réaction constitue donc un moyen très précieux pour diagnostiquer les lésions syphilitiques du système nerveux central, même quand le liquide céphalo-rachidien est normal. La courbe de la syphilis est cependant moins spécifique que celle des affections para-syphilitiques, puisque nous l'avons rencontrée dans des affections non syphilitiques du système nerveux, dans les tumeurs et abcès cérébraux, dans les méningites purulentes,

dans les méningites par compression. Il est ainsi impossible de se baser sur le résultat de la réaction pour le diagnostic différentiel de la syphilis cérébrale et d'une tumeur cérébrale chez un syphilitique. La réaction reprend toute sa valeur quand il s'agit de différencier un foyer cérébral artério-scléreux chez un syphilitique d'avec une endoartérite syphilitique, puisque dans le premier cas, la réaction a toujours été franchement négative.

D'un autre côté, puisque la réaction du mastic négative exclut d'une manière absolue la syphilis ou la para-syphilis du système nerveux, on doit lui reconnaître une importance capitale dans le diagnostic des formes initiales de syphilis du système nerveux. Elle tranchera le diagnostic avec les formes de pseudo-paralysies (alcooliques chez un syphilitique, etc.), avec les psychoses chez des syphilitiques qui, quelquefois, présentent les symptômes d'une affection parasymphilitique (par exemple on soupçonne souvent un début de paralysie générale dans les cas de manie pure chez un syphilitique).

Cependant il faut également noter combien de fois la réaction du mastic dans le liquide céphalo rachidien d'individus atteints de maladies non syphilitiques du système nerveux, a été positive, alors que toutes les autres réactions méningées du liquide étaient intenses.

Au cours de nos expériences, nous avons remarqué que la réaction du mastic d'un liquide de malades atteints d'une affection du système nerveux se comportait différemment selon qu'il s'agissait ou non d'une affection syphilitique. Dans le premier cas la réaction est positive même lorsque les réactions méningées (globuline, hyperalbuminose) sont négatives ou très faiblement positives; dans le deuxième cas la réaction n'est positive que lorsque les réactions méningées sont très intenses. La seule exception est fournie par la sclérose en plaques qui bien que non syphilitique, avec une très légère hyperalbuminose, fournit une réaction positive et présentant toujours la courbe de la paralysie générale. Cette similitude de courbes est extrêmement intéressante quand on pense que selon les théories modernes, la sclérose en plaques est due à un spirochète (*spirocheta argentinensis*, Kuhn et Steiner) qui a été retrouvé dans le système nerveux central (surtout dans le cerveau) d'individus atteints de cette affection (Siemeling, Bucker, Schuster, etc.).

Les courbes obtenues dans la paralysie générale, le tabes et la syphilis cérébrale varient quant à l'intensité de la floculation alors que le type de courbe spécifique reste le même (facteur qualitatif). Cette intensité variable de la floculation n'est pas en rapport constant avec l'intensité des altérations pathologiques du liquide céphalo-rachidien, ni avec la gravité de la maladie ; elle est due en grande partie à la sensibilité de la suspension de mastic employée. Nos expériences sur le liquide des paralytiques, faites une seconde fois après une cure intense mercurielle et arsénicale (neo), nous ont montré que tandis, que les réactions méningées diminuent considérablement d'intensité et peuvent même disparaître, la réaction du mastic conserve en général son intensité de précipitation (facteur quantitatif).

Ce fait joint à l'observation expérimentale qui nous a fait trouver positive la réaction du mastic dans des affections initiales du système nerveux (névrite optique syphilitique incipiente), alors que dans le liquide céphalo-rachidien il n'y avait pas trace d'hyperalbuminose, ni de globuline, et dans des affections syphilitiques, cliniquement guéries (tous les phénomènes biologiques du liquide céphalo-rachidien étant disparus), doit nous rendre méfiants sur la valeur des théories qui placent les phénomènes de précipitation des réactions colloïdales en rapport quantitatif et qualitatif avec les réactions méningées du liquide et surtout avec les altérations qualitatives selon les uns (Gœbel), quantitatives selon les autres, des albumines du liquide céphalo-rachidien. D'autres faits viennent confirmer également cette observation. Au cours de nos travaux nous avons relevé les points suivants :

1° Il n'y a pas un rapport constant entre les altérations du liquide céphalo-rachidien et l'intensité de précipitation de la réaction du mastic.

2° Quand, à la suite d'un traitement rationnel, on note dans le liquide des paralytiques ou des syphilitiques une diminution d'intensité des réactions méningées, ainsi que je l'ai fait observer plus haut, l'intensité de précipitation de la réaction du mastic reste la même.

Avant de terminer ce court exposé, je me permets de rappeler l'attention sur quelques points d'ordre pratique.

L'expérience que nous avons acquis au cours de nos travaux nous fait conseiller, outre que de faire la réaction avec la plus scrupuleuse méthode, afin d'obtenir le rendement pratique maximum de la réaction, et pour éviter des résultats erronés, d'employer toujours une suspension de mastic moyennement sensible et de recommencer la réaction dans les cas douteux. Il faut en outre éliminer les courbes de solutions simplement troubles qui se présentent fréquemment et qui sont presque toujours dus à la sensibilité excessive de la suspension de mastic employée.

Nous faisons noter également que dans de nombreux expériences sur le liquide des paralytiques, où la réaction a été exécutée sans chlorure de sodium, en diluant le liquide dans de l'eau distillée, nous avons obtenu des courbes parfaites de paralysie. Ce fait diminue notablement l'importance que tous les auteurs attribuent à la solution de chlorure de sodium sur la production de la floculation.

---



# SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 17 Novembre 1922

Présidence du D<sup>r</sup> CASSUTO, *vice-président*

*Sont présents* : MM. les D<sup>rs</sup> Lalloum, Montefiore; Naamé, Henry, Ramery, Rogalski, Brun, Jamin, Rehm, Lumbroso, Masselot, Brocq, Cassuto, Gérard, Minguet, Soria, Lançon, Guinet, Daireaux, Lemanski, Jaubert de Beaujeu, Salvo, Ortona, Biecheler, Lauriol, Molco, Domela, Bonan, Benmussa, Bouquet, Lellouche.

Le procès verbal de la séance précédente est lu et adopté.

## Communications du Bureau

**Admissions.** — Sont admis à l'unanimité, comme membre associé :

M. Roux, interne à l'Hôpital Civil Français; et comme membres titulaires, le D<sup>r</sup> REHM, médecin major des troupes coloniales, et le D<sup>r</sup> RAMERY, médecin aide-major de 1<sup>re</sup> classe à l'Hôpital Militaire du Belvédère.

## Centenaire de Pasteur

Le secrétaire général fait part des démarches qu'il a entreprises en vue de la commémoration du Centenaire de Pasteur.

D'accord avec le D<sup>r</sup> Ch. Nicolle, un programme a été élaboré qui est encore sujet à des modifications. D'ores et déjà, cependant, il est décidé que la Société fera imprimer et distribuer à tous les écoliers de Tunisie, une plaquette-souvenir portant un portrait de Pasteur et quelques pensées. La Direction générale de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en assurera la distribution. Le secrétariat s'occupera des Ecoles Italiennes et de l'Alliance Israélite. Le 27 décembre, ou avant cette date, si les vacances le nécessitent, des lectures, des dictées, des commentaires sur un ou plusieurs textes de Pasteur, seront faits dans toutes classes de Tunisie.

En outre, une souscription publique sera ouverte, sous le patronage du Ministre Résident général, pour élever un buste de Pasteur à Tunis et créer une bourse d'études ou un dispensaire d'études des maladies microbiennes à l'Institut Pasteur de Tunis.

La partie publique et officielle des fêtes du Centenaire est reportée à Janvier.

## Présentations de malades

## Un cas d'atrophie musculaire progressive

par le Docteur ORTONA

Bu... Victor, 50 ans, cocher, son père est mort jeune et il ne sait pas dire à la suite de quelle maladie; sa mère serait morte de vieillesse à 85 ans. Il a trois frères à Malte dont il ne reçoit pas de nouvelles depuis longtemps. Il fut élevé au sein de sa mère et il affirme avoir toujours joui d'une santé parfaite. Il nie la syphilis et toute autre maladie vénérienne. Il est célibataire. Fumeur modéré mais grand buveur de vin; il consommait plus d'un litre par jour et il avait aussi l'habitude de prendre des liqueurs.

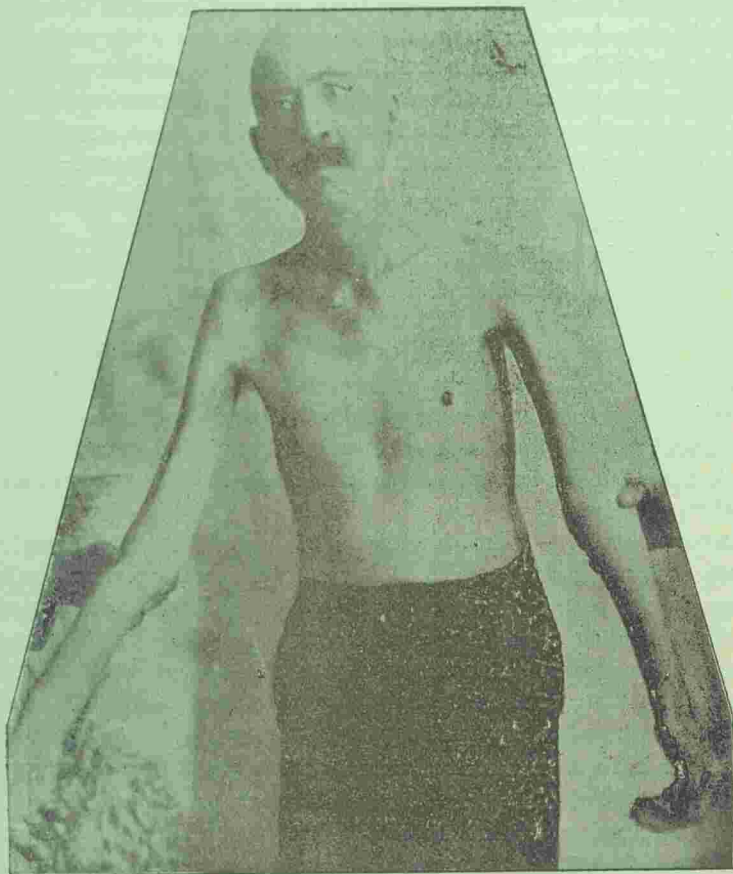
La présente infirmité daterait de trois ans. Il faisait prendre un bain de mer à son cheval quand celui-ci l'entraîna soudainement dans l'eau tandis qu'il était fatigué et en état de transpiration.

Après dix jours environ, il s'aperçut que la force de ses membres supérieurs s'affaiblissait quelque peu; cet affaiblissement, quoique lent, progressait de jour en jour de sorte que dans l'espace de six mois, il fut obligé d'abandonner le travail. Il est amené à l'hôpital dans un état de paralysie complète des membres supérieurs et d'asthénie très prononcée des membres inférieurs.

*Examen objectif.* — Individu considérablement amaigri, muscles très réduits et flasques couleur pâle de la peau avec taches pigmentées brunes au bas du dos aux régions lombo-sacrées, au pli interfessier, aux régions des crêtes iliaques et sur le trochanter gauche, ça et là quelques petites cicatrices blanchâtres au centre, au dos, aux épaules et sur le manubrium du sternum. Son système ganglionnaire est normal sauf quelques petits nodules aux aisselles. Appareil respiratoire normal. Cœur : pointe au V<sup>e</sup> espace sur la ligne mammaire, marge supérieure gauche et marge droite dans les limites physiologiques. Bruits normaux; pouls plutôt lent (48 pulsations) rythmique, tension artérielle au Pachon : Px12.5 et Pn 8.5 à droite, Px10.5 et Pn 7.5 à gauche. Langue normale. Foie : matité relative et absolue dans les limites normales mais augmentation de volume vers le bas où il déborde les fausses côtes de six centimètres à la ligne mammaire et de neuf centimètres sous l'apophyse du sternum; surface lisse et consistance normales. La rate aussi est augmentée de volume, son pôle antérieur atteignant la ligne mammaire gauche. A l'anus, quelques petits nodules hémorroïdaires en couronne; organes génitaux normaux. Urines normales.

*Examen neurologique.* — Facies, sans expression, presque figé. Mouvement des globes oculaires, normaux. *Asthénie assez marquée* des muscles

innervés par la branche inférieure de la VII<sup>e</sup> paire, en provoquant la contraction des muscles innervés par cette branche; on constate des contractions fibrillaires très évidentes. Les mouvements passifs et actifs de la tête sont normaux seulement en arrière, limités latéralement des deux côtés:



Les mouvements antérieurs de flexion sont encore plus limités et presque nuls. La percussion du crâne est indolente; le rachis n'est pas dévié. La percussion de la colonne vertébrale et la pression des gouttières vertébrales ne réveillent aucune douleur.

Membres supérieurs : les muscles des éminences thénar et hypothénar et les interosseux sont très réduits évidemment atrophiques, les mains sont tombantes tendance à la griffe, pouces écartés, (*main simienne*), l'opposition des pouces est abolie. Les muscles des avant-bras et des bras sont

atrophiques surtout les deltoïdes, tout le membre supérieur gauche est plus atrophié que le droit (le malade était gaucher). Les mouvements passifs sont tous possibles; on constate même une évidente hypotonie des articulations, les mouvements actifs sont absolument impossibles en paralysie complète. On est obligé de le nourrir. La force musculaire est presque inexistante.

Les membres inférieurs ne présentent pas la même atrophie mais ils semblent pourtant hypotrophiques, les pieds sont tombants, hypotrophie et paralysie des muscles péroniens. Les mouvements passifs sont tous possibles mais les mouvements actifs sont réduits : l'élévation est possible de 30 centimètres sur le plan du lit, les autres mouvements de flexion, abduction et adduction sont possible mais l'ataxie est très évidente, la force musculaire est encore assez conservée. Les réflexes profonds des membres supérieurs sont muets; les réflexes des membres inférieurs, rotuliens et achilléens, manquent absolument, ni réflexe de Babinski, ni réflexe d'Oppenheim. Les réflexes cutanés crémastériens sont faibles, les abdominaux sont absents. La fonction réflexe iridienne à la lumière et à l'accommodation est par contre complètement conservée.

Aucun trouble des sphincters. Le Romberg est très évident, le malade ne pouvant pas rester debout dans la position de Romberg, pas même avec les yeux ouverts. La marche est possible mais elle n'est pas normale par suite de l'insuffisance des extenseurs du pied, le malade soulève la cuisse très haut et quand il pose le pied à terre, celui-ci touche le sol d'abord par sa pointe puis par son bord externe et enfin par le talon (steppage).

Quant à la sensibilité, le malade n'a jamais accusé aucune douleur, la pression des troncs nerveux aux membres est indolente, les sensibilités superficielles au toucher à la douleur et à la chaleur sont parfaites.

L'examen électro-diagnostique pratiqué par notre excellent confrère le docteur Jaubert de Beaujeu, donne les résultats suivants :

Les réactions du facial sont normales. L'excitation au point d'Erb produit la contraction du biceps du deltoïde du grand pectoral, le long supinateur ne se contracte pas. Les nerfs cubital et médian sont excitables au galvanique et au faradique ainsi que les muscles qui en dépendent; hypoexcitabilité marquée. Le nerf radial et les extenseurs sont inexcitables. Le sciatique poplité externe et les muscles de la loge antéro-externe sont inexcitables; les autres muscles de la jambe ont des réactions normales.

La réaction de Wassermann pratiquée à l'Institut Pasteur a été fortement positive à + + +.

×

En présence d'une symptomatologie aussi riche, quel diagnostic pou-



vons-nous poser ? L'idée d'une atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne est la première qui vient à l'esprit mais avant de l'affirmer, il est prudent d'examiner toutes les hypothèses et de discuter le diagnostic différentiel avec les autres maladies avec lesquelles on pourrait faire erreur de façon à pouvoir établir un diagnostic par élimination. Nous écartons de suite le *tabes* malgré l'abolition des réflexes rotuliens, l'ataxie et le Wasserman positif. Le *tabes* ne comporte pas une paralysie des membres supérieurs et une atrophie si marquée. Difficilement il pourrait coexister avec une réaction si parfaite des réflexes iridiens et il ne pourrait pas se passer complètement des troubles de la sensibilité et des troubles des sphincters. Je ne m'attarderai non plus à discuter la *sclérose en plaques* puisque le nystagmus, les troubles de la parole, les tremblements intentionnels ne sont pas en cause et surtout parce que dans cette dernière maladie les réflexes profonds sont exagérés, tandis que chez notre malade ils sont abolis.

J'écarte les paralysies par intoxication saturnine qui ont une localisation si caractéristique (radial) mais elles ne prennent pas tout le membre et s'accompagnent du liséré gingival bien connu. Les dystrophie et atrophie de la *syringomyélie* s'accompagnent toujours des troubles de dissociation de la sensibilité thermique et tactile qui manquent sûrement dans notre malade.

La *sclérose latérale amyotrophique* s'éloigne du syndrome qui nous occupe à cause des phénomènes de spasme qui la caractérisent et surtout de l'exagération des réflexes tendineux. La *pachyméningite hypertrophique* du tractus cervical excessivement rare et les *tumeurs des méninges spinales* s'annoncent par des irradiations douloureuses très intenses qui n'ont jamais existé chez notre malade. Dans la *polynévrite* aussi existent toujours des phénomènes d'irritation sensitive, douleurs ou au moins paréthésies, sensibilité exagérée des troncs nerveux à la palpation très souvent psychose polynévritique de Korsakof, signes qui tous ont fait défaut. Dans la *polomyélite antérieure chronique*, l'évolution est plus rapide et moins régulièrement progressive, comme dans la forme aiguë elle ne tarde pas à donner une paralysie étendue, qui s'arrête et devient stationnaire. D'autre part, l'atrophie est moins évidente et comme dans la sclérose latérale amyotrophique, il y a d'abord la paralysie qui représente le phénomène primaire et ensuite l'atrophie qui est nettement secondaire. L'*atrophie musculaire myopathique* aussi peut être écartée pour les raisons suivantes : 1° elle débute ordinairement dans le jeune âge; 2° l'atrophie commence par les membres inférieurs; 3° elle ne donne jamais des contractions fibrillaires. Une autre forme décrite est l'*atrophie musculaire neuropathique* mais pour l'écarter, il suffit de penser : 1° que la maladie est héréditaire et familiale; 2° que les sujets commencent à avoir les premiers

symptômes dans leur jeune âge; 3° que le commencement débute toujours dans les petits muscles du pieds et aux mollets.

Il me paraît donc que même par élimination, je dois maintenir mon diagnostic de *paralysie progressive*, type Aran-Duchenne. Le pronostic demeure malheureusement peu favorable. Il est vrai qu'ici nous avons constaté un Wassermann nettement positif. S'agit-il d'une simple coïncidence ou y a-t-il relation de cause à effet dans la pathogénie du syndrome ? Ce serait bien téméraire de l'affirmer à priori. En tout cas en plus du traitement par le strychnine recommandé par Gowers, des bains et du massage et mobilisation classique, un traitement antisypilitique s'impose; il a été aussitôt institué. Je vous renseignerai sur les résultats obtenus, si toutefois il y en a.



### **Œdème chronique du bras gauche (trophœdème acquis individuel)**

par les Docteurs BROG et BIECHELER

Le malade que nous présentons, Abd El Hamid ben Meftah, âgé de 38 ans, né à Miliana, profession boucher, est atteint, depuis deux ans, d'un œdème chronique du bras et avant-bras gauche. Etant en partie de plaisir avec des amis, il tomba de voiture et se tint aux brancards par le bras gauche pendant une minute environ. Il ne ressentit aucune douleur au bras, alla au bain, rentra chez lui, eût un accès de fièvre dans la nuit et deux jours après, au réveil, constata l'œdème de l'avant-bras et du bras gauche. L'œdème a augmenté progressivement, sans jamais rétrocéder, ni être douloureux, mais actuellement son volume gêne les mouvements du bras et le malade se fatigue vite.

Le bras est enflé dans toute son étendue presque jusqu'au niveau du creux axillaire, avec maximum à l'articulation du coude; les doigts sont indemnes, la peau semble épaissie au niveau de la face dorsale de la main, elle garde un instant l'impression du doigt; à l'avant-bras, la peau est plus épaisse, peu mobile, au niveau du cubitus elle donne le phénomène de la peau d'orange, quand on la presse entre les doigts pour la mobiliser; à la face antérieure de l'avant-bras, elle est plus souple, on a l'impression d'un gros épaississement du tissu conjonctif, tandis qu'au bras, on a l'impression d'une masse mollassse telle qu'en donnent les lipomes. La transition entre la peau saine et malade se fait presque insensiblement. On ne note aucun trouble trophique, (poils normaux), vasculaire ou nerveux au niveau du membre malade.

On note au poignet 23 centimètres du côté malade; 18, côté sain; au coude 35; côté malade; 27 côté sain.

Par ailleurs, le malade semble normal. Tension 16 et 10 des deux côtés. Poumons, cœur, reins, normaux. Wassermann négatif; nous ne relevons d'ailleurs, dans son histoire, aucune maladie antérieure, rien que la chute et la traction violente exercée sur le bras avec lequel il s'est retenu.

Ses père et mère sont encore vivants et ne présentent rien d'anormal; il ne se souvient pas d'avoir vu dans sa famille, quelqu'un présentant de l'œdème d'un membre quelconque.



En le faisant radiographier pour voir s'il présentait de l'hypertrophie ou de l'atrophie des os, (normaux), nous avons eu la surprise de constater chez lui une double chaîne ganglionnaire de petits ganglions crétacés, descendant jusqu'à l'aisselle gauche. A la palpation on sent deux chaînes ganglionnaires au niveau de la région cervicale gauche en avant du trapèze, formées par de petits ganglions très durs, roulant sous le

doigt. Au niveau de la clavicule on voit un de ces petits ganglions faire saillie et on sent quelques ganglions à gauche dans la région axillaire. Les radiographies ci-jointes, dues à la complaisance du docteur Jaubert montrent fort bien ces véritables chaînes ganglionnaires se prolongeant jusque dans l'aisselle. A droite, tout en haut du cou, commence à apparaître un début de calcification de ganglions.

Etant donné l'absence d'hérédité, nous nous trouvons en présence d'un cas de trophoédème chronique acquis individuel, œdème segmentaire de Debove, ou pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique de Mathieu et Thibierge. A l'encontre de l'éléphantiasis des membres inférieurs et des bourses, cette affection se rencontre rarement chez l'indigène.

La cause en est inconnue, mais dans le cas particulier, une question se pose : les altérations des ganglions constatées à la radiographie, beaucoup plus marquées à gauche qu'à droite, jouent-elles un rôle dans le développement de ce trophoédème ? soit par compression ou irritation des vaisseaux au niveau du creux axillaire, soit par gêne de la circulation de la lymphe. Y aurait-il lieu de les faire enlever, ou de décortiquer les vaisseaux sur une certaine étendue ? Nous serions heureux d'avoir l'avis de la Société sur l'opportunité d'une intervention.

Ajoutons, que, quoique le corps thyroïde paraisse normal, nous avons donné, pendant quelque temps, des tablettes de corps thyroïde, sans observer d'ailleurs aucune modification.

#### **Discussion :**

Le Dr *Jaubert de Beaujeu* fait observer que s'il fit la radio de ce malade ce fut surtout pour chercher l'intégrité de la colonne cervicale. André Lévi a montré, en effet, la fréquence des spina bifida accompagnant le trophoédème.

Le Dr *Brun* répondant à une question du Dr *Broc*, au sujet d'une intervention chirurgicale possible chez ce malade, fait remarquer que l'on pourrait enlever le paquet ganglionnaire de l'aisselle et faire un drainage filiforme du trophoédème. On peut, dit-il, essayer la chose sans grand danger pour le malade.

×

### **Un cas de paralysie pseudo-hypertrophique ayant débuté à quarante ans**

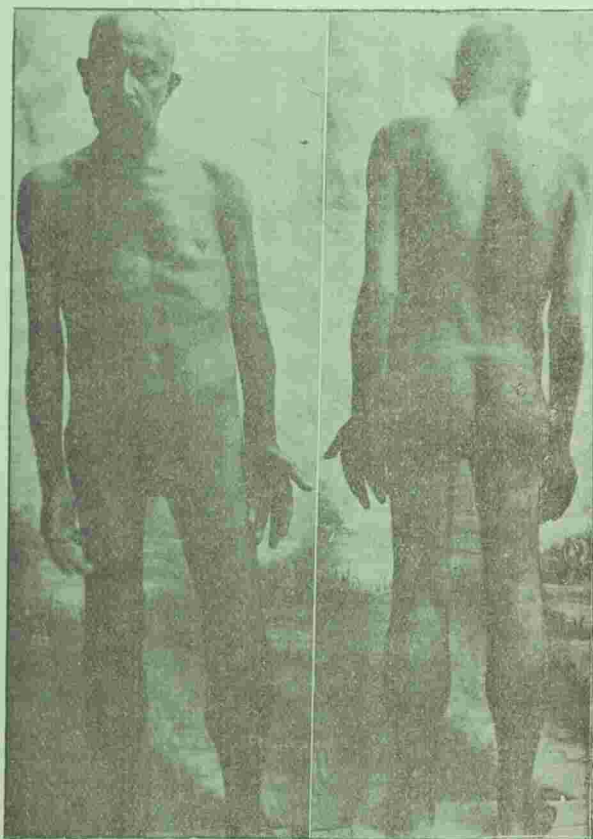
par les Docteurs BROC et BIECHER

Ce qui frappe, à première vue, quand on examine le malade que nous présentons à la Société, c'est le contraste qui existe entre la gracilité des membres supérieurs et l'hypertrophie considérable des mollets. Un tel symptôme, corroboré par les dires du malade, affirmant que ses jambes



ont grossi, alors qu'il éprouvait de plus en plus des difficultés pour marcher ou se relever lorsqu'il était assis ou couché, permettent de poser de suite le diagnostic de myopathie primitive progressive à type pseudo-hypertrophique. Notre malade est en effet un cas typique.

L'atrophie musculaire s'étend chez lui de la racine des membres vers leur extrémité. Très marquée au membre supérieur, au niveau de la cein-



ture scapulaire avec atrophie considérable du grand pectoral, atrophie des portions inférieure et moyenne du trapèze d'où la déformation dite scapula alata, atrophie des muscles du bras plus marquée qu'à l'avant-bras, intégrité presque complète des petits muscles de la main.

Au membre inférieur, atrophie marquée des muscles de la fesse, de la cuisse, avec, comme contraste, l'hypertrophie des jumeaux.

Le malade est obligé de se tenir les jambes écartées pour maintenir

son équilibre, et sa façon de se relever quand il est couché, est tout à fait typique. On constate déjà un certain degré de lardose.

Nous n'avons pas constaté de troubles à la face, ni de contractions fibrillaires dans les muscles atteints.

Les réflexes patellaires sont abolis des deux côtés. Wasserman négatif; Hypotension artérielle marquée : 11/6.

Les réactions électriques, d'après l'examen dû à l'obligeance du docteur Jaubert de Beaujeu, sont normales, et l'évolution de l'affection est très lente, ayant débuté, il y a dix ans. Pas de troubles de la sensibilité.

Ce qui fait l'intérêt de la présentation c'est l'âge du malade, 50 ans; la paralysie pseudo-hypertrophique étant en général une affection de l'enfance ou de l'adolescence; l'un de nous a eu l'occasion d'en montrer un cas très net à la Société, il y a quelques années, chez un jeune Israélite; mais le début tardif a été noté dans quelques cas, même jusqu'à soixante ans. Le caractère héréditaire et familial manque chez notre malade autant qu'on puisse avoir confiance dans les renseignements qu'ils nous a donnés à ce sujet. Chez cet indigène, Salah ben Hadj Ali, de Testour, cultivateur, la maladie aurait débuté à 40 ans, six mois après une maladie fébrile ayant duré six mois (fièvre et mal de tête). Il s'est cependant marié après cette maladie et a eu quatre enfants, deux filles et deux garçons bien portants.

×

### **Ulcère calleux du pylore gastro-entérostomie postérieure transmésocolique**

par le Docteur MONTEFIORE

« A l'heure actuelle on n'a plus le droit de traiter un ulcère de l'estomac sans faire, sur chaque cas, une enquête clinique et biologique du point de vue de la syphilis », dit Chauffard.

Et cela a motivé la présentation du malade que je vous amène. Les confrères docteurs Brun et Bouquet vous ont déjà, eux aussi, présenté des malades qui ont subi la gastro-entérostomie. Donc ce n'est point pour vous démontrer le résultat de cette intervention ni pour vous expliquer la technique, technique aujourd'hui assez établie, à part quelques modifications, préférée par chaque chirurgien : les uns préfèrent les pinces d'Abadie, les autres celles de Témoin, d'autres n'emploient que de simples pinces à une seule griffe.

Les uns font la torsion de l'intestin, de crainte du circolus viciosus; les autres fixent directement l'anse intestinale à l'estomac sans aucune complication.

Bref ! La technique désormais est assez bien établie pour que j'estime de ne point vous répéter ce que vous tous savez aussi bien que moi.

L'intérêt de la présentation, à mon avis, est de vous démontrer que j'ai eu plusieurs fois l'occasion de voir des malades opérés de gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac ou du pylore, sans que l'on se soit occupé de l'étiologie de cette lésion.

Je connais deux cas qui, contrôlés à la radioscopie, présentaient tout pour faire établir le diagnostic d'ulcère de l'estomac et qui, au point de vue clinique, imposaient une intervention chirurgicale catégoriquement refusée par les malades.

Soumis au traitement antisypilitique ils ont manifesté la plus belle des guérisons.

Les lésions syphilitiques de l'estomac sont connues depuis Andral-Cornil-Gaillard, 1874. Fernier, en 1898, en fit nombreuses descriptions. Hayem et Dieulafoy surtout, en relatèrent nombreux cas.

Macroscopiquement elles présentent les caractères typiques de l'ulcération gommeuse ou calleuse comme lit Kauffman.

L'infiltration est diffuse, fibroïde et presque toujours siège à la région pylorique. L'ulcère pénètre dans la muqueuse gastrique et dans les vieux ulcères il se développe un tissu conjonctif calleux presque égal partout, formant un manchon du pylore qui perd sa contractibilité, ce que j'ai eu en mon malade, vu à la radioscopie par le docteur Cattani. A l'ingestion du liquide, un mois avant l'intervention, le liquide passait directement et instantanément dans le duodenum, plus tard, lorsqu'il empirait le pylore fut totalement obstrué au point qu'un seul verre d'eau était rendu et il nécessitait intervenir d'urgence.

Microscopiquement, toujours d'après Kauffman, on ne retrouve qu'une infiltration parvicellulaire du bord et une néoformation profonde du conjonctif.

Au point de vue clinique, l'histoire et le passé du malade, quelquefois les pléiades ganglionnaires mobiles, multiples, petites et indolores; les vomissements, l'amaigrissement, douleurs, hématurie, cachexie et quelquefois les perceptions d'une tumeur à la région pylorique.

Tout ce tableau était présenté par notre patient qui n'accuse plus maintenant à la palpation la tumeur qui était très manifeste, ni aucun symptôme objectif ni subjectif.

Dans l'inanition la plus grave, se trouvant dans la cachexie la plus avancée, il nécessita l'intervention d'urgence à son entrée dans mon service à l'hôpital.

J'avais d'abord pensé à un cancer mais la tumeur presque régulière,

élastique et uniforme, me fit rejeter la pylorectomie que j'avais pour un instant pensé à faire et je me suis limité à la simple gastro.

Le monsieur, ici présent, souffrait depuis 14 ans, il ne se connaît pas de lésion syphilitique mais... sur treize grossesses de sa femme, n'a, vivant, que deux enfants et les derniers !

Deux fausses couches et neuf enfants morts en très bas âge. Intervention sous anesthésie générale à l'éther, gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique, suture de la paroi abdominale à quatre plans (péritoine, muscles et aponévrose, reprise des aponévroses et peau). Partisan du lever précoce, je le fis lever au troisième jour.

Aucun incident opératoire ni post-opératoire et j'instaurai au plus vite le traitement antisyphilitique mixte arséno-mercuriel intraveineux par le cyanure de mercure et le novarsénobenzol Billon.

Engel et Lang considèrent le 25 p. 100 des ulcères de l'estomac d'origine syphilitique. Cullevrier, Schwiner, Leudet, Murchison, Gaillard, Cesaris, Demel aussi, ont vu, comme Dieulafoy, Fournier, etc., disparaître avec le traitement antisyphilitique les manifestations des ulcères de l'estomac et surtout du pylore de plusieurs de leurs malades.

En conclusion, j'estime, avec tous les illustres noms cités, que lorsque on a affaire à des ulcérations de l'estomac et du pylore, il est nécessaire de bien avoir présente la possibilité d'une infection syphilitique et même après avoir opéré le malade, le traitement syphilitique s'impose à notre conscience.

#### Discussion :

Le D<sup>r</sup> Jamin pense qu'en effet il existe plusieurs cas simulant le cancer du pylore qui sont de la syphilis. Mais il ne semble pas, dit-il, que le pourcentage soit aussi fort qu'on l'a indiqué. Le docteur Bardou, au dispensaire Sidi Brahim, traite systématiquement comme syphilitique tous les cas semblables et peu, très peu d'entre eux, bénéficient de l'arsénobenzol. L'évaluation de 1/100 est certainement au-dessus de la vérité.

Le D<sup>r</sup> Brun fait observer que le malade présenté par le docteur Montefiore a eu en somme deux traitements, le médical et le chirurgical, rien ne permet d'affirmer que le traitement antisyphilitique soit pour quelque chose dans la guérison. Après la gastro plus d'un ulcère guérit tout seul, sans aucun traitement. D'autre part, le D<sup>r</sup> Brun estime que syphilis ou non, quand on est en présence de lésions qui perforent ou menacent de perforer un estomac, aucun traitement médical ne peut agir; la chirurgie s'impose. Considérer ces malades comme des syphilitiques et se contenter de les traiter comme tels, c'est risquer des résultats désastreux.

Le D<sup>r</sup> Jamin : Il s'agit d'un traitement d'épreuve qui dure 15 jours.



Le D<sup>r</sup> *Bouquet* fait remarquer que cette façon de procéder lui fit opérer un malade cancéreux beaucoup trop tard.

Le D<sup>r</sup> *Montefiore* rappelle sa communication et fait observer qu'il ne s'agit pas de guérir ces malades uniquement par le traitement antisypilitique mais, une fois opérés, car il faut les opérer, il n'y a aucune raison pour ne pas les faire bénéficier d'un traitement.

Le D<sup>r</sup> *Orlona*, devant un gastropathe présentant des symptômes d'ulcères, fait aussi un traitement d'épreuve qui peut durer deux ou trois semaines, mais un cas connu comme celui du D<sup>r</sup> *Montefiore* doit être évidemment opéré d'abord.

×

L'ordre du jour n'étant pas épuisé, la suite en est renvoyée à la prochaine séance.

— ∞ —

### Banquet annuel de la Société des Sciences Médicales

Le banquet annuel de la Société aura lieu le vendredi 12 janvier à 20 heures, au Majestic-Hôtel, après la séance mensuelle.

Les confrères de l'intérieur qui désirent y assister sont priés de vouloir bien adresser leur adhésion avec leur cotisation (30 fr.) au Secrétaire général, D<sup>r</sup> Gérard, 24, avenue de France.

— ♦♦ —

### La lutte antituberculeuse en France et en Tunisie

par le Docteur **A. HENRY**, de Tunis

---

La lutte antituberculeuse est une œuvre de salut public qui, avant la guerre, en France, n'était qu'ébauchée. Grâce à de généreuses initiatives, le plus souvent privées, des Œuvres antituberculeuses avaient été fondées sur le modèle de l'Œuvre Grancher, ou bien encore des Dispensaires, des Sanatoriums s'étaient ouverts. Mais ces divers organismes vivaient à peu près isolés. Les initiatives privées et les efforts faits par les Pouvoirs publics n'étaient pas coordonnés.

Pendant la guerre, le nombre des militaires tuberculeux ayant considérablement augmenté, des mesures spéciales durent être prises d'urgence. Les *Stations Sanitaires*, puis les *Hôpitaux Sanitaires* réservés aux tuberculeux, furent organisés.

L'action du Service de Santé fut complétée par celles du *Comité d'assistance aux tuberculeux militaires* et de la *Croix Rouge américaine*.

L'organisation ainsi commencée s'élargit ensuite avec la mise en vigueur de la *Loi du 15 avril 1916* (LEON BOURGEOIS) sur les dispensaires et la *Loi du 7 septembre 1919* (HONNORAT) sur les sanatoriums.

Le Comité d'assistance créé pendant la guerre est devenu le *Comité National de défense contre la Tuberculose*, que préside M. LEON BOURGEOIS. Le Conseil de direction de ce Comité nomme parmi ses membres un Bureau auquel sont adjointes quatre commissions permanentes et une commission exécutive.

Le Ministère de l'Hygiène s'efforce de faire aboutir toutes les mesures antituberculeuses dont la réalisation semble possible. D'autre part, la *Fondation Rockefeller* (Commission américaine de préservation contre la Tuberculose, en France) et la *Croix Rouge Américaine* ont largement contribué, par leurs efforts, aux résultats obtenus dans les cinq parties essentielles de l'armement antituberculeux et qui sont : les dispensaires, l'isolement hospitalier, les sanatoriums, la préservation de l'enfance, la propagande éducative.

Mais le développement que prit la lutte antituberculeuse démontra au Comité National qu'il lui était impossible de se tenir en liaison directe avec chacun des organismes répandus sur le territoire. On créa alors des

organisations départementales conçues d'après un plan général. En 1918 fut fondé l'*Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine*. Des offices du même modèle furent ensuite constitués dans tous les départements français, sauf dans quinze de ceux-ci.

Le plus souvent, ce sont des associations privées en connexion avec les autorités officielles, ou bien ce sont des organismes qui relèvent directement des administrations publiques, ou encore, ce qui est rare, les associations privées se constituent en établissements publics autonomes et jouissant de la personnalité civile.

« Quelle que soit la formule adoptée, ces organismes font appel à tous les concours et à toutes les bonnes volontés, sans distinction de partis ni d'opinions politiques ou religieuses, et rassemblent toutes les personnalités locales qui sont susceptibles d'apporter à l'œuvre un appoint matériel et moral.

« Leur rôle est de créer ou de coordonner, de diriger ou d'orienter les organisations locales de lutte antituberculeuse, principalement des dispensaires fonctionnant suivant des méthodes uniformes, de répartir les subventions, d'effectuer le placement des tuberculeux dans les sanatoriums ou les établissements spéciaux, d'assurer le placement familial à la campagne des enfants sains menacés et de pourvoir à l'organisation d'un fichier central.

« Ces organisations départementales sont en relation avec la Direction de la Santé publique et de l'Hygiène sociale du Ministère de l'Hygiène, à laquelle elles adressent chaque année un compte rendu de leur fonctionnement. Presque toutes sont affiliées au Comité national.

« Cette affiliation consiste en un lien moral qui respecte entièrement l'autonomie financière et l'indépendance d'action de l'organisation locale; elle est subordonnée à l'approbation des statuts et règlements par le Comité national; elle entraîne l'obligation pour les organisations départementales, d'envoyer régulièrement des rapports sur leur action et comporte l'aide financière et technique du Comité national. Elle comporte enfin l'envoi de délégués aux comités départementaux, soit sur la demande de ceux-ci, soit sur l'initiative du Comité national. » (LEON BERNARD).

Pour bien se rendre compte de l'organisation actuelle de la lutte antituberculeuse et des résultats qu'on est en droit d'en attendre, prenons quelques exemples de ce qui a été réalisé.

EXEMPLES. — *Loire*. — Dans la *Presse Médicale* du 18 juin 1917, M. le

Prof. LEON BERNARD a fait paraître la description d'un modèle d'organisation antituberculeuse dans le département de la Loire.

Fin 1917, ce département possédait déjà neuf dispensaires répondant par leur organisation, leur outillage et leur fonctionnement au type Calmette; un dispensaire principal dans chaque chef-lieu d'arrondissement : Saint-Etienne, Montbrison et Roanne; des dispensaires secondaires à Firminy, Saint-Chamond, Rive-de-Gier, Feurs, Vauche, Saint-Godard. Sept autres étaient à l'état de projet. En six mois, le dispensaire de Saint-Etienne a inscrit et assisté 521 tuberculeux. Saint-Godard est une formation de 300 lits. Une ferme avec exploitation agricole lui a été annexée ainsi qu'une école d'infirmières. Un office social, dont le siège est à la Préfecture, condense ces différents services en union étroite avec le Comité départemental d'assistance aux tuberculeux.

*Seine.* — L'office public d'Hygiène sociale fondé en 1918, a créé dans presque tous les arrondissements parisiens un dispensaire type Calmette, plusieurs sanatoriums : à Yerres, à Saint-Leu-Taverny pour les adultes, au Glandier pour les enfants; une école de plein air à Plessy-Robinson, etc.

L'assistance publique a réservé des salles spéciales aux tuberculeux dans ses hôpitaux et a organisé des hôpitaux-sanatoriums à Ivry, Bicêtre et surtout Brévannes; de véritables sanatoriums tels que le sanatorium d'Angicourt. A l'hôpital Laënnec a été fondé un centre de triage important qui est le Dispensaire Léon Bourgeois et d'autres à Cochin, à Beaujon, etc.

A ces œuvres publiques s'ajoutent ces œuvres privées telles que le Sanatorium populaire de Bligny, l'Œuvre de Villepinte, l'Œuvre d'Ormesson.

A l'instigation de la Commission Rockefeller, l'enseignement méthodique de la tuberculose a été institué dans divers hôpitaux et dispensaires parisiens. Des bourses permettent à un certain nombre de médecins de suivre chaque année ces *cours de perfectionnement*.

Enfin l'œuvre du *Service Social à l'hôpital*, organisée sur l'initiative de la Croix Rouge Américaine, « a pour but de continuer à l'hôpital l'œuvre des dispensaires en faisant les enquêtes sanitaires dans les familles des malades, en s'occupant de leur placement et de celui de leurs enfants, en leur procurant enfin un peu de bien-être. » (F. BEZANÇON).

*Meurthe-et-Moselle.* — J'ai pu, cet été, recueillir à Nancy, des rensei-



gements directs sur l'organisation de la lutte antituberculeuse dans le département de Meurthe-et-Moselle.

Je tiens à remercier, ici, mon maître, M. le Prof. E. Macé, secrétaire général de l'Office départemental d'Hygiène sociale, pour l'amabilité et l'empressement qu'il mit à me fournir les bases de ma documentation. Le 1<sup>er</sup> décembre 1916 fut fondé à Nancy un Comité départemental d'assistance aux militaires réformés pour tuberculose.

Le 1<sup>er</sup> juillet 1920, ce Comité fut transformé en *Office départemental d'Hygiène sociale* et de défense contre la tuberculose.

Déjà, avant la guerre, la Commission des Hospices de Nancy avait conçu un plan de lutte antituberculeuse. Dès 1902, l'*OEuvre Lorraine des Tuberculeux*, sous l'impulsion du Prof. P. Spillmann, s'occupait de l'installation et de l'organisation du Sanatorium de Lay-Saint-Christophe. Il n'y avait alors, en France, que quatorze établissements de ce genre. En outre, avant 1914, fut élevé à Nancy, le premier hôpital de France spécialement réservé aux tuberculeux. Il prit le nom d'*Hôpital Villemin* en mémoire du médecin lorrain, ancien répétiteur à l'Ecole de Santé militaire de Strasbourg, ancien professeur au Val-de-Grâce qui, le premier, découvrit la contagiosité de la tuberculose.

Le 16 mars 1920, s'est ouvert à Nancy le *dispensaire* d'hygiène sociale. Il est annexé à l'Hôpital Villemin. Dans son rapport de fin 1921, M. le Prof. Macé s'exprime ainsi : « Le dispensaire, dont le dépistage des tuberculeux est un des grands rôles, reste l'arme fondamentale de prévention et d'hygiène sociales. Le rôle de l'infirmière y est capital. »

Au début du fonctionnement du dispensaire, grâce au concours de la Mission Rockefeller, deux, puis trois infirmières rétribuées furent attachées au dispensaire. Trois infirmières bénévoles aident en outre aux consultations et aux visites à domicile.

Une école d'infirmières-visiteuses est projetée à l'Hôpital Villemin sur le modèle de l'Ecole d'infirmières du Comité national, dirigée à Paris (28, rue Jacob) par Mlle Milliard.

A titre d'indications, voici le mouvement du dispensaire Villemin, du 16 mars au 31 décembre 1920 :

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Nombre de séances de consultation :          | 121   |
| Total des consultations données :            | 1.649 |
| Nombre de malades inscrits :                 | 595   |
| Nombre de malades en charge au 31 décembre : | 485   |

|                                           |       |
|-------------------------------------------|-------|
| Dont : Tuberculeux :                      | 333   |
| en surveillance :                         | 78    |
| à diagnostiquer :                         | 74    |
| Nombre de familles inscrites :            | 414   |
| Familles de Nancy et banlieue, visitées : | 280   |
| Familles de l'extérieur non visitées :    | 64    |
| Nombre d'hospitalisations :               | 182   |
| Dont : Adultes :                          | 163   |
| Enfants :                                 | 19    |
| Nombre de radioscopies :                  | 521   |
| Nombre d'examens de crachats :            | 252   |
| — visites faites par les infirmières :    | 1.251 |

Le Dispensaire a distribué en outre des secours en nature : crachoirs de chambre ou de poche, formol, savon, lait condensé, conserve de viande et de poisson, légumes secs, pâtes, sucre, bons de viande fraîche, huile de foie de morue, tricots, chemises, chaussettes, chaussures, draps, matelas, layettes. Il faut encore ajouter à tout cela des secours d'hospitalisation ou de maladie.

En 1921, l'activité du Comité exécutif de l'Office départemental d'Hygiène sociale s'est surtout consacrée à l'établissement des dispensaires départementaux prévus. Dès la fin de 1919 la Mission Rockefeller avait accordé, pour aider à leur installation, une somme de 40.000 francs et quatre lots de mobilier-type, chacun de ces lots représentant au prix du moment, une valeur de 12.000 francs.

De plus, la Mission mit à la disposition du Comité, plusieurs de ses membres qui étaient spécialisés dans l'établissement des dispensaires.

Il existe actuellement des dispensaires à Lunéville, à Toul, à Longwy, à Briey et à Pont-à-Mousson, pourvus de médecins ainsi que d'infirmières. Chaque fois que cela est possible, le dispensaire est installé à l'hôpital ou au moins dans ses dépendances ou encore dans son voisinage. D'après les statuts, les médecins des dispensaires sont nommés par le Comité de direction de l'Office départemental, après avis du Comité technique et après entente avec l'Association Syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle.

L'installation de nouveaux dispensaires est projetée.

D'autre part, le *Sanatorium de Lay-Saint-Christophe* s'ajoute au Dispensaire et à l'Hôpital Villemin.

Enfin, la protection de l'enfance est sur le point d'être réalisée. Actuel-

lement le *Préventorium* de Gentilly est en voie d'organisation. Cet important établissement pour lequel 500.000 francs ont déjà été reçus, sera en lisière de la forêt de Haye, à quelques kilomètres de Nancy, sur un terrain de vingt-quatre hectares. Les communications avec la ville seront assurées par tramways et autobus.

Le département de Meurthe-et-Moselle est ainsi tout près d'être doté d'un armement antituberculeux complet comprenant : des dispensaires, un hôpital spécial pour tuberculeux, un sanatorium et un *préventorium*.

×

**La Lutte Antituberculeuse en Tunisie.** — **Ce qui existe.** — De très louables et courageux efforts ont été faits depuis quelques années à Tunis pour combattre la tuberculose, car malgré le pouvoir stérilisant des rayons solaires, les ravages causés par cette maladie contagieuse deviennent, de toute évidence, plus étendus de jour en jour, même à la campagne.

En automne 1918, sur l'initiative d'un groupe de personnalités de bonne volonté et grâce au concours aussi empressé que désintéressé de quelques médecins, l'*Œuvre Villemain* (Association Tunisienne pour la lutte contre la Tuberculose) fut fondée. Depuis avril 1919, un Dispensaire est installé 6, rue Mourad, à Tunis. Presque en même temps fut créé l'*Institut Héliothérapique du Kram* qui est un *préventorium* marin. Une *école de plein air* existe à l'Ariana, près de Tunis, complément de l'*Œuvre* des Colonies de vacances. Enfin, il y a à l'Hôpital Civil Français, une salle réservée aux tuberculeux.

Il faut convenir, en toute sincérité, que l'armement antituberculeux de la Tunisie est encore à l'état embryonnaire si on le compare aux moyens dont on dispose dans la plupart des départements français.

Les œuvres créées en Tunisie sont dues à de généreuses initiatives privées qui méritent tous les éloges, mais il faut bien reconnaître que la lutte antituberculeuse, pour être efficace, ne doit pas se borner, ici, aux tentatives déjà faites, et qu'elle doit prendre une ampleur qui corresponde le mieux possible à la grande tâche à accomplir.

« *Non progredi est regredi* » Qui n'avance pas, recule ! Il y a stagnation, et c'est bien ce qui explique pourquoi des enthousiasmes se sont refroidis et pourquoi aussi des doutes se sont élevés sur l'opportunité et la valeur réelle des efforts fournis.

Cependant, soyons justes. Pour si imparfaite qu'elle soit, voyons l'œuvre accomplie. Voici quelques indications sur le mouvement de l'*Œuvre*

Villemin. Les chiffres ci-dessous pourront être comparés à ceux donnés plus haut pour le Dispensaire Villemin, à Nancy.

1921

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| Séances de consultations :        | 245   |
| Nombre d'examens médicaux :       | 2.689 |
| Séances de radioscopie :          | 36    |
| Nombre d'examens de radioscopie : | 451   |
| Examens de laboratoire :          | 82    |
| Malades nouveaux :                | 563   |

Dont :

|                |     |
|----------------|-----|
| Français :     | 55  |
| Musulmans :    | 364 |
| Italiens :     | 75  |
| Israélites :   | 45  |
| Anglo-Maltaï : | 22  |
| Espagnols :    | 2   |

1922 (1<sup>er</sup> Semestre)

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| Nombre de séances de consultations : | 136   |
| Nombre d'examens médicaux :          | 1.418 |
| Nombre de séances de radioscopie :   | 21    |
| Nombre d'examens radioscopiques :    | 251   |
| Malades nouveaux :                   | 339   |
| Examens de laboratoire :             | 48    |

Est-ce à dire qu'il n'y a là qu'une œuvre vaine ? Ce serait pure injustice. Mais il faut cependant constater qu'il s'agit d'efforts isolés, incomplets, non coordonnés avec d'autres moyens de prophylaxie sociale.

Le moment est venu d'orienter d'une manière rationnelle la lutte antituberculeuse en Tunisie. Avant d'indiquer les grandes lignes d'un programme réalisable à échéance plus ou moins longue selon les moyens dont on pourra disposer, il me semble nécessaire de rappeler quelques postulats.

×

« — La lutte antituberculeuse doit être placée bien plus sur le terrain de la préservation que sur celui de la guérison. » (F. Bezançon).

— Le dispensaire a, avant tout, pour rôle, de *dépister* la tuberculose et celle-ci une fois diagnostiquée, de chercher à assurer la prophylaxie de la malaïde dans l'entourage du malade,



Le dispensaire ne doit pas être confondu avec les consultations destinées uniquement à soigner des tuberculeux, mais il doit être un organisme d'*assistance* au moyen de distributions de crachoirs, de bons de médicaments, d'aliments, de vêtements, de lits, de secours en argent, etc.

— Le médecin est le rouage indispensable de la croisière antituberculeuse. Sans lui les dispensaires sont destinés à végéter.

— Les infirmières-visiteuses sont les collaboratrices nécessaires du médecin. Celui-ci établit la *fiche médicale* du malade; celles-là la *fiche sociale*. L'ensemble des fiches médicales et sociales constituent le dossier familial.

« — Pour que le fonctionnement du dispensaire puisse être assuré, il faut que lui soient annexés des hôpitaux pour le traitement des tuberculeux ou des sanatoriums, et des organismes pour la préservation ou le traitement des enfants. » (F. Bezançon).

— La lutte antituberculeuse n'aboutira à de bons et durables résultats qu'avec la collaboration absolue du corps médical et celui-ci, tout entier, a intérêt à s'appuyer sur le dispensaire au double point de vue du diagnostic et de la prophylaxie.

— La prophylaxie de la tuberculose est, avant tout, une question d'éducation, mais elle doit être favorisée par le développement de l'hygiène urbaine qui est du domaine du législateur.

— Ce n'est que la collaboration des initiatives privées et des administrations publiques qui peut conduire à des organismes assurés de la vitalité et du rendement désirables.

×

**Que peut-on faire ?** — D'après ce qui vient d'être dit et d'après les exemples fournis, on peut affirmer que l'organisation antituberculeuse est partout, en France, en voie d'amélioration nette et constante. En Tunisie, il ne peut être question de marquer le pas et encore moins d'être abolitionniste.

En restant dans la limite des possibilités, il semble que l'on puisse, ici, donner à la lutte antituberculeuse une impulsion nouvelle en faisant aboutir les propositions suivantes :

1° *Office tunisien d'Hygiène sociale*. — Pour coordonner les efforts privés et pour que les Pouvoirs publics participent à l'œuvre antituberculeuse, il y a intérêt à créer à Tunis un Office tunisien d'Hygiène sociale et de préservation antituberculeuse sur le modèle des offices départemen-

taux de France. Cet office serait placé sous le haut Patronage de M. le Ministre Résident général. Les statuts pourraient être rédigés sur le modèle de ceux d'un département.

2° L'Office tunisien d'Hygiène sociale s'affiliera au Comité National de défense contre la tuberculose. Cette affiliation offrira les avantages moraux et matériels indiqués plus haut.

3° Le *Dispensaire Villemain* continuera son rôle de dispensaire antituberculeux. Son action pourra être élargie et son fonctionnement mis au point par le Comité-Directeur de l'Office tunisien d'Hygiène sociale.

Il est à souhaiter que de nouveaux dispensaires antituberculeux soient créés dans d'autres villes de la Régence.

4° Le rôle des médecins sera complété par l'action des *infirmières-visiteuses d'hygiène sociale* dont la création est indispensable. Leur recrutement, leurs attributions, leurs avantages seront fixés par le Comité-Directeur de l'Office.

5° Le Dispensaire ne devant pas avoir un but thérapeutique, les malades indigents recevront des bons de médicaments qui seront délivrés au compte de l'assistance publique ou bien ils seront dirigés, pour le traitement, sur une consultation spéciale. Les malades non indigents seront renvoyés, après examen, à leur médecin traitant.

6° Les malades à hospitaliser devront l'être dans des *salles spéciales*. Il est à désirer que dans tous les hôpitaux de Tunis, une ou plusieurs salles soient réservées aux tuberculeux ainsi que cela existe déjà à l'Hôpital Civil Français et à la Prison Civile.

7° Les *œuvres de prophylaxie* déjà existantes (Institut Héliothérapique du Kram. Ecole de plein-air; Colonies de vacances) seront augmentées et encouragées par l'Office tunisien d'Hygiène sociale.

8° Il est à désirer que l'on mette à l'étude un projet d'*hôpital-sanatorium*. Un semblable établissement doit être conçu dans le but d'isoler par l'hospitalisation le plus grand nombre possible de tuberculeux présentant des lésions graves mais cependant encore susceptibles d'amélioration.

9° Enfin, la *propagande éducative* devra être entreprise et soutenue au moyen de conférences, de causeries scolaires, d'affiches, de tracts, de projections cinématographiques et grâce au concours de la Presse.

Le rôle de l'hygiène urbaine ne sera pas oubliée.



La mise en action de ce programme schématisé et relativement mo-

deste, nécessitera certainement des ressources financières assez importantes.

Ce côté du problème n'est guère du ressort du médecin mais il n'est pas douteux qu'en Tunisie, comme ailleurs, l'on puisse intéresser à une œuvre aussi éminemment sociale que la lutte antituberculeuse, un nombre suffisant de généreux donateurs.

Je rappelle encore que la création d'un office tunisien d'hygiène sociale permet de compter sur l'appui matériel des Pouvoirs publics, et du Comité National.

La Tunisie ne peut ni ne doit rester en marge de l'organisation moderne de la lutte antituberculeuse. Les bonnes volontés se manifesteront certainement, mais à la condition d'entrevoir un but précis à atteindre, et si, à l'indifférence ou à la négation, font place l'enthousiasme et la ténacité qui finissent toujours par triompher des difficultés inhérentes à toute action.

---

## Une observation médico-légale à propos de l'Echinococcose en Tunisie

Le rapport, si précis et documenté de M. Brun, dans le dernier numéro de la Revue, m'incite à vous communiquer une observation médico-légale sur le même sujet, qui pourra intéresser nos confrères de la Régence.

Au mois d'avril 1922, un indigène algérien, habitant le caïdat du Kef, est arrêté pour coups et blessures ayant entraîné la mort, dans des circonstances assez particulières.

Cet homme qui avait la réputation d'un brutal, paraissait l'avoir été, cette fois, à un degré peu commun, puisqu'il s'agissait de la mort de sa propre fille, enfant d'une douzaine d'années. Comme il partait au marché, un matin, son enfant demandait à l'accompagner; le père s'y refusant, aurait repoussé l'enfant avec une telle violence, d'après certains voisins que celle-ci tomba, revint péniblement au douar où elle se coucha, et mourut peu après midi, parmi des vomissements et des douleurs de ventre.

Le cadavre m'est apporté le lendemain, 18 avril.

Aucune trace de violence, ni sur le cou, ni sur l'abdomen, ni dans le dos; pas de lésions extérieures du crâne : rien qu'une ecchymose de la joue droite, et une longue et mince égratignure au-devant de la jambe.

Ce qui frappe, avant l'ouverture du corps, c'est le ballonnement du ventre faisant pressentir quelque chose de ce côté. A l'ouverture, en effet, les anses grêles font hernie aussitôt, vascularisées et tympanisées, baignant dans une sérosité légèrement sanguinolente, non purulente; la vésicule apparaît la première sous les côtes, débordant largement le foie et quadruplée de volume.

Mais déjà, les organes étant en place, entre la vésicule et la lame tranchante du lobe droit, fait saillie une tumeur blanchâtre, faiblement lobulée, à consistance de caoutchouc : incisée, il en jaillit, sous la pression intérieure, un liquide limpide, aspergeant les bords de l'ouverture d'une multitude de granulations de l'aspect et de la couleur d'une fine semoule. C'est évidemment un kyste hydatique du foie : ce kyste encore intact, avait le volume d'un gros œuf de poule, et renfermait un demi verre de liquide « eau de roche ».

Attirant alors le foie vers la droite, je découvre, à sa face inférieure,



une poche membraneuse déchiquetée et vidée, à surface extérieure lisse et ivoirine, surface intérieure tomenteuse et finement bourgeonnante. Cette poche correspond manifestement à un kyste plus profond que le premier, mais de même nature, et adhérente au lobe droit. Le reliquat de la poche se retrouve adhérent aux organes voisins par des brides résistantes de péritonite plastique ancienne.

Le volume de cette poche, lorsqu'elle était pleine, ne devait pas être inférieur à un gros poing d'adulte, et même davantage, car elle lançait un fort prolongement digitiforme dans l'arrière cavité des épiploons.

Je remarque que cette membrane est amincie, friable, et parfaitement translucide sur l'étendue d'une paume de main, autour de la déchirure. Enfin, la glande hépatique, une fois extériorisée, notablement hypertrophiée, présente un troisième kyste à droite de la vésicule biliaire, du volume d'une grosse noix et rempli d'un liquide jaune d'or.

Le kyste le plus volumineux, le deuxième de cette description, était rompu avant l'ouverture du corps; son contenu qui pouvait équivaloir à un demi litre d'un liquide dont la toxicité est bien connue, s'est répandu dans le péritoine, et cet accident suffit à expliquer la mort.

(Les phénomènes d'intoxication par résorption, dit le traité de Brouardel, sont tels que le malade est emporté dans les vingt-quatre heures par péritonite.)

J'ai conclu que cette fillette avait succombé à la rupture d'un volumineux kyste hydatique, qu'elle portait, sans en souffrir, peut-être depuis quelques années; ce kyste, dont la paroi était amincie à l'extrême, devait inévitablement, un jour ou l'autre, se rompre sous une influence mécanique minime, et déterminer une mort rapide. (La rupture peut se produire sous l'influence d'un traumatisme, d'un accès de toux, d'un effort), (même ouvrage); enfin que rien à l'extérieur du corps n'autorisait à croire que des violences caractérisées auraient déterminé cette rupture.

Ce rapport étant venu corroborer les déclarations de la famille que le père avait seulement repoussé l'enfant vers la tente, sans la brutaliser, le prévenu fut remis en liberté.

D<sup>r</sup> LOUIS LEGRAND.  
(de Djérissa)

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie du 1<sup>er</sup> au 30 Novembre 1922

| LOCALITÉS<br>OU CORPS DE TROUPE          |  | Fièvres typh.<br>et paratyph. | Typhus | Variole | Scarlatine | Diphthérie | Choléra | Peste | Vèvre jaune | Dysentéries<br>amb. et bacill. | Méningite<br>cérébro-spinal | Poliomyélite<br>anulière aiguë | Fièvre récurrente | Fièvre<br>méditerranéenne | Lèpre | Tuberculose<br>ouverte | Paludisme | Oreillons | Téigne | Trachome |
|------------------------------------------|--|-------------------------------|--------|---------|------------|------------|---------|-------|-------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|---------------------------|-------|------------------------|-----------|-----------|--------|----------|
| Tunis .....                              |  | 20                            | 1      |         | 3          | 10         |         |       |             | 7                              |                             |                                |                   |                           | 2     |                        |           |           |        |          |
| Maxula-Radès .....                       |  |                               |        |         | 2          |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           | 1     |                        |           |           |        |          |
| Zaghrouan .....                          |  |                               |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Bizerte .....                            |  | 2                             |        |         |            | 1          |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Medjez-el-Bab .....                      |  |                               |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Le Kef .....                             |  |                               |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Téboursouk .....                         |  |                               |        |         |            | 1          |         |       |             | 2                              |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Fondouk-Djedid .....                     |  | 3                             |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Gaffour .....                            |  |                               |        | 5       |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Grombalia .....                          |  |                               |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Nabeul .....                             |  | 1                             |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Ain-Draham .....                         |  |                               |        |         |            |            |         |       |             | 1                              |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Souk-el-Khemis .....                     |  |                               | 1      |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Tabarka .....                            |  |                               |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Maktar .....                             |  |                               |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Sousse .....                             |  | 14                            |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Mahdia .....                             |  | 1                             |        | 5       |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Smala Souassi .....                      |  | 1                             |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Sfax et banlieue .....                   |  | 5                             |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Gabès .....                              |  |                               |        | 13      |            |            |         |       |             | 2                              | *                           |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Hôpital Militaire du Belvédère.          |  |                               |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Camp Servière (Fondouk-Djedid) .....     |  |                               |        |         |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Hôpital Militaire de Sidi-Abdallah ..... |  | 1                             |        |         |            | 2          |         |       |             |                                | 1                           |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Hôpital Militaire du Kef .....           |  |                               |        |         |            |            |         |       |             | 2                              |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Hôpital Militaire de Gabès .....         |  |                               |        | 1       |            |            |         |       |             |                                |                             |                                |                   |                           |       |                        |           |           |        |          |
| Total .....                              |  | 48                            | 2      | 28      | 5          | 14         |         |       |             | 16                             | 1                           |                                |                   |                           |       | 3                      | 6         |           |        |          |

## Service Sanitaire Maritime

### Epidémiologie

L'état sanitaire des régions en relation avec la Tunisie est sensiblement le même.

La peste existe toujours en Extrême-Orient et aux Indes. Elle a cessé cependant à Calcutta.

Beyrouth et Tripoli de Syrie sont indemnes.

Des cas ont été isolés à Constantinople et à Smyrne.

Les ports de la Mer Noire sont également contaminés.

Un cas de peste et de choléra ont été signalés à Athènes.

Les patentés délivrés à Alexandrie sont actuellement nettes.

Port-Saïd est contaminé. Lisbonne a présenté de nouveaux cas dans le courant du mois.

Le choléra est signalé dans les Indes et en Russie, à Batoum et à Riga.

La fièvre jaune existe au Mexique.

---

## ECHOS ET NOUVELLES

### Mort du D<sup>r</sup> Braquehaye

28 décembre 1922.

Nous venons d'apprendre le décès de notre très éminent et très cher confrère le D<sup>r</sup> J. BRAQUEHAYE, professeur agrégé de la Faculté de Bordeaux, chirurgien et directeur de l'Hôpital Sadiki, et un des premiers présidents de notre Société dont il fut le fondateur.

La modestie et la simplicité de la vie de Braquehaye, la conscience extrême de ce chirurgien émérite doublé d'un excellent clinicien, l'affabilité de ses rapports confraternels, laisseront au corps médical tunisien endeuillé par cette perte cruelle, un souvenir impérissable.

Nous sommes certains d'interpréter les sentiments de tristesse et de profonde émotion de tous les médecins de Tunisie dont plusieurs furent les élèves de Braquehaye, en adressant cet adieu suprême à notre cher et vénéré confrère.

Nous prions Madame et Mlle Braquehaye d'agréer l'expression de nos sentiments très respectueux et de notre profonde sympathie.

E. C.

### Le Prix de Carthage

Le corps médical tunisien a appris avec satisfaction l'hommage rendu à notre illustre confrère le D<sup>r</sup> CHARLES NICOLLE, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, par l'attribution du *Prix Scientifique de Carthage*.

Ce prix, institué par décret du 26 avril 1921, doit être décerné tous les deux ans à un ouvrage scientifique historique ou documentaire ou à un auteur pour l'ensemble de son œuvre.

Le jury l'a, cette année, attribué au D<sup>r</sup> Nicolle pour l'ensemble de ses travaux scientifiques et notamment de ses études et recherches sur les maladies infectieuses particulières à la Tunisie (typhus, Kala-Azar, trachome, méliococcie, etc.).

Nul plus que le D<sup>r</sup> Nicolle qui a fondé à Tunis un véritable centre scientifique d'où sont sorties de fécondes découvertes, nul n'était plus désigné pour le premier prix scientifique de Carthage.

Le corps médical tunisien applaudit de tout cœur à ce choix si juste et nous sommes sûrs d'interpréter ses sentiments en adressant à M. Nicolle nos très sincères félicitations.

E. C.

### Exposition Pastorienne de Tunis

A l'occasion du centenaire de Pasteur, l'Institut Pasteur de Tunis et la Société des Sciences Médicales ont organisé une exposition pastoriennne qui a été inaugurée le 27 décembre 1922 par M. L. Saint, Ministre Résident général en Tunisie.

Nous reparlerons dans notre prochain numéro de cette exposition où ont été pieusement réunis des souvenirs de l'Illustre Maître aux diverses époques de sa vie.

E. C.

---



# TABLE DES MATIÈRES

Année 1922 (1)

## A

|                                                                                                                | Pages |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <i>Absence congénitale du vagin et mariage — Indication de l'intervention chirurgicale</i> (NICOLAS) .....     | 180   |
| <i>Accident des médications antisypilitiques</i> (JAMIN et DELEUIL)... ..                                      | 471   |
| <i>Achondroplase de Sulmouda</i> (Mabrouk l') (JUNÈS).....                                                     | 499   |
| <i>Actynomycose</i> ( <i>Traitement de l'</i> ) .....                                                          |       |
| <i>Adrénalinémie physiologique ? (Existe-t-il une)</i> (TOURNADE).....                                         | 183   |
| <i>Albuminurie orthostatique</i> ( <i>Etiologie de l'</i> ).....                                               | 464   |
| <i>Anévrysme artério-veineux</i> (BOUQUET et AUGÉ).....                                                        | 46    |
| <i>Anticorps tuberculeux</i> ( <i>La valeur diagnostique et pronostique des</i> ).....                         | 317   |
| <i>A propos des récents événements de Tulle</i> (LEMANSKI).....                                                | 76    |
| <i>A propos d'un article du médecin-major de 1<sup>re</sup> classe Genèvevri</i><br><i>(LEMANSKI)</i> .. . . . | 370   |
| <i>Artérite non sypilitique des Juifs</i> (CASSUTO).....                                                       |       |
| <i>Atrophie musculaire progressive</i> (ORTONA) .....                                                          | 537   |
| <i>Auscultation pulmonaire</i> ( <i>Les défaillances de l'</i> ) (AMEUILLE).....                               | 264   |

## B

|                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Bilirubine</i> ( <i>Une nouvelle méthode pour la recherche de la</i> ) (SABA-<br>TINI) .. . . .     | 368 |
| <i>Bismuth dans le traitement de la syphilis</i> ( <i>L'emploi des sels de</i> )<br>(CASSUTO) .. . . . | 68  |

## C

|                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Calcul de l'uretère traité avec succès par le cathétérisme urétéral</i><br>(DELEUIL) .. . . .                  | 449 |
| <i>Cancer de l'estomac</i> (Volumineux) (Boc et BIECHLER).....                                                    | 497 |
| <i>Cancers du sein</i> ( <i>Récidive post-opératoire des</i> ).....                                               | 415 |
| <i>Cavernes tuberculeuses sont muettes à l'auscultation</i> ( <i>La moitié des</i> )<br>BURNAND et CARRARD) ..... | 366 |
| <i>Centenaire de Pasteur</i> .....                                                                                | 488 |
| <i>Chancre sypilitique de l'amygdale</i> ( <i>Pathogénie du</i> ) (PORTMANN)... ..                                | 222 |

(1) En caractères romains : Travaux originaux et faits cliniques.

En caractères italiques : Analyses, Revues générales, Variétés et Comptes rendus de la Société des Sciences Médicales.

|                                                                             | Pages |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------|
| <i>Chlorure de calcium (Nouvelles indications du) (CASSUTO)</i> .....       | 69    |
| <i>Choc et Eaux thermales (Phénomènes de) (CORONE)</i> .....                | 173   |
| <i>Cinchonine dans le traitement du Paludisme (SILVESTRO SILVESTRI)</i>     | 185   |
| <i>Colpocleisis consécutif à un accouchement (BRAQUEHAYE)</i> .....         | 292   |
| <i>Congrès d'ophtalmologie de Paris, mai 1922 (Notes sur le) (CUÉNOT)</i> . | 349   |
| <i>Crachats de tuberculeux (Notes sur l'examen des)</i> .....               | 221   |
| <i>Curetage dans l'infection utérine post-partum (Du) (GROSSE)</i> .....    | 218   |

## D

|                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Déchirure du rectum (LAURÉOL)</i> .....                                                             | 486 |
| <i>Décompression du globe oculaire — Ponction aspiratrice du vitré (JUNÈS)</i> .. . . .                | 4   |
| <i>Décortication pulmonaire (Sur l'opportunité de la) (SIGAUD et FERRARI)</i> .. . . .                 | 463 |
| <i>Délire familial d'interprétation anxieuse (LEMANSKI)</i> .....                                      | 400 |
| <i>Désinfectant des solutions d'alcool dans la pratique chirurgicale (Le pouvoir) (CIGNOZZI)</i> ..... | 220 |
| <i>Digitaline chez les cardio-rénaux (L'emploi de la) (AUGÉ)</i> .....                                 | 305 |
| <i>Doctrine Pastorienne et l'Hygiène (La) (E. GOBERT)</i> .....                                        | 521 |
| <i>Dystrophie osseuse généralisée congénitale et héréditaire (A. LÉVI)</i> .                           | 33  |

## E

|                                                                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Echinococcose en Tunisie (Une observation médico-légale d') (L. LEGRAND)</i> .. . . .                                | 559 |
| <i>Echinococcose généralisée de la cavité abdominale (Un cas d') (BRUN et LAURIOL)</i> .....                            | 11  |
| <i>Echinococcose dans le milieu indigène en Tunisie (L') (BRUN et LAURIOL)</i> .. . . .                                 | 427 |
| <i>Ectopie thoracique droite de l'estomac chez un enfant âgé de onze ans (JAUBERT DE BEAUJEU, MASSELOT, BRUN)</i> ..... | 381 |
| <i>Epilepsie (La valeur du Luminal ou Gardénaï dans le traitement de l') (CASSUTO)</i> .. . . .                         | 67  |
| <i>Erythrodermie arsénicale (JAMIN et SORIA)</i> .....                                                                  | 481 |

## F

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Fièvre de Malte à micrococcus paramelitensis (Sur un cas de) (JAN- SION)</i> .. . . . | 320 |
| <i>Fièvre de Malte par l'auto-vaccin (Traitement de la) (SERTIS)</i> .....               | 184 |

|                                                                                                                                    | Pages |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Fièvre Méditerranéenne (Sur un nouveau procédé de diagnostic de la) (BURNET) ..                                                    | 41    |
| Fracture du Rachis et compression de la queue de cheval (BOUQUET et MASSELOT) ..                                                   | 149   |
| Fracture isolée de l'apophyse épineuse de l'Axis (DOMELA et JAUBERT DE BEAUJEU) ..                                                 | 155   |
| Fracture isolée de la cupule radiale (LAUBIOL).....                                                                                | 496   |
| Fracture et luxation de l'olécrâne (BRAQUEHAYE).....                                                                               | 496   |
| <b>G</b>                                                                                                                           |       |
| Gale filarienne (La) (SCIALOM).....                                                                                                | 266   |
| <b>H</b>                                                                                                                           |       |
| Helminthiases d'après les travaux récents (La thérapeutique des) (CASSUTO) ..                                                      | 67    |
| Hépatisme (L') (GLÉNARD) .....                                                                                                     | 320   |
| Hépatites suppurées amibiennes et ictère franc dans leurs relations avec la séro-réaction de Weil-Félix (DORNOY).....              | 319   |
| Hernies diaphragmatiques (A propos du diagnostic des) (BOUQUET, MASSELOT et JAUBERT DE BEAUJEU).....                               | 162   |
| Histoire de la médecine (Un point d') : Les conceptions d'Avicenne sur la tuberculose pulmonaire et son traitement (DINGUIZLI).... | 465   |
| Huile goménolée chez les rétentionnistes infectés (Danger des instillations vésicales d') (DELEUIL) .....                          | 35    |
| Hygiène sociale au Maroc (CASSUTO) .....                                                                                           | 424   |
| Hypernéphromie sur un rein en fer à cheval (SORIA et MASSELOT)...                                                                  | 232   |
| Hypertension artérielle (L') (PERRIN et RICHARD).....                                                                              | 460   |
| <b>I</b>                                                                                                                           |       |
| Infection tuberculeuse chez les indigènes musulmans d'Algérie (L') (PARROT et FOLLY) .....                                         | 316   |
| Infections utérines puerpérales par les injections discontinues avec le liquide de Carrel-Dakin (Traitement des) (ANDERODIAS)..... | 219   |
| Injectons intra-veineuses de quinine (Danger des).....                                                                             |       |
| Installations de thérapie profonde en France et en Allemagne (De quelques) (JAUBERT DE BEAUJEU) .....                              | 505   |
| Invagination iléo-cæcale par péricolite membraneuse (ABADIE)....                                                                   | 461   |
| <b>K</b>                                                                                                                           |       |
| Kala azar d'origine marocaine (Premier cas de) (KLIPPEL et MONNIER VINARD) ..                                                      | 70    |

|                                                                                                                              | Pages |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Kyste dermoïde ovarien bilatéral (GoÉRÉ).....                                                                                | 211   |
| Kyste hydatique (Notes sur 77 cas de) (BRAQUEHAYE).....                                                                      | 338   |
| Kyste hydatique de la région temporale droite (BRAQUEHAYE).....                                                              | 498   |
| Kystes hydatiques des deux poumons (BRAQUEHAYE).....                                                                         | 290   |
| Kystes hydatiques suppurés du foie suturés après évacuation de la poche — Guérison (Trois observations de) (BRAQUEHAYE)..... | 158   |
| Kyste multicolaire du tibia (JAUBERT DE BEAUJEU).....                                                                        | 248   |
| Kyste suppuré du foie (volumineux) — Fermeture sans drainage — Guérison (MONTEFIORE) .. .. .                                 | 260   |

## L

|                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Leishmaniose cutanée</i> (Cinq cas de) (GASTON).....                                          | 319 |
| Lèpre mixte à prédominance tuberculeuse (DAIRCAUX).....                                          | 204 |
| <i>Lèpre en Islande</i> (L'extension actuelle de la) (ECHMULLER).....                            | 411 |
| Lithiase vésicale et rénale chez un jeune arabe (Double) (ROGALSKI) et JAUBERT DE BEAUJEU) ..... | 294 |
| Lutte antituberculeuse en France et en Tunisie (HENRY).....                                      | 549 |
| Luxations complexes du poignet (BRUN).....                                                       | 209 |
| Luxation isolée du radius en arrière (SURIN).....                                                | 207 |
| Luxations (Réduction des) par l'anesthésie locale.....                                           | 517 |

## M

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Maladies épidémiques</i> (Nouvelle réglementation de la déclaration des) .. .. .                         | 275 |
| <i>Maladies infectieuses en Europe Orientale et la Conférence sanitaire de Varsovie</i> (Les) (HENRY) ..... | 407 |
| <i>Médecin dans la Ruelle</i> (Le) (LEMANSKI).....63, 190, 273,                                             | 330 |
| <i>Médication antichoc par le sérum glycosé concentré</i> (CASSUTO)....                                     | 68  |
| <i>Médications sympathicotonique et vagotonique</i> (CASSUTO).....                                          | 66  |
| <i>Mélanodermie progressive coexistant avec une syphilis oculaire et cutanée</i> (JUNÈS) .....              | 451 |
| <i>Méningo-radculite et myélite syphilitique</i> (MASSELOT).....                                            | 194 |
| <i>Métrites par le néofilhos</i> (Traitement des) (UZAN).....                                               | 36  |
| <i>Môle hydatiforme</i> (La) : Pathogénie et thérapeutique (BORIE).....                                     | 75  |
| <i>Molluscum géant</i> (BOUQUET et A. DELAMARE).....                                                        | 404 |
| <i>Mortalité dans la race juive</i> (Les conditions de la) (BUSCH).....                                     | 268 |

## N

|                                                        |     |
|--------------------------------------------------------|-----|
| <i>Neurologie en 1922</i> (La) par CAHUS (GÉRARD)..... | 512 |
|--------------------------------------------------------|-----|



|                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Névrome pléniforme et maladie de Ricklinghansen (Un cas de)<br>BROC et BRUN) ..... | 333 |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|

## O

|                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Obésité à Evian (Traitement de l') (LEVY DARRAS et EYRAND JOLY) ..               | 310 |
| Œdème chronique du bras (BROC et BIECHELER) .....                                | 541 |
| Œdème pestueux primitif aigu (G. DELAMARE) .....                                 | 71  |
| Ostéochondrome de la paroi thoracique antérieure (Volumineux)<br>(BRUN) .. . . . | 43  |

## P

### Paludisme

|                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Contribution de l'Ecole Italienne à l'étude du (ORTONA et SPEZ-<br>ZAFUMO) .. . . .                   | 167 |
| Contribution à l'étude des accès pernicioeux du (HAYAT) .....                                         | 106 |
| Difficultés de diagnostic du — Chronique (GOÉRIÉ) .....                                               | 285 |
| <i>Données hématologiques et cliniques de la guérison des paludéens<br/>rapatriés</i> (RIEU) .. . . . | 146 |
| L'emploi du g14 dans le traitement du (JAMIN) .....                                                   | 119 |
| <i>Etudes épidémiologiques et prophylactiques du</i> (Ed. et Et. SERGENT)                             | 145 |
| Notes sur le — Mammites et métrorrhagies (BRAQUEHAYE) .....                                           | 9   |
| Notes sur le traitement du (SOLOVIEFF) .....                                                          | 458 |
| Notes sur le — en Tunisie (COMTE) .....                                                               | 100 |
| Notes sur le — à Djerissa en 1921 (LEGRAND) .....                                                     | 103 |
| Notes pratiques sur le — (SCIALOM) .....                                                              | 110 |
| Notes sur le traitement du — (ORTONA et SPEZZAFUMO) .....                                             | 114 |
| Observations au sujet du — dans le personnel de la marine au<br>cours de l'année 1921 (JOBARD) .....  | 242 |
| <i>Paludisme chronique</i> (GRANJUX) .....                                                            | 146 |
| Pneumo paludisme (NAAMÉ) .....                                                                        | 118 |
| Purpura hémorragique au cours du — aigu (BENMUSSA) .....                                              | 201 |
| Rapport général sur le — en Tunisie (BENMUSSA et MINGUET) .....                                       | 85  |
| Réflexions sur le traitement du — (CORTESI) .....                                                     | 132 |
| Remarques sur le traitement quinique et sur l'élimination de la<br>quinine (LANGON) .. . . .          | 121 |
| La thérapeutique moderne du — aigu ou chronique (LEMANSKI) ...                                        | 125 |
| Paralyse ascendante aiguë guérie (MASSELOT) .....                                                     | 14  |
| Paralyse douloureuse des jeunes enfants (COMBY) .....                                                 | 229 |

|                                                                                                                 | Pages |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Paralysies laryngées associées (Les) (LUMBROSO).....                                                            | 297   |
| Paralyse pseudo-hypertrophique (BROC et BIECHELER).....                                                         | 543   |
| Périnéorraphie immédiate secondaire (La) (BALARD) .....                                                         | 217   |
| Péritonite aiguë sans perforation dans la fièvre typhoïde (BOUQUET<br>et DELAMARE) .. .. .                      | 1     |
| Peste guérie (A propos d'un cas de) (ORTONA).....                                                               | 198   |
| Phréno-névrose (Un curieux cas de) (MINGUET).....                                                               | 19    |
| Préparation du sang sec sur lames (COMTE).....                                                                  | 37    |
| Prolapsus du rectum chez les enfants (Contribution au traitement<br>non sanglant du) (CORTESI et SALMIERI)..... | 251   |
| Prolongation des saisons dans les villes d'eaux ou stations climati-<br>ques (CONSTANT) .. .                    | 78    |
| Pseudarthrose de Senner (MONTEFIORE).....                                                                       | 495   |

## R

|                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Radiographie du rein par le procédé Carelli (JAUBERT DE BEAUJEU).....                                                             | 54  |
| Radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire (Etudes)<br>(E. SERGENT) .. .                                           | 259 |
| Radiothérapie très profonde (La) JAUBERT DE BEAUJEU).....                                                                         | 389 |
| Rapport sur l'état sanitaire de l'Algérie en 1921-1922 (RAYNAUD)...                                                               | 416 |
| Réaction du mastic dans le L.C.R. des Syphilitiques (MINGAZZINI)...                                                               | 536 |
| Réactions gastro-intestinales des troubles endocriniens (UZAN)....                                                                | 72  |
| Réactions thermo-chimiques libératrices d'aldéhyde formique et de<br>gaz ammoniac (SAINT-SERNIN) .. .                             | 295 |
| Reins (Des mauvais moyens qu'on utilise trop et des bons qu'on<br>n'utilise pas assez pour étudier la valeur des) (CHEVASSU)..... | 461 |
| Remède de Saint Vincent de Paul pour la gravelle (CAILLON).....                                                                   | 425 |
| Répercussions intestinales des troubles endocriniens (UZAN).....                                                                  | 32  |
| Röntgenthérapie des tumeurs malignes en oto-rhino-laryngologie<br>(PORTMANN et LACHAPÈLE) .. .                                    | 322 |
| Rétrécissement aortique par endocardite végétante (BROC et BIE-<br>CHELER) .. .                                                   | 497 |

## S

|                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Saccharine comme édulcorant dans l'alimentation (Action sur l'or-<br>ganisme de la) (BONJEAN) ..... | 223 |
| Salicylate de soude chez l'enfant (Le) (TAILLEUR) .....                                             | 223 |
| Sang (Nouvelle conception sur la structure du) (TRIOLO).....                                        | 147 |

|                                                                                              | Pages |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Séro-réaction de Weil-Félix dans le typhus exanthématique (Valeur pronostique de la) .. .. . | 318   |
| Services de la Santé et de l'Hygiène publique au Maroc (Les).....                            | 417   |

*Société des Sciences Médicales de Tunis*

*Procès Verbaux des Séances*

|                                                                     | Pages      |                        | Pages |
|---------------------------------------------------------------------|------------|------------------------|-------|
| Séance du 9 déc. 1921.                                              | 24         | Séance du 14 avr. 1922 | 215   |
| — 16 déc. 1921.....                                                 | 27         | — 29 avril 1922 ...    | 256   |
| — 6 janv. 1922....                                                  | 29         | — 10 mai 1922 ...      | 257   |
| — 20 janv. 1922...                                                  | 57         | — 26 mai 1922 ...      | 314   |
| — 3 fév. 1922 ...                                                   | 60         | — 9 juin 1922 ...      | 352   |
| — 10 fév. 1922 ...                                                  | 141        | — 20 oct. 1922 ...     | 488   |
| — 10 mars 1922 ..                                                   | 176        | — 27 oct. 1922 ...     | 493   |
| — 24 mars 1922 ..                                                   | 213        | — 17 nov. 1922 ...     | 536   |
|                                                                     |            |                        |       |
| <i>Somnifène (Contribution à l'étude du) (KINDLER).....</i>         | <i>224</i> |                        |       |
| <i>Stoek-vaccin en oto-rhino-laryngologie (Les) (PORTMANN).....</i> | <i>324</i> |                        |       |

**T**

|                                                                                                        |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <i>Tumeurs cérébrales (Les) (CHATELIN) .....</i>                                                       | <i>361</i> |
| <i>Tumeur variqueuse du cou formée aux dépens de la veine jugulaire interne droite (BRAQUEHAYE) ..</i> | <i>27</i>  |

**U**

|                                                                                 |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <i>Ulcère calleux du pylone (MONTEFIORE).....</i>                               | <i>545</i> |
| <i>Ulcères de la cornée par le novarsénobenzol (Traitement des) (TOUZET) ..</i> | <i>416</i> |
| <i>Urémie gastrique et azotémie (GAULTIER) .....</i>                            | <i>182</i> |

**V**

|                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------|------------|
| <i>Vaccinations obligatoires en Tunisie (Les) .....</i>           | <i>282</i> |
| <i>Vago-sympathiques en pathologie (Syndrômes) (HARVIER).....</i> | <i>73</i>  |
| <i>Vessie (Boue calculieuse de la) (DELEUIL) .....</i>            | <i>50</i>  |
| <i>Vichy et sa cure alcaline (BUVAT) .....</i>                    | <i>312</i> |

**X**

|                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <i>Xéroderma pigmentosum (CUÉNOD) .....</i>                                      | <i>25</i>  |
| <i>Xéroderma pigmentosum (Un cas de) (JAMIN) .....</i>                           | <i>141</i> |
| <i>Xéroderma pigmentosum (Un nouveau cas tunisien de) (JUNÈS et BUCKWELL) ..</i> | <i>345</i> |

# TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

| A                       |              | D                      |         |
|-------------------------|--------------|------------------------|---------|
|                         | Pages        |                        | Pages   |
| ABADIE. ....            | 464          | DAIREAUX ..            | 204     |
| AMEUILLE ..             | 264          | A. DELAMARE .....      | 404     |
| ANDERODIAS ..           | 219          | G. DELAMARE ..         | 71      |
| AUGÉ. ....              | 46 305       | DELEUIL... 35, 50, 449 | 471     |
| B                       |              | DINGUIZLI ..           | 465     |
| BALARD ..               | 217          | DOMELA ..              | 155     |
| BENMUSSA ..             | 85 201       | DORNOY ..              | 319     |
| BIECHELER ....          | 497, 541 543 | E                      |         |
| BONJEAN ..              | 223          | EICHMULLER ..          | 411     |
| BORIE ..                | 75           | EYRAUD-JOLY ..         | 310     |
| BOUQUET I, 46, 149, 162 |              | F                      |         |
| 404, 489 .....          | 496          | FERRARI ..             | 463     |
| BRAQUEHAYE 9, 27, 158,  |              | FOLEY ..               | 316     |
| 290, 292, 338, 496...   | 498          | G                      |         |
| BROC.... 333, 497, 541  | 543          | GASTOU ..              | 319     |
| BRUN. II, 43, 209, 333  |              | GAULTIER ..            | 182     |
| 381 ..                  | 427          | GLÉNARD ..             | 320     |
| BUCKWELL ..             | 345          | GOBERT ..              | 521     |
| BURNAND ..              | 366          | GOERÉ ..               | 241 285 |
| BURNET ..               | 46           | GRANJUX ..             | 146     |
| BUSCH ..                | 268          | GROSSE ..              | 218     |
| BUVAT ..                | 312          | H                      |         |
| C                       |              | HARVIER ..             | 73      |
| CAILLON ..              | 425          | HAYAT ..               | 106     |
| CARRARD ..              | 366          | HENRY ..               | 407 549 |
| CASSUTO 66, 67, 68, 69  | 424          | J                      |         |
| CHATELIN ..             | 361          | JAMIN... 119, 141, 471 | 484     |
| CHEVASSU ..             | 461          | JANSION ..             | 320     |
| CIGNOZZI ..             | 220          | JAUBERT DE BEAUJEU 54  |         |
| COMBY ..                | 229          | 155, 162, 248, 294,    |         |
| COMTE ..                | 37 100       | 381, 389 .....         | 505     |
| CONSTANT ..             | 178          | JOBARD ..              | 242     |
| CORONE ..               | 173          | JUNÈS.... 4, 345, 451  | 471     |
| CORTESI .....           | 132 251      | K                      |         |
| CUÉNOB .....            | 25 349       | KINDLER ..             | 224     |



|               | Pages |
|---------------|-------|
| KLIPPEL ..... | 70    |

## L

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| LACHAPÈLE .....       | 322     |
| LANÇON .....          | 121     |
| LAURIOL. II, 427, 486 | 496     |
| LEGRAND .....         | 103 559 |
| LEMANSKI 63, 76, 125, |         |
| 273, 330, 370 .....   | 400     |
| A. LEVI .....         | 33      |
| LEVY-DARRAS .....     | 310     |
| LUMBROSO .....        | 297     |

## M

|                        |         |
|------------------------|---------|
| MASSELOT 14, 149, 162, |         |
| 194, 232, 381 .....    | 389     |
| MINGAZZINI .....       | 530     |
| MINGUET .....          | 19 85   |
| MONNIER-VINARD .....   | 70      |
| MONTEDIORE .....       | 160 545 |

## N

|               |     |
|---------------|-----|
| NAAMÉ .....   | 118 |
| NICOLAS ..... | 180 |

## O

|                        |     |
|------------------------|-----|
| ORTONA... 114, 167 198 | 537 |
|------------------------|-----|

## P

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| PARROT .....          | 316 |
| PERRIN .....          | 460 |
| PORTMANN.... 222, 322 | 324 |

## R

|                |     |
|----------------|-----|
| BAYNAUD .....  | 416 |
| RICHARD .....  | 460 |
| RIEU .....     | 146 |
| ROGALSKI ..... | 294 |

## S

|                        |         |
|------------------------|---------|
| SABATINI .....         | 368     |
| SAINT SERVIN .....     | 295     |
| SALMIERI .....         | 251     |
| SCIALOM .....          | 110 266 |
| SENTIS .....           | 184     |
| ED. SERGENT (Alger) .. | 145     |
| ET. SERGENT (Alger) .. | 145     |
| E. SERGENT (Paris) ... | 259     |
| SIGAUD .....           | 463     |
| SILVESTRO SILVESTRI .. | 185     |
| SOLOVIEFF .....        | 458     |
| SORIA .....            | 232 484 |
| SPEZZAFUMÒ .....       | 114 167 |
| SURIN .....            | 207     |

## T

|                |     |
|----------------|-----|
| TAILLEUR ..... | 223 |
| TOURNADE ..... | 183 |
| TOUZET .....   | 416 |
| TRIOLO .....   | 147 |

## U

|                        |    |
|------------------------|----|
| UZAN (Maurice) .... 32 | 72 |
| UZAN .....             | 36 |



