

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

JANVIER 1923

---

IN MEMORIAM

## Le Docteur J. BRAQUEHAYE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Directeur et Chirurgien de l'Hôpital Sadiki

Officier de la Légion d'Honneur

1865 - 1922



Le corps médical tunisien est en deuil. Celui qui fut un des pionniers de la chirurgie moderne en Tunisie, celui qui fut l'animateur de nos groupements professionnels, celui qui prêcha toujours par l'exemple et la valeur, l'honnêteté professionnelle et la cordialité des rapports confrater-

rels entre les médecins d'origines diverses qui exercent dans ce pays, celui, enfin, qui fut le maître de plusieurs d'entre nous, à l'Hôpital Civil Français, à l'Hôpital Militaire du Belvédère pendant la guerre puis à Sadiki, le docteur Braquehaye s'est éteint le 27 décembre 1922 après une longue et pépible maladie. Il est mort sereinement, modestement comme il avait vécu; s'inquiétant jusqu'à ses derniers moments de la réalisation de certains projets qui lui tenaient à cœur.

Malgré ses recommandations testamentaires, ses amis, tous ses confrères tunisois qui tinrent à conduire le deuil à la suite de sa veuve et de sa fille éplorées, firent au brave homme, à cet être foncièrement bon, des funérailles imposantes dans leur triste simplicité.

Et le docteur NICOLLE, son ancien camarade d'Internat, lui dit cet adieu suprême :

*Une fiction pieuse pour les uns, pour les autres une tendre espérance, autorisent à parler aux morts sur leur tombe comme s'ils étaient présents.*

*Braquehaye, ami très sage, tu souhaitais l'en aller dans la douce paix du silence. Tes amis en auraient souffert. Tes obligés, dont ce parlerre de fleurs dil le nombre, n'ont pu s'y résigner. Pardonne à leur indiscipli- pline.*

*Ils ont élu pour enfreindre la loi celui qui est ici ton plus ancien camarade. Un ami des jeunes années d'internat est aisément excusé Je suis sûr que, de ma bouche, tu accepteras leurs regrets.*

*D'abord les plus lointains dans le temps ou par la distance : les regrets de tes compagnons d'études et de tes collègues; ceux des absents de la ville qui croyaient bien le retenir lorsque tu leur revins sous la robe d'agrégé et qui ont jalosé ton infidélité quand tu les quittas pour entreprendre une tâche plus grande; les regrets et la reconnaissance de tant de blessés de la guerre que tu secourus de la science et de ton cœur.*

*Reçois les regrets de les pairs, des chirurgiens qui relieront tes travaux et dont peu ont attaché, comme toi, leur nom à des méthodes opératoires.*

*Accepte surtout les nôtres, les regrets des Tunisiens. Prends-les confondus : ceux de notre nation, ceux de notre sœur aimée l'Italie et ceux des races protégées. Tous, nous savons quelle fut ton œuvre.*

*Tu as été le premier, et cela ne saurait trop se redire, à apporter ici les bienfaits et l'enseignement de la chirurgie française. Ta venue consacrait la création de l'Hôpital Civil; tu meurs Directeur et Chirurgien de*

notre Hôpital indigène. Les vingt-quatre années qui séparent ces deux dates, ont été le champ de ton activité féconde.

Tu apportais au lil de tes malades un esprit instruit, auquel rien des travaux des autres n'était inconnu, le sens de clinicien le plus clair, de la sagacité et une scrupuleuse conscience. Certains, s'étonnant de ton attention, le jugeaient plus médecin que chirurgien. C'est que tu savais être l'un et l'autre.

Tu n'étais pas que cela. Te voir sous ce seul aspect, n'eût été que connaître la moitié de toi-même. L'autre, peu l'avaient approchée, tant tu mettais de timide pudeur à la défendre. Ceux-là, les privilégiés savaient la finesse et l'étendue de ton esprit, ton goût parfait, l'amour que tu portais aux représentations de l'art et aux mille visages de la nature.

Toi qui vas habiter la terre, de quel œil amoureux ne contemples tu pas chaque jour la blanche ville africaine et ses terrasses descendant au pied de ton minaret, sous ton bois, jusqu'au lac, les collines historiques et le lointain paysage de la mer.

Accepte donc nos regrets, sage ami, pour la sagesse; ami instruit, pour la science; ami très bon, pour la bonté. Accepte-les pour ce que tu neus laisses : un cher souvenir et un exemple.

M. Ponsot, directeur général de l'Intérieur, retraça en termes émus la vie de Braquehaye rendant, au nom du Gouvernement du Protectorat, un ultime hommage à celui dont nous déplorons tous la perte cruelle.



Né en 1865, fils de Charles Braquehaye, ancien directeur de l'École des Beaux-Arts de Bordeaux, le docteur Jules Braquehaye avait fait ses études au Lycée puis à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Interne des hôpitaux de Bordeaux en 1887 puis interne des hôpitaux de Paris en 1890, il subit brillamment le concours d'agrégation de chirurgie en 1895. Un avenir brillant lui était certainement réservé à Bordeaux où il s'était d'abord installé lorsqu'il fut tenté par le titre de chirurgien en chef de l'Hôpital Civil Français de Tunis, qu'il enleva en 1898, de haute lutte à Montpellier. Il était membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris depuis 1898. Son habileté chirurgicale lui fit rapidement occuper à Tunis une place prépondérante. Fondateur de la Société des Sciences Médicales de Tunis dont il fut président en 1902, Braquehaye en fut un des membres les plus assidus aux réunions qu'il illustrait très souvent de nombreuses présentations de malades ou de pièces anatomiques. Son procédé de traitement des fistules vésico-vaginales est resté classique et ses nombreuses

observations de kystes hydatiques publiées dernièrement dans notre Revue sont encore présentes à la mémoire de tous. Il avait créé à l'Hôpital Civil un véritable centre d'enseignement de clinique chirurgicale et de médecine opératoire d'où sont sortis de nombreux et brillants élèves aujourd'hui pour la plupart installés en Tunisie.

Fait chevalier de la Légion d'honneur lors du voyage à Tunis du Président Fallières, en 1912, Braquehaye eut à cœur de mettre au service de son pays, lorsque la guerre éclata, son talent opératoire. Appelé à diriger d'abord une ambulance importante, il occupa ensuite le poste de chirurgien en chef d'une autochir avec laquelle il fit tout le front français, puis dirigea longtemps l'hôpital d'évacuation de Prouilly où sa maîtrise rendit d'éminents services. Pendant quatre ans il se dépensa sans compter et reçut après son 5<sup>e</sup> galon la rosette de la Légion d'honneur.

De retour à Tunis en août 1918, il fut appelé à diriger l'Hôpital Militaire du Belvédère en même temps qu'il y remplissait les fonctions de chirurgien en chef.

À la démobilisation, Braquehaye fut nommé directeur et chirurgien de l'Hôpital Sadiki.

Mais là ne s'arrêta pas son activité : fils d'artiste, il avait gardé un goût très fin pour l'art antique et moderne. Il avait réuni une très belle collection de monnaies antiques et de médailles. De très belles œuvres d'art, tableaux et meubles, ornent encore sa villa de la Manoubia où il se plaisait à soigner ses plantes en véritable médecin et chirurgien. Car il avait gardé un goût très prononcé pour les sciences naturelles qui l'avaient vivement attiré au début de ses études médicales : professeur d'hygiène à l'École Coloniale d'Agriculture dont il fut en même temps le médecin, Braquehaye fonda et présida pendant de longues années la Société d'Horticulture et celle des Amis des Arbres.

×

Au nom de la Société des Sciences Médicales de Tunis dont Braquehaye fut le fondateur et le deuxième Président en 1902, au nom du Comité de Rédaction de cette Revue dont il faisait partie et dont il fut un des plus précieux et féconds collaborateurs, nous saluons avec respect et émotion la tombe de ce confrère dont nous garderons pieusement le souvenir tout empreint de bonté et de serene philosophie.

E.C.

## SOUVENIRS

---

Vers 1880, ce fut une période d'enthousiasme ardent pour ceux qui se livraient, jeunes et croyants, dans la foi scientifique, aux études de médecine. L'ère pastorienne s'ouvrait victorieuse, déjà, quoique violemment attaquée souvent par des détracteurs acharnés. Mais la précision des découvertes ébranlait les plus sceptiques : l'antisepsie s'affirmait. Les chirurgiens qui n'étaient point misonéistes, ceux qui ne craignaient point de rajeunir et de renouveler leurs méthodes se prenaient à espérer de terrasser bientôt l'infection, la gangrène, la pourriture d'hôpital. L'aurore des belles et rassurantes interventions s'annonçait.

Il faisait bon d'entendre, alors, la parole des précurseurs : l'anatomie, la médecine opératoire, la chirurgie ne seraient plus de vains exercices d'amphithéâtre, des techniques habiles sans lendemain : on allait pouvoir arracher sûrement les opérés à la mort.

Braquchaye fut l'étudiant de ces belles années. Toute son éducation médicale fut faite de ces théories nouvelles qui avec Lister, Alph. Guérin, Lucas Championnière et leurs successeurs, tous imbus de la force émanée du génie de Pasteur, allaient pousser la hardiesse du chirurgien jusqu'aux interventions les plus audacieuses.

Adolescent, Braquchaye s'était distingué dans les études des humanités qui sont indispensables à la culture générale, à la formation saine de l'esprit et de la critique scientifiques. Il ne négligea aucune des connaissances qui doivent assurer au médecin le jugement prompt et sûr, le sens réel et averti des faits ressortissant à la pathologie générale, s'appuyant sur la description éclairée des organes et des régions, de leur physiopathologie, de leurs lésions.

Au cours des années précieuses et fécondes de l'internat, à Bordeaux, d'abord, à Paris ensuite; durant la préparation, ardue mais fructueuse, de ses concours; pour acquérir le titre, éminent et envié, d'agrégé de chirurgie, il travailla avec une ardeur infatigable, avec une conviction inlassable, confiant dans le succès.

Ainsi se constitua la belle intelligence de l'homme dont je m'honore d'avoir été l'ami pendant vingt-cinq ans. Il y avait beaucoup à gagner dans le commerce affable de cet esprit distingué. Et sa bonne humeur constante donnait un charme de plus à la conversation ou à la discussion.

Il savait conter mille délicieuses anecdotes sur le temps où il faisait

son volontariat, comme hussard, sur les soirées de salle de garde, sur ses camarades, sur ses maîtres. Et sa mémoire bienveillante ne se teintait jamais d'aigreur ou d'envie.

Nommé Professeur agrégé de chirurgie à Bordeaux, il aurait pu, comme bien d'autres, se laisser aller à la douceur des avancements progressifs à l'ancienneté. Chirurgien de race, agissant et convaincu, il voulait voir des malades, les soigner, les opérer, les guérir. Aussi, à l'ouverture de l'Hôpital Civil, il vint à Tunis, abandonnant, on peut le dire, l'enseignement et la Faculté, où il se serait fait la meilleure place, pour créer le service de chirurgie qu'il dirigea pendant vingt ans. Ceci est un beau geste, dont il faut grandement louer sa mémoire. Et ne fut-ce point une rare bonne fortune, à Tunis, pour toute une génération de jeunes de trouver pareil maître. Nombre de ses élèves, Wiehn, Drouillard, les Marini, Bouquet, Le Hucher et bien d'autres sont devenus, à leur tour, éminents dans la profession.

Durant un quart de siècle, à côté de lui, j'ai poursuivi ma carrière, à chaque instant, réclamant son heureuse intervention, dans le domaine chirurgical. Nos amitiés étaient fortes; elles ont été durables. Nos idées communes ne se refusaient pas à cette part de critique et d'argumentation courtoise qui est l'attrait de la discussion médicale. Notre entente était complète sur ce terrain qui se développe dans ces vastes régions de la clinique interne et de la chirurgie.

Braquehaye avait beaucoup appris et son savoir était immense : il en rayonnait une clarté intense et captivante, toute empreinte des qualités séduisantes d'une raison précise, nette, incisive.

J'aimais aussi ses pointes d'ironie goguenarde, ses mots à l'allure parquoise qui glissaient de ses lèvres finement souriantes et railleuses.

A certain confrère qui, dans une *hémorragie dans les selles* — qui eût gagné à être appelé entérorrhagie — Braquehaye répliquait prestement « Hémorragie dans... les selles, cher confrère ! Nous allons lier l'axillaire L ».

Ces traits, que je connais nombreux, enlevaient toute pédanterie à sa vaste culture, féconde en ressources ingénieuses et efficaces pour son art. Il ne considérait rien de médical étranger à ses préoccupations. Et il savait aussi orner ses loisirs : il cultivait les arts, les belles-lettres, les fleurs. Il aimait le dessin et la peinture : et c'était merveille de voir avec quel humour il *illustrait et silhouettait* les lettres écrites du front à sa femme et à sa fille.

Il ne dédaignait pas des joies moindres : il était fin gourmet et se réjouissait d'offrir à ses amis, les meilleurs crus de Bordeaux. C'était merveille de lui voir donner tous ses soins à son vin japonais de riz fermenté qu'il faisait parfois déguster.

Il manqua, un jour, mourir suffoqué d'indignation en voyant, à sa table, un gourmand, déshonorer du Château-Laffitte, vieux de quinze ans, en y ajoutant, sans pitié et sans mesure, de l'eau ! Il aimait toutes choses belles et dignes d'affection.

Quelque temps avant de succomber, à un de ses médecins qui tentait de lui cacher un symptôme grave, il disait :

— Me croyez-vous si pusillanime ? Certes, j'aime la vie, mais si je dois mourir, je le ferai convenablement, sans faiblesse, soyez sûr.

Il le fit mieux : avec l'âme d'un stoïcien.

Cet homme très bon, très droit, très probe, très bienveillant eut cependant des luttes âpres et des attaques indignes à soutenir.

De race fière et droite, ému par l'instinct sûr qui le guidait, il savait vaincre, — comme il se persuada de gagner la zone de guerre pour être chirurgien utile, — sans souci des sarcasmes et des ironies faciles, lancées par l'envie.

J'apporte ce faible et imparfait hommage à cet homme dont toute la vie fut un exemple sans défauts, dont la belle ordonnance montre que la médecine générale, la clinique, les techniques chirurgicales méritent grandement la peine qu'il se donna de les étudier avec ardeur et de les approfondir sans cesse. Il faut s'incliner profondément devant cette incarnation d'une si parfaite conception du médecin de haut caractère, de belle tenue, de probité impeccable, clinicien et chirurgien inspiré des plus belles et des plus pures doctrines de la science française.

*D<sup>r</sup> Lemanski.*

---

## LA TRACHOMTHÉRAPIE

par l'infiltration sous-conjonctivale de cyanure de mercure

par le Dr **Emile JUNÈS**, Oculiste Municipal à Sfax

Les moyens thérapeutiques opposés au trachome sont aussi nombreux que variés. On peut s'en rendre compte en relisant l'inventaire si consciencieux et, malgré tout, incomplet qu'en ont récemment dressé MM. Archimbaud et Chauvin (1). C'est là une preuve que le véritable traitement de cette maladie reste à trouver. Les expériences de Charles Nicolle et A. Guénod sur la vaccination anti-trachomateuse, commencées en 1907 avec la collaboration du docteur L. Blaizot et reprises en 1919 avec celle du docteur Georges Blanc, ont découvert des horizons nouveaux et pleins de promesses; mais elles n'en sont encore qu'à leur période d'essai (2). Nous devons donc nous contenter des méthodes qui nous sont actuellement offertes. Parmi elles, l'injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure occupe l'une des premières places. C'est son étude que nous allons entreprendre.

### HISTORIQUE

Les injections sous-conjonctivales sont, depuis assez longtemps, employées dans les affections du globe de l'œil. Rothmund, de Munich, a eu l'honneur, en 1866, d'imaginer et d'introduire ce procédé en thérapeutique. Il se servait d'une solution concentrée de sel marin pour éclaircir les taies de la cornée. Après lui, plusieurs auteurs, et tout particulièrement Darier dès 1891, en étendirent considérablement les applications. Les maladies des diverses parties du globe, cornée, sclérotique, épisclère, iris, corps ciliaire, choroïde, rétine et même nerf optique, ont été appelées à en bénéficier. C'est une méthode précieuse, mais il ne faut y recourir qu'à bon escient et concurremment à d'autres moyens.

---

(1) Archimbaud et Chauvin, Le Trachome, Gazette des Hôpitaux, 1921, n° 75, pages 1194-1196.

(2) Ces recherches ont été consignées dans deux mémoires publiés, le premier dans les Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, 1913, fascicule 2, pages 157-182, et le second dans les Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord, 1921, fascicule 2, pages 149-179.



Dans le traitement des affections oculaires autres que celles du globe, et spécialement dans la conjonctivite granuleuse, les injections sous-conjonctivales ne paraissent avoir été méthodiquement utilisées que depuis les essais de Santos Fernandez, de Dransart et surtout depuis Cuénod. A leur suite, ont été recommandées, d'après ce procédé, un grand nombre de substances, parmi lesquelles nous citerons : le permanganate de potasse, — le sublimé, le cyanure de mercure, le salicylate de mercure ou Enésol, — l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre, — l'iodate de sodium, l'eau de mer, l'air stérilisé, — les sérums antitoxiques, le lait bouilli, — les vaccins antitrachomateux. Mais c'est au cyanure qu'est allée jusqu'ici la grande majorité des suffrages (1).

L'idée première concernant l'emploi de ce sel en injections sous-conjonctivales contre le trachome, revient, à notre connaissance, au docteur Cuénod. De cela témoigne un travail publié par lui, il y a une quinzaine d'années (2). Cette publication est de mai 1907, mais l'auteur appliquait

(1) Santos Fernandez, de la Havane, qui, l'un des premiers, préconisa l'emploi des injections sous-conjonctivales dans le Trachome, employait le *permanganate de potasse*, mais avec des résultats insuffisants (Revue générale d'Ophtalmologie, octobre 1897) — Le *sublimé*, utilisé par Dransart (cité par Cetnarowicz, la Clinique Ophtalmologique, 1901, page 279), a été abandonné comme dangereux et producteur d'escarres ; il est, en outre, extrêmement douloureux. — Après Darier, Albert Terson a indiqué l'*Enésol* comme pouvant être substitué aux autres sels mercuriels (Paris Médical, 1917, page 284) ; mais, en ce qui concerne ses applications dans le Trachome, l'étude approfondie qu'il nous a promise n'a pas été encore publiée. — L'*iodate de sodium*, expérimenté par Schiele, agit par l'iode à l'état naissant ; il ne semble pas avoir donné de grands résultats entre les mains du D<sup>r</sup> Konkroff de Pensa (Wiestnik Ophtalmologii, janvier 1914). Cet auteur essaya plusieurs autres substances, parmi lesquelles l'*acétate de plomb* ; ses préférences s'arrêtèrent enfin au *sulfate de cuivre*. Ce dernier sel avait cependant été déconseillé par le D<sup>r</sup> Cuénod, qui lui attribue une action trop violente et trop douloureuse. (La Clinique Ophtalmologique, 1907, page 150). — Nous basant sur l'influence du terrain lymphatique sur l'écllosion de la maladie, nous avons, à l'exemple d'autres expérimentateurs, utilisé l'*eau de mer* en solution isotonique ; nous n'avons obtenu que des améliorations légères, fugaces et, somme toute, insignifiantes. — L'*air stérilisé*, d'après Darier (Traité de Thérapeutique Oculaire, 1921, page 133), serait complètement dépourvu d'effets dans le Trachome. — Le *sérum antidiphthérique* ne modifie pas les granulations, mais exerce une action favorable sur les infections aiguës intercurrentes (Picaluga, la Clinique Ophtalmologique, 1910). — Le *lait complet bouilli* n'agit que sur les complications cornéennes (Mazzù, Archivio di Oftalmologia, Naples, août 1921). — Les *vaccins antitrachomateux* : auto-vaccin de l'Institut Pasteur de Tunis (loco citato) ; vaccin humain polyvalent de Demaria, Mazza et Revay, de Buenos-Ayres (Archives d'Ophtalmologie Hispano-Américaines, mars 1916), etc. ont été administrés surtout par voie sous-conjonctivale ; ce procédé ne représente actuellement qu'un « bon adjuvant aux traitements ordinairement employés » (Nicolle et Cuénod, mémoire de 1921, loco citato, page 155).

(2) Cuénod, sur le Traitement du Trachome, la Clinique Ophtalmologique, 1907, n° 10, pages 147-150.

sa méthode depuis le 3 octobre 1902. A cette date, il l'expérimenta sur une femme arabe de la campagne, Zenika B... Encouragé par les résultats obtenus, il l'utilisa, dès lors, d'une manière systématique, en l'associant, pour plus de sécurité, au curettage des granulations. En 1907, le nombre des cas ainsi traités s'élevait à plus de 2.000. Nombreux sont les oculistes qui s'engagèrent dans la voie explorée par l'éminent spécialiste tunisien (1). Pour notre part, depuis une dizaine d'années, nous avons eu fréquemment l'occasion, et non sans succès, de mettre en pratique son enseignement.

Au récent Congrès de Washington, le docteur Gemblath a présenté une intéressante communication concernant le traitement du trachome par ces mêmes injections au cyanure (2). Ce serait là, d'après lui, un procédé nouveau. Deux médecins roumains, MM. Lobel et Stiaçovici, l'avaient, dit-il, déjà préconisé en novembre 1920, mais postérieurement à ses premiers essais. Il faut remercier le docteur Gemblath d'avoir de nouveau attiré l'attention sur cette excellente méthode et d'avoir précisé certains points de sa technique. Remarquons, toutefois, qu'avant lui, elle n'était pas tout à fait inconnue des ophtalmologistes.

## TECHNIQUE

*Caractéristiques du Procédé.* — Le docteur Cuénod, promoteur de la méthode, opère de la façon suivante. Après un curettage minutieux des granulations, précédé de scarifications et aidé, au besoin, d'un brossage, il pratique des piqûres multiples, de 2 à 3 gouttes chacune, et ainsi réparties : 3 ou 4, en série longitudinale, au niveau du cul-de-sac supérieur, près de la limite du tarse; 1 ou 2 sous la conjonctive bulbaire, non loin du limbe; 1 dans la caroncule lacrymale; 1 ou 2 dans le cul-de-sac inférieur. La solution contient une dose forte de cyanure : 2 grammes par litre.

---

(1) Le fameux major anglais, Henry Smith, de Jullundur, dans l'Inde, estime que ces injections constituent, à l'heure actuelle, le traitement le plus pratique des granulations (Injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure dans le Trachome, *The Indian Medical Gazette*, Août 1919). — Le russe Konkroff (*loco citato*) les a expérimentées avec succès, bien qu'il leur ait préféré le sulfate de cuivre. — D'après Elena Puscarin, privat-docent à Bucarest, ce procédé est couramment appliqué en Roumanie dans le traitement du pannus trachomateux (*Traitement du Trachome, la Clinique Ophtalmologique*, 1914, page 495).

(2) Gemblath, Traitement du Trachome par les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure, Congrès international d'Ophtalmologie de Washington, avril 1922, pages 52-58 du Recueil.

La méthode que nous allons exposer, simple modification de la précédente, est celle du docteur E.L. Jones (de Cumberland), appliquée au trachome (1). C'est celle du docteur Gemblath et celle que nous avons nous-même, depuis longtemps, suivie. Contrairement à la première, elle utilise l'injection massive de 1 cc.  $\frac{1}{2}$ , 2cc., et même 3 cc. de liquide, faite en un point unique de la conjonctive bulbaire; cette injection est pratiquée seule, à l'exclusion de tout autre moyen; la solution, beaucoup plus faible, contient un gramme de sel pour 1.500 à 5.000 grammes d'eau.

Quel que soit le procédé, le principe reste le même : produire, simultanément, dans les différentes zones sous-conjonctivales, au niveau du Bulbe, du fornix et de la paupière, une infiltration plus ou moins abondante de cyanure.

*Matériel.* — Les instruments essentiels sont : a) une seringue de Pravaz, d'une contenance de deux centimètres cubes; b) une aiguille longue de 2 ou 3 cm.; elle peut être droite ou courbe, mais il faut surtout qu'elle soit aussi fine que possible, à surface bien polie et à extrémité soigneusement affilée. Il est bon aussi de se munir, surtout pour les premiers essais, d'un écarteur des paupières et d'une petite pince destinée à saisir la conjonctive.

L'on aura, d'autre part, à sa disposition, les deux solutions suivantes :

Première solution (pour instillations) :

Cocaïne (chlorhydrate) .....	50 centigrammes;
Adrénaline (solution au millième)...	V gouttes
Eau distillée .....	10 grammes

Deuxième solution (pour injections) :

Cyanure de mercure .....	Un centigramme
Cocaïne (chlorhydrate) .....	30 centigrammes
Eau distillée .....	30 grammes

Ces préparations seront, autant que possible, exécutées au moment du besoin, afin de conserver à l'anesthésique son maximum d'efficacité. La solution de cyanure est, on le voit, à 1 pour 3.000. C'est le titre adopté par le docteur Gemblath. Il sera prudent de ne pas le dépasser.

Solutions et instruments devront être parfaitement stérilisés. Autre recommandation importante : vérifier, au préalable, le bon fonctionnement de la seringue et de l'aiguille.

*Manuel opératoire.* — Le malade est couché. On instille, dans l'œil

(1) E. L. Jones, de Cumberland, Des injections sous-conjonctivales massives de cyanure de mercure etc. Communication faite à l'American Médical Association, juin 1912.

choisi, deux gouttes de la première solution. On les renouvelle à deux autres reprises, avec des intervalles de 3 ou 4 minutes. L'anesthésie de la surface conjonctivale est ainsi obtenue en une dizaine de minutes. L'adjonction d'adrénaline au collyre a principalement pour but de rendre la membrane exangue, avantage précieux dans les cas de forte hyperhémie.

On remplit la seringue avec la solution de cyanure jusqu'à la division de deux centimètres cubes (1).

L'écarteur étant fixé, on invite le malade à regarder fortement en bas et un peu en dedans. On lui fait ainsi découvrir, le plus largement possible, le segment supéro-externe de la conjonctive bulbaire. C'est à ce niveau, entre les tendons des muscles droit supérieur et droit externe, que doit porter l'injection. Cette partie de la surface conjonctivale est, en effet, la plus accessible et la moins sensible à la piqûre (Darier). A une distance de la cornée d'environ 6 ou 7 mm. — plus près du fornix que du limbe — on soulève délicatement la muqueuse avec la pince tenue de la main gauche. Saisissant la seringue de la main droite, on présente l'aiguille tangentielle à la sclérotique, le bec dirigé vers le haut, et on l'enfonce à la base du pli ainsi formé. On prendra garde de ne pas la faire pénétrer trop profondément, mais seulement jusqu'à ce que son extrémité en biseau, c'est-à-dire la portion correspondant à son ouverture, ait complètement disparu sous la conjonctive. Celle-ci, il faut bien le savoir, est difficile à perforer, bien qu'elle soit mince et souple (Duverger). C'est pourquoi, nous le répétons, l'aiguille doit être d'un calibre réduit, à surface lisse et glissante et à bec bien pointu : elle ne pourra être gagnée avec toute la dextérité et toute la précision voulues que si ces conditions sont réalisées.

L'aiguille est en place : on supprime la pince et on pousse l'injection. Celle-ci doit être exécutée très lentement, car il ne faut pas provoquer une distension trop brutale de la muqueuse. Sous la poussée du liquide, il se forme, au lieu même de la piqûre, une boule d'œdème qui va peu à peu en s'accroissant. Elle gagne d'abord le segment supérieur et les parties latérales de la conjonctive bulbaire, qui, en se soulevant, forme, autour de la cornée, un bourrelet de plus en plus volumineux. Puis elle envahit et comble le cul-de-sac supérieur. Enfin, lorsque les progrès de l'affection

(1) Ce procédé, dans lequel on utilise une préparation faite à l'avance, est préférable à celui qui consiste à puiser dans la seringue, d'abord quelques divisions d'une solution concentrée de cyanure, puis un certain nombre d'autres divisions d'une solution anesthésique (Gémblath) : ce mélange extemporané des deux liquides, dans le corps même de la seringue, expose à des difficultés de dosage.

n'ont pas rendu la muqueuse tarsienne trop adhérente au plan sous-jacent, la solution peut la distendre jusqu'à une limite très rapprochée du bord ciliaire; mais elle reste susceptible d'être imprégnée par le liquide, même lorsque cette adhérence est devenue fort intime, puisque, comme nous l'avons maintes fois remarqué, elle présente alors, quelques minutes après l'injection, une apparence plus saillante. On obtient ainsi, en définitive, une véritable infiltration de toute la moitié supérieure du sac conjonctival.

Le piston une fois parvenu au terme de sa course, on retire l'aiguille et le blépharostat, et on place sur l'œil un pansement humide.

L'emploi de l'écarteur et de la pince ne sont pas indispensables. Avec quelque habitude, on parvient à pratiquer l'injection de la manière suivante, à laquelle vont toutes nos préférences. On retourne la paupière supérieure, et, avec un doigt de la main gauche, on en fixe le bord libre contre la saillie orbitaire correspondante. Le malade regardant fortement en bas, on accroche la conjonctive avec la pointe de l'aiguille, et on enfonce celle-ci de la quantité voulue. On pousse alors l'injection, tout en maintenant la paupière relevée.

*Soins consécutifs immédiats.* — Si le patient doit regagner son domicile, on l'engage à le faire au plus tôt, muni de toutes les instructions nécessaires. En effet, 30 minutes à une heure après la piqûre, dès que l'effet de l'anesthésique s'est épuisé, se déclarent des douleurs oculaires et céphaliques de plus en plus vives. En même temps, l'œil s'injecte et devient larmoyant; le gonflement de la conjonctive s'accroît, se généralise à la totalité de la membrane, et dépasse en volume celui qui était simplement dû au liquide de la seringue : l'on se trouve finalement en présence d'un chémosis parfois énorme et recouvrant partiellement la cornée. Les paupières, surtout la supérieure, deviennent rouges et se tuméfient d'une manière plus ou moins considérable. Cet œdème hyperhémique peut même envahir les régions voisines et occuper la majeure partie de la joue. Il faut être prévenu de ces conséquences de l'injection, ne pas s'en inquiéter et en avertir le malade.

Pour calmer les douleurs et réduire, dans une certaine mesure, ces phénomènes d'irritation, on réalisera l'immobilité des globes oculaires par l'alitement du sujet dans une chambre obscure et par l'occlusion simultanée des deux yeux. Mais surtout, l'on fera appliquer, sur les paupières, des compresses constamment renouvelées et imbibées d'eau, soit très froide, soit très chaude. On pourra aussi administrer des analgésiques : le

docteur Gemblath conseille de donner préventivement 0 gr. 50 d'aspirine une demi heure avant et 0 gr. 50 au moment même de la piqûre.

*Traitement ultérieur.* — En général, il ne sera pas nécessaire de trop prolonger ces premiers soins. Voici ce que nous avons presque toujours noté. Les douleurs durent environ 6 à 8 heures, rarement plus, souvent moins. Quant à la tuméfaction, après avoir, à peu près au bout de ce même temps, atteint son maximum d'intensité, elle se met à décroître spontanément. Vers le 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> jour, elle a presque totalement disparu des paupières. Elle persiste plus longtemps, deux à trois semaines, au niveau de la conjonctive; on observe ses dernières traces au cul-de-sac supérieur.

Au début, il sera prudent de ne pas trop laisser sortir le malade. Il portera un bandeau flottant et se lavera les yeux avec de l'eau bouillie, ou mieux avec une solution de chlorure de sodium à 14 pour 1.000, selon la formule du docteur Cantonnet (solution isotonique aux larmes).

Au bout de quelques jours, lorsqu'il n'y aura plus de gonflement palpébral, on accordera une plus grande liberté, et on instituera un traitement plus actif, par exemple celui du docteur Cuénod : « port de lunettes fumées, applications quotidiennes et alternées de divers collyres antiseptiques et astringents, dont le meilleur me paraît toujours être, pour les granulations, la solution glycéricée de sulfate de cuivre. » A celle-ci, on pourra, selon le conseil de Darier, ajouter du gaiacol, de façon à la rendre moins douloureuse : (1)

Sulfate de cuivre .....	1 gr.
Gaiacol synthétique .....	0 gr. 20
Glycérine .. . . . .	10 gr.

Dans ces conditions, le malade, tout en se surveillant, pourra reprendre ses occupations dès la 3<sup>e</sup> ou la 4<sup>e</sup> semaine. On ne le laissera pas partir sans lui prescrire un traitement général destiné à modifier un terrain affaibli ou strumeux, cause fréquente de la récurrence si facile du trachome. On lui recommandera, en outre, de pratiquer, au début de chaque mois, des instillations quotidiennes du collyre précédent.

*Renouvellement de l'injection.* — Une seule injection peut suffire. Si l'effet désiré n'est pas obtenu, on la répétera une deuxième fois, parfois davantage. D'après l'expérience de H. Smith, trois ou quatre injections

---

(1) Chez les sujets très douillet, on utilisera, avec profit, d'excellentes préparations contenant des succédanés indolores du sulfate de cuivre, et vendues sous le nom de Tubes Dulcis (au *Cuprinal*), Blache (au *Campho-Cuivre*), Chibret (à l'*Hémo-Cuivre*), etc.

sont nécessaires dans les cas les plus réfractaires. Mais il faut toujours attendre que la réaction précédente ait complètement disparu, ce qui demande, comme nous venons de le voir, quinze jours à trois semaines. La nouvelle piqûre sera pratiquée en un point différent, soit dans la même région, soit encore dans la partie supéro-interne du bulbe, soit même dans son segment inférieur, lorsqu'il existe, sur la paupière correspondante, des granulations particulièrement résistantes.

### INCIDENTS OPERATOIRES

Réglée de la sorte, la méthode présente une innocuité pour ainsi dire absolue. Elle n'est pourtant pas à l'abri de certains incidents. Mais ils sont de minime importance et, pour la plupart, facilement évitables. On peut les observer avant, pendant ou après l'acte opératoire.

*Avant l'Opération.* — 1° *Le malade est indocile ou pusillanime.* — L'injection sous-conjonctivale, exécutée à la cocaïne, est facilement acceptée, même par des enfants. Toutefois, en cas de résistance trop vive, on recourra, sans hésiter, à l'anesthésie générale : comme on le sait, celle-ci est couramment utilisée dans le brossage des granulations.

2° *Impossibilité pour le malade de diriger son globe vers le bas.* — Il peut y avoir à cela deux raisons. Ou bien le malade, atteint de lésions cornéennes, présente de la photophobie et cache, malgré lui, sa pupille sous la paupière supérieure. Dans ce cas, on renouvellera l'instillation de cocaïne. Avec une solution bien préparée, il est rare que le patient n'en éprouve pas du soulagement et n'obéisse pas, bientôt, à l'ordre donné. Ou bien le malade ne sait pas regarder en bas. Il faut alors s'armer de patience et exercer le sujet à mouvoir son œil dans le sens voulu. On y arrive en lui faisant fixer un objet que l'on amène peu à peu dans les régions inférieures de son champ visuel.

*Pendant l'Opération.* — 1° *Douleurs pendant l'injection.* — Elles ne doivent pas exister lorsque l'anesthésie préparatoire a été soigneusement faite, lorsque l'aiguille est fine et piquée bien, lorsque le liquide est injecté sans violence. Quelques auteurs, comme A. Dufour, de Lausanne, conseillent, quand la température est basse, de chauffer la solution : on rend ainsi son contact avec les tissus moins désagréable.

2° *Issue au dehors du liquide injecté.* — Cet incident est provoqué principalement par l'une des causes suivantes : a) L'aiguille, maintenue trop obliquement, a traversé la muqueuse de part en part, si bien que sa pointe fait saillie à l'extérieur. b) Il existe une seconde solution de continuité

au voisinage de celle due à l'aiguille. Ce second orifice a été produit, soit par la pince, qui, maniée brutalement, a déchiré la muqueuse à son point d'application; soit parce qu'à la suite de tâtonnements fâcheux, on a cru devoir repiquer l'aiguille un peu plus loin. Dans ces conditions, il sera préférable d'attendre que les orifices conjonctivaux se soient spontanément obturés, et l'on renouvellera l'injection dans une séance ultérieure, le lendemain, par exemple.

3° *Extravasations sanguines.* — L'aiguille, en cheminant à travers les tissus, peut léser un vaisseau et déterminer une ecchymose ou même un hématome. Ce petit accident n'a d'autre inconvénient qu'un aspect inesthétique de l'œil. Il est favorisé par l'hyperhémie de la conjonctive bulbaire, de règle dans le pannus. Pour l'éviter, il sera peut-être utile de pratiquer l'injection à la loupe binoculaire, comme l'enseigne Schiele; mais surtout, on se rappellera nos recommandations : ajouter de l'adrénaline au collyre, utiliser une aiguille de faible calibre, et ne l'enfoncer que juste de la quantité nécessaire pour faire disparaître, sous la muqueuse, son orifice de sortie. On diminue ainsi les chances de rencontrer au passage un trop grand nombre de vaisseaux.

*Après l'Opération.* — 1° *Douleurs post-opératoires.* — Ces douleurs sont fortement atténuées grâce aux précautions indiquées. En général, elles ne dépassent pas six à 8 heures. Par exception, chez certains sujets très nerveux, elles peuvent durer davantage. Dans un de nos cas, elles ont persisté pendant deux jours, avec une acuité excessive; seule, une piqûre de morphine apporta du soulagement.

2° *Escarres conjonctivales.* — Celles-ci, avec les cicatrices d'aspect disgracieux (et parfois les opacités cornéennes définitives) qui en résultent, seront évitées : a) si on n'utilise que des solutions de cyanure ne dépassant pas la concentration de 1 pour 3.000; b) si l'on ne pratique pas l'injection avec trop de brutalité; c) si l'on n'opère pas trop près la cornée. L'anneau conjonctival qui entoure cette membrane sur une largeur de 3 ou 4 millimètres, est remarquable par sa minceur et par son adhérence à la capsule ténonienne et à la sclérotique sous jacentes (Charpy, Picou). Si nous avons conseillé de piquer l'aiguille à environ 6 ou 7 millimètres du limbe, c'est qu'entre autres raisons, la conjonctive est, en ce point, suffisamment riche en tissu cellulaire lâche; il devient moins dangereux, par suite, d'y injecter du liquide, même sous une certaine pression.



### CONTRE-INDICATIONS

Commençons par éliminer les cas où la méthode n'est pas applicable.

1° *Le Trachome dit « aigu »* représente un obstacle aux injections sous-conjonctivales de cyanure. Cette forme est caractérisée par une hyperhémie, le plus souvent généralisée, et par une sécrétion plus ou moins abondante de la conjonctive. Elle résulterait *toujours*, d'après des opinions autorisées (1), d'une infection (à diplo-bacilles, à bacilles de Wecks, à gonocoques, etc.) superposée aux lésions granuleuses proprement dites. Il y aura donc lieu, par des moyens appropriés, de traiter, tout d'abord, cette conjonctivite intercurrente. L'injection, qui ne s'adresse qu'au processus trachomateux proprement dit, sera pratiquée ensuite.

2° *Le Trachome parvenu à la phase cicatricielle* n'est pas, non plus, justiciable de la méthode. Celle-ci n'a aucune action curative sur des tissus en voie de sclérose et d'atrophie. Bien plus, étant donné ses effets nettement cicatrisants, son emploi, en pareil cas, constituerait un véritable non-sens. On s'abstiendra donc lorsque la muqueuse palpébrale présente les stries blanchâtres qui révèlent son amincissement et sa fusion intime au cartilage; lorsque sa rétraction détermine une déviation des cils ou Trichiasis; lorsque les culs-de-sac ont commencé à se réduire et revêtent un aspect plus pâle et plus lisse. De même, elle ne sera d'aucun secours contre des opacités définitives de la cornée.

### INDICATIONS ET RESULTATS

*Indications.* — La véritable indication de la méthode est le *Trachome floride*, caractérisé par la prédominance de l'infiltration lymphoïde de la muqueuse. Toutes les formes de la conjonctivite granuleuse peuvent, à cette période, être traitées par elle. Telles sont, par exemple : les conjonctivites au début, se bornant à un envahissement discret du cul-de-sac supérieur et du bord correspondant du tarse; celles, plus avancées, où les granulations, volumineuses, abondantes, serrées, occupent la presque totalité de la muqueuse tarsienne de l'une et de l'autre paupière et soulèvent les culs-de-sac en bourrelets turgescents; les conjonctivites avec pannus : soit le « tenuis », léger et superficiel, soit le « crassus », épais, charnu, fortement vascularisé, ayant recouvert une grande partie de la cornée.

---

(1) Morax, *Annales d'Oculistique*, mars 1902, et *Pathologie Oculaire*, 1921, page 96. — Kirk, *The British Journal of Ophthalmology*, mars 1918. — Paul-J. Petit, *Annales d'Oculistique*, mai 1922, page 367. — Nicolle et Cuénod, dans leurs expériences, n'ont jamais observé de poussées trachomateuses aiguës.

*Résultats.*— Dans tous ces cas, il est remarquable de voir les injections sous-conjonctivales de cyanure se montrer nettement supérieures aux méthodes couramment utilisées en pareille occurrence : application de topiques divers, scarifications, massage, brossage, curettage, expression, cautérisations, etc.

Dans les formes peu sévères, il arrive fréquemment qu'une seule injection arrête net l'évolution fatale de la maladie. Bien plus, les lésions rétroèdent : les granulations s'affaissent, se réduisent à de simples taches jaunâtres, puis disparaissent; la conjonctive récupère son apparence, sa coloration normales. Cette « restitutio ad integrum » peut être obtenue dans l'espace de quelques semaines. Comme preuve, nous citerons les observations III et IV du docteur Gemblath. Il s'agit de deux jeunes Syriens atteints de trachome et refusés à différentes reprises par les médecins inspecteurs du port de New-York. Ils se présentèrent à l'Hôtel-Dieu de Paris, où ils subirent des injections de cyanure. Deux mois après, ils débarquaient à New-York sans autre difficulté.

Les formes plus sérieuses guérissent moins rapidement. Il faut revenir à la charge plusieurs fois de suite. Mais les résultats sont, en définitive, les mêmes.

Cette méthode enregistre ses plus brillants succès lorsque la conjonctivite s'accompagne de pannus. L'intervention rend alors de grands services. Elle soulage rapidement le malade, plus rapidement et plus sûrement qu'avec n'importe quel autre procédé. C'est toujours avec la même surprise que, 6 à 8 heures après l'intervention (c'est-à-dire après que se sont dissipées les douleurs dues à la piqûre elle-même), l'on constate la disparition totale des phénomènes fonctionnels, plus ou moins intenses et désespérément tenaces, qui accompagnaient le pannus. D'autre part, les vaisseaux s'atrophient petit à petit, et l'on assiste à l'éclaircissement constamment progressif de la cornée. Si l'affection n'est pas trop ancienne, on peut même espérer la disparition complète de toute opacité. L'observation suivante est résumée d'après le docteur Cuénod.

Zenika B., présente du trachome à la période d'état. Les deux yeux sont pris d'une manière sensiblement égale. Les granulations occupent la conjonctive tarsienne et le cul-de-sac supérieurs; les cornées sont affectées de pannus. Pour comparer les résultats obtenus, on pratique : à droite, des injections sous-conjonctivales de cyanure; à gauche, un brossage-curettage classique. Huit jours après, « l'œil brossé présentait cet aspect hyperhémique larmoyant si caractéristique des granuleux irrités par une intervention incomplète, état parfois désespérément chronique;

quant à l'œil droit, la malade disait en être très contente. » Au bout d'un mois, le pannus avait presque complètement disparu à droite, du côté brossé, par contre, l'aspect s'était aggravé : l'œil, toujours rouge et larmoyant, offrait un envahissement de la cornée plus considérable encore.

*Rechutes post-opératoires.* — Une dernière question se pose : Ce traitement peut-il produire la guérison définitive ? Nullement, de l'avis même du docteur Cuénod : Mais les rechutes sont plus rares qu'avec les autres méthodes. C'est pourquoi, ainsi que nous l'avons recommandé, le malade doit continuer à se surveiller. A titre préventif, il soignera avec persévérance son état général, et recourra, de temps à autre, à une cure quotidienne par les sels de cuivre.

#### MODE D'ACTION

1° Les auteurs qui se sont le plus occupés des injections sous-conjonctivales de cyanure d'hydrargyre insistent sur leur *effet sclérogène*. Voici comment s'exprime le docteur Jones, de Cumberland, qui les expérimenta dans diverses maladies du globe oculaire. « Après chaque piqûre, la conjonctive devient adhérente sur une surface égale à l'ongle du petit doigt. Dans les cas rebelles, où il a fallu 8 à 10 injections, l'espace sous-conjonctival peut être complètement oblitéré sans qu'il en résulte la moindre gêne ou limitation des mouvements du globe et des paupières; l'œil paraît seulement d'une blancheur de marbre, et l'on ne peut plus y faire d'injections nouvelles. » C'est parce que le docteur Cuénod avait fait une constatation du même genre dans un cas d'iritis, qu'il eut l'idée d'utiliser ces injections dans le traitement du trachome. « Elles agissent, dit-il, en hâtant l'évolution naturelle de la maladie. »

2° Le cyanure de mercure possède, très vraisemblablement aussi, une *action bactéricide* sur le virus de la conjonctivite granuleuse. D'après de nombreux oculistes, cette action serait même plus réelle que celle, fort hypothétique, du sulfate de cuivre. C'est pourquoi, après les diverses interventions antitrachomateuses, a-t-on tendance, actuellement, à le substituer à ce dernier sel, sous forme de lavages et de pansements. Il est légitime de penser qu'en injections massives, le cyanure, par suite de sa pénétration jusque dans les moindres lacunes du parenchyme conjonctival, pourra mieux encore exercer ses effets antiseptiques.

3° Comme la plupart des substances utilisées en injections sous-conjonctivales, le cyanure de mercure agit comme *révulsif*. Il représente, par lui-même, un caustique énergique, et sa solution détermine des effets d'irritation d'autant plus marqués que sa concentration est plus forte.

Il en résulte que, consécutivement à l'injection, la muqueuse oculaire s'hyperhémie, et qu'une abondante sérosité fait irruption dans ses mailles, à travers les vaisseaux dilatés. En voici quelques conséquences. Il se produit, tout d'abord, parallèlement à cette transsudation, une issue beaucoup plus considérable d'anticorps et de phagocytes, dont on connaît le rôle dans la lutte contre l'infection. En outre, le sérum extravasé constitue, pour les éléments conjonctivaux qu'il baigne, un milieu organique stimulant, « eutrophique », qui les rend plus aptes encore à la résistance. D'autre part, cet appel violent de liquides qui, plus tard, seront peu à peu résorbés, établit, à travers les lissus, un puissant mouvement défensif, une véritable action de lavage, grâce à laquelle infiltrats, microbes, toxines, se trouvent entraînés et éliminés (1).

4° Le mécanisme précédent nous permet d'expliquer les effets résolutifs que les différentes injections sous-conjonctivales exercent généralement sur les infiltrations récentes de la cornée. Dans les cas de pannus on peut, en outre, invoquer un phénomène mis en lumière par les essais opératoires de Kazuo Hiwatari (2). Celui-ci a montré que si par une dissection poursuivie jusqu'au limbe, on séparait la muqueuse de la sclérotique sous-jacente, on pouvait produire, presque à coup sûr, la disparition d'un pannus granuleux. Or, la distension considérable de la conjonctive bulbaire, provoquée par l'injection abondante d'un liquide irritant et par l'énorme chémosis consécutif, ne réalise-t-elle pas un décollement de cette membrane équivalant à une véritable dissection ?

#### CONCLUSIONS

Nous mettrons en relief les deux conclusions suivantes :

1° L'injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure, grâce à ses résultats souvent supérieurs à ceux des autres méthodes, constitue l'une des armes les plus efficaces que nous possédions actuellement contre le trachome floride.

2° Exempte d'inconvénients sérieux, sa technique est d'une application facile et à la portée de tous les praticiens.

C'est à dessein que nous l'avons minutieusement décrite. Nous espérons ainsi rendre service aux confrères exerçant en plein centre granuleux, et leur permettre d'engager avec succès la lutte contre un redoutable fléau.

(1) Voir, pour toute cette intéressante question, Darier, *Traité de Thérapeutique Oculaire*, 1921, pages 122-135, et passim.

(2) Kazuo Hiwatari, *Traitement du pannus trachomateux par le décollement de la conjonctive bulbaire*, *American Journal of Ophthalmology*, mars 1919, page 183.

# SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 8 Décembre 1922

Présidence du D<sup>r</sup> SPEZZAFUMO, *Président*

*Sont présents* : MM. les D<sup>rs</sup> Cassuto, Gérard, Guinet, Ortona, Brun, Minquet, Rogolski, Biecheler, Bouquet, Masselot, Conseil, Gobert, Molco, Deleuil, Ramery, Lauriol, Lemanski, Morpurgo, Roux, Lalloum, Benjamin Lévy, Montefiore, Bonan, Benmussa, Henry, Soria, Caillon, Cassar, Joubert de Beaujeu, Sfez.

×

Le procès verbal de la séance de novembre est lu et adopté.

×

## COMMUNICATIONS DU BUREAU

**Admission.** — M. le docteur COHEN-HADRIA est admis comme membre titulaire.

×

### Centenaire de Pasteur

Le Secrétaire général fait part du résultat des premières souscriptions pour la commémoration du centenaire qu'il est fort encourageant. L'exposition organisée par le docteur Nicolle sera inaugurée par le Ministre Résident général le 27 décembre à 15 heures.

Toutes les dispositions sont prises pour que le nom de Pasteur soit évoqué et honoré dans toutes les écoles de Tunisie, le 23 décembre, veille des vacances de Noël et du premier de l'an.

×

**Revue.** — Le Secrétaire général rappelle que notre journal est envoyé gratuitement depuis un certain temps à plusieurs médecins qui n'ont pas donné leur adhésion à la Société. Le Comité a décidé de leur envoyer une lettre leur demandant de vouloir bien adhérer à notre Société. En cas de refus, l'envoi gratuit du journal sera bien entendu suspendu.

Le D<sup>r</sup> Cassuto, secrétaire général de notre Revue, propose, au nom du Comité, le changement du titre qui a l'inconvénient d'être trop long : Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis, et son remplacement par le suivant : Revue Médicale Tunisienne.

Le D<sup>r</sup> Lemanski trouve la proposition inopportune. Le titre tel qu'il est commence à être bien connu, tout le monde y est habitué.

La question est mise aux voix et la majorité se rallie à l'opinion du docteur Lemanski, maintenir le titre tel qu'il est.

De même la proposition du bureau de supprimer la publication de la Revue pendant les mois d'août et septembre est repoussée par la majorité.

## PRÉSENTATIONS DE MALADES ET DE PIÈCES

### Rétrécissement mitral avec absence du pouls radial droit

par le Docteur **ORTONA**

Ca... Gavino, 40 ans, journalier dans une mine de plomb, entre à l'Hôpital Italien le 14 novembre 1922. Parents vivants et en bonne santé; rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Enfance normale sans maladie remarquable jusqu'à l'âge de six ans; à cette époque rhumatisme polyarticulaire très grave ayant duré une année entière: tumeur et rougeur modérées. Il nie la syphilis et toutes autres maladies vénériennes; marié à 23 ans avec une femme bien portante qui n'a jamais eu de fausses couches: deux enfants, encore vivants et en bonne santé, mais un enfant mort-né, un deuxième mort âgé de quatre ans par suite d'une méningite de très courte durée, un troisième mort à trois ans presque subitement dans une crise convulsive, un quatrième mort à 19 mois et deux autres encore en bas âge dont il ne sait rien dire.

Il y a huit ans, céphalée violente immédiatement suivie d'ictus avec hémiplegie totale droite (membres et facial) et aphasie. Il fut soigné à l'hôpital où il fut soumis à un traitement mercuriel d'abord, électrique ensuite. Sorti trois mois après, il fut rapatrié en Italie, mais ce n'est à ce qu'il dit qu'après deux ans de soins qu'il fut guéri et put reprendre son travail. Il y a quatre ans, troubles gastriques caractérisés par des pyrosis et sensation de pesanteur mais le tout serait rentré dans l'ordre par la simple cessation du vin.

Visité à l'hôpital pour la première fois le 15 novembre, il raconta être souffrant depuis huit jours seulement: début avec douleurs articulaires notamment aux épaules et aux articulations des membres inférieurs, mais pas de fièvre ni d'enflure aux articulations, dyspnée, palpitations, asthénie; depuis deux jours il constatait de légers œdèmes des membres inférieurs.

Individu maigre avec des muscles hypotrophiques surtout au côté droit, pâle; système glandulaire normal sauf quelques nodules de grosseur moyenne aux aines. Au sommet droit respiration granuleuse avec quelques points crépitants inspiratoires inconstants; aux bases des petits râles humides à petites et moyennes bulles plus nombreux à gauche.

*Cœur*: vibrations évidentes de la région précordiale entre la IV et VI côtes; à la palpation de la paroi thoracique gauche, frémissement présystolique, pointe au VI<sup>e</sup> espace  $\frac{1}{2}$  centimètre en dehors de la ligne mammaire, à la percussion la limite supérieure gauche atteint la marge supérieure de la IV<sup>e</sup> côte (tout le cœur semble abaissé). A l'examen thoracique postérieur la matité, correspondant à l'oreillette gauche, est augmentée d'étendue, de forme ovale avec une hauteur de onze centimètres et

une largeur de six. A l'auscultation les bruits sont très rapides, sourds d'une irrégularité extrême où l'on ne peut plus reconnaître les silences : c'est à peine si on peut se rendre compte d'un dédoublement du deuxième bruit à l'orifice pulmonaire. Le pouls très fréquent parfois presque incomptable donne plus de 160 pulsations arythmiques très faibles à gauche; le pouls de la radiale droite est complètement *absent*; les jugulaires au contraire sont très apparentes, distendues et elles sont animées d'un mouvement presque vibratoire très accentué.

La tension au Pachon à gauche donne Px 11 et Pm 11. Respiration 32-34. La langue est chargée et sèche; l'abdomen ne présente rien d'anormal sauf une légère augmentation du foie. Oligurie, urines albumineuses fi.30 p. 100; pas d cylindres ni de cellules rénales dans le sédiment. Wasserman négatif. Les réflexes rotuliens sont exagérés à droite; les réflexes iridiens sont normaux.

Pendant les premiers jours l'état se maintient très grave et malgré le traitement classique de l'insuffisance cardiaque le malade, le 16, le 17 et le 18 novembre, reste toujours dans le même état; le 17, le pouls descend à 158 et le 18 remonte à 168, le 18 on obtient une légère augmentation du débit urinaire qui n'atteint pas encore un litre.

Dans ces conditions le 20 novembre nous nous décidons à lui faire une première injection intraveineuse de 1/4 de milligr. d'Ouabaïne Arnaud. Immédiatement nous avons la satisfaction de constater l'apparition nette du pouls radial droit que nous n'avions jamais pu constater avant, malgré les plus patientes recherches; l'avant-bras et la main droite deviennent roses et présentent une chaleur normale qu'ils n'avaient point. Le pouls donne 148 pulsations bien frappées; la respiration descend à 23 et le malade passe une journée et une nuit bien meilleures; en même temps débit urinaire de 2.800 cc. en 24 heures.

Encouragé par ce résultat, le 21, j'injecte dans la veine une ampoule entière d'Ouabaïne  $\frac{1}{2}$  milligr. Le 22 matin, je constate une amélioration encore plus évidente avec 75 pulsations mais l'arythmie persiste et les bruits cardiaques sont toujours obscurs et d'un rythme tout à fait irrégulier, mais le bien être est toujours plus net et le malade se croit guéri. Le pouls est à 75.

Je poursuis jusqu'au 23 novembre (quatre jours) une injection intraveineuse d'Ouabaïne à 1 milligr. L'urine est toujours abondante et sans trace aucune d'albumine, les œdèmes ont disparu. Le pouls radial droit bien que moins fort que le gauche n'a plus cessé d'être bien frappé même après la cessation de l'Ouabaïne et les pulsations se maintiennent autour de 70 sans aucune autre médication cardiaque, sauf cinq gouttes de digitale par jour. Ce n'est que ce matin 8 décembre après treize jours de la

dernière injection intraveineuse de Ouabaïne que le pouls est remonté à 138.

L'examen radiologique pratiqué par notre excellent confrère le docteur Jaubert de Beaujeu a donné les résultats suivants :

- 1° Augmentation et saillie de l'oreillette gauche;
- 2° Saillie de l'arc moyen : artère pulmonaire;
- 3° Saillie de l'oreillette droite : dilatation de cette oreillette et peut-être du ventricule droit;
- 4° Ventricule gauche relativement peu développé;
- 5° Profil droit peu visible à cause d'adhérences probables pleuro-péricardiques; cependant on croit avoir pu distinguer le profil de l'oreillette droite faisant saillie largement;

6° En oblique la saillie de l'oreillette gauche est visible et très marquée.

En présence des faits cliniques énoncés et des données radiologiques pour lesquelles je remercie le docteur Jaubert de sa précieuse collaboration, le diagnostic de rétrécissement mitral s'impose.

Ce qui peut donner lieu à une discussion c'est plutôt son étiologie.

L'étiologie rhumatismale classique paraît la plus probable d'autant plus que cette infection figure largement dans l'anamnèse personnelle du sujet. Mais il ne faut pas oublier l'enfant mort-né, celui décédé à la suite d'une méningite, celui décédé subitement dans une crise convulsive et les trois autres morts en bas âge. Des faits pareils peuvent faire soupçonner la syphilis. Il y a en plus un ictus, survenu il y a huit ans, qui donna lieu à une hémiplegie droite avec aphasie, soignée par un traitement spécifique et suivi de guérison. Était-ce la conséquence d'une embolie par suite de l'endocardite chronique rhumatismale, chose qui est loin d'être rare dans le rétrécissement mitral ou l'effet d'une endoartérite cérébrale d'origine spirochetique ? A son entrée à l'hôpital, le Wasserman pratiqué à l'Institut Pasteur était négatif. J'ai voulu cependant faire cinq injections de cyanure de Hg pour provoquer une réactivation et j'ai envoyé de nouveau le sang au laboratoire.

Mais ce qui fait, à mon avis, l'intérêt du cas c'est surtout l'absence du pouls radial droit pendant les premiers jours de son asystolie qui paraissait bien due à la fibrillation de l'oreillette, ainsi que la réapparition immédiate du pouls à la suite d'une injection intraveineuse d'Ouabaïne Arnaud. J'ajouterais aussi cette amélioration générale si nette par le seul traitement à l'Ouabaïne après que le traitement classique poursuivi pendant trois jours eût complètement échoué. Cette absence du pouls radial d'un côté je l'avais constatée une seule fois, il y a une vingtaine d'années, dans un cas de maladie de Stokes-Adams que j'avais communiqué à la Société des Sciences Médicales de Tunis. Mais en dehors de ce symptôme, notre malade actuel n'a rien de commun avec le syndrome que je



viens de citer. Avant de vous le présenter ce soir, j'ai voulu faire toutes les recherches qui m'étaient possibles pour expliquer ce signe et en effet dans l'admirable Traité des maladies de cœur de Huchard, à la page 560 du tome III, on peut lire les lignes suivantes : « Il est un phénomène que j'ai constaté une vingtaine de fois et qui a fait l'objet d'un travail de Donetti dans mon service d'hôpital : je veux parler de la diminution et même parfois de la *disparition du pouls radial droit* signalée encore par les observations de Popoff et de Gouget. Ce dernier explique le fait par une lésion accidentelle, plaque d'athérome à l'origine du tronc brachio-céphalique, tandis que Popoff admet une compression du tronc-brachio-céphalique par la dilatation considérable des veines du cou.

« Il est possible que ce soit la turgescence de la veine jugulaire droite qui arrive à comprimer l'artère sous-clavière sous-jacente et cette compression d'une artère par un vaisseau veineux est d'autant plus facile que le rétrécissement mitral est plus serré et détermine ainsi un grand abaissement de la tension artérielle. »

Dans notre cas l'hypothèse de Popoff nous semble plus probable d'abord parce que les veines jugulaires étaient très distendues et turgescentes ensuite parce que à l'âge de notre malade une plaque d'athérome est moins probable mais surtout parce que l'effet d'un cardiotonique tel que l'Ouabaïne ou autre aurait moins facilement aboli une compression permanente. Huchard ne dit pas que le pouls radial droit puisse réapparaître, tandis que chez notre malade depuis sa réapparition il n'a plus disparu jusqu'à maintenant mais comme vous le pourrez constater ce soir, il est plus faible qu'à gauche.

#### Discussion :

Le D<sup>r</sup> Masselot fait remarquer que les explications que l'on trouve au sujet de la disparition du pouls radial chez les cardiaques n'ont pu le satisfaire. On a parlé chez les asystoliques à la suite d'un rétrécissement mitral d'une compression par une oreillette trop grosse ou encore d'une plaque d'athérome. Le docteur Masselot cite le cas d'une jeune maltaise qui n'avait pas de pouls radial droit sans que rien n'ait pu en expliquer la disparition.

Le D<sup>r</sup> Ortona rappelle que son malade n'a pas eu une disparition définitive, mais seulement temporaire. Il y a ceci de particulier c'est que le pouls reparut dès l'administration de l'ouabaïne.

×

Le D<sup>r</sup> Brux présente un nouveau cas d'**Éléphantiasis de la verge, énorme**, opéré avec succès.

## Tumeur maligne primitive du rein

avec généralisation dans les viscères

(épiploon, mésentère, rate, pancréas, foie)

présentée par les Docteurs **BROC** et **BIECHER**

Il s'agissait d'un malade admis au service de médecine dans un état cachectique très avancé.

L'examen des poumons et du cœur ne révéla rien de particulier, par contre on sentait dans l'abdomen plusieurs tumeurs dont une très volumineuse dans l'épigastre gauche. Ascite.

L'examen des urines ne révéla aucune trace d'un élément pathologique, mort peu de temps après.

L'autopsie nous montra que la tumeur volumineuse à gauche appartenait au rein gauche et les autres tumeurs étaient formées par des métastases dans l'épiploon et le foie. Du rein gauche on ne voyait que le segment inférieur avec le bassinnet qui était complètement libre.

Nous avons prélevé des fragments des différentes pièces et dès que l'examen histologique sera fait, nous renseignerons la Société sur la nature réelle de cette tumeur. Un point encore est intéressant à relever, c'est que l'examen des urines resta complètement négatif.

×

## COMMUNICATIONS

### Le Traitement des Fibromes par les Radiations

Au sujet de huit observations

par le Docteur **GUINET**

Je profite de quelques cas de fibromes que j'ai traités par la Roentgenthérapie et la Curiothérapie, pour prier le Président d'ouvrir devant la Société, la discussion du mode de traitement des fibromes qui doit être choisi à l'heure actuelle.

Les cas que j'ai traités l'ont tous été avec succès complet, excepté une malade qui a interrompu le traitement avant la disparition complète de la tumeur, se déclarant satisfaite du résultat obtenu et craignant la disparition complète de ses règles. J'ai eu soin de ne soigner par les radiations que les cas très nets de fibromes qui n'étaient accompagnés ni d'annexite ni de métrite, ni d'une autre complication. Je ne me suis pas laissé arrêter par la dimension des fibromes : deux d'entre eux étaient très volumineux, un était même bilobé comme vous le verrez dans les observations. Une des malades a été traitée par radium et rayons X; une autre par radium seul. J'ai résumé les observations dans le tableau suivant.

Nom de la malade	AGE	Dimens. du fibroïde	HÉMORRAGIES	Portes d'entrée	Irradiation des ovaires	Dose par portée entrée	Date de disparition des règles	Date de disparition de la tumeur	Nombre de séances	OBSERVATIONS
GIL...	39	petit	très abond.	3	courte	2 H	disparues la 2 <sup>e</sup> séance	2 mois 1/2	2	A eu un retour de règles qui a duré trois jours.
GUER..	41.	d°	abondantes	3	néant	2 H	d°	3 mois		
Z.....	44	moyen	très abond.	5	oui	2 H	après la 3 <sup>e</sup> séance	3 mois 1/2	3	Légers malaises après la première séance.
S.....	45	d°	moyennes	5	oui	2 H	d°	4 mois	4	Néant
W.....	46	d°	abondantes	5	oui	2 H	d°	5 mois	4	Malaises après les deux premières séances, puisilamine (déclarant sentir les rayons pendant la 1 <sup>re</sup> séance) a laissé 6 semaines d'écart entre les 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> séances.
V.....	38	très vol bilobé	moyennes	6	non	2 H 1/2 puis 2 H	après la 2 <sup>e</sup>	6 mois	4	Néant (a fait 1000 km. en auto et 300 à cheval entre la 2 <sup>e</sup> et la 3 <sup>e</sup> séance).
A.....	35	vol.	moyennes	3 la 1 <sup>e</sup> 5 la 2 <sup>e</sup>	non	2 H 1/2 puis 2 H	n'avaient pas d'ov. après la 2 <sup>e</sup>	n'a pas continué le traitement	2 séances plus 2 radium	A eu d'abord 2 séances radium qui ont diminué des pertes et fait un peu diminuer la tumeur. Les séances de radiothérapie ont été faites irrégulièrement. La malade a interrompu le traitement, la tumeur ayant déjà diminué de plus de moitié.
M.....	30	petit	abondantes							40 milligr. radium deux fois. Diminution de la tumeur et diminution des règles.

Pour toutes les malades j'ai employé la même dose de rayons, j'ai fait tantôt irradiation de l'utérus seul, tantôt, quand il s'agissait de malades de plus de 40 ans, ayant des hémorrhagies abondantes (Observ. I, III, IV, V), irradiations de l'utérus et des ovaires dans le but d'agir vite sur les pertes, très gênantes pour les malades. Sur l'utérus j'ai fait 2 H. à 2 H.  $\frac{1}{2}$  par porte d'entrée comptés après le filtre de 7 mm. d'aluminium, 100.000 volts, 3 milliampères, anti-cathode à 27 cm. de la peau. Quand j'ai irradié les ovaires, j'ai envoyé 1 H.  $\frac{1}{2}$  chaque fois. Je n'ai pas remarqué que les hémorrhagies ni la tumeur aient disparu plus vite chez les malades dont les ovaires avaient été irradiés que chez les autres. Deux seulement des mêmes malades ont eu quelques malaises le lendemain et le surlendemain de la séance. Après la disparition des règles, la plupart des malades ont eu les symptômes ordinaires de la ménopause : bouffées de chaleur, maux de tête, palpitations, etc.

Contrairement à ce qui a été parfois soutenu, j'ai toujours observé, sauf pour le dernier cas, dans lequel le traitement a été interrompu, une disparition rapide de la tumeur. Pour Madame V... cette disparition a été beaucoup plus rapide que je ne l'espérais. Je ne comptais pas sur un résultat aussi bon. Dans aucun cas je n'ai eu de réaction du côté de la peau ni les troubles intestinaux qui ont été observés par certains auteurs.

Il semble donc que la radiothérapie des fibromes est vraiment efficace. Je ne prétends pas que tous les fibromes doivent être soignés par la radiothérapie, mais il est certain que si l'on a soin de bien choisir les cas à traiter on obtient des succès remarquables. Nous pouvons dire qu'à l'heure actuelle nous avons à notre disposition pour traiter les fibromes, la chirurgie, le radium et la radiothérapie. Depuis trois ans cette question du traitement des fibromes, par ces différentes thérapeutiques, a été discutée dans le monde entier par les Sociétés savantes.

Pour faciliter la discussion, j'exposerai successivement les opinions des partisans de la radiothérapie, celles des partisans de la Curiothérapie et enfin celles des partisans de l'opération.

Au premier rang des auteurs qui ont prôné la radiothérapie, il faut placer Bécclère qui un des premiers a employé cette méthode de traitement.

Dans le Journal de Radiologie, 1920, Bécclère rapporte une série de 400 cas de fibromes traités par lui depuis dix ans. Il a obtenu 396 guérisons sur 400 cas. Les cas où il a échoué se rapportent : deux à des fibromes sous-muqueux, un à la coexistence d'un cancer; le dernier concerne une malade qui a cessé le traitement ayant eu une hémorrhagie qui a nécessité une opération d'urgence.

En 1921, Bécclère communique à l'Académie de Médecine 300 nouvelles observations concernant des fibromes de dimensions variables. Quelques-

uns étaient très volumineux, 31 cas dépassaient le pubis de 20 à 29 centimètres, trois cas de 30 à 34 centimètres. Les résultats furent : la disparition des hémorragies chez 294 malades; chez ces mêmes malades il y eut une régression plus ou moins rapide et plus ou moins accentuée de la tumeur. Il a observé trois échecs, le premier cas a été opéré à cause d'une hémorragie abondante survenue pendant le traitement; les deuxième et troisième cas se rapportaient à des fibromes sous-muqueux — dans un autre cas il y avait un polype, dans un dernier, la coexistence d'un épithélioma muqueux. Dans deux autres cas il y avait coexistence d'un kyste de l'ovaire.

Lorsqu'une récidive se produit, ce que Bécclère a observé dans 3,40 % des cas, quelques séances de radiothérapie suffisent à faire regresser la tumeur.

En 1920, critiquant une discussion qui eut lieu à la Société de Chirurgie au sujet du traitement des fibromes, au cours de laquelle la radiothérapie était accusée de faire dégénérer le fibrome en cancer, Bécclère fait observer que dans les cas rapportés, il est impossible de prouver que le cancer coexistant avec le fibrome fut occasionné par la radiothérapie. Il fait observer que la mortalité opératoire est de 5 %, tandis que le traitement par la radiothérapie ne détermine aucun accident. Il s'élève contre l'opinion de G. Chifoliau qui dit que la radiothérapie appliquée aux fibromes, est un procédé thérapeutique parfois fidèle dont les résultats transitoires ou incomplets, ne sont pas en rapport avec la longue durée du traitement. Il fait remarquer en outre que l'intervention chirurgicale n'est pas toujours applicable et qu'il n'y a jamais de contre-indication de la radiothérapie. Le même auteur publie le cas d'une malade chez laquelle on avait pratiqué une myotomie et qui ayant fait une récidive fut guérie par la radiothérapie.

Laquerrière publie deux cas de fibromes adhérents déclarés inopérables qui furent guéris complètement par la radiothérapie. Je rapporte ses conclusions. Il a observé :

1° Diminution de volume de la tumeur amenant une diminution de la tension abdominale.

2° Disparition des troubles congestifs.

3° Action sclérolysante sur les adhérences vraies, analogues à celle que l'on constate sur les cicatrices. Enfin, peut-être dans quelques cas, sédation des phénomènes inflammatoires comme il en a rencontré un seul exemple net.

Solomon dans une étude sur les irradiations gynécologiques en Allemagne conclut que quelle que soit la technique employée (doses faibles, moyennes, ou fortes), les résultats sont aussi bons, avec réserves pour les

doses fortes qui peuvent produire les troubles du mal des irradiations profondes (Roentgenketer).

Pour Gagey le radium est supérieur à la radio. Il obtient la diminution de la tumeur en trois mois et la disparition des hémorragies en cinq et six semaines. Pour certains auteurs, il faut, dans certains cas, employer le radium et dans d'autres la radiothérapie.

Ménard cite trois observations dans lesquelles les femmes ont pu avoir des enfants après traitement par la radiothérapie.

Sirol de Toulouse rapporte un cas de fibrome datant de quatre ans guéri en cinq mois et suivi de grossesse.

Solomon au dernier Congrès de l'Afr. pour l'Avancement des Sciences, publie six observations de fibromes ayant continué à évoluer après la ménopause, guéris par la radiothérapie de la tumeur. Ces faits sont contre la théorie de l'influence de la fin de l'ovulation sur la régression des fibromes et en faveur de l'action directe des rayons sur le tissu fibromateux.

Au Congrès de Gynécologie d'octobre 1921, Jean Louis Faure, fait un rapport très complet sur la Curiothérapie des fibromes. Il reconnaît être très impressionné par les résultats et admet que l'on possède dans la radiothérapie et le radium des agents thérapeutiques de premier ordre pour le traitement des fibromes. A ce Congrès, Siredey publie une statistique de 122 cas de fibromes dans lesquels il a obtenu 105 guérisons, trois améliorations et cinq échecs complets. Parmi les cinq échecs il y avait quatre gros polypes fibreux.

Le professeur Pinard déclare avoir autrefois fait opérer ses fibromes et avoir eu quelques décès. Depuis douze ans il confie, à Bécélère, de nombreuses malades atteintes de fibromes et il n'a jamais eu ni insuccès ni accident quelconques.

Degrais, Madame Fabre, Clarke, Nogier, préfèrent le radium. Bécélère reproche au radium de déterminer parfois des accidents mortels et d'être inefficace dans les cas de fibromes volumineux.

Après cet exposé des résultats obtenus par les rayons X et de radium, il est indispensable de signaler les violentes critiques dont ces méthodes de traitement ont été l'objet par les chirurgiens. La Société de Chirurgie de Paris a mis la question à l'ordre du jour de ses séances en 1919 et en 1922. En 1919 Delbet fait un rapport sur trois observations de Mornard concernant des cancers développés sur des fibromes traités par la radiothérapie. L'auteur accuse les rayons X d'avoir fait dégénérer le fibrome en cancer.

Quénu, J.-L. Faure, Hartmann et Tufier mettent la radiothérapie hors de cause en faisant ressortir la coexistence possible des fibromes et des cancers du col de l'utérus, d'où la nécessité d'un examen clinique sérieux.

Hartmann accuse les rayons de déterminer un amaigrissement considérable et une sorte de cachexie. Ceci peut se produire si on a employé la méthode allemande des doses massives, mais si on emploie la méthode des doses fractionnées, on observe les signes de ménopause qui existent également chez les hystérectomisées.

Personnellement, chez mes malades, je n'ai observé aucun accident quelconque et leur état général est devenu meilleur qu'avant le traitement.

La radiothérapie hérite parfois des cas que la chirurgie ne peut guérir exemple : les deux cas de Laquerrière cités plus haut et un d'Arroux.

Dans un article récent, Bécélère a montré que quand il y a échec de la radiothérapie, cet échec est dû, soit à une mauvaise technique et à un mauvais appareillage, soit à l'existence d'un fibrome sous-muqueux (dans ce cas il n'y a pas disparition des règles ni diminution de la tumeur, ces faits existent dans une proportion de 1 %). Il signale aussi des cas où après échec de la curiethérapie, il y a eu plein succès en employant les rayons X.

En 1922 un nouveau débat s'ouvrit à la Société de Chirurgie de Paris sur la même question.

Si nous résumons la discussion, nous pouvons indiquer que celle-ci a porté :

- 1° Sur l'action de la radiothérapie sur la tumeur;
- 2° Action sur l'hémorragie et la douleur;
- 3° Enfin, sur les dangers de la radiothérapie.

*Action sur la tumeur.* — On est très surpris de lire que la plupart des chirurgiens ont constaté que le volume de la tumeur était faiblement influencé par les irradiations, dans nombre de circonstances et peut-être même dans la majorité. Or, personnellement, chez sept de mes malades sur huit, j'ai obtenu une disparition presque complète de la tumeur; chez la huitième, le traitement n'a pas été terminé.

J.-L. Faure reconnaît qu'il a observé la régression et même la disparition complète des fibromes, entre autres un fibrome très volumineux remplissant le bassin et remontant jusqu'à l'ombilic (Séance du 14 juin 1920).

De son côté, Bécélère, comme il a été dit plus haut, a toujours observé diminution ou disparition de la tumeur.

Dans les autres cas, la régression a continué pendant des mois après la cessation du traitement. Il affirme qu'une tumeur abdominale avec toutes les apparences d'un fibrome utérin, qui ne diminue pas de volume, n'est pas un myome, ou n'est pas exclusivement de nature myomatense.

*Action sur l'hémorragie et la douleur.* — P. Frédet reconnaît qu'il y a unanimité pour constater les excellents effets de la radiothérapie contre les hémorragies, dans le cas où celles-ci ne cessent pas. Bécélère est le pre-

mier à reconnaître qu'il s'agit soit de la coexistence d'un cancer, soit d'un polype sous-muqueux et que dans ces cas, il faut recourir à l'intervention.

*Dangers de la Radiothérapie.* — Je laisse de côté les dangers de radio-dermite dus à un mauvais outillage et à une mauvaise technique (on ne doit jamais observer de radiodermite ni de brûlures par le radium si on a soin de filtrer suffisamment et de ne pas employer une trop forte dose de rayons ou de bromure de radium). On ne doit pas non plus observer le mal des rayons se produisant quand on emploie la méthode d'Erlangen de stérilisation en une seule séance. Il est aussi complètement inutile d'employer des potentiels de 200.000 volts. Bécélère a employé longtemps 75.000; la technique actuelle emploie 100.000 volts.

Baumgartner et Hallopeau ont cité des cas où la chirurgie avait présenté des difficultés à cause d'adhérences qu'ils attribuent au traitement par les radiations.

Proust ne nie pas la possibilité de cette aggravation mais en charge une mauvaise technique. On devra objecter aussi les deux observations de Laquerrière qui, dans deux cas de fibromes adhérents et inopérables, a obtenu par les rayons la destruction des adhérences et la disparition du fibrome.

Mathieu est d'avis d'opérer tous les utérus dont une partie au moins est douloureuse au palper. Contrairement à ces opinions, Bécélère a irradié des tumeurs donnant en certains points de leur surface une sensation de mollesse et de sensibilité anormale. Dans tous les cas il a eu des succès par radiothérapie et Bécélère conclut que celle-ci n'est contre-indiquée par aucune des dégénérescences aseptiques des fibro-myomes.

La radiothérapie a été accusée de favoriser le développement du cancer de l'utérus. Le diagnostic de la coexistence de fibrome et cancer est très difficile, et cette coexistence très rare, 3 % environ.

Comme conclusion, nous pouvons dire que nous avons à notre disposition pour le traitement des fibromes, trois agents thérapeutiques qui ont chacun leur indication et leur contre-indication. Tous les fibromes devront être traités par les radiations si les hémorragies et le volume de la tumeur n'ont pas diminué, et, s'il se produit une complication quelconque, le radiothérapeute ne devra pas persister et devra envoyer la malade au chirurgien; il en sera de même lorsque le diagnostic sera douteux et qu'il existera une complication quelconque.

Le traitement par les radiations sera également indiqué lorsqu'une contre-indication opératoire se présentera, car il n'existe aucune contre-indication d'ordre général du traitement par les radiations. Les contre-indications du traitement par les rayons sont : la coexistence d'une lésion d'un



organe avoisinant (salpingite aiguë, appendicite), l'existence de myomes sous-muqueux, de polypes.

Naturellement, la dégénérescence épithéliomateuse du fibrome commande l'opération. Quant à la dégénérescence sarcomateuse, elle est justiciable de la radiothérapie.

Le radium pourra être employé à valeur égale avec les irradiations, quand il s'agit de petits fibromes saignant beaucoup, chez des femmes jeunes; dans quelques cas on obtiendra par ce moyen la disparition des hémorragies et la régression de la tumeur parfois sans amener la ménopause définitive, mais on observera aussi plus d'échecs par le radium que par la radiothérapie sans compter les risques d'accidents mortels.

En un mot, on peut dire avec Bécclère que dans le traitement des fibromyomes de l'utérus, en dehors des conditions exceptionnelles qui se commandent impérieusement l'intervention chirurgicale, la radiothérapie est la médication de choix, la seule qui s'applique sans danger et sans douleur à la majorité des cas et donne presque toujours la guérison, sans déranger d'aucune manière les occupations habituelles.

×

#### Discussion :

Le D<sup>r</sup> *Bouquet* a vu une malade âgée de 48 ans l'année dernière qui présentait un fibrome. Au lieu de se faire opérer comme le lui avait conseillé le docteur Bouquet, la malade se fit faire des irradiations. Le traitement radiothérapique arrêta les hémorragies mais vu à un an de distance la tumeur n'a pas diminué.

D<sup>r</sup> *Guinet*. Lorsque la technique est bien appliquée la tumeur doit disparaître.

D<sup>r</sup> *Rogalski*. La tumeur diminue-t-elle ou disparaît-elle ?

D<sup>r</sup> *Guinet*. Elle disparaît le plus souvent.

Le D<sup>r</sup> *Brun* pense qu'il n'est pas permis de douter des résultats publiés par Bécclère qui est non seulement un radiologue éminent mais aussi un clinicien hors ligne. La grosse question est d'établir un diagnostic ferme. Si l'on a noté des accidents c'est, ou bien qu'il ne s'agissait pas de fibromes ou bien qu'il y avait autre chose en même temps. La radiothérapie sur des lésions annexielles est dangereuse souvent même désastreuse. Le docteur Brun envoie tous les petits fibromes sûrement diagnostiqués au radiothérapeute.

Le D<sup>r</sup> *Guinet* fait observer que chez les femmes jeunes on arrête l'évolution d'un fibrome sans supprimer les règles, ce qui a une grosse importance.

Le D<sup>r</sup> *Minguet* demande au docteur Brun s'il a déjà opéré des fibromes ayant reçu un traitement radiothérapique et si l'opération présente une plus grande difficulté.

D<sup>r</sup> *Brun*. L'opération ne présente aucune difficulté, le fibrome reste libre. L'action dangereuse des rayons ne s'observe que dans des erreurs de diagnostic se portant sur des lésions annexielles : Dans l'abdomen il se développe un syndrome péritonéal dangereux. Il y a une période aiguë et on ne sait pas au juste ce qui se passe étant donné que c'est en cavité close.

Le D<sup>r</sup> *Bouquet* fait observer que la malade dont il parlait fut soignée par les bonnes méthodes.

Le D<sup>r</sup> *Guinet*. Le fait est exact; j'ai soigné la malade du docteur Bouquet, et je soutiens que la tumeur a considérablement diminué. D'ailleurs, la malade est encore en traitement et son observation n'est pas parmi celles que je présente.

---

La **LIBRAIRIE TOURNIER**, 10, Avenue de France, à Tunis, adresse gracieusement son catalogue mensuel à tous les confrères qui lui en font la demande.

On peut y consulter sur place toutes les nouveautés littéraires, scientifiques et médicales. On y trouve également un rayon spécial important de livres d'occasion anciens et modernes — et d'ouvrages relatifs à l'Afrique du Nord.

### Sur le Traitement du Paludisme

par le Dr **PROVOIELLE**

Médecin de la colonisation à Mateur

Il est peu de praticiens coloniaux qui n'aient éprouvé le besoin d'exposer leur méthode personnelle de traitement des fièvres paludéennes. Après les nombreux travaux publiés dans cette même revue l'année dernière, il semblerait que, toute modestie mise à part, il y ait quelque témérité à vouloir présenter quelque chose de nouveau dans cet ordre d'idées. J'essaierai cependant, si l'on veut bien me le permettre, d'indiquer en quelques lignes le résultat de mon expérience propre. Comme à bien des confrères la quinine — merveilleux médicament cependant — m'a donné bien des déceptions alors que je ne savais guère la manier. Quelques précautions, qui sembleraient au premier abord très banales, très négligeables, et souvent de nature fort empirique, permettent pourtant d'obtenir, maintes fois, des résultats. Il se prend en effet beaucoup de quinine, depuis qu'elle se vend au bureau de tabac comme le sel ou les allumettes ; chacun se soigne à sa guise, se dose suivant son caprice, sans conseils du médecin ; et l'on a des mécomptes perpétuels, parce que l'on ne sait pas prendre sa quinine. Quelques grammes de quinine pris judicieusement valent mieux que des centaines de grammes pris à l'aveuglette.

Exerçant depuis quinze ans en Tunisie et depuis deux ans dans une région particulièrement contaminée — celle de Mateur — ayant fait partie pendant la guerre, deux années de suite, de la mission antipaludique à l'A. O. à Salonique, en Macédoine, en Grèce, j'ai eu l'occasion de voir, d'observer et de soigner de nombreux paludéens. J'en avais vu fort peu autrefois en France, j'étais donc assez novice. Hésitant d'abord j'ai suivi bien des errements ; ma thérapeutique était flottante. Je crois cependant avoir réussi à fixer mes convictions et à établir un mode de traitement — qui n'est pas très neuf ! — mais qui part d'un empirisme journalier et m'a donné des succès assez réguliers. C'est cette modeste contribution à la thérapeutique du paludisme que je livre à l'appréciation de mes confrères de Tunisie.

*Quinisation préventive.* — En pays contaminé je suis, bien entendu, partisan de la quinisation préventive. Je n'y apporte aucune modification personnelle. Du 15 juin (date approximative de l'apparition des nouvelles anophelines en toute région, ici comme en Grèce), jusqu'à fin novembre (dernières chaleurs) j'adopte la dose journalière (ou tous les deux jours).

de 0.25 à 0.40 cg. prise une heure avant le coucher du soleil (le crépuscule n'existant guère). La quinine est prise avec une légère collation, mon principe étant de ne *jamais* laisser tomber une parcelle de quinine dans un estomac vide. Les doses sont un peu variables, du reste, suivant le degré de contamination du lieu habité, et, couramment ou par occasion.

Le sel que j'emploie dans la quinzisation préventive est un sel à élimination lente (tannate de quinine, carbonate de quinine (alias aristochine), ce qui permet d'en faire absorber des quantités moindres; leur action dure plus longtemps.

*Paludisme confirmé.* — Le type courant est celui des grands accès quotidiens ou tierces. Je laisse de côté toute discussion nosologique. Je me place à un point de vue purement pratique.

I. — Si les accès sont légers et que l'état général du malade soit satisfaisant sans retentissement *apparent* sur la rate, le foie, l'hématogénèse, etc., j'ordonne :

1° À *midi* exactement tous les jours pendant *quatre jours* au *début* du repas : 1 gr. de chlorhydrate de quinine.

Toujours à la même heure quatre jours suivants : 0,50 de chlorhydrate de quinine.

2° Tous les matins à *jeun* pendant 12 à 15 jours XII à XV gouttes de :

Arrhénal : 2 gr.

Aq. dist. : 40 gr.

3° La quinine est précédée la veille d'un purgatif salin.

4° Une demi heure avant la prise de quinine un cachet :

Pyramidon	} à 0,10	
Exalgine		
Phénacétine		
Valérianate de quinine		
Caféine		0,05
Benzoate de soude		0,10

Ce cachet préparatoire calme la céphalée et semble d'autre part servir de « mordant » à la quinine.

*Remarque.* — On remarquera que je dis : au début du repas. En effet un paludéen a souvent bon appétit en dehors de ses accès. Au cas contraire le repas sera remplacé par un bol de lait chaud. Quant à nos Arabes ils mangent toujours. Agonisants à l'hôpital ils demandent encore à manger.

II. — Si les accès sont violents accompagnés d'un certain degré de rémittence fébrile; que la malaria remonte à quelques années; que l'état général du malade soit déjà compromis et présente tout un cortège symptomatologique; Foie congestionné et douloureux, rate grosse et douloureuse, anémie marquée, etc., je prescris :

1° *Avant-tout* 5 sangsues à la région hépatique et 5 sangsues au niveau de la rate.

2° Un purgatif salin.

3° Tous les jours pendant 3 (ou 4) jours à *midi* exactement .

1 gr. de chlorhydrate de quinine

dissous dans 30 cc de sérum physiologique

et injecté sous la peau dans une région intermédiaire à l'omoplate et les fausses côtes, en un point du corps où la peau offre une certaine flaccidité qui favorise la facilité de l'injection, la rapidité de l'absorption, et ne laisse qu'une douleur très peu marquée.

Je ne me sers plus *jamais* de solutions de quinine pures, telles qu'on les trouve en ampoule dans le commerce. Je les dilue toujours. Action beaucoup plus rapide, sûre, pas d'accidents locaux, de névrose des tissus, plus de douleur; plus de ces malheureux à qui l'on a injecté de la quinine dans la fesse et qui pendant trois mois ne savent plus comment s'asseoir, si ce n'est sur le bord d'une chaise.... quand il ne s'agit pas d'accidents plus graves, abcès, etc.

Les quatre jours suivants est *supra* 0,50 de chlorhydrate *per os* à *midi*.

3° Même usage de l'arrhénal.

4° Les jours qui suivent je prescris après les repas un verre à liqueur de

Citrate de fer	10 gr.
Teint. de noir vomique	5 gr.
Teint. de cannelle	5 gr.
Teint. de Kola	} à à 15 gr.
Teint. de Coca	
Extrait de quinquina	20 gr.
Elixir de garus	q s. p. 500 gr.

*Accès pernicieux.* — Je les traite de la même façon sauf qu'au lieu de 1 gr. de chlorhydrate j'injecte 1 gr. 50, 2 grammes même dans les cas graves. Mais il n'y a pas grand intérêt à augmenter les doses.

Douze injections hypodermiques de cacodylate de soude et strychnine : 12 jours.

Mêmes indications générales que ci-dessus.

*Anciens paludéens.* — Après une « crise » de paludisme je fais prendre à mes anciens malades :

1° Tous les *mardi* et tous les *vendredi* à midi, pendant trois mois : 1 gr. de carbonate ou tannate de quinine.

2° Des séries de gouttes d'arrhénal 12 jours de traitement 15 de repos; 1' de traitement, 15 de repos, etc., pendant trois mois.

3° Usage de reconstituants (fer, kola, etc.).

*Remarque.* — On a vu que j'ai souligné expressément l'heure de la prise de la quinine : *A midi*. Là est le point curieux. Il semble qu'il faille que la quinine soit prise toujours à la même heure, comme s'il exis-

taît un cycle dans l'intérieur duquel elle agit mieux. L'heure de *midi* semble également la meilleure. [Ce pourrait peut-être aussi être l'heure du repas du soir] comme si l'estomac est plus favorablement disposé à recevoir le médicament, par suite d'un entraînement fonctionnel de l'organe depuis l'enfance, habitué à *travailler* régulièrement à une heure toujours la même. Petit détail, dira-t-on. Et pourtant c'est en ne m'écartant jamais de cette règle que je n'ai guère plus eu de mécomptes dans ma thérapeutique ! — Empirisme ! Pourquoi pas ? — Pas scientifique ! — Pratique et d'observation ! Je porterais également l'attention sur ce fait que je ne donne jamais la quinine à un estomac vide. Je fais manger un peu, ou boire une tasse de lait chaud, puis je fais prendre le cachet de quinine. Pourquoi encore ? On peut le comprendre aisément, mais je ne me hasarderai pas à soutenir une thèse à ce sujet. Je reste sur le plateau de la pratique et de la simple observation des faits.

Tout ce que je puis dire c'est qu'avec ma méthode, offrant au fond si peu d'éléments nouveaux j'ai soigné nombre de paludéens qui depuis des années présentaient des accès fréquents, étaient dans un mauvais état général avec maigreur et anémie profonde, et qu'après mon *simple* traitement institué — quelquefois à la suite d'un état grave — ces mêmes sujets n'ont plus *jamais* présenté un trouble malarien !

Je ne veux pas en tirer une trop grosse conclusion au point de vue de l'avenir, je constate les résultats actuels vis-à-vis du passé des malades. Et mes cas sont nombreux !

Pour terminer je signalerai seulement le traitement opothérapique que j'ai fait suivre à quelques indigènes atteints de rates énormes, dépassant la ligne blanche et descendant inférieurement à proximité de la symphyse pubienne. Je fais acheter à l'hôpital tous les jours une rate de bœuf ou de mouton ou de chèvre, je la fais râper, gratter et je fais prendre la pulpe dans du bouillon tiède ou de la purée : en huit jours pareille rate a remonté dans la zone épigastrique. Son bord inférieur ne dépasse pas une ligne perpendiculaire tirée de l'ombilic, et ses bords épais, arrondis sont réduits à la minceur d'une lame de couteau. Je n'ai pas encore assez d'éléments pour apporter une généralisation au traitement. J'ai cru devoir signaler ces quelques résultats obtenus, plus que satisfaisants car dans un cas récent, chez un ouvrier de la voie au B.-G., algérien, entre à l'hôpital de Mateur vers le 25 octobre 1922, la rate était restée invariablement la même, jusqu'au traitement opothérapique (30 novembre).

Telles sont les notes de thérapeutique pratique que j'ai cru devoir exposer. Pour résumer, et pour légitimer cet aperçu, qu'ai-je apporté de nouveau en tant que contribution à la médication du paludisme ? Peu de chose évidemment ! Récapitulons cependant :

- 1° L'heure fixe dans la prise (*per os* ou *hypodermique*);
  - 2° Jamais de quinine dans un estomac vide;
  - 3° L'heure du repas de midi éminemment favorable;
  - 4° Dans les cas graves toujours une saignée et un purgatif avant l'administration de la quinine (dans les cas plus légers un purgatif simplement);
  - 5° Usage concomittant de quinine et d'arsenic;
  - 6° Agir rapidement : chlorhydrate de quinine (élimination rapide);  
Chronicité ou Prévention : Tannate et Carbonate de quinine (élimination lente);
  - 7° Quinine hypodermique toujours en solution dans du sérum;  
Jamais de solutions pures — toujours dans un endroit très flaccide;
  - 8° Chez les chroniques, usage de préparations ferrugineuses;
  - 9° Chez les mégalospléniques : cpothérapie par *rales crues*.
- Peut-être aurais-je, dans l'avenir, l'occasion de modifier mes vues. *Ars longa...* Nous avons toujours à apprendre.

---

N.-B. Il y aurait également à traiter de l'usage du 214. Au dispensaire antisyphilitique de la Croix rouge de Mateur, en stérilisant des porteurs de tréponèmes, j'ai l'occasion de traiter en même temps des paludéens. D'une pierre deux coups! Je verrai plus tard les résultats. Il serait prématuré de parler un jugement d'ensemble actuellement.

### Essais de traitement du Paludisme par le " trépol "

E. CONSEIL et F. GÉRARD

(Bulletin de la Société de Pathologie exotique  
n° 7, 12 Juillet 1922)

aux auteurs que son action parasiticide pourrait, comme celle des arséno benzènes, s'étendre au paludisme.

Profitant d'une forte recrudescence de paludisme en Tunisie, l'an dernier, C. et G. ont essayé les injections intramusculaires de *trépol* dans quelques cas graves où la quinine ne donnait point de résultats définitifs.

La plupart des malades traités au Lazaret de la Rabta et à l'Hôpital Civil Français de Tunis, étaient des réfugiés russes, récemment impaludés, présentant des formes sévères, déjà soignés par des injections de quinine ou des prises de quinine *ab ore*.

Les quatre courbes qui accompagnent les observations publiées (prises parmi une dizaine des cas traités) montrent les effets obtenus, mieux que ne le ferait même une longue description.

Les résultats furent très inconstants. Quelques cas paraissaient avoir été nettement influencés, (avec apyrexie définitive même chez deux malades); mais, dans la majorité, l'action du *trépol* a paru nettement inférieure à celle de la quinine; quelquefois même elle se montra complètement nulle.

### Maladie de Darier

(Revue critique, à propos de deux cas nouveaux)  
par E. COHEN-HADRIA (Th. Lyon 1922)

La maladie décrite en 1889 par Darier sous le nom, impropre d'ail-

leurs, de psorosperme folliculaire végétante, et connue depuis, de tous les dermatologistes sous le nom de mala lie de Darier, est une dermatose rare (150 observations publiées depuis 1889) qui se caractérise cliniquement par une éruption, étendue à tout le tégument, mais particulièrement confluyente aux lieux d'élection de la séborrhée (région médiane du dos, région sternale, front, etc...), de papulo-croûtes souvent ombiliquées, d'apparence folliculaire, de coloration brunâtre, donnant au toucher la sensation de râpe. Au niveau des plis, l'affection présente souvent, mais non toujours, le type végétant; les éléments éruptifs sont des tubérosités mollasses, dégageant une odeur fétide et dont l'aspect rappelle les photographies de la lune. Les ongles et la muqueuse buccale sont souvent atteints, les poils sont toujours indemnes,



Le Wassermann est assez souvent positif, sans qu'on puisse incriminer la syphilis.

L'affection débute dans l'enfance, est souvent héréditaire et survient en général chez des individus à psychisme déficient.

Elle est essentiellement chronique et incurable; quelquefois on voit survenir des poussées aiguës suivies de guérison apparente. Le pronostic *quoad vitam est excellent*.

Le diagnostic, relativement facile, tire sa difficulté de ce fait que les affections qui peuvent simuler la maladie de Darier sont des dermatoses rares : acanthosis nigricans, keratosis follicularis contagiosa de Brooke, érythrodermie ichtyosiforme de Brocq-Lenglet, etc.

Histologiquement, les lésions épidermiques sont les plus importantes; les altérations dermiques sont banales, probablement secondaires, et on ne les observe avec grande netteté que dans les zones végétantes.

La déviation de la kératinisation, par insuffisance des fibres unitives, aboutit à la création dans le corps muqueux de fissures et de décollements importants; de nombreuses cellules de la couche granuleuse, s'isolant, prennent un aspect vésiculeux (*corps ronds* de Darier, que cet auteur avait d'abord pris pour des parasites du groupe des psorospermies); la couche cornée, épaissie, conserve des noyaux jusqu'à ses strates les plus superficielles. Ces lésions ne sont nullement folliculaires.

La nature de cette maladie est encore inconnue; les diverses théories pathogéniques émises, qui toutes ont abouti à des dénominations nouvelles, sont inexactes ou au moins insuffisamment démontrées. Il faut donc se garder de toute assimilation forcée et adopter le nom de *maladie de Darier* qui a l'avantage de rendre hommage à l'œuvre de ce Maître et — en constituant un aveu sincère d'ignorance — d'encourager à de nouvelles recherches.

E. C.

**Contribution à l'étude clinique  
et thérapeutique  
des déterminations rénales  
de rhumatisme articulaire aigu**

par le Docteur Maurice UZAN

Thèse de Paris 1922

L'auteur a repris dans ce travail inaugural en apportant des faits nouveaux l'étude des néphrites rhumatismales. Il

a eu surtout en vue les

formes de néphrites vraies qu'il oppose à l'albuminurie simple passagère, assez fréquente au cours du rhumatisme articulaire aigu. Ces formes graves sont, à vrai dire, assez rares car l'auteur n'a pu découvrir depuis 1840 que cinquante-six observations caractérisées. Après avoir passé en

revue la pathogénie qu'il considère d'ailleurs comme indépendante de l'angine, de l'endocardite, de l'intensité des manifestations articulaires ou fébriles, et après avoir signalé l'existence d'une forme hépato-rénale particulièrement sévère, l'auteur s'attarde surtout aux questions de diagnostic et de thérapeutique. Il insiste particulièrement sur le diagnostic qu'il y a à faire avec l'infarctus rénal tributaire de l'endocardite, avec la néphrite salicylée, le rhumatisme cérébral (diagnostic très difficile en cas de néphrite hyperazotémique rhumatismale) voire même avec l'acétonémie nerveuse de Talamon, le delirium tremens, les différentes affections convulsionnaires. Les questions de thérapeutique offrent ici un intérêt particulier parce qu'elles se trouvent sanctionnées par des règles pratiques.

L'auteur ne pense pas avec les classiques que la néphrite rhumatismale soit une contre-indication au traitement salicylé. Tout au contraire il croit que, de même que, la néphrite syphilitique peut bénéficier du traitement spécifique, la néphrite rhumatismale peut bénéficier, elle aussi, du traitement spécifique correspondant. Avec l'école lyonnaise il admet que « la seule contre-indication absolue du traitement salicylé est l'imperméabilité du rein à ce médicament. » Il en résulte donc que seule l'étude de l'élimination du salicylate constituera le criterium indispensable au praticien pour déterminer, dans chaque cas particulier, l'opportunité et la posologie du traitement au salicylate de soude. S. B.

---

### De l'empirisme et des superstitions en médecine chez les Arabes de la Tunisie

par G. PRANZO

(*Paris Médical*, n° 40, 7 Octobre 1922)

---

Poursuivant une publication commencée dans le *Tunis-Médical* d'avril 1922, notre confrère

continue son exposé des remèdes les plus extravagants et les plus étranges employés par les empiriques indigènes de l'Afrique du Nord.

Il indique ainsi que la diarrhée et la dysenterie sont traitées par les pois chiches grillés additionnés de graisse de chèvre. Le malade doit ingurgiter la plus grande quantité possible de ce mélange, sans boire. L'auteur fait remarquer que diarrhée et dysenterie sont d'ailleurs plutôt rares à cause de l'usage que font les indigènes de la campagne, en été, du *Ten*, (lait fermenté et écérémé).

L'hémorragie cérébrale fréquente a pour remède efficace la saignée, les membres hémiplégés sont recouverts de papiers portant des versets du Coran !

La blénnorrhagie comporte l'ingestion de persil cru mâché et aussi celle

revue la pathogénie qu'il considère d'ailleurs comme indépendante de l'angine, de l'endocardite, de l'intensité des manifestations articulaires ou fébriles, et après avoir signalé l'existence d'une forme hépato-rénale particulièrement sévère, l'auteur s'attarde surtout aux questions de diagnostic et de thérapeutique. Il insiste particulièrement sur le diagnostic qu'il y a à faire avec l'infarctus rénal tributaire de l'endocardite, avec la néphrite salicylée, le rhumatisme cérébral (diagnostic très difficile en cas de néphrite hyperazotémique rhumatismale) voire même avec l'acétonémie nerveuse de Talamon, le delirium tremens, les différentes affections convulsionnaires. Les questions de thérapeutique offrent ici un intérêt particulier parce qu'elles se trouvent sanctionnées par des règles pratiques.

L'auteur ne pense pas avec les classiques que la néphrite rhumatismale soit une contre-indication au traitement salicylé. Tout au contraire il croit que, de même que, la néphrite syphilitique peut bénéficier du traitement spécifique, la néphrite rhumatismale peut bénéficier, elle aussi, du traitement spécifique correspondant. Avec l'école lyonnaise il admet que « la seule contre-indication absolue du traitement salicylé est l'imperméabilité du rein à ce médicament. » Il en résulte donc que seule l'étude de l'élimination du salicylate constituera le criterium indispensable au praticien pour déterminer, dans chaque cas particulier, l'opportunité et la posologie du traitement au salicylate de soude. S. B.

---

### De l'empirisme et des superstitions en médecine chez les Arabes de la Tunisie

par G. PRANZO

(Paris Médical, n° 40, 7 Octobre 1922)

Poursuivant une publication commencée dans le *Tunis-Médical* d'avril 1922, notre con-

---

frère continue son exposé des remèdes les plus extravagants et les plus étranges employés par les empiriques indigènes de l'Afrique du Nord.

Il indique ainsi que la diarrhée et la dysenterie sont traitées par les pois chiches grillés additionnés de graisse de chèvre. Le malade doit ingurgiter la plus grande quantité possible de ce mélange, sans boire. L'auteur fait remarquer que diarrhée et dysenterie sont d'ailleurs plutôt rares à cause de l'usage que font les indigènes de la campagne, en été, du *Ten*, (lait fermenté et écrémé).

L'hémorragie cérébrale fréquente a pour remède efficace la saignée, les membres hémiplegiés sont recouverts de papiers portant des versets du Coran !

La blénnorrhagie comporte l'ingestion de persil cru mâché et aussi celle

d'un cafard coupé en quatre parties égales, que le patient devra avaler le matin à jeûn, quatre jours de suite, enrobées dans une datte.

L'istère catarrhal est soigné exclusivement par les pointes de feu et l'Écriture Sacrée.

Les bronchites chroniques appellent l'usage des pointes de feu, l'ingestion, deux jours de suite, de gousses d'ail cru dans de la mie de pain et aussi l'application d'un emplâtre composé de dattes, clous de girofle, poivre et cannelle finement pulvérisés.

On soigne le rhumatisme articulaire chronique par les bains maures et une spécialité, la *achba* à base d'iodure de potassium.

Les maladies de l'enfance (rougeole, scarlatine) sont traitées par des fumigations de bouillon d'estomac de chèvre, additionné d'eau, d'huile et de poivre.

Toutes les maladies nerveuses (de la neurasthénie à l'hystérie) réclament l'emploi de la graisse d'autruche (?) dont on enduit le corps du malade.

L'auteur signale encore l'emploi des couleuvres vivantes (inoffensives) en application sur une partie quelconque du corps des malades — à leur insu — pour réveiller l'enfant endormi ! quand elles ne sont plus aptes à enfanter.

En terminant son article, l'auteur constate que toutes ces pratiques tendent à disparaître de jour en jour.

Il en rapporte le mérite à l'œuvre médicale européenne : médecins de colonisation, médecins libres diplômés, créations de dispensaires, et rend un hommage mérité à tous ces modestes pionniers de la civilisation que sont les médecins du « bled ».

F. G.

### Le Cancer

par le Prof. FICHERA, de Messine

in *Corriere della Sera*, 14 Juin 1922

Au mois de juin dernier le prof. Fichera a fait une conférence publique à Milan, sur le

---

cancer dû d'après le Maître de Messine à une rupture d'équilibre fonctionnel de l'activité de reproduction des cellules. Si cette activité anormale est de minime intensité, il se forme une tumeur *bénigne*; si cette activité est forte c'est la tumeur *maligne* qui prend naissance avec production de toxine. Certains organes, les glandes à sécrétion interne, sont *excitateurs* : ce sont les glandes sexuelles; d'autres sont *frénateurs* de cette activité cellulaire : ce sont la rate, le thymus, la moelle osseuse, la thyroïde.

Par des *expériences* sur les animaux en faisant prédominer l'action de tel ou tel organe, les tumeurs spontanées ou greffées se développent ou diminuent de volume.

La *clinique* fait voir que les tumeurs sont rares chez les enfants parce que la rate et les glandes similaires inhibitrices sont actives; c'est le contraire chez les adultes.

De cette doctrine découle la *thérapeutique* conseillée par F., surtout basée sur les *autolyse*s d'embryons, de fœtus ou d'organes frénateurs qui agissent aussi en stimulant la défense de l'organisme tout comme les rayons X et les colloïdaux. L'action est notable surtout au début de la maladie, ajoute Fichera.

D. S.

### Sur l'examen biologique des sangs dans la transfusion sanguine

R. DOURIS

*Bulletin des Sciences Pharmacologiques*, Octobre 1922)

La pratique de la transfusion sanguine a montré que seule est redoutable l'agglutination

ou l'hémolyse des globules rouges injectés. Se basant sur ce fait, D. propose une méthode rapide d'examen biologique du sang. Son procédé dispense de l'emploi d'une centrifugeuse et évite l'opération fastidieuse du lavage des globules (méthode Epistein Ottenberg) ou de défibrination du sang (méthode Levaditi).

*Technique* : Recueillir quelques cme du sang du malade auquel on doit faire la transfusion, laisser coaguler, décanter le sérum.

Recueillir 1 cc. du sang de chaque donneur éventuel dans des éprouvettes contenant 9 cc. d'une solution chlorurée-citratée de formule :

Citrate de soude	1 gr.
Solution de chl. de sodium à 9 0/00	65 cc.
Eau distillée additionnée pour	100 cc.

On mélange dans des tubes à séro-réaction, trois parties du sérum du malade avec une partie de la dilution chlorurée citratée du sang des donneurs. On agite énergiquement et met à l'étuve à + 37° une heure environ.

Le donneur convenable est celui dont le sang citraté n'a pas donné lieu au phénomène d'agglutination. Il y a agglutination quand le liquide se décolore à la partie supérieure du tube et quand les globules se déposent en une masse compacte, qui se détache en un seul bloc du fond du tube lorsqu'on secoue énergiquement ce dernier.

Dans le cas de non agglutination, la moindre secousse remet en suspension les globules qui ont pu se sédimenter durant le séjour à l'étuve.

(Bouquet-Bryon)

---

**Utilisation du gaz sulfureux  
pour la destruction des poux de tête**

A. BRAUCOURT

(La Pharmacie Française, Octobre 1922)

---

Les effets obtenus dans la destruction des ectoparasites des animaux et des puces de

rat par le gaz sulfureux, ont amené certains hygiénistes allemands à l'essayer pour la destruction des poux de tête.

Les expériences ont montré qu'avec une concentration de 4 p. 100 en volume, les poux et leurs lentes sont tués en 12 à 15 minutes, même ceux qui pullulent souvent sous les croûtes d'impétigo.

Les villes de Mayence et Munich ont adopté un appareil composé d'une caisse de bois hermétiquement close, sauf sur un des côtés où une manche de caoutchouc est disposée de façon à s'appliquer sur la tête du patient, en laissant le visage à l'air libre.

On fait arriver, dans la caisse, le gaz provenant d'une bouteille d'acide sulfureux liquide. Après un quart d'heure, on enlève le gaz par une aspiration violente.

Avec 100 kg. de gaz sulfureux liquide on peut traiter 10.000 enfants.

Des expériences ont montré que le gaz sulfureux tuait rapidement le sarcopte de la gale, même dans ses galeries, et ce traitement va être utilisé dans les hôpitaux allemands.

---

**Solution pour le lavage des plaies  
et pour pansements**

P. BRETEAU

(Journal de Pharmacie et Chimie, 7<sup>e</sup> Série, n° 25)

---

Cette solution peut remplacer le Dakin : elle s'emploie comme lui : elle n'est ni caustique,

ni odorante et se conserve sans altération :

Formule :

Bicarbonate de soude	11 gr.
Chloroforme	1 cc.
Eau distillée Q.S. pour	1000 cc.
Colorant : ad libitum.	

La solution ainsi obtenue est isotonique. On peut la préparer hyper ou hypotonique en faisant varier les doses de bicarbonate de soude.

(Bouquet-Bryon)

---

**L'Artériosclérose**, deuxième édition, revue, corrigée et augmentée, par le Dr Arthur LECLERCQ, Lauréat de l'Académie de médecine, Lauréat de la Faculté. — Tome III de la Collection des Maladies de la Cinquantaine - Gaston Doïn, éditeur - Paris — Prix : 12 fr.

L'artériosclérose représente pour l'auteur la suite chronologique et pathogénique de la goutte, l'obésité, le diabète. Elle est l'aboutissement, dans le domaine artériel, des troubles du métabolisme alimentaire, des maladies de nutrition. Elle marque l'étape ultime de l'imperfection du foie glycogénique à dériver en sucre les restes alimentaires qui, deviennent des causes de spoliation viscéro-artérielle.

Ce n'est point que la goutte, l'obésité, le diabète ne puissent faire défaut en tant qu'avant-coureurs de l'artériosclérose, mais celle-ci pour être plus hâtive, moins endiguée, n'en est que plus sévère. Dans tous les cas, le foie reste l'organe témoin de toutes ces vicissitudes pathologiques. Il existe, au sommet de l'échelle un foie artérioscléreux de même qu'il existait, dès le début de l'évolution morbide, un foie goutteux, un foie obèse, un foie diabétique.

A côté du foie il faut compter avec le rein et de même encore qu'il existait un rein goutteux, un rein obèse, un rein diabétique, de même aussi il existe, au point culminant de l'évolution, un rein artérioscléreux. Avec la sclérose rénale, l'hypertension s'intensifie pour atteindre son summum lorsque à l'obstacle rénal s'ajoutent les méfaits de la rétention hydrochlorurée, uréique.

M. Leclercq s'efforce, dès le début de son étude, de prendre position pour l'artériosclérose vraie, et de détruire la légende, jusqu'à aujourd'hui classique, qui voit l'artériosclérose partout, et surtout là où elle n'est pas. Avec soin, il distingue de cette affection deux modes de sclérose vasculaire : l'artérite, l'athérome. L'artériosclérose pure, essentielle est une maladie de la cinquantaine, ne pouvant exister qu'à cet âge, généralisée à tous les viscères, à tout l'arbre artériel. Créée par l'homme, elle est surtout le résultat des fautes alimentaires, de l'abus des viandes, se caractérise par un état d'hépatisme nécessaire et indispensable, par l'adulération de la tunique moyenne des artères, celle de l'hypertension, puis l'imperméabilité rénale. Il n'en va pas ainsi de l'artérite, affection localisée que peut se produire à tout âge, est le résultat des infections exogènes, la syphilis en tête, et caractérisée anatomiquement par la spoliation des tuniques externes et internes, n'offre pas d'hypertension propre, et le plus souvent, sauf le cas de néphrite contemporaine, pas de lésion rénale. L'athérome enfin est le résultat des intoxications lentes, dont la sénilité est la plus haute personnification clinique, elle n'offre que des réactions atténuées et se caractérise par une adulération de la tunique interne.

Ainsi refoulée dans son propre domaine, l'artériosclérose n'est comptable que des accidents qui lui appartiennent en propre. Grâce à ces trois syndromes : artériosclérose, artérite, athérome, il sera aisé de distinguer dans l'ordre des complications cérébrales une hémorragie due à un coup de tension artérielle, d'une autre survenant par suite d'une périartérite, d'une troisième

venue à la suite d'un ramollissement cérébral. Dans l'ordre cardiaque, on saura faire la discrimination entre une angine de poitrine (A) de l'artériosclérose, une angine (B) due à une aortite spécifique, une angine (C) due à un athérome aorto-coronarien. Dans l'ordre rénal on saura que l'urémie représente une complication propre à l'artériosclérose. Dans l'ordre pulmonaire l'asthme aigu, l'œdème aigu du poumon prennent une note spéciale quand ils relèvent de l'imperméabilité rénale et de l'inondation pulmonaire pas des substances non éliminées.

Ainsi s'ouvrent des perspectives nouvelles et des applications thérapeutiques de tout premier ordre lorsqu'il s'agit de situer, de spécifier et de traiter une maladie, quelle qu'elle soit, du système artériel. La même méthode de travail accompagnera l'auteur lorsqu'il étudiera les maladies du cœur, lequel n'est, somme toute, structuralement et fonctionnellement, que la plus grosse artère de l'économie.

Le traitement de l'artériosclérose est tout tracé. Sachant que toutes les complications cérébrales, cardiaque, etc... reposent sur deux attributs fondamentaux : l'hypertension, l'imperméabilité rénale, le praticien sans se laisser égarer par la phase artérielle, toujours courte et dans laquelle il existe, dès le début, une lésion rénale plus ou moins décelable ; sans tomber dans l'abus prolongé et souvent néfaste des iodures, prescrira, avec un régime simplifié, végétarien, hypoazoté, hypochloruré, hypoaqueux, une médication avant tout hypotensive, éliminatrice, rénale.

L'artériosclérose de M. Leclercq est écrite dans un style simple, élégant, sobre de citations et de théories superflues. D'aucuns chapitres, celui de l'angine de poitrine par exemple, contiennent des vues pathogéniques et thérapeutiques inédites. Nul doute que cette seconde édition ne retrouve dans le public médical et extra médical le même succès que l'édition précédente.



**Dents et maux de dents**, par le Dr Albert DUCOURNAU, Chef de Clinique à l'École de Stomatologie. Un vol. in-18, avec 24 figures. Ernest FLAMMARION, éditeur. — Prix 7 fr. 50.

Le petit volume dans lequel le Dr Ducournau expose l'anatomie des dents, leurs maladies, et les remèdes que l'on peut apporter aux troubles qu'elles occasionnent, a sa place toute indiquée dans la bibliothèque des « Connaissances médicales ». Œuvre de vulgarisation scientifique et d'enseignement tout à la fois.

Ce livre dont on a cherché à éliminer les termes trop savants, pour en faciliter la lecture à tous ceux qui sont curieux de connaissances médicales, sera également utile aux médecins qui ne se destinent pas à la spécialité, les stomatologistes ayant à leur disposition des ouvrages plus complexes et plus documentés.

Le Dr Ducournau, après quelques données d'embryologie et d'anatomie dentaire, passe en revue toute la pathologie des dents et les complications qui viennent aggraver ces différents états ; puis il expose succinctement la thérapeutique dentaire et les différents moyens prothétiques dont dispose le praticien.



Ce court résumé de cet important chapitre de la médecine donnera à ceux qui le liront de notions précises sur ce que sont les dents et sur les maladies dont elles sont atteintes.

**Consultations Oto-Rhino-Laryngologiques du Praticien**, par le Dr G. PORTMANN, Chef de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique, à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Préface du Professeur E. J. MOURE. — Gaston Doïn, éditeur. — 1 vol. in-8 de 264 pages avec 38 figures. 14 fr.; franco 15 fr. 40

Ces Consultations s'adressent à tous les praticiens faisant de la médecine générale ou de la spécialité et qui sont aux prises avec les difficultés quotidiennes de la clientèle.

L'auteur a condensé en un volume de 264 pages les éléments indispensables du traitement des affections de la gorge, du larynx, du nez et des oreilles.

Chaque prescription est précédée d'une brève notice donnant en quelques lignes les principaux symptômes fonctionnels ou objectifs qui caractérisent la maladie à traiter.

Le lecteur trouve ensuite, non seulement ce qu'il doit faire pour établir une thérapeutique efficace, mais encore tout ce qu'il est nécessaire d'écrire sur sa feuille d'ordonnances (formules — mode d'emploi — régimes, etc.) et même les indications qu'il convient de donner verbalement au malade pour être sûr de la bonne indication du traitement.

Pour chaque maladie existe une grande richesse de prescriptions qui met à la disposition du médecin traitant une gamme thérapeutique dans laquelle il pourra faire un choix pour varier ou guider le traitement.

Les médications générales toniques, reconstituantes, dépuratives, etc. sont aussi envisagées avec détails.

Enfin un chapitre des incompatibilités pharmaceutiques utiles à connaître complète très heureusement ce Consultaire et sa lecture permettra d'éviter biens des erreurs préjudiciables au malade et aussi à la dignité professionnelle du praticien.

Ainsi que le dit le Professeur Mourre dans la préface : « Ce livre arrive à son heure et sera consulté avec fruit, aussi bien par le spécialiste que par le médecin général pour lequel il deviendra très vite un guide précieux et même indispensable. »

**Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée**. Publié sous la direction de M. le Prof. ÉMILE SERGENT, et MM. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX. — Tome XIII **Reins et Organes Génito-Urinaires**, Par MM. BRAULT, COTTET, MICHON, LEMAIRE, LOUSTE, HAZARD. — A. Maloine et Fils, éditeurs. — In-8, 1923, 61 figures. — Prix : 35 francs.

Il est peu d'organes qui aient fait l'objet d'études plus nombreuses que les *Reins*. Sans cesse paraissent des travaux et des recherches ayant pour but d'apporter quelque lumière à leur fonctionnement, leurs maladies, le traitement des affections rénales. Après la période anatomique qui se propose une division systématique des néphrites, survient le période biologique

qui tend à établir le rôle de l'insuffisance des reins et ses conséquences sur la physiologie des glandes et des tissus de tout l'organisme. Recherches expérimentales, études cliniques se succèdent en très grande abondance de telle sorte que d'une année à l'autre, les conceptions se modifient, se précisent ou font place à d'autres plus compréhensives. Aussi est-il utile pour le médecin, que les auteurs qui se sont plus spécialement occupés de la question, fassent de temps en temps une revue de ces travaux et les présentent avec les conclusions pratiques qu'ils comportent. La besogne n'est pas mince, et il faut savoir gré aux auteurs qui ont bien voulu rédiger ce volume, de présenter en un style clair et clinique toutes les notions utiles acquises jusqu'à ce jour dans la pathologie des reins.

Malgré la clinique ne perd jamais ses droits. M. BRAULT à qui l'on doit les beaux travaux que l'on connaît sur les néphrites, montre dans une très belle introduction, ce que l'on peut tirer d'un bon examen clinique et d'un diagnostic fait au lit du malade sans la préoccupation d'établir une théorie. C'est avec le même esprit clinique que MM. COTTER et MICHOX ont décrit en détail les maladies du rein.

Dans le même livre on trouvera également l'étude des divers syndromes qui sont dus aux altérations des voies urinaires. MM. MICHOX et LOUSTE ont traité ce chapitre avec l'unique souci de donner au médecin, les indications d'une bonne thérapeutique. On sait combien est parfois délicate la conduite que l'on doit tenir dans les affections de l'urèthre, de la vessie de l'arbre urétéral. Il y a des actes que l'on doit faire d'autres qui sont à éviter. Tout cela est largement développé dans ce livre. M. HAZARD a indiqué les techniques à suivre dans les examens des urines. Il a apporté une conscience scrupuleuse à l'exposé des procédés en usage, ne retenant que ceux qui ont réellement fait leurs preuves.

Enfin dans une troisième partie, MM. Henri LEMAIRE et A. LOUSTE ont décrit les affections génitales de l'Homme et de la Femme. Il s'agit d'un chapitre médico-chirurgical dont on connaît toute l'importance.

Les auteurs ont apporté un soin tout-à-fait spécial aux chapitres qui leur incombent, et ont réussi un exposé tout particulièrement ardu. Ce livre a été conçu et exécuté comme les livres précédents de la collection. Il est certain que le lecteur en tirera le plus grand profit.

**L'Expertise devant la Justice de Paix dans les accidents du Travail.** par le Dr MAILLON. — 1 volume de 76 pages. — (Masson et C<sup>ie</sup>, Éditeurs). — Prix : 5 francs.

Les Guides dont l'application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail a nécessité la publication pour faciliter aux médecins leur tâche comme experts ou pour leur permettre d'apprécier les incapacités ont eu surtout en vue l'étude des incapacités permanentes. Il n'a été parlé que très brièvement et dans des chapitres différents des incapacités temporaires et du rôle de l'Expert devant les Justices de Paix.

Dans ce petit volume sont condensés les renseignements spéciaux nécessaires devant cette juridiction et que l'Expert doit connaître pour fixer le nombre de journées pendant lesquelles est dû le demi-salaire, et pour dire si la lésion dont se plaint l'ouvrier est bien le fait ou non d'un accident du travail.

Il y trouvera des indications sur la *Juridiction*, sur la *Simulation*, l'*Exagération* et sur l'*Expert*, un exposé complet de l'*expertise*, une étude suffisante des cas les plus fréquemment contestés : *contusions, cicatrices, fractures, lésions, plaies, etc., etc.*

---

**Inspection - Palpation - Percussion - Auscultation**, Par M. Maurice LETULLE, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de Médecine. — 1 volume de 337 pages avec 133 figures et 12 pl. de radiographies normales hors texte. — (Masson et Cie, Editeurs). — Prix : 14 francs.

Ce livre contient les "manœuvres de technique médicale" indispensables à savoir exécuter par tout élève en médecine. Chacun des gestes qui constituent cette technique et qui sont le résultat de la mise en œuvre appropriée et de la gymnastique quotidienne de la vue, de l'odorat (*au cours de l'inspection des malades*), du toucher (*lors de la palpation et de la percussion*) et de l'ouïe (*durant la percussion et l'auscultation*) sont exposés. Les 133 figures de ce livre montrent les attitudes les plus favorables pour le patient et pour le médecin. Les explications qui précèdent ou accompagnent chaque dessin fournissent des indications utiles pour l'emploi du procédé technique.

Il a paru indispensable à l'auteur d'amener les lecteurs vers les techniques modernes d'application pratique courante. La *Radiologie* en particulier apporte à l'Inspection et à la Palpation un renfort tellement considérable qu'il importe d'apprendre à l'étudiant dès le début tous les services qu'elle peut lui rendre dans l'examen clinique des malades. Aussi a-t-on ajouté à cette nouvelle édition 12 très belles figures radiographiques, elles éclairent les descriptions de l'auteur, suggèrent à l'étudiant le désir d'apprendre à fond et de cultiver un moyen d'enquête aussi précieux.

---

**Médecus**, Guide annuaire des Etudiants et des Praticiens - Année 1923. - Chez A. ROUYAND 41, Rue des Ecoles, Paris. — Prix : 20 francs.

*Médecus* qui avait cessé de paraître pendant la guerre avait repris sa publication en 1922. Cette année voici cet annuaire mis à point, devenu un guide précieux pour les praticiens qui y trouveront tous les renseignements utiles à l'exercice de la profession : enseignement de la médecine et de la pharmacie ; dictionnaire de droit et de jurisprudence médicale ; taxtes des lois et décrets sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, sur l'hygiène sociale, la Santé publique, les syndicats professionnels, les Sociétés de secours mutuels etc.

La dernière partie comprend l'annuaire comportant les listes alphabétiques des docteurs en médecine, pharmaciens chirurgiens dentistes etc. exerçant en France et dans les Colonies.

Nous félicitons vivement les éditeurs *Médecus* pour l'effort considérable qu'ils ont accompli pour présenter au public médical un guide aussi utile et aussi complet, malgré les erreurs toujours inévitables dans ce genre de publications.

---

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois de Décembre 1929

DÉSIGNATION des Contrôles Civils	LOCALITÉS ou corps de Troupe	Fièvres typh. et paratyph.	Typhus	Variole	Scarlatine	Diphthérie	Choléra	Peste	Fèvre jaune	Dysentéries amb. et bacill.	Méningite recherche-spinale	Poliomyélite antérieure aiguë	Épilepsie	Lépre	Grippe épidémique	Tuberculose ouverte	Paludisme
Tunis	Tunis, Hammam-el-Lié, La Goulette, Khereddine, Nabeul, Fondouk Djedid, Bakha Maoume, Henchir Lebna, Tafeloune, Bizerte, Ferryville, Mateur, Mastouta	12 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1	1	1	4			1				1				
Zaghouan																	
Gromballa																	
Bizerte	Béja, Tabarka, Souk-el-Arba, Medjez-el-Bab, Tébourssouk, Kef, Makhtar, Thala	1 1 1 1 1 1			1	1			1	1				1			
Sousse	Bled Halloula, Medjez-el-Bah, Chouli-el-Batel, Le Kef, Siliana	1				2 3			1								
Kairouan	Sousse, Mahdia, Sousse (Souassy), Sfax, Bon Thadi, El Hencha, Domaine de Chahal, Djemel (Djebeniana)	4 4 3 1 1	4 4 3 1	1													
Sfax																	
Gafsa																	
Tozeur																	
Gabès																	
Djerba	Sidi Boulbaba, Djara Cherqui, Zarzis	7				1											
Territoires M <sup>r</sup> du Sud																	
Hôpital Militaire du Belyedone																	
Hôpital Militaire de Bizerte																	
Hôpital Militaire du Kef																	
Infirmerie Militaire de Tatahouine																	
TOTAUX		32	24	2	13				7	1				2	2	3	6

105 Cas

Population Civile

Population Milit.

## ECHOS ET NOUVELLES

### CENTENAIRE DE PASTEUR

#### Exposition Scientifique et Industrielle d'Hygiène à Strasbourg

JUIN-OCTOBRE 1923

Le Gouvernement français, approuvant l'initiative prise par l'Université et la Ville de Strasbourg, en accord avec la famille de Pasteur et avec l'Institut Pasteur de Paris, a décidé de fêter avec le plus grand éclat le centenaire de l'illustre savant à Strasbourg, où il a commencé sa carrière scientifique et universitaire. Le programme de cette manifestation comporte :

1<sup>o</sup> Le 1<sup>er</sup> juin 1923, l'inauguration solennelle d'un monument élevé à la gloire de Pasteur sur la place de l'Université;

2<sup>o</sup> La création d'un Musée d'hygiène destiné à perpétuer la mémoire de Pasteur et de ses découvertes et à montrer, par une leçon de choses, le développement de la science bactériologique, qui a pris naissance à Strasbourg;

3<sup>o</sup> L'ouverture d'une Exposition spéciale, dite du Centenaire de Pasteur, qui aura pour but essentiel de mettre en évidence toutes les conséquences de l'œuvre de Pasteur dans le domaine de la Médecine, de l'Hygiène, de l'Industrie et de l'Agriculture.

Cette Exposition sera inaugurée le 1<sup>er</sup> juin 1923.

L'Exposition du Centenaire de Pasteur, tout en comprenant les nombreuses applications, tant scientifiques que pratiques de la bactériologie, doit particulièrement mettre en lumière la grande révolution qu'ont apportées les découvertes de Pasteur dans les conditions de la vie. L'Exposition a pour but de mettre, dans le domaine de l'Hygiène, la science comme guide de maintes industries et la technique industrielle comme l'aide indispensable de la science. De cette façon, l'Exposition sera une digne démonstration de l'œuvre de Pasteur.

Divers Congrès, qui se tiendront pendant la durée de l'Exposition, parmi lesquels on peut, dès aujourd'hui, compter sur ceux de la Tuberculose, du Cancer, de la Syphilis, de la Puériculture et de la Natalité, de l'Hydrologie, du Froid, de la Zootechnie et des Jardins ouvriers, attireront un public particulièrement compétent.



# Revue Tunisienne des Sciences Médicales

## et Tunis-Médical réunis

FÉVRIER 1923

### TRAVAUX ORIGINAUX

## SUR QUELQUES CAS DE PESTE

constatés à Tunis en 1922

PAR

E. GOBERT

et

E. CONSEIL

Directeur de l'Hygiène en Tunisie

Chef du Bureau d'Hygiène de Tunis

Depuis la guerre presque tous les ports du bassin méditerranéen ont été contaminés de peste. Les ports tunisiens étaient restés indemnes jusqu'en novembre 1921, où deux cas ont été constatés à Tunis même. Après six mois de silence une nouvelle bouffée de douze cas s'est produite, au cours du dernier été.

**Origine.**— Il est fort difficile de préciser l'origine de la contamination; cependant l'examen des manifestations pesteuses antérieures semblerait montrer qu'il s'agit plutôt d'une importation nouvelle que de la reviviscence d'un ancien foyer.

Sans remonter aux pestes anciennes (qui devaient être dans beaucoup de cas du typhus) la dernière grosse épidémie à Tunis remonte à 1837. Depuis l'établissement du Protectorat, l'épidémiologie tunisienne est mieux connue grâce à nos prédécesseurs et à nos collègues. La première manifestation avérée de peste, et dont l'histoire soit bien connue, date de 1907.

En octobre et novembre 1907, sept cas furent constatés à Tunis et un à Kairouan. Sauf ce dernier, qui s'était contaminé sur le paquebot venant de Marseille, tous ces cas tunisois étaient nettement liés à la présence dans le quartier du port de Tunis d'une épizootie murine massive, (jusqu'à dix pour cent des rats capturés au port et autour du port étaient pesteux.)

Il apparut évident à cette époque que la contamination avait Marseille pour origine, comme le prouvaient le cas de Kairouan et la contamination

concomitante de plusieurs ports en relations régulières avec Marseille; (Alger, Bône, etc.).

L'émotion injustifiée què provoqua dans le public et dans la presse la présence d'une maladie, d'aussi mauvais renom, eut au moins pour avantage de faire créer à Tunis les moyens de défense qui manquaient (lazaret d'isolement, bureau d'hygiène et surtout services de dératisation et laboratoire d'examen des rats capturés).

Aussi depuis cette époque pouvons-nous écrire d'une façon très précise l'histoire de la peste à Tunis.<sup>7</sup>

Pendant les derniers mois de 1907 et durant le 1<sup>er</sup> trimestre 1908, l'épizootie murine persiste sans nouvelles manifestations humaines. Huit mois après les premiers, on retrouve encore quelques rats pesteux : octobre 1908.

En août 1909 un nouveau cas humain est confirmé; contracté également dans des magasins du port, où l'on ne capture cependant aucun rat pesteux.

En 1910, en juin, quatre cas humains, puis en août, un cas, sont diagnostiqués, en même temps que l'épizootie murine est retrouvée toujours dans les mêmes quartiers.

Malgré une dératisation intensive et les examens quotidiens de rats, c'est seulement cinq ans plus tard, en juillet 1915, que nous retrouvons une manifestation pesteuse à Tunis. Elle se borne d'ailleurs cette fois à la constatation d'un cas murin. Depuis cette époque malgré une dératisation (1) suivie (en moyenne 12.000 rats sont capturés chaque année dont 2 à 3.000 sont examinés bactériologiquement au laboratoire de la peste à l'Institut Pasteur) aucun cas de peste n'avait été constaté sur le rat pas plus que sur l'homme. Nous pensions donc pouvoir conclure avec assez d'assurance à l'éradication complète de la maladie. La surveillance et la dératisation continuaient d'une façon régulière d'autant que l'état sanitaire des ports méditerranéens pouvaient à tout moment faire craindre une nouvelle importation.

C'est dans ces conditions qu'en novembre 1921, sans qu'aucune manifestation pesteuse ait été antérieurement constatée sur le rat, deux cas humains nous furent signalés au port, suivis six mois après de douze cas disséminés dans la ville.

Pour compléter cet historique de la peste en Tunisie il nous faut faire

---

(1) Le mot dératisation n'est pas pris ici dans le sens de destruction des rats, mais dans celui de capture méthodique aux fins d'examen.

mention d'une petite épidémie localisée aux oasis de l'Extrême-Sud : juillet 1920, Ben Gardane, Zarzis, décembre et janvier 1921; Médenine, mars 1921. Elle était nettement d'origine Tripolitaine et a occasionné environ quatre vingts cas humains.

Par suite des conditions d'isolement de ces oasis, elle s'éteignit rapidement sur place (1).

Nous devons mentionner d'autre part six cas observés à Bizerte en 1921 sur un des navires de la flotte Wrangel. Les malades furent isolés et soignés à l'Hôpital de Sidi-Abdallah.

Les mesures rigoureuses de désinfection, de dératisation, de désinfection et d'isolement prises par le service de Santé de la Marine permirent d'éteindre immédiatement ce foyer qui garda un caractère exclusivement naval. Ces deux dernières manifestations de la peste en Tunisie ne nous semblent donc pas devoir être retenues comme origine des récentes manifestations observées à Tunis.

Il nous paraît beaucoup plus vraisemblable d'après les documents exposés ci-dessus, et surtout en considération de la contamination vers la même époque de nombreux ports méditerranéens (Marseille, Alger, Palerme, Naples, Catane, Athènes, Constantinople) de conclure à une importation nouvelle.

**Marche de l'épidémie.**— Le 5 novembre 1921 notre collègue le docteur Ortona nous signalait un cas très probable de peste. L'examen bactériologique de la serosité ganglionnaire pratiqué par M. le docteur Nicolle décela le bacille de Yersin.

Il s'agissait d'un Italien de 27 ans, habitant rue de Patras, employé comme magasinier dans un entrepôt de grains du port.

Une enquête faite immédiatement de ce côté permit de retrouver un décès très suspect, concernant un indigène employé au même magasin, mort depuis deux jours, à la suite d'une maladie fébrile de quatre jours, avec ganglions inguinaux. L'examen des rats de ce quartier confirma l'existence de l'épizootie murine (un rat pesteux sur 200).

Ensuite six mois de silence : ni peste sur l'homme, ni peste sur les rats.

Le 29 juin, notre collègue Lévy signale un nouveau cas suspect chez un jeune italien habitant Passage Garel, mais travaillant dans un atelier de menuiserie sis 11, rue Bab El Khadra. Le diagnostic fut confirmé par l'Institut Pasteur. L'enquête poursuivie sur les lieux nous révéla le décès

(1) E. Gobert. — La peste dans le Sud Tunisien en 1920-1921. Arch. des Inst. Pasteur de l'Afrique du Nord, décembre 1921.



survenu brusquement d'un autre ouvrier du même atelier (fièvre, adynamie, ganglion crural) et nous permit de constater sur un autre employé du même établissement un bubon crural datant de six jours.

Bien que la ponction de ce dernier bubon ait été négative, il s'agissait très vraisemblablement d'un cas de peste ambulatoire. Quelques jours après, le 9 juillet, deux autres cas nous étaient signalés par notre confrère Halfon, dans une maison voisine — rue Bab El Khadra, 1. — Diagnostic encore confirmé bactériologiquement.

Le 24 juillet, l'un de nous, était appelé dans un autre quartier, 12, rue du Miel, auprès d'un jeune indigène présentant tous les symptômes de la peste. Le diagnostic bactériologique fut confirmé par le docteur Burnet.

Un vieillard que nous avions vu fébrile dans la même maison échappa à notre surveillance; il fut retrouvé, agonisant deux jours plus tard dans une autre rue, par notre confrère Valetta. Il présentait un gros bubon crural. Là encore la preuve bactériologique fut fournie par la ponction du ganglion. Ces malades provenaient d'un bain maure de la rue du Foie.

Le lendemain, notre confrère Busacca nous signala deux cas très suspects, dans le quartier de la Petite Sicile. Nous y trouvâmes le cadavre d'une jeune fille présentant de gros ganglions du cou (où la ponction décéla le bacille de Yersin) et son père avec un ganglion axillaire de même origine.

La situation devenait inquiétante. Il ne s'agissait plus comme dans les épidémies précédentes de cas nettement localisés au port. Nous nous trouvions en présence d'au moins trois foyers distincts, et situés dans des quartiers éloignés les uns des autres.

Le 9 août, dans une rue proche d'un des quartiers suspects, un autre cas nous était signalé et confirmé. Il fut impossible de situer avec exactitude l'origine de cette contamination.

Le 18 août, l'Hôpital Sadiki nous adressait à la Rabta, un indigène présentant des symptômes indubitables de peste—ensuite confirmée bactériologiquement. — Il s'agissait d'un menuisier habitant rue Zaouia Bekria et travaillant dans la minoterie Calo à Sidi Fathallah, à cinq kilomètres de Tunis; il est difficile de préciser où il a été contaminé, à son domicile ou à la minoterie. L'épidémie semblait donc diffuser rapidement.

Le 7 septembre, l'un de nous était appelé auprès d'un autre indigène présentant également des symptômes pesteux. Il habitait comme ceux du mois de juillet, près du quartier Bab Souika (rue Sidi El Bahloul) et l'enquête permit facilement de retrouver l'origine de la contagion; le malade

tenait un moulin contigu au bain maure de la rue du Foie où avaient été constatés deux cas précédents. Puis les cas humains cessèrent.

Il nous faut ajouter que pendant toute cette période malgré une dératisation intensive poursuivie jusqu'à ce jour (9.000 rats ont été capturés dans les quartiers infectés dont 950 ont été examinés) la peste n'a pu être décelée sur le rat.

**Clinique et Traitement.** — En résumé il s'est donc produit deux cas en novembre 1921, douze autres cas de juin à septembre 1922. De ces quatorze cas, dix ont été confirmés bactériologiquement; nous n'avons eu que six décès, soit à peine 46 p. 100. Parmi ces malades, six étaient Italiens, tous les autres indigènes; le plus jeune avait 5 ans; le plus âgé, 60 ans.

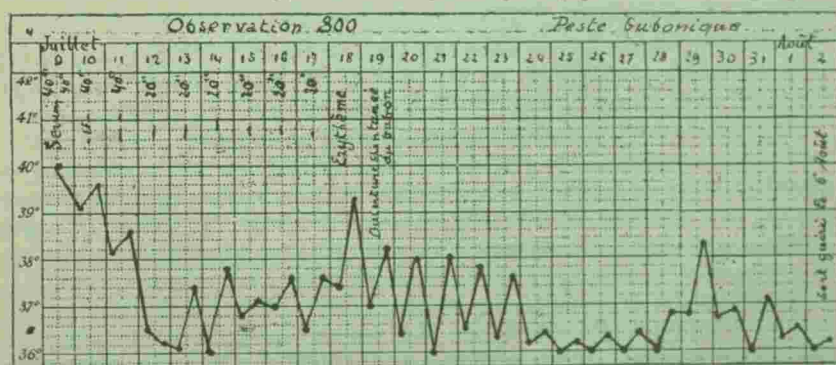
De ces quatorze malades, huit seulement ont pu être suivis et traités, les autres n'ont été connus qu'après leur mort ou quelques heures avant. Tous nos malades traités ont guéri.

Nous avons constaté deux fois des bubons multiples, douze fois un bubon unique. Les bubons siégeaient, une fois dans la région cervicale; deux fois dans la région axillaire; deux fois dans la région inguinale, tous les autres étaient dans la région crurale.

Dans les huit cas suivis de guérison, quatre fois les bubons se sont résorbés, les quatre autres ont suppuré.

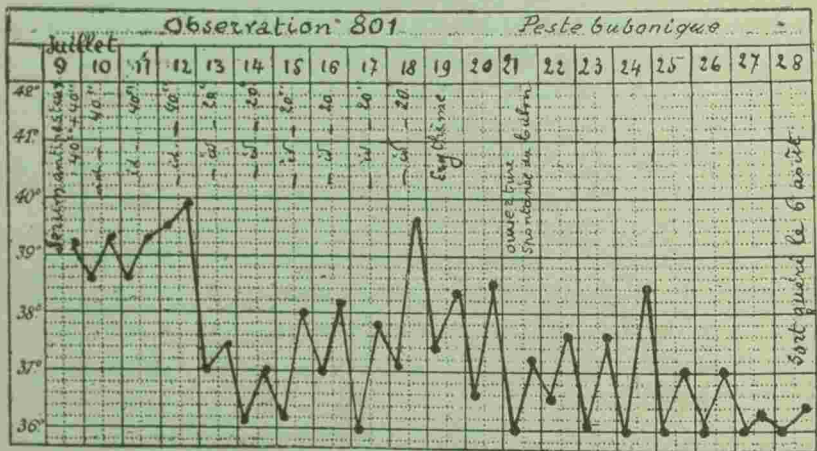
Notre confrère Ortona a déjà rapporté devant la Société des Sciences Médicales (séance du 24 mars 1922) l'observation du malade qu'il avait eu l'occasion de soigner et que des injections répétées de sérum lui ont permis de guérir. Nous allons résumer quelques observations succinctes, qui avec les courbes ci-jointes montrent l'action réellement admirable de la sérothérapie antipestreuse.

**OBSERVATION 800.** — Enfant indigène de 6 ans, Vu le 9 juillet par nos confrères Halfon & Lévy, malade depuis 2 jours, présentant un ganglion



crural droit avec œdème tout autour, sans lésion du membre inférieur pouvant en expliquer l'origine. Pas de phlyctène d'inoculation, fièvre élevée : 40,1, légère adynamie. La ponction du ganglion pratiquée par M. le Docteur Nicolle, montre la présence de bacilles pesteux. Inoculation sous cutanée de 40 cc de serum antipesteux immédiatement après la ponction du bubon. Transporté au lazaret une nouvelle injection de 40 cc est pratiquée le soir. Le 10 et le 11 juillet encore 40 cc : les symptômes généraux s'améliorent rapidement, la fièvre s'abaisse. Du 12 au 17 juillet quotidiennement 20 cc de sérum : le bubon se ramollit et est moins douloureux. Le 18 juillet, la température remonte à 39 degrés avec apparition d'un érythème sérique. Le lendemain le bubon s'ouvre spontanément. Une légère fébricule de suppuration se montre les jours suivants et le 5 Août l'enfant peut quitter le lazaret guéri.

**OBSERVATION 801.** — Frère du précédent âgé de 12 ans, trouvé dans la même maison et dans les mêmes conditions. L'observation est pour ainsi dire calquée sur la précédente. Malade le 7 juillet, on constate le 9 un



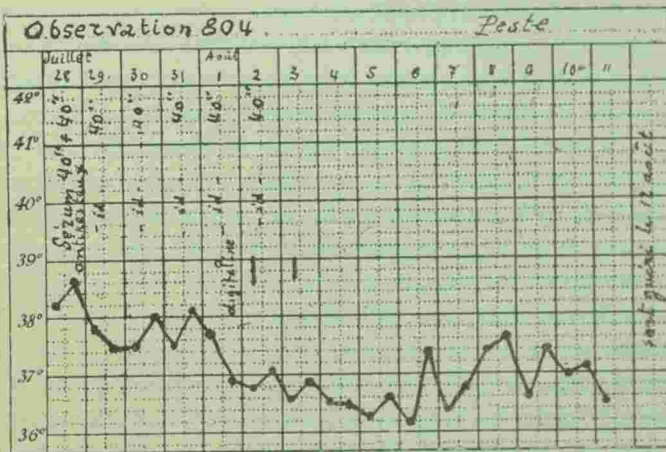
ganglion inguinal droit, douloureux, empaté, s'accompagnant de fièvre et d'abattement. Ponction du bubon positive : Sérum sous-cutané 80 cc. Le 10, 11 et 12 juillet, 40 cc. Du 14 au 18 juillet 20 cc. Le 18 apparition d'un érythème sérique ; le 20 suppuration du bubon. Sort guéri le 6 Août.

**OBSERVATION 797.** — Nous trouvâmes le 30 juin dans l'atelier de menuiserie où venaient d'être constatés 2 cas confirmés, un autre ouvrier porteur d'un ganglion inguinal assez volumineux avec œdème gélatineux de la région, sans trace de blessure aux membres inférieurs. Il nous raconta que 4 jours avant cette petite tumeur était apparue, avec un état de malaise, de la céphalée et un peu de fièvre qui l'avaient obligé à quitter son travail un peu plus tôt que de coutume. Le lendemain, bien qu'un peu fatigué, il avait pu à l'atelier reprendre son travail. La douleur locale le gênait plus que son malaise général. Depuis 4 jours il avait continué à travailler assez pén-

blement. La notion de contagion dans cet atelier et l'aspect du bubon nous firent porter le diagnostic de peste. Une ponction ne montra cependant point le bacille de Yersin, comme cela arrive assez fréquemment lorsque la ponction est faite tardivement ou lorsqu'il existe un commencement de suppuration, et c'était le cas chez ce malade. Nous pensions donc et M. le Docteur Nicolle malgré l'examen bactériologique négatif fut de notre avis, qu'il s'agissait d'un cas de peste ambulatoire. Il fut donc traité comme tel - 4 injections de 20 cc de sérum furent pratiquées. Nous eumes beaucoup de peine à convaincre ce malade de la nécessité de rester au lit pendant une semaine. Le ganglion se résorba très lentement ; 20 jours après le début, l'induration était encore nettement sensible. Le diagnostic de peste ambulatoire nous paraît très probable.

Voici 2 autres observations où l'efficacité du sérum fut encore plus nette :

**OBSERVATION 804.** — Notre confrère M. le Docteur Busacca nous signale le 27 juillet 2 cas très suspects de peste. Nous trouvons en effet dans le même maison le cadavre d'une fillette âgée de 7 ans, morte depuis quel-

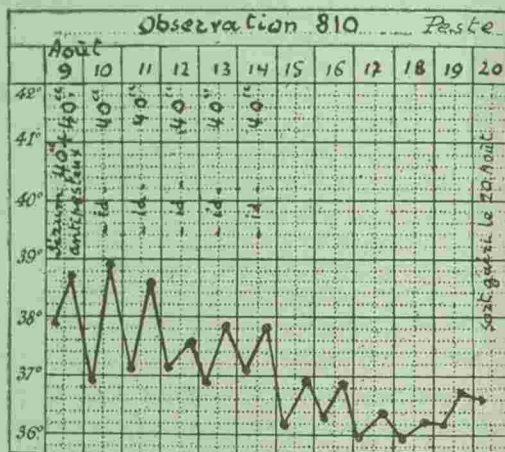


ques heures, après 5 jours de fièvre et présentant deux grosses adénites du cou, l'une en arrière du sterno-cléido-mastoidien droit, l'autre plus petite, sous-occipitale, avec œdème de la face. Sur le cadavre la localisation des lésions autant que leur volume ferait penser surtout à des adénites bacillaires. Cependant le père, couché dans la même chambre présente lui aussi une affection fébrile avec état général grave. On découvre facilement un ganglion axillaire de la grosseur d'un œuf, très douloureux, avec infiltration séreuse périganglionnaire.

La ponction du ganglion pratiquée sur le cadavre de la jeune fille et celle du bubon du père montrent la présence de bacilles pesteux. Le père est traité par injections de sérum antipesteux (6 injections à doses décroissantes). La guérison est obtenue en 15 jours par résorption du bubon.

OBSERVATION 810. —

Le cas suivant dont voici la courbe suffisamment démonstrative a trait à un Italien de 28 ans entré au lazaret le 9 Août, déjà malade depuis 3 jours, avec fièvre, bubon axillaire, état général assez précaire. La même médication par le sérum antipesteux sous-cutané amena une rapide régression des symptômes généraux et de la lésion locale. La résorption sans suppuration fut obtenue en douze jours.



Le reste de nos observations est analogue.

Nous avons donc observé pendant cette épidémie des cas de peste typiques; le bubon était dans presque tous les cas assez caractéristique pour permettre sans hésitation de faire le diagnostic clinique. Dans la plupart des cas, si la nécessité de poser un diagnostic de certitude absolue pour chacun des foyers nouveaux ne nous y avait contraint, surtout au point de vue de la déclaration internationale de contamination, nous nous serions abstenus de pratiquer la ponction du ganglion, que nous ne croyons pas sans inconvénients pour le malade.

Au point de vue clinique le trait capital nous paraît avoir été la bénignité relative de l'affection; l'absence de ces symptômes généraux réellement impressionnants qu'il nous fut donné d'observer lors des épidémies antérieures. Nous devons aussi noter l'absence de charbons pesteux, si fréquents dans cette affection, et que nous avons constatés chez les malades des années précédentes.

Au point de vue traitement, les résultats de la sérothérapie nous paraissent particulièrement remarquables. Avec des doses peu élevées (en moyenne 200 cc. de sérum sous-cutané) nous avons obtenu 100 p. 100 de guérisons. Evidemment ce merveilleux résultat doit être en grande partie attribué au peu de virulence de l'épidémie. Cependant si nous remarquons que sur six cas non soignés, nous avons six décès c'est-à-dire 100 pour cent de mortalité, l'efficacité de la sérothérapie n'en reste pas moins très impressionnante. Les résultats sont d'ailleurs conformes à ceux qui avaient été signalés par nos collègues militaires, lors de l'épidémie des territoires du Sud de 1920-21.

La bénignité des symptômes et la rapidité de l'amélioration de la maladie avec des doses assez peu élevées de sérum administré par voie hypodermique nous a incité à ne point tenter les injections intraveineuses à hautes doses. Ces injections sont presque toujours suivies de réactions très vives, nous en avons même vu d'émotionnantes et nous ne nous serions cru autorisés à les employer que dans des cas plus graves.

**Etiologie.**— Les premiers cas de cette épidémie furent constatés en novembre, comme lors de la première épidémie de 1907. Cette coïncidence paraît s'expliquer comme l'a montré l'un de nous dans un travail antérieur (1), par le nombre beaucoup plus considérable de puces que l'on rencontre sur le rat pendant les mois de septembre et d'octobre, condition que doit favoriser beaucoup la propagation de l'épizootie et sa transmission à l'homme.

La peste est considérée surtout comme une maladie des saisons froides. Cependant en 1910, comme aussi cette année c'est de juin à septembre que furent constatés le plus grand nombre des cas. La plupart des auteurs indiquent que la plus grande tendance de diffusion de la peste se rencontre par des températures inférieures à 30°.

En Tunisie, où cette année surtout nous avons subi des températures particulièrement élevées en août et septembre, cette condition de température ne semble pas devoir être retenue.

Il reste à noter ici que tous les cas humains de peste observés à Tunis, au cours de l'été 1922, concernent des personnes travaillant ou habitant dans des rez-de-chaussées sans caves, au sol de terre battue, carrelé ou dallé. Aucun cas n'a pris naissance parmi la population de la ville neuve, où les rez-de-chaussées sont en général sur cave et les logements à usage d'habitation sis au rez-de chaussée exceptionnels.

**Prophylaxie.**— Le mode de propagation de la peste est aujourd'hui assez bien connu pour qu'il semble aisé d'en induire des méthodes de prophylaxie facilement applicables.

En pratique, il n'en est pas toujours ainsi.

L'ensemble des mesures recommandées par les classiques (surtout celles qui visent la destruction en masse des rongeurs) ne se montrent pas constamment réalisables dans leur intégralité.

Elles peuvent l'être dans un milieu bien limité et clos, où le contrôle des

---

(1) E. CONSEIL. — Recherches sur la peste en Tunisie pendant l'année 1903. — Archives de l'Institut Pasteur de Tunis. — Mai 1909.

choses et des personnes est facilité par un ensemble de conditions fixes préexistantes, comme un navire ou une caserne. Dans une ville neuve en voie de croissance, ou une ville indigène, dans le milieu rural des colonies au contraire, des circonstances très variables, souvent imprévisibles, entravent à tout instant l'application des mesures sanitaires, imposent leur amendement, ou leur abandon.

Le premier des cas que nous avons rapporté plus haut (octobre 1921) a été contaminé dans un immense magasin à céréales du port de Tunis, construit en bois, couvert de tuiles et comportant un étage. Ce magasin était rempli de blé de la dernière récolte, en vrac. La manutention de ce blé en vue de l'évacuation du magasin avant la dératisation n'eût pu s'effectuer sans provoquer la fuite de la population murine du hangar. Il eût été d'autre part impossible de donner aux parois de celui-ci par un procédé quelconque, l'étanchéité requise pour tout traitement par les gaz. Aucune sulfuration, aucune désinfection n'était praticable. Il fallut bien y renoncer.

Les cas qui suivirent (juin et juillet 1922) avaient pour origine un atelier de menuiserie de la rue Bab El Khadra, installé pour une part au rez-de-chaussée de l'immeuble en bordure de la rue et, pour une autre part et en arrière, sous un grand hangar, à sol de terre battue, ouvert largement par une de ses faces sur la cour d'un bain maure voisin.

Dans le bain maure, deux cas de peste humaine ont été constatés. La cour était encombrée d'un approvisionnement considérable de fagots et de débris combustibles destinés au chauffage des étuves. Là encore quelles mesures appliquer ? Brûler tout le bois et les ordures sur place ? Il n'y fallait pas songer; les déplacer eût été courir le risque de disperser les rats et de soumettre la main-d'œuvre à une contagion fatale.

Un des derniers cas humains concernait un ouvrier minotier, vraisemblablement contaminé dans une minoterie de la banlieue de Tunis, dont les ateliers et les magasins possèdent de nombreuses connexions avec un égout dépourvu d'étanchéité. Ici non seulement toute possibilité de sulfuration sérieuse et efficace se trouvait écartée, mais l'emploi des poisons et des nasses lui-même resta sans résultats et fut abandonné. Dans un milieu aussi riche en nourriture de premier choix, il reste absolument vain de songer à tenter un rat par un appât quelconque.

Lors de l'épidémie de peste de 1907 à Tunis, la sulfuration des égouts et des locaux qui semblèrent susceptibles de recéler des rats pesteux, ou qui en recélaient effectivement, fut entreprise. Les dépenses engagées fu-

rent telles que la mort d'un rat, le seul dont le cadavre fut retrouvé après l'opération, revint à 40.000 francs.

Il est hors de doute que lorsqu'il s'agit de l'extinction d'une maladie pestilentielle susceptible de détruire de nombreuses vies humaines, il n'y a pas lieu de lésiner, s'il apparaît prouvé et évident que les méthodes employées sont réellement efficaces. Or l'expérience comme le raisonnement démontrent que la sulfuration des égouts est totalement inopérante.

Les rats vont plus vite que les gaz, et malgré l'obturation préalable de toutes les bouches et de toutes les connexions du secteur traité, les rongeurs trouvent toujours assez de fissures ou d'hiatus de toutes sortes dans les parois des canalisations pour fuir vers les secteurs voisins ou quitter le sous-sol, et remonter dans les bâtiments et les étages de ceux-ci en y portant le danger qu'ils véhiculent.

Les travaux préparatoires à l'enfumage troublent par eux-mêmes les rats malades qui ne demanderaient qu'à mourir sur place et les poussent à émigrer.

Toutes ces manœuvres n'ont donc qu'un résultat certain : la rapide extension des aires contaminées et la dissémination du virus.

Nous avons délibérément abandonné la pratique de sulfuration de tous les locaux qu'il n'est pas possible de circonscrire avec rapidité, aisance et enfin de bloquer. Cette conduite un peu hétérodoxe ne nous est d'ailleurs pas particulière. Notre collègue d'Alger, le docteur Lucien Raynaud, Inspecteur général du Service de l'hygiène de la colonie voisine, n'en use pas autrement. « Nous évitons, nous écrivait-il récemment, de troubler la quiétude des rats par des sulfurations d'égouts, inutiles et coûteuses et surtout dangereuses. L'anhydride sulfureux n'atteint que peu de rongeurs, ils fuient vers d'autres quartiers et remontent dans les étages, augmentant la proportion des rats malades et infestant les humains. »

En résumé, il n'y a point de méthodes de prophylaxie ne variatur. Celles-ci doivent se plier aux circonstances et en particulier aux conditions locales.

Voici donc brièvement les diverses mesures que nous avons mises en œuvre au cours de l'épisode pesteux de 1922 :

**Mesures concernant les malades.**—Les premiers cas furent transportés au lazaret de la Rabta. Cependant, à la suite d'un de ces isolements d'office, un parent du malade se sentant atteint lui-même, s'enfuit et se cacha dans une maison amie. Nous ne le retrouvâmes que plus tard, quelques



heures avant sa mort, (cas Valetta, v. supra) avec tous les signes d'une septicémie pesteuse, dont le manque de soins spécifiques avait certainement favorisé le développement.

Un malade de ce genre non traité et clandestin est beaucoup plus dangereux pour son milieu qu'un malade soumis à la sérothérapie et soigné dans sa famille, dès que tous les membres de celle-ci ont été vaccinés. Nous avons jugé que le traitement précoce et suivi des malades, combiné à la vaccination des contacts et des voisins, l'emportait dans beaucoup de cas en vertu prophylactique sur l'isolement brutal.

Chaque fois que la qualité du milieu où se trouvaient les malades nous l'a permis, nous avons évité le transport au lazaret. Quatre malades furent ainsi soignés à domicile sans entraîner de contagion et il a semblé que leur présence augmentait dans une très large mesure la souplesse et la discipline de l'entourage.

**Mesures concernant l'entourage.**—Notre principal effort prophylactique a porté sur l'immunisation préventive par l'emploi le plus large du sérum et du vaccin. Toutes les personnes ayant été en contact avec des malades et celles qui avaient séjourné dans des locaux contaminés reçurent immédiatement dix centimètres cubes de sérum antipesteux et deux centimètres cubes de vaccin. Elles furent surveillées pendant quinze jours.

Dans les cas où les conditions du milieu étaient par trop suspectes (épiciers couchant dans sa boutique, etc...) l'entourage fut placé en surveillance au lazaret. Dix personnes y furent ainsi isolées.

Les vaccinations de l'entourage immédiat furent toujours étendues aux voisins, à la rue, au quartier.

Enfin, pour mettre la vaccination à la portée de tous, deux postes de vaccinations gratuites furent ouverts à la municipalité, et à l'Institut Pasteur.

Le décret beylical du 5 mai 1922 sur la vaccination obligatoire a prévu qu'en cas de menace de peste, de choléra et même de fièvre typhoïde, les vaccinations contre ces trois maladies peuvent être rendues obligatoires par arrêté du Directeur général de l'Intérieur. Il ne nous a pas paru nécessaire de recourir dès le début à des mesures coercitives de cette nature, qui doivent être réservées pour les cas où le défaut de bonne volonté de la part de la population deviendrait une menace pour la santé publique; nous avons préféré agir par persuasion. En fait nous nous en sommes fort bien trouvés. Tout le monde s'est prêté de très bonne grâce à la vaccination antipesteuse dont l'innocuité fut rapidement connue. Des notes de presse

ont fait affluer quotidiennement aux séances publiques de nombreuses personnes, surtout habitants des souks et de la Hara, négociants en grains et produits alimentaires, cochers, etc... prouvant par leur empressement qu'ils avaient très bien compris le sens et la portée de la vaccination anti-pasteuse.

Tous les égoutiers et tout le personnel du service municipal de balayage furent vaccinés.

Grâce à nos confrères Bonan et Schemla, qui vaccinèrent les quartiers suspects, à nos confrères Porri et Nicolas qui assurèrent le service des postes fixes de vaccination à la Municipalité et à l'Institut Pasteur, à nos confrères militaires et à plusieurs de nos collègues civils qui vaccinèrent dans leur clientèle, plus de sept mille personnes reçurent l'inoculation préventive.

Le vaccin, qui nous a été fourni par l'Institut Pasteur de Tunis en aussi grande abondance qu'il a été nécessaire, s'est toujours montré d'une innocuité absolue et son usage n'a donné lieu à aucun incident (1). L'injection unique, de deux conticubes, est presque indolore et ne provoque aucune réaction générale.

La garnison fut vaccinée partie avec le vaccin de l'Institut Pasteur de Paris, partie avec celui de Tunis.

**Mesures concernant le milieu.**— Nous avons exposé plus haut à quelles difficultés nous nous étions heurtés pour désinfecter les locaux contaminés et pour y détruire rats et insectes. Nous avons donc complètement renoncé à tenter la dératisation et la désinfection des grands magasins du port et des égouts. Nous avons réservé ces opérations pour quelques petits locaux bien clos (une épicerie, des bureaux, etc...) où nous pouvions être assurés que ces mesures donneraient les résultats que l'on était en droit d'en attendre.

En dehors des mesures habituelles de désinfection des effets et de la literie des malades, nous fîmes brûler sur place, autant qu'il se montra possible, les matériaux de peu de valeur, comme les tas de bois et de débris des bains maures, les chiffons, etc...

**Mesures contre les rats.**— Il existe depuis 1907, comme chacun sait, à Tunis, un service de capture de rats, qui fonctionne en tout temps, non point pour les détruire, ce qui reste pratiquement impossible par les seules méthodes offensives de chasse, mais pour surveiller leur état sanitaire.

---

(1) Sur les caractéristiques de ce vaccin, voir Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord. Tome I, déc. 1921, page 444.

Ce service fut renforcé. Trois équipes de dératisseurs furent créées, munies de cinq cents nasses. Ces pièges, placés dans les quartiers et à la périphérie des quartiers infectés, eurent un rendement assez faible, dû au fait banal de la grande abondance de nourriture qu'offre à la population des rongeurs une ville comme Tunis, dont la propreté laisse, du fait de la négligence des habitants surtout, fort à désirer.

Dans les quartiers contaminés d'autre part, dans les maisons des malades en particulier, les captures furent toujours nulles, ou presque nulles. L'immobilisation des rongeurs malades et la fuite des rongeurs valides rendent compte de cette circonstance.

Cependant une moyenne de cent cinquante rats fut quotidiennement capturée.

Des appâts empoisonnés (pâte phosphorée, scille, carbonate de baryte, etc...) furent déposés en grand nombre dans les zones favorables (plus de 20.000 en six mois).

Il ne nous a pas paru indiqué ni prudent de favoriser la chasse aux rats par l'institution des primes. Il n'y a pas d'épidémie de peste au cours de laquelle quelqu'incident ne démontre le danger d'une méthode engageant la population à rechercher et à manier les cadavres de rats. Les deux cas de l'observation 814 ci-dessus se sont précisément contaminés en recherchant les rats sous le carrelage de leur chambre, une odeur de putréfaction ayant attiré l'attention sur l'existence des terriers.

Aucun des rats capturés à Tunis au cours du mois de juillet, août et septembre 1922 ni au cours des mois suivants n'a été reconnu pesteux.

Il serait bien imprudent de tirer de ce fait négatif une conclusion trop optimiste. Personne ne peut dire quand un sous-sol une fois contaminé de peste en est ou sera définitivement purgé. Les épidémies antérieures nous ont prouvé combien cette infection est tenace.

L'épizootie pesteuse est très meurtrière pour les rongeurs, elle les détruit plus activement qu'aucune méthode imaginée par l'homme pour en diminuer le nombre. Elle ne les tue pas tous.

Les recherches de la commission anglaise des Indes ont démontré l'existence de cas de peste chronique chez les rats. Ces faits expliquent et permettent toujours de redouter la reviviscence de l'épizootie et le retour de nouveaux cas humains.

Les rats sont très prolifiques. Ils ont vite fait de réparer les trous faits parmi eux par une épizootie pesteuse.

Vouloir en diminuer le nombre d'une façon permanente par les procédés usuels de destruction est une entreprise ardue, sinon impossible. On a montré en effet qu'un territoire déterminé n'est habité que par le nombre

de rats qu'il peut nourrir. Si ce nombre tend à augmenter, les rats émigrent, ou s'ils ne peuvent le faire, ils dévorent les plus faibles d'entre eux. Au contraire, si dans ce même territoire le nombre de rats diminue à la suite d'une épizootie ou d'une destruction intensive, la repullulation se fait très rapidement jusqu'à ce que le nombre de rats ait atteint à nouveau son maximum normal. On comprend ainsi combien l'extermination des rats est chose difficile aussi longtemps qu'on se contente de chercher à les détruire sans leur couper les vivres.

Or, la ville de Tunis, ses égouts et en particulier son port, présentent les conditions les plus favorables à cette pullulation des rongeurs; entrepôts de fortune en bois, provisoires mais permanents, magasins d'alimentation mal tenus et mal fermés, égouts mal établis et mal entretenus, jet des ordures par les riverains dans la rue même, sans poubelles, malpropreté et négligence publique et privée, etc...

La ville de Tunis offre partout aux rats une nourriture abondante. Les vides que la peste a pu faire dans leurs rangs seront rapidement comblés; ils sont déjà comblés.

Le danger de peste, depuis qu'elle rode autour du bassin méditerranéen et dans le sous-sol de ses ports, est permanent.

Il demeure indispensable de veiller plus que jamais au danger des réimportations, qui en introduisant un virus neuf, sont vraisemblablement la cause la plus commune du réveil des épizooties.

Le service de la Santé maritime, ni la Police du Port, malgré leur vigilance, ne peuvent cependant s'opposer au débarquement des rats, soit que ceux-ci se dissimulent dans les marchandises en vrac, soit qu'ils gagnent les quais par saut ou à la nage.

Tous les efforts qui tendent à diminuer la densité de la population murine du sous-sol, et par voie de conséquence l'importance des épizooties susceptibles de l'atteindre, restent donc la base de toute campagne rationnelle dirigée contre la peste.

La transformation du port de Tunis et de ses abords dans le sens du rat-proofing américain a déjà été demandée à plusieurs reprises par le Conseil consultatif d'hygiène. Il ne semble pas que les conditions économiques où nous vivons permettent d'exiger avant longtemps des compagnies ou des particuliers, l'effort financier important que comportera la réfection ou la transformation de leurs entrepôts et de leurs immeubles au port.

Cependant cette question, qui a déjà été mise à l'étude, ne devra pas être perdue de vue et il faut espérer qu'un décret interviendra bientôt pour empêcher de construire dans ce quartier de nouveaux immeubles ne répondant pas aux conditions du rat-proofing.

## SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

---

Séance du 12 Janvier 1923

---

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

---

*Sont présents* : MM. les D<sup>rs</sup> Nunez, Guido Lévy, Sfez, Montefiore, Deraut, Rogalski, Eichmuller, Gérard, Benmussa, Bouquet, Lemanski, Masselot, Brun, Lumbroso, Biecheler, Minguet, Roux, Cuénod, Deleuil, Ortona, Lauriol, Soria, Riberolles.

×

### COMMUNICATIONS DU BUREAU

**Admissions.** — Sont admis, comme membres *titulaires* : le D<sup>r</sup> Lévy, le D<sup>r</sup> Adamo, le D<sup>r</sup> Uzan Maurice, le D<sup>r</sup> Farrugia et MM. Naymeh, Di Vittorio, Bloch et Fernand Chabert, pharmaciens à Tunis;

Comme membres *correspondants* : les D<sup>rs</sup> Arroux, de Nabeul; Chioselli, de Redeyef; Chirpaz, de Zaghouan; Duther, de Gafsa; Errera, de Bizerte; Galea Francesco, de Sfax; Zummo, de Sousse; Younès, de Soussa; Renard, de Metlaoui; Goéré, de Sidi Abdallah; Creidier, de la Manoubia; Gnecco F., de Sidi Amor ben Salem; Vullò, de Bêjâ; M. Sicart, de Menzel Temime; Diénot, de Sousse; Poirson, de Medjez el Bab; Buckivell, de Sfax; Moreau, de Sousse; Thierry-Detaille, de Bizerte; Godard, du Kef; M. Tavola, pharmacien, de Sousse; D<sup>r</sup> Krouch, de Souk-el-Khemis; D<sup>r</sup> Normand, Le Kef; D<sup>r</sup> Sakka, Sousse; D<sup>r</sup> Vitale, de Sfax; médecin major Decour, de Médénine; M. Saint Sernin, pharmacien en chef de la Marine à Sidi-Abdallah; M. Escano, pharmacien à Mateur; D<sup>r</sup> Bubendorff, Moknine; D<sup>r</sup> Lenoir, Téboursouk; M. Médinger, pharmacien à Bizerte; Mlle Carapezza à Béja; le D<sup>r</sup> Létang, Sfax; D<sup>r</sup> Eshbach à Kébili.

×

### Centenaire de Pasteur

Le Secrétaire général informe que la souscription pour la commémoration du Centenaire donne des résultats très encourageants. M. le Ministre Résident général, pressenti, a fait connaître que l'opportunité des cérémonies publiques serait indiquée pour le mois d'avril prochain. D'ici là les projets seront mis au point et la Société décidera, en séance plénière, de l'attribution des fonds recueillis.

## PRÉSENTATIONS DE MALADES

### Pleurésie axillaire

par APPIETTO MICHEL, Interne à l'Hôpital Civil Français

Il s'agit d'un malade âgé de 58 ans, cuisinier de profession, toussueur depuis 20 ans, entrant à la date du 1<sup>er</sup> décembre dans le service du docteur Masselot, présentant une légère hyperthermie et nous déclarant tousser un peu le matin au réveil.

La veille de son entrée à l'hôpital, il avait ressenti pendant quelques minutes une douleur dans l'aisselle droite.

Nous ne notons aucun signe fonctionnel, pas de gêne respiratoire, pas de point de côté.

L'état général est satisfaisant; nous relevons dans ses antécédents de l'éthylisme; pas de spécificité.

À l'inspection du thorax, nous sommes frappés par l'élargissement des espaces intercostaux au niveau de la région axillaire.

On observe en ce point une matité absolue en écusson avec diminution des vibrations vocales. À l'auscultation la respiration est complètement abolie dans la zone de matité. Par ailleurs, quelques râles sous crépitants à la base droite.

À la Radioscopie nous constatons une zone opaque dans la région axillaire, circonscrite, ellipsoïde à grand axe vertical (14 cm. sur 10 cm. environ), délimitée par une ligne précise non estompée, bien visible sur la radiographie faite par le docteur Jaubert de Beaujeu.

Une ponction exploratrice pratiquée au niveau du 5<sup>e</sup> espace intercostal donne un liquide chocolat; nous retirons deux litres de liquide déposant, après repos, du pus.

L'examen cytologique du liquide fait constater la présence de polynucléaires et mononucléaires en état de pycnose. On ne trouve pas de microbes banaux, ni des bacilles de Koch à l'examen direct.

La formule donne :

- 70 p. 100 polynucléaires;
- 23 p. 100 mononucléaires;
- 7 p. 100 lymphocytes.

Il s'agit donc, dans notre cas, d'une pleurésie axillaire. Il en a déjà été rapporté un cas à la Société par les docteurs Bouquet et Masselot.

Cette pleurésie qui n'est pas exceptionnelle risque facilement de passer inaperçue si l'on n'ausculte pas avec soin la région axillaire.

Toute matité accusée de cette région doit y faire penser, même s'il n'existe aucun signe d'auscultation du syndrome liquidien; une ponction exploratrice toujours inoffensive viendra lever tous les doutes.

La nature de cette pleurésie est discutable, s'agit-il de tuberculose ou de vieille suppuration d'origine pneumococcique secondairement stérile ? Il est difficile d'être affirmatif.

Contre la tuberculose on note l'âge du malade qui jusqu'ici n'a fait aucune localisation tuberculeuse; l'absence actuelle de tout symptôme de la série tuberculeuse; l'absence de bacilles de Kérh dans les crachats. En faveur de la tuberculose, le malade toussait depuis vingt ans.

Seule l'inoculation du liquide au cobaye permettrait de trancher le diagnostic et d'appliquer un traitement judicieux.

Le malade refusant par avance toute intervention, celle-ci ne pourrait donc être conseillée dans l'hypothèse qu'il s'agirait d'une pleurésie non tuberculeuse. Nous pensons qu'elle aurait eu de grandes chances de réussir chez lui comme chez le malade des docteurs Bouquet et Masselot. Les ponctions répétées ne peuvent constituer qu'un traitement palliatif, la reproduction du liquide se faisant constamment. Peut-être pourrait-on tenter après assèchement de cette cavité, une injection d'azote. Mais rien ne prouve que le pneumothorax réussisse dans ce cas et que les adhérences déjà anciennes ne rendent cette tentative thérapeutique illusoire.

×

### **Commotion médullaire - Syndrôme de Brown Séquard**

par F. MASSELOT

Il s'agit d'un jeune russe de 22 ans entré à l'hôpital pour une paralysie spasmodique. L'impotence musculaire est complète du côté gauche. Il existe même un léger degré de contracture et d'équinisme. Les mouvements se réduisent à une ébauche de flexion du genou gauche. Du côté droit, la force musculaire est simplement diminuée. Tous les réflexes tendineux sont exagérés. Le clonus du pied existe des deux côtés. On note un signe de Babinski bilatéral. Il est à noter que les sphincters sont normaux.

Cette paralysie s'accompagne de troubles sensitifs très marqués.

Il existe une abolition de la sensibilité cutanée dans le membre inférieur droit, sauf à la plante du pied et à l'extrémité des orteils. On y trouve également une abolition des sensations thermiques. Les sensibilités profondes sont intactes. Au contraire, sur le membre paralysé on note de l'hypéresthésie cutanée. Il s'agit donc d'un syndrome de Brown-Séquard.

La limite supérieure de l'anesthésie remonte à droite au niveau de la 9<sup>e</sup> côte. L'hypéresthésie au contraire n'arrive pas à l'ombilic.

Il semblerait donc, d'après la topographie des troubles sensitifs, que les lésions ne dépassent pas en hauteur le 9<sup>e</sup> segment dorsal. Pourtant l'abolition des réflexes cutanés, en particulier du réflexe abdominal supérieur

qui correspond aux 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> segments dorsaux, semble indiquer que les lésions médullaires atteignent ce niveau.

L'examen général du malade ne révèle rien d'intéressant; les cicatrices hyperpigmentées constatées au niveau de la face externe de la jambe droite résultent de brûlures au charbon incandescent (torture infligée par les bolcheviks). Dans les antécédents du malade on ne trouve ni syphilis, ni affection digne d'être retenue.

Les phénomènes ont débuté il y a deux ans au cours d'un combat contre les bolcheviks; le malade a été commotionné par l'éclatement d'un obus de gros calibre. Il perdit connaissance pendant plusieurs jours et resta, dit-il, deux mois sans parler. Son bras droit actuellement absolument normal resta paralysé pendant huit mois.

Nous avons pensé qu'il était intéressant de présenter devant la Société ces séquelles d'une commotion médullaire grave.

Il nous est difficile de préciser la nature des désordres anatomiques initiaux. Le syndrome de Brown Séquard fait penser malgré l'absence de dissociation des sensibilités à une hématomyélie.

Au point de vue thérapeutique nous sommes désarmés contre ces reliquats scléreux d'une lésion médullaire datant de deux ans.

×

## Un cas de syphilis nerveuse - Tabes fruste

par les D<sup>rs</sup> BRÔC et BIECHELER

Le malade que nous vous présentons, Hadj Djiani, de profession agriculteur, est venu à la consultation de l'Hôpital Sadiki le 17 novembre 1922, réclamant un pansement pour des plaies aux deux pieds. Nous constatons qu'il s'agissait de deux plaies exactement symétriques des deux talons, ulcérations arrondies de la grandeur d'une pièce d'un franc; ces ulcérations ne sont pas douloureuses.

Une troisième ulcération se trouve à la plante du pied droit au niveau de la base du gros orteil, mais cette ulcération a gagné en profondeur, à la partie correspondante de la face dorsale du pied la peau est soulevée, rougie et sensible, en y appuyant fortement le doigt on fait sourdre à la plante du pied un peu de pus épais et jaunâtre.

Ces caractères, le siège et la symétrie des lésions, nous ayant fait penser à des maux perforants plantaires, nous fîmes admettre ce malade dans le service de médecine.

Dans les antécédents du malade nous n'avons rien relevé d'intéressant. Il prétend n'avoir jamais eu la syphilis, ni aucune autre maladie. De fait, tous les organes, poumons, cœur, foie, rate, reins, sont normaux. Agé de 50 ans environ, il est dans un état moyen de nutrition. Seul, l'examen du



système nerveux nous montre des symptômes intéressants. On constate un signe d'Argyll-Robertson typique, signe que le docteur Cuénod a bien voulu rechercher et confirmer.

Les réflexes patellaires sont nettement conservés.

Les réflexes achilléens sont abolis.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion.

Il n'y a pas de troubles de la mobilité, ni démarche tabétique, ni troubles de la station (pas de Bemberg). On constate simplement un degré très marqué d'*hypotonie musculaire* aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité, en particulier nous n'avons pu déceler aucune anesthésie dans la sphère du cubital ou à la face. Pas de crises viscérales, ni troubles des sphincters.

Le Wassermann dans le sang a été négatif, dans le liquide céphalo-rachidien faiblement positif.

Ponction lombaire : hypertension légère, 27 à l'appareil de Claude.

Albumine normale, cellules, deux par champ à l'appareil de Nageotte.

Légère hypotension à l'appareil de Pachon. Aucun signe d'alcoolisme.

On sait combien le tabes est rare chez les indigènes musulmans; pour notre part, nous n'en avons rencontré jusqu'à présent aucun cas vraiment typique, mais en présence de ce malade, nous nous croyons admis à porter le diagnostic de tabes fruste, incipiens.

Les réflexes patellaires persistent, mais les réflexes achilléens sont disparus et nous savons qu'ils sont les premiers à disparaître. Il n'y a que cinq à six mois qu'ont commencé à apparaître les troubles trophiques du pied. S'ils ont apparu si tôt, cela nous semble tenir à ce que le malade marche pieds nus, par tout temps, et tous chemins, ce qui l'a prédisposé plus qu'un Européen, à des lésions de la plante du pied. Le repos à l'hôpital l'a déjà fort amélioré, et les lésions du talon sont manifestement en voie de guérison. L'influence de la marche nu-pieds sur la production précoce et rapide des maux perforants ne nous paraît pas discutable.

Il y a quelques années, la constatation d'un signe d'Argyll Robertson, aurait entraîné de plano, le diagnostic de tabes.

Depuis les travaux de Babinski à ce sujet, ce signe est un signe de syphilis; on peut le rencontrer isolé chez des syphilitiques, cependant on connaît sa très grande fréquence chez les tabétiques; chez notre malade, joint à la perte des réflexes achilléens, il nous paraît garder toute sa valeur pour le diagnostic de tabes.

Nous ignorons encore quelles sont les raisons qui mettent l'indigène musulman à l'abri du tabes, et toutes celles qui ont été données ne nous

paraissent pas à l'abri des critiques (1). Chez ce malade l'influence de l'alcoolisme ne peut être invoquée car c'est un fellah qui a toujours bu de l'eau. Quelle est la cause qui a rendu ses cordons postérieurs plus sensibles au virus syphilitique ?

Son histoire nous apprend seulement qu'il ignore sa syphilis, qu'il ne s'est jamais soigné, et d'autre part, nous ne trouvons sur son corps aucun stigmate de syphilis ni surtout aucune cicatrice cutanée. Il semble donc qu'il ait eu une syphilis touchant peu la peau, à l'inverse de ce qui se passe habituellement chez les indigènes, et cela cadre avec ce qui se passe ordinairement chez les Européens atteints de tabes. La ponction lombaire ayant donné chez lui des résultats identiques à ceux obtenus chez nombre de syphilitiques tertiaires cutanés en évolution, sans lésions médullaires, on ne peut invoquer une méningite latente pour expliquer la genèse des troubles observés.

Le malade est sorti le 25 février 1923 de l'hôpital. Ses maux perforants étaient guéris. L'état général était bon.

×

### Un cas rare de sclérose des corps caverneux

par le Dr A. NUNEZ

H. B..., indigène, 37 ans, marchand. Son père et sa mère ont toujours joui d'une bonne santé. Une sœur est morte de syphilis.

Le malade affirme avoir toujours joui d'une excellente santé. Il a eu une blennorrhagie il y a quinze ans et une seconde il y a dix ans. Il nie la syphilis.

Le début de l'infirmité qu'il présente daterait du 15 septembre dernier; il s'était aperçu par hasard qu'il avait sur le dos de la verge et sur la ligne médiane, un noyau endurci de la grandeur d'un petit haricot.

Cette induration était indolore et ne le gênait pas beaucoup pendant le coït.

Il est venu me consulter le 9 novembre et j'ai constaté une induration sur la ligne médiane antérieure de la verge au tiers moyen, longue 2 cm. sur 4 mm. de large adhérente aux corps caverneux et qui pendant l'érection devient complètement fixe aux plans profonds et reste toujours indépendante de la peau.

Le malade me dit que pendant le coït le point sclérosé est douloureux et que la verge se courbe en arc de cercle, dont la concavité regarde le point endurci.

---

(1) Voir note article Méningite latente et syphilis nerveuse, chez les indigènes musulmans tunisiens, *Tunis Médical*, octobre 1921.

Je fais le diagnostic de sclérose de la gaine des corps caverneux. La réaction de Wassermann pratiquée à l'Institut Pasteur a été faiblement positive (+).

Du 9 novembre au 29 décembre, je lui ai fait cinq séances d'électrolyse, sans aucun résultat.

L'année dernière, à Paris, à l'Hôpital Necker, j'ai eu l'occasion de faire de l'électrolyse sur un malade pareil à celui que je vous présente, mais je n'ai obtenu aucun résultat. Le malade était lui aussi Tunisien.

Depuis ces deux tentatives, l'électrolyse me paraît absolument inutile.

La méthode chirurgicale a pu donner entre les mains de Galevosky, Hübner, Billhaut, Legueu, quelques bons résultats.

Ces auteurs ont opéré quatre cas avec un résultat thérapeutique et fonctionnel excellent.

Legueu conseille l'opération lorsque les plaques sont uniques ou assez limitées.

Il nous reste à voir si la radiothérapie peut faire quelque chose.

L'étiologie de cette maladie rare reste encore obscure; on a pensé à la syphilis, à la blennorrhagie, à l'extravasation sanguine à travers l'abuginée rompue, mais jusqu'à ce jour rien n'a été précisément établi.

On sait malheureusement que c'est une maladie qui a une évolution très lente, qui débute presque toujours chroniquement et dont le pronostic est tout à fait défavorable au point de vue fonctionnel.

×

## Un cas de maladie bleue

par les Drs BROU et BIECHELER

L'enfant que nous avons l'honneur de montrer à la Société, est venu, il y a quelques jours à la consultation de l'Hôpital Sadiki, se plaignant d'étouffements. Nous fûmes frappés immédiatement par la cyanose du nez, des lèvres et des extrémités supérieures et par la déformation hippocratique des doigts.

L'interrogatoire nous apprenait que l'enfant est né à terme, qu'il a deux frères et sœurs bien portants, et que de tout temps, la mère avait remarqué la coloration violacée des extrémités. Cette coloration était beaucoup plus marquée le soir quand il se couchait.

Lui-même explique qu'il n'a jamais pu courir comme ses petits camarades, qu'il se fatiguait très vite, et que le moindre effort l'essoufflait.

Le petit malade est d'apparence chétive, le thorax étroit. Il a quatorze ans, et ne paraît pas plus développé qu'un enfant de 9 ans environ. Les membres sont grêles, l'appareil pileux des organes génitaux à peine mar-

qué, la verge très petite, et un des testicules n'est pas descendu dans les bourses.

Le cœur paraît agrandi dans toutes ses dimensions, la matité absolue est nettement augmentée. A l'auscultation on constate un gros souffle qui prend toute la systole, rude, et qui a son maximum d'intensité dans la région moyenne du cœur ainsi qu'au niveau du foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire. Ce souffle se perçoit légèrement en arrière à gauche, en faisant suspendre la respiration.

Le poulx est petit, la tension artérielle 8-10 au Pachon. On trouve une hyperglobulie nette. 6.200.000. Hémoglobine 7.5 (Sahli).

Nous nous croyons autorisés à poser le diagnostic de malformation congénitale du cœur — probablement communication interventriculaire avec sténose pulmonaire.

Pour poser un diagnostic exact de lésion, il faudrait pouvoir faire un électro-cardiogramme.

×

## PRÉSENTATIONS DE PIÈCES

### Tuberculose du cœur

par les D<sup>rs</sup> BROG et BIECHELER

Il s'agit d'une pièce assez rare de tuberculose du myocarde avec infiltration péricardique.

Le diagnostic histologique a été porté par le professeur Masson de l'Institut Anatomico-pathologique de Strasbourg, sur le vu des coupes pratiquées par Madame Brun.

### Tubercules dans la corticale

#### au niveau du lobe pariétal gauche

Il s'agit d'un malade qui présentait les symptômes de tumeur cérébrale. Hypertension cérébrale 65 à l'appareil de Claude. Malade tombé dans le coma rapidement après son admission. A l'autopsie on trouve une petite masse infiltrée dans la corticale au niveau du lobe pariétal gauche. Très beaux tubercules en plein parenchyme cérébral (écorce).

×

Le D<sup>r</sup> DELEUIL présente deux calculs, l'un urétéral enlevé avec une sonde, et l'autre vésical et souligne l'importance du toucher rectal lorsque en veut se rendre compte de la dimension d'un calcul de la vessie.

## Observations de Cystite Intestinale

par le Dr DELEUIL

Mme M... a eu il y a six ans une fièvre typhoïde ayant débuté par une cholérine à la suite de l'ingestion de coquillages.

Le système digestif a toujours été particulièrement sensible; émotion, froid, fatigue, règles, ingestion d'aliments de fraîcheur douteuse ou de pureté défectueuse suffisent à déterminer une diarrhée subite avec urticaire.

Je vis cette malade il y a trois ans pour une cystite aiguë soudaine, et semblait-il spontanée à la suite d'une indigestion; il y avait une pyurie moyenne. Je ne pensais point à l'origine intestinale; la cystite guérit en deux jours avec un peu d'urotropine.

Quelques temps après une crise très vive de cystite aiguë se déclara à la suite d'une forte diarrhée alimentaire. Les symptômes ne furent point cette fois-ci uniquement vésicaux, mais il y eut des douleurs rénales accusées sans symptômes généraux. Il fut curieux de constater que la cystite précéda de quelques heures la diarrhée, d'une façon légère. Elle présenta son maximum en même temps que les phénomènes intestinaux et décrut avec eux.

Me souvenant de l'article d'Heitz-Boyer paru en 1913 dans le traité de Desnos, j'instituai un traitement intestinal et donnai de l'urotropine : la guérison fut immédiate.

Elle se maintint pendant près d'un an, la malade suivant un régime, jusqu'au jour où, devenant enceinte, elle présenta au cours de sa grossesse, sept crises de cystite aiguë, identiques aux précédentes, sans phénomènes généraux, chaque crise coïncidant avec une débâcle diarrhéique. La cystite éclatait non point pendant la rétention fécale, ou la période de constipation, mais à la fin lorsque, soit physiologiquement, soit à la suite d'un laxatif, une débâcle diarrhéique terminait l'embaras intestinal.

Les urines pyuriques centrifugées me montrèrent, au cours de deux crises, une grosse quantité de bacilles ressemblant au coli.

Je ne fis aucun traitement urinaire. La cystite disparut en même temps que la diarrhée. Aucun examen urétéral ne fut jamais fait. Il nous aurait probablement montré de l'infection pyélitique, selon les travaux d'Heitz-Boyer, car nous nous trouvons vraisemblablement ici en présence de la forme vésicale du syndrome entéro-rénal. La grossesse rend ici cette étio-logie claire et rationnelle.

Tout dernièrement enfin cette malade à la suite d'un surmenage de ville d'eau, fut prise à Marseille d'une entérite due à la mauvaise nour-

riture d'hôtel, à la fatigue, aux soucis de toutes sortes occasionnés par les récentes grèves. Des troubles de cystite intense accompagnèrent cette énérite; toute la thérapeutique urinaire classique fut mise en œuvre sans résultat. Par contre tout rentra dans l'ordre lors de l'arrivée de ma malade à Tunis, presque comme par enchantement.

Il y a deux ans, je voyais arriver en mon cabinet un jeune ménage de quinze jours. Leur histoire beaucoup plus comique que tragique était pourtant navrante. Il s'agissait d'une vraie cystite particulièrement douloureuse chez la jeune femme. Un confrère consulté au cours de leur voyage de nocce n'avait pas craint d'incriminer, sans preuves microscopiques ou autres, une très ancienne goutte du mari. La jeune femme épouvantée se refuse heureusement à faire le traitement prescrit, s'enfuit à Constantine chez ses parents, et voit dans le repos et la table familiale, sa cystite disparaître. Etrange chose !

La jeune femme et son mari reprennent leur voyage jusqu'à Tunis, et c'est à nouveau une crise aiguë de cystite qui les amène chez moi. Examen minutieux du mari, négatif. Par contre la jeune femme sans autres symptômes urinaires que ceux de sa cystite subaiguë, présente un état intestinal et gastrique lamentable aggravé par les fatigues d'un long voyage de nocce.

Repos, régime, thérapeutique intestinale et hépatique (la malade a eu autrefois de l'ictère, teint terreux, etc.) un peu d'urotropine. Guérison immédiate et parfaite.

Voici peu de temps, j'examinai encore des nouveaux mariés d'à peu près un mois. Cette fois-ci, le mari, instituteur, s'accuse véhémentement : « j'ai eu une blennorrhagie il y a quelques années... »

Nous connaissons tous ces petites tragédies, les époux se tournant le dos... navrantes et exquises choses !

Les vérifications microscopiques nécessaires sont nulles. Par contre la malade a un passé intestinal mauvais, bien qu'elle m'assure « qu'elle va parfaitement bien de ce côté-là »; jeune fille, elle fut longtemps soignée pour de l'entéro-colite; lors de son voyage de nocces, elle resta des jours sans aller à la selle, puis eut une débâcle entéritique qui continua tout le temps de son voyage. La malade urinait toutes les heures depuis près de vingt jours, des urines moyennement pyuriques. Un traitement uniquement intestinal amène une guérison.

Je possède d'autres observations identiques de ces cystites *du voyage de nocce*, à diagnostiquer d'avec la cystite par *défloration*, exceptionnelle d'ailleurs (à coli bacilles ou à staphylocoques).

Ces formes vésicales du syndrome entéro-rénal sont très répandues, presque toujours bénignes. Elles sont de contamination descendante; ce sont des pyélocystites (Heitz-Boyer, Journal Médical Français, Mai 1932).

Très mal connues, elles exposent à de multiples erreurs de diagnostic, et aux traitements les plus invraisemblables et les plus dangereux aussi.

#### Discussion :

*D<sup>r</sup> Montefiore.* Il est fort possible qu'il s'agisse là de cystite gonococcique. On ne trouve pas toujours le gonocoque. D'autre part, toutes les malades présentées par le docteur Deleuil ont vu leur accident apparaître après le coït. Pourquoi donc n'auraient-elles pas eu les mêmes troubles dans leur vie de jeune fille ?

*D<sup>r</sup> Masselot.* Il y a des cas de bactériurie latente précédant le mariage. Le traumatisme du coït suffirait à transformer cette bactériurie en cystite.

*D<sup>r</sup> Oriona.* Les cas du docteur Deleuil peuvent se rapprocher des cas de cystite chez les enfants au cours d'une infection générale.

*D<sup>r</sup> Benmussa.* Le rôle du traumatisme dans les cas que nous présente le docteur Deleuil est indéniable. Il s'agit toujours de jeunes mariées. D'autre part, la meilleure preuve est donnée par la deuxième observation du docteur Deleuil. Il a suffi en effet à la personne en question d'un petit voyage à Constantine auprès de ses parents pour revenir guérie sans traitement.

Na-t-elle pas été tout simplement guérie par l'abstinence de coït ?

Le *D<sup>r</sup> Deleuil* répond au docteur Masselot au sujet de la bactériurie.

En effet, dit-il, on a montré que la plupart des cas des prétendues cystites par la défloration avaient eu lieu chez des jeunes filles ayant déjà des staphylocoques dans leurs urines.

×

### Hématurie par hydronéphrose

par le *D<sup>r</sup> DELEUIL*

M... entre à l'hôpital Sadiki le 12 mars 1922, pour des hématuries spontanées, indolores, totales; non modifiées par le repos, et continues autant que considérables.

Il nous est difficile d'obtenir un renseignement sérieux de la part de cet Arabe. Il n'a jamais eu aucune douleur rénale; ses urines ont toujours été claires; au palper on ne sent pas les reins; pas de points douloureux, rien à la prostate ni aux testicules; pas de varicocèle.

Le laboratoire constate l'absence d'œufs de *schistosomum hæmatobium*. A l'examen, outre de très nombreux globules rouges, absence de globules de pus, absence de microbes, même résultat par la mise en culture; recherche du Koch et radiographie négatives,

Cystoscopie le 13 mars; capacité de 300 cmc. Gros et abondants caillots dans le trigone que le lavage fait difficilement partir; méat urétéral droit normal, urines claires; méat gauche un peu béant; pourtour boursoufflé, rougeâtre, toutes les deux ou trois éjaculations d'urine claire une grosse éjaculation baveuse de sang pur : hématuries intermittentes.

Cathétérisme facile; à gauche la sonde donne en une minute en gouttes pressées de 60 à 70 cmc. d'urines sanglantes. La capacité du bassinnet prise avec du sérum chaud semble être de 55 cmc.

Au moment où le malade accuse la douleur à la distension, le palper de son rein nous permet de sentir très nettement le pôle inférieur gros et abaissé. A droite, urines très claires; la capacité du bassinnet est de 6 cmc. Au moment d'enlever le cystoscope, nous remarquons une filtration assez forte le long de la sonde droite, par contre à gauche, tout paraît étanche.

L'examen des urines séparées nous donne pour le rein droit, en totalisant les urines droites et les urines vésicales 16 gr. 7 d'urée au litre; et pour le rein gauche 5 gr. 8 d'urée au litre.

La radiographie du système urinaire gauche ne décèle aucun calcul, mais un rein sensiblement élargi, et dont le pôle inférieur arrive à mi-hauteur de la deuxième lombaire.

Une pyélographie est pratiquée le 16 mars avec une sonde opaque n° 12; vérification des renseignements donnés plus haut; injection de 45 cmc. de bromure de Na à 30 %. La pyélographie nous montre un uretère non dilaté, un bassinnet fusiforme presque pas dilaté, et une série de taches noires à l'intérieur du rein, nous faisant penser à une hydronéphrose calicelle.

La discussion du diagnostic nous fait rejeter pourtant celui d'hématurie au cours d'hydronéphrose parce que nous considérons cette dernière comme trop peu importante pour donner lieu à une hémorragie aussi considérable. Nous éliminons successivement tous les diagnostics possibles, et pensons par exclusion à une tumeur du bassinnet.

Le docteur Brun a l'extrême amabilité de nous laisser opérer ce malade le 22 mars, ce dont nous le remercions ici.

Incision oblique. La graisse périrénale n'est pas infiltrée. Nous reconnaissons un très gros rein que nous décortiquons facilement, mais qui nous oblige, pour basculer son pôle supérieur, à prolonger l'incision parallèlement à la crête et de couper au ciseau le ligament de Heule. Nous ne constatons aucun vaisseau supplémentaire, et le rein extériorisé paraît gros comme deux fois la normale. La capsule se sépare aisément du parenchyme, le bassinnet fusiforme ne semble pas dilaté. Etant donné le diagnostic présumé, l'hydronéphrose unilatérale, l'examen fonctionnel bon, on néphrectomise ce rein gauche; deux points au catgut referment la loge



rénale où rien ne saigne. Nous ne plaçons point de drains et les différents plans sont refermés au catgut, puis aux crins sans drainage. Suites excellentes. Le malade sort cicatrisé le 3 avril 1922, douze jours après, en état, semble-t-il, de guérison.

L'examen de la pièce nous montre à la coupe une hydronéphrose sur-tout intrarénale, sans aucune tumeur, ni présence d'un foyer hémorragique quelconque.

La cause de cette hydronéphrose n'est pas reconnue. Quelques suffusions hémorragiques interstitielles, de petits kystes à contenu clair, lésions de néphrite parenchymateuse sont épars.

De multiples coupes faites très obligeamment par Mme le docteur Brun, font constater des lésions de néphrite des tubes avec formation de cylindres granuleux, pénétration lymphoïde mais peu de lésions glomérulaires.

Cette observation nous semble intéressante en deux points :

I. — Elle précise le diagnostic des grosses hématuries. Nous savons, on l'a dit récemment encore (Basy, Legueu, Marion, Mai 1922), que l'hydronéphrose peut donner lieu à de grandes hématuries prolongées, graves, ayant les caractères des hématuries néoplasiques. Mais ce sont en général des hydronéphroses considérables, ayant détruit en partie le rein.

Ici nous avons affaire à une hydronéphrose importante certes, mais co-existant avec une quantité de parenchyme rénal encore fort appréciable.

Il faut donc savoir que même de petites hydronéphroses peuvent donner lieu à des hématuries pseudo-néoplasiques.

II. — Nous n'avons pas trouvé le siège de l'hématurie dans ce rein. Il existait des lésions nettes de néphrite scléreuse, répandues dans tout le rein à prédominance pyramidale. La constatation de ces caractères, la vue de caillots vésicaux, la mesure d'une hydronéphrose importante, et la pyélographie différencient ces hématuries de la néphrite hématurique essentielle.

×

D<sup>r</sup> MONTEFIORE. **Méningite aseptique.**

Le D<sup>r</sup> Ortona est d'avis de changer le titre de la communication, à son avis il s'agit là d'une réaction méningée et non d'une méningite.



## Que peut-on attendre d'une analyse d'urine ?

Des conclusions cliniques

que le médecin peut tirer d'une analyse complète d'urine  
d'après les connaissances actuelles de la biologie et de l'urologie.

**LOUIS CAILLON**

Médecin consultant à Vichy et à Korbous

PAR

et

**P. V. LÉGER (de Vichy)**

Docteur en pharmacie de l'Université de Paris

---

L'urine est la voie principale d'élimination des déchets normaux ou pathologiques de la nutrition. C'est dire son importance clinique. Cependant l'analyse complète d'urine est encore l'objet de nombreuses controverses. Certains auteurs la jugent à peu près inutile, d'autres en tirent des conclusions exagérées et ne craignent pas de faire d'après elle les diagnostics les plus délicats. La vérité nous semble entre ces deux opinions extrêmes. Notre avis est que l'on peut tirer d'une analyse d'urine bien faite des indications utiles tant au point de vue des maladies de la nutrition, qu'au point de vue de la valeur fonctionnelle de certains organes comme le foie et le rein.

Notre but est d'aider le médecin praticien à saisir la signification des chiffres, rapports et graphiques d'apparence souvent compliquée, que fournit le laboratoire.

Il serait certainement désirable pour avoir des données plus précises de soumettre le patient à un régime d'épreuve déterminé, et de lui faire recueillir ses urines pendant plusieurs jours; ces analyses en série donneraient une véritable image de son état physiologique ou pathologique et permettraient d'étudier le métabolisme de ses divers aliments. Cette manière de procéder est malheureusement difficile à réaliser dans la pratique journalière. Il faudra d'une façon générale se contenter de l'échantillon résultant de la récolte des urines de 24 heures. Nous nous conformerons à cet usage dans l'étude qui va suivre et nous considérerons l'urine comme anormale ou pathologique, soit lorsque l'on verra apparaître de nouveaux éléments, soit lorsque les rapports entre les constituants normaux changeront de valeur. En effet si les éléments normaux varient avec le régime alimentaire et le travail musculaire, il y a entre ces éléments des rap-

ports qui restent fixes et dont les variations indiquent la présence de troubles fonctionnels.

Nous serons ainsi appelés à étudier successivement dans l'urine :

- 1° Recherche des éléments anormaux;
- 2° Caractères généraux et éléments normaux;
- 3° Examen microscopique;
- 4° Rapports urologiques; Graphique;
- 5° Procédés d'exploration fonctionnelle de différents organes en rapport avec l'examen d'urine.

## I. - RECHERCHE DES ÉLÉMENTS ANORMAUX

### A. - Glucose

Au point de vue clinique, la présence du sucre dans l'urine ou glycosurie peut, ou bien être un symptôme isolé apparaissant d'une façon intermittente ou passagère, ou bien être un des signes d'une maladie déterminée, le diabète.

1° **Glycosurie intermittentes et transitoires** — Il est des cas où des phénomènes passagers d'intoxication amènent une dysfonction hépatique d'ordre glyco-génique, produisant la glycosurie. C'est en présence de tels phénomènes que le médecin devra faire faire des examens sur des échantillons prélevés à un jour ou deux d'intervalle, et même à des heures différentes d'une même journée pour constater le caractère passager et intermittent de ces glycosuries et confirmer son diagnostic.

Ces glycosuries peuvent être classées de la façon suivante :

*Glycosurie intermittente des arthritiques;*

*Glycosurie par intoxication (adrénaline, chloroforme, éther, etc.);*

*Glycosurie alimentaire* (apparaissant après les repas ou à la suite d'ingestion de grandes quantités de sucre);

*Glycosurie des maladies infectieuses* (choléra, diphtérie, fièvre typhoïde, paludisme, etc.);

*Glycosurie de la grossesse;*

*Glycosurie nerveuse.*

Il y a lieu de ne pas oublier celles qui sont dues à certaines causes très intéressantes, comme l'excitation du pneumogastrique tirailé par le développement d'une *ectasie aortique* ou par un certain degré d'*aortite abdominale* chez la femme (J. Teissier).

Dans toutes ces glycosuries, le volume des urines est plutôt diminué, le glucose ne dépasse guère 10 à 12 gr. par 24 heures. On estime en effet

qu'au-dessous de 20gr., la glycosurie ne saurait être considérée comme un véritable diabète, ni traitée comme telle (Klemperer).

Il sera en général facile par un régime de désintoxication de faire disparaître le glucose.

Il est bien évident que lorsque la cellule hépatique aura à réagir non plus contre une intoxication passagère mais contre des intoxications lentes et chroniques, la glycosurie pourra s'installer de façon prolongée. Certains auteurs (Jaccoud et Bouchard) n'ont-ils pas admis qu'entre la glycosurie et le diabète il n'y avait qu'une question de degré ?

2° **Diabète.** — Voici schématiquement les caractères des urines de chacune des deux formes classiques du diabète.

a — *Diabète gras ou arthritique*, forme la plus commune; polyurie variant entre deux et quatre litres, jamais excessive. Glycosurie variant de 20 à 150 gr. pouvant atteindre 800 à 1.000 gr. en 24 heures, très variable avec l'alimentation ou la médication.

b — *Diabète maigre ou pancréatique*, forme grave, mais rare, avec amaigrissement notable, marche rapide, (en moins de deux ans), provoqué d'après Lancereaux par une lésion atrophique notable du pancréas. Polyurie abondante de 5 à 15 litres. Glycosurie pouvant atteindre 500 à 1000 gr. en 24 heures, non modifiée par le régime alimentaire.

## B. - Corps acétoniques

Acétone, acide diacétique, acide B oxybutyrique.

La présence d'acétone à l'état de traces est normale dans l'urine (Malat). Elle doit retenir l'attention du médecin lorsqu'elle se trouve à des doses supérieures à 10 ou 20 milligr. par litre pour l'acétone et l'acide diacétique, et à quelques centigrammes pour l'acide B oxybutyrique.

L'accumulation dans l'organisme des corps acétoniques constitue un état pathologique appelé *acidose*.

Voici ce qu'en dit Marcel Labbé (1) :

« Parmi les indices d'insuffisance hépatique, l'acidose est un des plus importants; elle traduit toujours un trouble profond du métabolisme et elle offre une signification pronostique de haute gravité. Il est donc important de la rechercher systématiquement dans toutes les urines, comme on recherche l'albuminurie et la glycosurie; sa constatation orientera les recherches cliniques dans le sens d'une affection hépatique.

« L'acidose, en même temps que d'autres indices d'insuffisance hépati-

(1) *Journal Médical Français* (Février 1922).

que peut se rencontrer dans les vomissements cycliques, dans la grossesse, dans l'appendicite, la cholécystite, les suppurations abdominales, après l'absorption du chloroforme, au cours des affections hépatiques graves, etc.

Quelques indications thérapeutiques peuvent être tirées de la découverte de l'acidose : les graisses et les albuminoïdes étant les origines des corps acétoniques, on restreindra leur consommation; on supprimera surtout les albumines de la viande qui sont particulièrement acétogènes; les albumines du lait, des œufs et des végétaux sont moins nocives; enfin chez les sujets qui ne sont point diabétiques, on aura avantage à instituer un régime sucré ou féulent, d'abord parce que les hydrates de carbone ne donnent pas naissance à des corps acétoniques, ensuite parce qu'ils jouent un rôle adjuvant dans le métabolisme des graisses et des corps acétoniques. En présence des accidents d'acidose, le traitement alcalin ne doit pas être négligé; il est susceptible d'aider à la guérison. »

Toissier attire l'attention sur les *acétonuries latentes* avec fermentations digestives entretenant au niveau des gencives la présence d'une flore bactérienne (gingivite expulsive) et s'accompagnant de quelques signes vagues de dénutrition. Tous ces troubles peuvent devenir les signes précurseurs d'un véritable diabète sucré.

### C. - Albumine

L'albumine vraie, seule intéressante, est un mélange en proportions variables de sérine et de globuline. Sa présence dans l'urine s'observe soit chez des sujets ne possédant pas de lésions rénales ou présentant des lésions discrètes et secondaires (*albuminuries fonctionnelles*) soit chez des sujets atteints de lésions rénales (*albuminuries rénales*).

a) **L'albuminurie fonctionnelle** est en général intermittente. Elle peut être *mécanique* comme l'albuminurie des asystoliques, *digestive ou hépatique* (atteignant son maximum après les repas), *nerveuse, orthostatique* (apparaissant dès que le sujet est debout), *intermittente cyclique des adolescents*, etc.

Chacune de ces albuminuries a donné lieu à des explications variées; pour plusieurs d'entre elles le mécanisme semble encore mal connu. Pour en établir le diagnostic il est indispensable de faire des examens d'urine répétés, dans des conditions variées ou après des exercices ordonnés. De toutes façons ces albuminuries retiendront l'attention du médecin, car elles peuvent cacher des lésions légères et curables du parenchyme rénal.

b) **L'albuminurie rénale** peut se manifester dans toutes les maladies infectieuses aiguës (pneumonie, fièvre typhoïde, scarlatine) ou dans les empoisonnements par le phosphore, le plomb, le mercure, la cantharide, etc., ou enfin dans les néphrites aiguës ou chroniques.

Pour apprécier la valeur de l'albumine, il est des indications qu'il est nécessaire de rappeler :

1° *Il n'y a aucun rapport entre la quantité d'albumine urinaire et la gravité de la lésion rénale.*

Des lésions discrètes et légères peuvent s'accompagner d'albuminurie massive (jusqu'à 25 gr. par jour) alors que des affections à évolution rapidement mortelle ne laissent passer dans les urines que des traces infinitésimales d'albumine.

2° *L'examen méthodique du précipité albumineux est seul susceptible de donner des renseignements précis.* Teissier demande à ce que soit déterminée la nature même de l'albumine rendue (sérine, globuline, albumine de la pyurie, par l'épreuve de Donné à l'aide de l'ammoniaque, albumosurie, etc.), à ce que soit recherché son caractère réactionnel (acéto-solubilité, nitrosolubilité) (1) et enfin le cycle d'élimination dont la détermination sert également à découvrir l'origine de l'albumine et, conséquemment sa gravité. Cet examen permettra de ne pas tenir compte de l'albumine provenant de sécrétions vaginales, de sang menstruel, etc.

3° *L'examen microscopique du sédiment urinaire doit compléter tout examen chimique, lorsque l'urine contient de l'albumine, même en faible quantité.* La présence d'éléments histologiques démontre pour ainsi dire l'existence de la lésion rénale : ce sont les débris épithéliaux des tubes urinaires, les cylindres épithéliaux, granuleux et granulo-graisseux, quelquefois des hématies et des cylindres sanguins (néphrites aiguës).

#### D. - Pigments biliaires

L'urine contenant ces pigments est d'une coloration extrêmement foncée rappelant celle de la bière brune avec une mousse souvent colorée en jaune verdâtre (parallèlement on constate une décoloration des selles). Cette élimination est due à des troubles plus ou moins graves de la cel-

(1) L'albumine précipitée par la chaleur est-elle nitro-soluble et non reprecipitable par addition d'une goutte de liqueur Cupro-potassique (phénomène de Bénédiet Teissier) il s'agit d'albumosurie, complication particulièrement grave des néphrites chroniques et indice souvent d'une terminaison fatale prochaine. (J. Teissier).

lule hépatique qui est incapable de fixer ce pigment ou de l'éliminer par l'intestin.

En dehors de ces cas la cholurie se produit :

a) Quand il y a obstruction des voies biliaires (ictère catarrhal, lithiase biliaire, cancer du foie ou de la tête du pancréas, etc.);

b) Quand il y a surproduction de la bile (ictère émotif).

## II. - CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE L'URINE ET ÉLÉMENTS NORMAUX

### Caractères généraux

**Volume.** — La quantité d'urine émise en 24 heures est un renseignement extrêmement précieux, bien qu'elle soit sujette à des variations assez considérables dues à l'alimentation, à l'état de chlorurie organique et quelquefois seulement à l'ambiance (température, état hygrométrique etc.).

Normalement le volume est de 12 à 1.400 cc. par 24 heures chez l'homme, de 1.000 à 1.200 cc. chez la femme, soit par kg. corporel 18,5 à 20 cc. en moyenne.

Le volume est en rapport avec la composition du sang, avec la pression sanguine et avec l'état anatomique du rein et c'est pourquoi la diurèse, représentée par le volume des 24 heures, constitue un des meilleurs et des plus anciens éléments de la séméiologie et de la clinique (1).

Le volume peut varier de 3 à 400 cc. à plusieurs litres et atteindre même 10 litres dans certains cas tout à fait anormaux.

Les *polyuries* sont le fait de certaines néphrites interstitielles, de certaines affections nerveuses, du diabète ou enfin la résultante d'une débacle favorable dans la période terminale de la plupart des maladies fébriles.

L'*oligurie* s'observe au cours de toutes les maladies aiguës des intoxications, des néphrites aiguës avec congestion du rein, des accidents urémiques ou éclamptiques, des accès de goutte, de l'ictère catarrhal, du choléra, de l'hyposphyxie, de l'asystolie, etc.

**Aspect.** — Chevassu (2) insiste à juste titre sur la constatation de la *limpidité* ou de la *non limpidité* de l'urine qui est pour lui la base même de toute la pathologie urinaire, au point de vue chirurgical.

Trois éléments peuvent troubler la limpidité des urines : les cristaux, les globules ou les microbes.

(1) Dans les affections aiguës, en particulier, le bocal d'urine à la tête du lit n'est pas encore prêt de perdre la valeur clinique que lui ont toujours attribuée les praticiens. (Hérouin, *Presse Médicale* 8 Nov. 1922).

(2) M. Chevassu, *Paris Médical* 5 août 1922.

a) *Les cristaux* qui normalement sont dissous peuvent se précipiter premièrement parce qu'ils sont éliminés en excès, et en second lieu parce que l'acidité de l'urine a diminué (pour les phosphates) ou parce que l'urine s'est refroidie (pour les urates). Ces deux troubles disparaissent : celui dû aux phosphates, avec quelques gouttes d'acide nitrique; celui dû aux urates, par la chaleur. Quand donc des urines, troubles à l'émission ne s'éclaircissent ni par la chaleur ni par l'acide acétique, il y a grandes chances qu'elles soient troublées par des globules ou des microbes.

b) Les globules sont des globules rouges (hématurie) et dans ce cas l'urine est généralement de couleur brumâtre, ou des globules de graisse (chylurie), fait exceptionnel, ou enfin des globules blancs (pyurie) et c'est qu'alors *l'urine est infectée*.

c) Les microbes (bactériurie) se rencontrent également dans l'urine infectée.

Ce renseignement fourni par la constatation de la limpidité a évidemment une valeur plus grande si elle est faite au lit même du malade après avoir recueilli l'urine comme il convient (1).

Mais elle sera toujours indiquée par le laboratoire. Cette limpidité se conserve d'ailleurs assez longtemps après l'émission dans des conditions normales de température (de 10 à 15°) et si on a pris la précaution d'empêcher les fermentations bactériennes par l'emploi d'antiseptiques tels que le cyanure de mercure (0,10 centigr. par litre).

Dans le cas contraire l'urine se trouble rapidement, un dépôt plus ou moins abondant de phosphates se précipite au fond du récipient. En effet l'acidité urinaire diminue sous l'influence des fermentations qui décomposent en partie l'urée pour donner de l'ammoniaque. (C'est un phénomène analogue à celui qui peut se passer dans la vessie même, pour donner une urine louche à l'émission). L'urine qui subit dans le vase cette fermentation prend rapidement une odeur fétide et repoussante, une allure nettement ammoniacale, des fermentations secondaires venant se joindre à la première.

Le *dépôt* produit par les phosphates est blanchâtre, non filant. Lorsqu'il est dû à de l'acide urique et à des urates, il est nettement rosé, pouvant aller jusqu'au rouge brique, bien connu des malades et des médecins. Enfin lorsqu'il est produit par des leucocytes plus ou moins altérés, du pus se

---

(1) Chevassu recommande l'émission de l'urine dans les 3 verres de Guyon, la limpidité du 2<sup>e</sup> verre devant seul être retenue (le 1<sup>er</sup> jet entraînant avec lui les sécrétions urétrales et méatiques, le 3<sup>e</sup> jet les sécrétions prostatiques, vésiculaires et celles qui ont pu s'accumuler dans le bas fond de la vessie, le 2<sup>e</sup> verre représente donc seul l'urine rénale à l'état pur). Il recommande en plus pour la femme une brève toilette vulvaire à l'eau simple ou bouillie suivie d'un assèchement local soigné.



dépose au fond des récipients et ne tarde pas à se prendre en masse et à constituer un magma filant d'aspect tout à fait caractéristique, mais d'aspect blanchâtre.

Le médecin sera donc averti de la nature du sédiment tant par son aspect que par sa coloration : blanc et filant pour les dépôts purulents; blanc non filant pour les dépôts phosphatiques; rosé ou rouge brique pour les dépôts d'urate et d'acide urique.

Il va sans dire que l'examen microscopique de ce dépôt sera indispensable pour vérifier le diagnostic en y décelant des leucocytes (pyurie), des microbes (bactériurie) et souvent un mélange des deux.

**Réaction.**— Si nous avons assisté à la précipitation des phosphates par diminution de l'acidité urinaire, c'est assez dire que l'urine est naturellement acide. Il est facile au médecin de le reconnaître au chevet du malade par l'emploi du papier de tournesol (le papier bleu rougit). L'hyperacidité se rencontre dans la gravelle, l'arthritisme, le rhumatisme articulaire aigu; l'alcalinité dans les lésions anciennes de la vessie ou sous l'influence d'un régime exclusivement végétarien ou de l'absorption des quantités notables de bicarbonate de soude.

L'acidité totale, dosée en acide phosphorique est normalement de 0,03 par kg.

**Densité.**— La densité de l'urine normale varie entre 1018 et 1028 et oscille en général entre 1018 et 1022. Sauf pour les urines diabétiques qui peuvent atteindre une densité de 1040 à 1050, malgré la polyurie, la densité de l'urine est inversement proportionnelle au volume.

(A suivre)

**Quelques données  
sur la radiothérapie des cancers**

par le Docteur SIMONE LABORDE  
in *Journal Médical Français*, Novembre 1922

*Données d'ordre biologique.* — A dose forte, les rayons X et les rayons du radium causent

la mort des cellules; à dose moindre, ils provoquent une inhibition temporaire et à dose faible, ils ont un pouvoir d'excitation et stimulent la division cellulaire. Pour une dose déterminée, il existe une action élective de ces radiations sur certains éléments cellulaires. Au-delà d'une certaine dose, aucun élément vivant ne peut résister.

La chromatine nucléaire est la partie la plus sensible de la cellule et le moment de la division cellulaire celui de sa plus grande vulnérabilité. Un élément cellulaire qui entre en activité reproductrice devient moins résistant aux radiations. C'est ainsi que les tumeurs malignes ont une radiosensibilité plus grande que les tissus normaux. Des doses faibles pourront produire une action stimulante sur la division nucléaire : le cancer des radiologistes en est une preuve évidente.

Par des expériences récentes, on a pu conférer au rat l'immunité aux greffes néoplasiques par l'inoculation préalable de tissu cancéreux irradié (H. Chambers, G. Scott, S. Russ). Poursuivant leurs recherches, ces auteurs ont inoculé au malade un fragment de sa propre tumeur broyée et irradiée in vitro dans le but de lui conférer la même immunité qu'à l'animal.

En clinique, on n'a constaté qu'une action locale sur les tissus directement irradiés sans aucun effet d'immunisation, sans action régressive, en particulier sur les métastases.

Au cours d'irradiations successives, les tissus néoplasiques se montrent de moins en moins radio-sensibles (immunisation active ou vaccination), à l'inverse des tissus sains qui deviennent de plus en plus vulnérables.

*Influence des différentes qualités de rayons et mécanisme de leur action.* — Les cellules de même espèce sont inégalement sensibles aux rayons X de longueur d'onde différente (Regaud et Nogier). Pour Guillemillot, Krönig, Friedrich, seule importe la dose absorbée. D'une façon générale, tout se passe comme si le pouvoir électif du rayonnement croissait avec son degré de pénétration.

*Données d'ordre technique.* — Il est indispensable que tous les éléments de la tumeur reçoivent une dose suffisante sans altérer les tissus sains de voisinage. Cette égalité d'irradiation est difficile à réaliser car le rayonnement s'affaiblit suivant la loi du carré des distances et il est absorbé en partie par les corps traversés. Ces données conduisent à employer pour toute radiothérapie profonde des rayons pénétrants, c'est-à-dire de courte longueur d'onde, rendus homogènes par l'emploi de filtres qui permettent d'éliminer les rayons les plus meus, produits par une ampoule suffisamment éloignée de la surface à irradier de façon à obtenir une répartition plus égale du rayonnement, en application de la loi du carré de la distance.

Distance anticathode; peau de 23 à 40 cm. — Ampoule fonctionnant sous une tension de 200.000 volts — Etincelle équivalente 40 cm. — Filtre d'aluminium de 12 mm.

Dans ces conditions, il parvient à 10 cm. de profondeur 20 p. 100 de la dose qui arrive à la surface de la peau.

Il peut être indiqué, pour accroître la dose profonde d'utiliser plusieurs portes d'entrée et d'augmenter la surface de celles-ci.

En curiethérapie, les lois physiques sont les mêmes. Il faut tenir compte du pouvoir pénétrant beaucoup plus grand des rayons Y et de la possibilité d'introduire la source du rayonnement au sein des tissus. Pour rendre l'irradiation plus homogène, on a intérêt à multiplier le nombre des foyers introduits dans les tissus (radium puncture) tout en diminuant la dose de rayonnement fournie par chacun d'eux.

Le rayonnement B primaire est éliminé ordinairement par des filtres d'épaisseur convenable. Avec les tubes nus, on produit des foyers de nécrose, sur 1 cm.  $\frac{1}{2}$  autour du tube, qui ne sont pas sans danger (Lacassagne) surtout si on a affaire à des tumeurs de petit volume.

En raison de l'atténuation de la radio-sensibilité des cellules cancéreuses, on a avantage à obtenir la plus grande part de l'effet thérapeutique désiré dans une première séance. Mais il est impossible d'évaluer d'une manière rigoureuse la dose nécessaire. Il faut tenir compte de la radio-sensibilité variable avec les différentes tumeurs et chez des sujets différents.

Cependant, en curiethérapie, Regaud a montré qu'on avait souvent intérêt à pratiquer des irradiations de faible intensité et de longue durée pour avoir plus de chance d'atteindre toutes les cellules d'une tumeur à leur stade de division. C'est le contraire en röntgenthérapie où l'on tend

à donner la dose jugée nécessaire dans le minimum de temps. En Allemagne on tend à obtenir la stérilisation d'un cancer de l'utérus en une seule séance. En France, la dose est répartie sur plusieurs jours (8 à 15) suivant la technique admise par la plupart des radiothérapeutes.

(Minguet)

Les enseignements de la réaction  
de fixation appliquée à la tuberculose  
(Antigène Besredka)

par le Professeur RIEUX (Val de Grâce)  
in *Journal Médical Français*, Septembre 1922

Ce travail très intéressant est le résultat de près d'un millier d'observations dont 700 sont personnelles. La techni-

que, autant que possible a été toujours la même: sang prélevé par ponction veineuse et déversé dans un tube stérilisé, réactions pratiquées le lendemain après séparation du caillot et centrifugation. Ces recherches ont porté surtout chez des jeunes gens de 18 à 25 ans.

1° *Non tuberculeux*. — Sur 295 malades reconnus cliniquement non tuberculeux, il y eut 28 réactions positives, soit 9,52 pour 100. La réaction peut être en défaut; c'est ainsi qu'elle est très souvent positive chez des syphilitiques ou chez des paludéens non tuberculeux. On peut conclure que la réaction de fixation s'est montrée généralement mais non absolument négative en cas de non tuberculose clinique.

2° *Tuberculeux*. — A. — Sur 112 cas de tuberculose pulmonaire confirmée avec bacilles de Koch dans les crachats, il y eut 106 réactions positives, soit 94,5 pour 100, les six réactions négatives appartenant à des tuberculoses récentes ou très graves. Le caractère positif de la réaction de fixation paraît persister longtemps après la guérison clinique complète.

B. — *Tuberculose des séreuses*. — Sur 12 cas de péritonite tuberculeuse, la réaction fut positive dix fois, soit 83 pour 100. Sur 69 cas de pleurésie séro-fibrineuse, elle fut positive 42 fois; 17 fois elle le fut tardivement, ce qui semble prouver que la pleurésie séro-fibrineuse survenant autour de la 2<sup>e</sup> année est le plus souvent une primo-infection tuberculeuse.

C. — *Autres tuberculoses*. — Sur 60 cas d'adénopathie trachéo-bronchique, la réaction s'est montrée positive 23 fois, soit 38,22 pour 100. Le pourcentage pour 30 cas de tuberculose ostéo-articulaire observés par le médecin-major Clavelin fut de 56,65 et de 78 pour 14 cas de tuberculose rénale confirmée (Maisonnet).

Il est permis de déduire que la réaction est généralement positive en cas de tuberculose clinique. Les raisons des différences constatées selon les localisations diverses de la tuberculose échappent pour le moment à toute interprétation.

3° *Tuberculeux douteux*. — 16 malades ayant eu antérieurement une ou des hémoptysies ont donné 14 réactions positives (87,5 p. 100). S'il s'agit d'une hémoptysie initiale, le pourcentage n'est plus que de 33 pour 100. Il est de 62,5 pour 100 chez les malades qui ont eu une pleurésie sèche ou séreuse ancienne. Il tombe à 62,5 pour 100 chez ceux qui énoncent seulement des antécédents personnels tuberculeux (ganglionnaires, pulmonaires, articulaires, etc.) et à 45,4 pour 100 chez des malades n'ayant eu que des signes de présomption se déduisant de leur état général (anémie, amaigrissement, instabilité thermique, asthénie, etc.)

Cette réaction est un excellent moyen de mettre en évidence la nature tuberculeuse ou non d'un syndrome; c'est un procédé d'exploration de grande valeur en présence d'une maladie médicale ou chirurgicale qui ne fait pas sa preuve.

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

---

### La Bronchite de Castellani

Société Médicale des Hôpitaux, Janvier 1923

Depuis les premières observations de Castellani, des cas de spiro-

chètose broncho-pulmonaire ont été signalés dans un grand nombre de pays. MM. Pagniez et Ravina ont rapporté l'observation d'une malade qui, depuis quatorze ans, avait le matin une expectoration sanglante et chez laquelle ni la stéthoscopie, ni la radioscopie ne révélaient de lésions pulmonaires. L'examen des crachats ne montra pas de bacilles de Koch, mais la méthode de Fontana-Triboudeau permit de mettre en évidence de très nombreux spirochètes.

Les auteurs insistent sur le fait que leur malade n'a jamais été en contact avec des exotiques et, d'autre part, sur la rareté des bacilles fusiformes dans les crachats. On sait, en effet, que pour M. H. Vincent, la bronchite de Castellani ne serait qu'une des manifestations de la symbiose fusco-spirochètienne qu'il a si magistralement décrite comme cause de l'angine qui porte son nom.

M. Debré a déclaré également que sur des cas observés chez des Annamites, il n'avait pas rencontré l'association fusco-spirochètienne.

---

**Centenaire de Pasteur**

Pour commémorer le centenaire de la naissance de l'illustre savant, l'Institut Pasteur de Paris a publié un fort beau volume richement édité par la maison Hachette et dû à la collaboration de Pasteur lui-même, de Duclaux et de Roux.

En voici la préface :

« La vie scientifique de Pasteur présente une remarquable continuité. Depuis ses premières découvertes en cristallographie, jusqu'à la prévention des maladies virulentes, tout s'enchaîne. On peut toutefois distinguer dans cette œuvre trois parties principales : la première d'ordre physico-chimique, traite de la dissymétrie moléculaire des produits organiques naturels; la seconde établit le rôle des microbes dans certains phénomènes dits « spontanés », fermentations, putréfactions, etc., la troisième démontre le rôle des microbes dans les maladies.

« Ces trois périodes sont évoquées dans les pages suivantes. C'est Pasteur lui-même qui, en deux leçons, résume ses travaux sur la dissymétrie moléculaire, E. Duclaux, un des plus anciens disciples du Maître et son successeur à la direction de l'Institut Pasteur, fait revivre le Laboratoire de l'École Normale, enfin M. Roux montre la genèse de l'œuvre médicale de Pasteur et le développement de son œuvre agricole.

« Les illustrations représentent Pasteur à différentes époques de son existence, et ses principaux collaborateurs à l'époque où ils travaillaient au Laboratoire. »



**Atlas de parasitologie**, par le Dr P. HAUDUROY, Préparateur à la Faculté de Médecine de Strasbourg. — 1 volume in-4° contenant 25 planches en photogravure avec leurs légendes. — Gaston Doin, éditeur. — Cartonné, Prix : 12 francs. — Franco, Prix : 13 fr. 20.

L'idée qui a conduit l'auteur dans la rédaction de cet Atlas a été la suivante : procurer aux étudiants un livre d'un prix abordable, facile à manier et à consulter, qui leur permette d'apprendre les éléments essentiels de la Parasitologie.

Les principaux animaux inoculateurs de maladie et les parasites sont présentés de telle sorte qu'à chaque planche de dessins correspond une planche de texte. Cette conception d'un ouvrage qui n'a été que rarement tentée en France rendra certainement des services à tous ceux qui ont besoin d'apprendre. Des pages blanches sont intercalées de manière à rendre facile la prise de notes ou renseignements.

Les médecins et les zoologistes qui voudraient se spécialiser auront toujours recours aux traités classiques que cet Atlas n'a pas la prétention de vouloir remplacer. Il n'a été conçu et fait que pour l'étudiant pour lequel il deviendra rapidement le livre « indispensable ».

**Traitement de la Syphilis**, par LERREDE et DROUET, 1923. — Maloine, éditeur.

« Exposé méthodique du traitement de la syphilis par les arsénobenzènes. Placé dans ce cadre, le sujet est bien traité, classique : *Etude des produits ; technique des injections ; incidents et accidents ; principes généraux ; technique des cas récents, anciens, héréditaires ; conduite à tenir dans les cas d'intolérance, etc.*

Les auteurs, presque absolutistes dans le dogme : syphilis = arsénobenzènes, ne consacrent que quelques pages aux parents pauvres : Hg et Kl. Comme la majorité des syphiligraphes, il ne nous est pas possible de suivre les auteurs quand ils disent que les Hg, Kl, Bi, ne peuvent servir que là où les arsénobenzènes sont impossibles et que ceux qui agissent autrement « obéissent à des raisons religieuses et non scientifiques ». Si respectable que soit l'opinion de chacun, nous pensons que cette phrase soulèvera maintes polémiques ».

---

**Les Péricardites**, par le Dr BLECHMANN, Ex-Chef de Clinique à la Faculté. — Un vol. in-18, avec 27 figures. — Ernest Flammarion, éditeur. — Prix : 10 francs.

Dans ce volume consacré aux péricardites aiguës, (et pour lequel M. le Professeur Marfan a écrit un substantiel avant-propos), le Docteur Germain Blechmann expose les symptômes et le traitement d'une maladie dont le diagnostic est l'un des plus délicats à établir.

Une telle étude rendra service aux médecins en leur permettant de rapporter à leurs justes causes des troubles divers (douleurs, dyspnée, attitudes singulières, fièvre prolongée), attribués généralement à des lésions du cœur, du poumon, de la plèvre, ou à une infection générale mal déterminée. Les profanes se rendront compte comment le clinicien parvient, par une analyse serrée des symptômes, grâce à des petits signes ou à l'aide de maigres indices, à établir peu à peu un diagnostic assuré d'où découlera une utile thérapeutique.

On trouvera également dans cet ouvrage la relation de la maladie de Mirabeau et l'histoire édifiante de la pseudo-encoche de Sibson, curieuse erreur de séméiologie.

Inspiré par ses recherches personnelles et les travaux les plus récents, le Dr G. Blechmann expose avec impartialité les traitements divers de la grave affection qu'est la péricardite.

---

## Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois de Janvier 1923

DÉSIGNATION des Contrôles Civils	LOCALITÉS ou corps de Troupe	Population Civile																	
		Fèvres typh. et paratyph.	Typhus	Variole	Scarlatine	Diphthérie	Choléra	Peste	Fèvre jaune	Dysentéries amb. et bacill.	Méningite cérébro-spinale	Poliomyélite antérieure aigüe	Fièvre typhéridienne	Lèpre	Étrangéole	Grippe épidémique	Tuberculose ouverte	Oreillons	Paludisme
Tunis	Hamman-el-Lif	7	1	1	4	20				2					28				
Zaghouan	Nabeul	1		14															
Grombalia	Menzel-Temime			1															
	Damous el-Kharbach																		
Bizerte	Oued-el-Khatel				1	3													
Béja	Ferryville																		
Tabarka																			
Souk-el-Arba																			
Medjez-el-Bab																			
Téboursouk																			
Kef																			
Maktar	Medjet-el-Bab					1													
				5															
	Chelkhat de Groua, de Sayer			3															
	Rin Sliman (Sliana)			1															
	Sidi Hamada (Oued-floua)																		
Thala	Soussi	5		2															
sousse	Monastir	1		1		1													
	Kairouan																		
Kairouan	Sidi Louhache			7		1													
	Sfax			1															
	Bou Tadj																		
Sfax																			
Gafsa																			
Tozeur																			
Gabès																			
Djerba	Beni Maguel			3															
Territoires M <sup>rs</sup> du Sud																			
		14	1	39	6	30				2					11	2	3	1	3

Population

Milit.

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

Hôpital

TOTAL  
113 Cas



## ECHOS ET NOUVELLES

### **Syndicat Médical Français de Tunisie**

Dans sa réunion du 13 janvier, ce groupement a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1923. Ont été élus :

Président, D<sup>r</sup> Plancke; vice-président, D<sup>r</sup> Bouquet; secrétaire général, D<sup>r</sup> Houdart; secrétaire adjoint, D<sup>r</sup> Henry; trésorier, D<sup>r</sup> Durand; conseillers pour Tunis : D<sup>rs</sup> Patricot, Eichmuller, Brun et Masselot; conseillers pour l'intérieur : D<sup>rs</sup> Poirson, Prévotelle et Dupoux.

×

Sur la demande de M. le Résident général, il a été procédé à la désignation de deux membres titulaires et de deux suppléants à la commission de contrôle des soins aux mutilés de guerre.

Ont été élus : membres titulaires les D<sup>rs</sup> Gérard et Henry; membres suppléants les D<sup>rs</sup> A. Nicolas et Eichmuller.

### **Distinctions honorifiques**

Les D<sup>rs</sup> VAQUIER de Tunis et LEGRAND de Djérissa, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur au titre militaire.

×

Dans la dernière promotion violette nous relevons les noms de nos confrères les D<sup>rs</sup> CEGGALDI, promu officier de l'Instruction publique; Cassuto, MARINI et SFEZ, nommés officiers d'Académie.

Nos félicitations aux nouveaux décorés.

### **Le Docteur Georges Duhamel à Tunis**

Un évadé de la médecine, le docteur Georges Duhamel, l'auteur de « Civilisation », de la « Vie des martyrs », etc., est venu en compagnie de son ami M. Arcos, passer quelques jours en Tunisie.

MM. Duhamel et Arcos ont profité de leur séjour à Tunis pour faire une série de conférences littéraires qui furent un véritable régal pour la société tunisienne au sein de laquelle abondent les amateurs d'art et de belles lettres.

Ces conférences étaient placées sous la présidence de notre illustre confrère le docteur Nicolle dont nous connaissons tous, les œuvres littéraires si fines et si spirituelles.

Un groupe de médecins français et italiens n'ont pas voulu laisser partir le docteur Georges Duhamel sans lui dire combien ils avaient été charmés de le posséder parmi eux et combien ils étaient fiers de voir un confrère passé au premier rang des écrivains contemporains.

Au cours d'une réunion tout intime, le docteur Spezzafumo, président de la Société des Sciences Médicales de Tunis, parlant au nom de ses confrères, adressa à M. Duhamel le petit discours suivant :

« Au nom des médecins de Tunis, permettez-moi, Monsieur et cher confrère, de saluer en vous l'illustration tangible de ce que nos études et notre apostolat peuvent ouvrir d'horizons vastes aux esprits qui cherchent à s'exprimer. Nul plus que le médecin n'est à même d'entendre la voix pathétique de la nature passant en douceur ou en rafale sur la petite et combien grande humanité : petite à ne considérer que l'individu qui souvent est falot et piètre, immense en regard de sa destinée mystérieuse dont on ne peut savoir le terme.

« C'est cette voix entendue, Monsieur, qui fit de vous le chanfre ému des faiblesses et des vaillances, des pauvretés et des richesses, des tares que l'on cache et des beautés qui rayonnent. Vous êtes médecin et cela se sent dans votre œuvre profondément humaine, M. Georges Duhamel, où sous le sourire des martyrs qui sont, hélas, tous les hommes, perce l'angoisse et l'émouvante bravoure plus belle de n'être pas toujours sincère !

« Œuvre haute, en vérité, celle qui respecte et fait aimer la grande dignité de l'homme qui ne veut pas s'avouer vaincu par la tourmente non tant par orgueil que par une délicate et adorable pudeur à ne pas étaler sa peine pour n'en pas charger celle des autres. Nous sommes donc heureux de nous sentir des vôtres puisque, par l'origine de votre culture vous vous apparentez à notre grande famille nous devançant et nous complétant par l'expression de votre pitié non seulement pour le corps souffrant mais aussi pour l'âme inassouvie, et c'est avec émotion que nous suivrons le chemin que vous continuerez à parcourir glorieusement vous-même à la recherche des immortelles vérités, idéal des aspirations humaines.

« Je lève mon verre à votre santé ! »

Le docteur Georges Duhamel répondit à ces quelques mots en disant combien il était toujours heureux de se trouver au milieu de médecins et combien, comme écrivain, il devait à la médecine. Il termina en déclarant qu'il emportait de son séjour en Tunisie et surtout du milieu médical qu'il avait eu l'occasion de fréquenter, le plus agréable souvenir.

Nous sommes convaincus que le docteur Georges Duhamel reviendra parmi nous et qui sait si le charme de notre pays ne lui inspirera pas un nouveau chef-d'œuvre.

## Nécrologie

28 février 1923.

Au moment de mettre notre numéro sous presse nous apprenons avec regrets la mort de notre confrère le docteur F. SBRANA, décédé à Tunis, le 28 février 1923.

Après avoir pendant vingt ans mené à Monastir la rude vie de médecin du bled, le docteur Sbrana s'était, il y a dix ans, installé à Tunis. Il dirigea avec dévouement pendant les heures difficiles de la guerre, l'Hôpital Italien et fut Président de la Société des Sciences Médicales en 1913-14.

Clinicien averti, il avait, depuis quelques mois, abandonné pour raisons de santé, la pratique journalière pour se consacrer à la littérature et au journalisme. Collaborateur assidu de *L'Union* il y signalait du pseudonyme de « Scaramuccia » des chroniques fort spirituelles très goûtées des fervents de la langue de Dante.

Nous adressons à la famille de notre regretté confrère, l'expression de nos sentiments les plus attristés.

### Voyage médical en Algérie-Tunisie

Notre confrère « Bruxelles Médical » organise pour les prochaines vacances de Pâques deux auto-circuits en Algérie-Tunisie réservés aux médecins et à leurs familles.

Trois circuits sont prévus : le premier l'Algérie via Tunis comprenant un court séjour en Tunisie;

Le deuxième la Tunisie et le Sud Tunisien qui prévoit un séjour en Tunisie de deux bonnes semaines;

Un troisième : Tunisie, Sud Tunisien et Algérie prévoit un voyage plus long d'une durée de cinq semaines.

Nous félicitons vivement « Bruxelles Médical » de cette intelligente initiative. Nos confrères belges peuvent être assurés de trouver auprès des médecins de Tunisie l'accueil le plus cordial et le plus amical.

### Prix annuel du Phare médical

Le Phare médical vient de décerner son prix annuel de 2.000 francs (1922). Il a été divisé de la façon suivante :

1<sup>er</sup> prix, 1.500 francs, D<sup>r</sup> Nemours (Auguste). *Le traitement des maladies chroniques de l'estomac par la d'Arsonvalisation.*

2<sup>e</sup> prix : 500 francs : Docteur E. Piot. *La radiothérapie de l'ulcère de l'estomac.*

Les travaux pour le prix de 1923 devront se rapporter au sujet suivant : *Traitement des maladies du cœur et des vaisseaux.*

Fondation de laboratoires D. Drouet et Plet de Rueil.

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

MARS 1923



## Volumineux kyste séreux non congénital du cou

par le Dr G. BRUN

Chirurgien en Chef de l'Hôpital Sadiki

Nous avons eu l'occasion d'opérer, à l'Hôpital Sadiki, un volumineux kyste séreux de la région latérale gauche du cou. L'intérêt de l'observation que nous publions réside dans ce fait que ce kyste n'était pas apparemment d'origine congénitale puisqu'il n'est apparu qu'à l'âge de 20 ans; or les kystes séreux du cou sont considérés comme des affections cliniquement congénitales, ou en aurait même observé chez des fœtus de 3 à 5 mois nés avant terme; que c'était un kyste uniloculaire, et nous savons que les kystes congénitaux sont multiloculaires. Seul l'examen microscopique nous montra une structure histologique en tous points semblable à celle des kystes séreux congénitaux du cou.

Voici résumée l'observation : Abd el Karim ben Saâd, âgé de 21 ans, originaire de Tougourt (Algérie), est admis dans notre service le 22 janvier 1923. Il présente sur la partie latérale gauche du cou une volumineuse tumeur grosse comme un œuf d'autruche qui repose par son pôle inférieur sur le creux sus-claviculaire qu'elle remplit. Son pôle supérieur atteint la région mastoïdienne, en dedans elle comble tout l'espace compris entre le sterno-cléido-mastoïdien et le bord supérieur du trapèze. En dehors elle se prolonge jusqu'à deux travers de doigt de l'extrémité de la clavicule. Elle se recouvre en dedans et en bas toute la face antérieure de la trachée et l'extrémité interne de la clavicule. Cette tumeur est mate à la percussion; elle a une consistance molle, spongieuse; elle est peu tendue, tremblotante, irréductible; il n'y a pas de fluctuation, elle est indolore à la palpation qui ne décèle aucun frémissement et aucun mouvement d'expansion de la tumeur. La peau qui la recouvre ne présente

aucune altération; elle est souple et non adhérente à la tumeur. Celle-ci est relativement mobile sur les plans profonds. Malgré son volume, cette tumeur ne détermine aucun trouble fonctionnel, et le porteur ne veut s'en débarrasser que parce qu'il la trouve disgracieuse.

Cette tumeur ne semble pas cliniquement congénitale, elle est apparue, en effet, aux dires du malade il y a un an et demi environ, sous la forme d'une petite tumeur grosse comme un haricot et qui se mit à grossir progressivement. Elle avait atteint le volume d'une mandarine lorsqu'à la suite d'un traumatisme à son niveau, elle disparut. Le malade prétend avoir ressenti pendant quelque temps à cette époque des douleurs à la base du cou et à la racine de l'épaule puis la tumeur se reforma deux mois après l'accident, grossit peu à peu et en un an atteignit le volume considérable que nous constatons aujourd'hui.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents du malade. Une ponction pratiquée, ramène un liquide séro-fibrineux, jaunâtre, limpide, contenant des lymphocytes en grand nombre et de grandes cellules plates à noyau arrondi, à contour polygonal.

On décide alors l'intervention qui est pratiquée le 27 janvier sous anesthésie à l'éther. Incision cruciale sur la tumeur, on trouve facilement un plan de clivage qui permet de l'extraire sans trop de difficultés. La tumeur prend contact en dedans avec la colonne vertébrale, en arrière des gros vaisseaux du cou, et en bas avec le dôme pleural. On enlève en totalité le kyste sans le rompre. Les suites opératoires ont été très satisfaisantes. La pièce est envoyée au laboratoire où elle est examinée par Madame Brun.

A l'ouverture de la poche on constate que ses parois sont minces, lisses et nacrées sur leur face interne elles présentent un court éperon qui ébauche un cloisonnement de la cavité.

A l'examen microscopique, la paroi est formée de faisceaux conjonctifs avec quelques cellules conjonctives. On trouve des vaisseaux en assez grand nombre dilatés, dont la paroi mince est entourée d'un manchon de cellules conjonctives; sur la face interne, la paroi est limitée par une ligne ondulée de cellules plates qui ressemblent à des cellules endothéliales; on ne trouve sur les coupes ni glandes sébacées, ni glandes sudoripares, ni tissu lymphoïde, ni tissu thyroïdien.

L'absence de structure cutanée, lymphoïde ou thyroïdienne permet d'éliminer les trois variétés de kystes branchiaux décrits par Terrier et Lecène : a) Le kyste dermoïde véritable

(kyste du plancher de la bouche; kyste médian préaryngé) dont la paroi a la même structure que la peau; b) le kyste amygdaloïde dont le point de départ est l'épithélium pharyngé qui se rencontre seulement dans la région sous-hyoïdienne latérale et qui est caractérisé par la présence de tissu lymphoïde sous-jacent à un épithélium pavimenteux stratifié; c) Le kyste thyroïdien provenant de l'ébauche thyroïdienne médiane siégeant dans la région thyroïdienne à revêtement interne d'épithélium cylindrique stratifié et qui contient souvent du tissu thyroïdien.

Dans notre cas, outre l'absence de structure caractérisant les kystes branchiaux, la présence d'un endothélium à la face interne de la poche nous autorise à conclure à un kyste séreux congénital d'origine lymphatique, deux des particularités de ce kyste vont à l'encontre de ce diagnostic : 1° le fait que ce kyste ne s'est développé qu'à l'âge de 20 ans; 2° le fait que ce kyste n'était pas multiloculaire.

---

## Quelques remarques au sujet d'un cas de diabète grave

par le Dr **MINGUET**

Médecin-Major de 2<sup>e</sup> Classe à l'Hôpital du Belvédère

---

La question du diabète et en particulier du diabète consomptif, reste, malgré le grand nombre de travaux qu'elle a inspirés au cours de ces dernières années, l'une des plus obscures de la pathologie. Combien de points restent encore à élucider ! Combien peu précises sont les données qu'on peut considérer comme acquises ! Combien reste confuse la pathogénie de cette affection.

On sait par la clinique et par l'expérimentation que les lésions pancréatiques peuvent jouer dans la genèse du diabète un rôle de premier ordre. On a provoqué par l'infection chronique expérimentale du pancréas un diabète typique. Mais pourquoi cette expérimentation faite dans les mêmes conditions n'a-t-elle pas toujours donné les mêmes résultats ?

Il en est de même en clinique.

Les observations de diabète avec lésions pancréatiques sont nombreuses. On a trouvé à l'autopsie soit de la tuberculose fibreuse, voire même caséuse, soit de la syphilis avec lésion scléro-gommeuse (cas de Carnot et Harvier; thèse de Bégnier), soit de la lithiase pancréatique (cas d'Apolloni).

Souvent, on ne trouve que des lésions banales de pancréatite chronique, aciniques ou périaciniques (Lancereaux, Hoursemann) ou scléreuses, périveineuses, péricapillaires ou péricanaliculaires, ou encore des anomalies touchant les îlots de Langerhans: diminution numérique, atrophie, hypertrophie, dégénérescence.

Mais ces mêmes lésions peuvent se rencontrer en dehors de tout diabète ou dans certains cas de diabète simple alors que chez tel malade mort de diabète grave, le pancréas est trouvé absolument sain, du moins paraissant tel avec nos moyens actuels d'investigation.

Il existe, à n'en pas douter, un diabète pancréatique, mais on ne peut lui accorder aucune individualité clinique.

Ainsi que le fait remarquer Rathery, c'est une erreur grave de nommer diabète pancréatique, le diabète consomptif caractérisé par la trilogie clinique : polydipsie, polyphagie, polyurie avec une glycosurie élevée, un amaigrissement considérable et précoce, des phénomènes d'acidose intense, et une évolution rapide et fatale.

Tout ce qu'on peut dire c'est qu'il est relativement fréquent de rencon-

trer au cours du diabète consomptif des lésions pancréatiques. « Les altérations du pancréas restent prépondérantes parmi les lésions diabétiques » (Carnot et Harvier).

Mais, à côté du pancréas, il est incontestable que le foie, les reins, certaines glandes vasculaires sanguines, les surrénales, la thyroïde et les parathyroïdes, l'hypophyse jouent un rôle dans la pathogénie du diabète. Mais quel rôle ? On a supposé qu'il existait des diabètes par hyperfonctionnement du corps thyroïde ou des surrénales. Et cependant, dans quelques cas, des extraits de ces glandes semblent avoir déterminé une amélioration.

Depuis que Lépine a admis dès 1895 qu'il pouvait exister un diabète rénal lié à une augmentation de la perméabilité du filtre rénal pour le glucose, la question est toujours à l'étude.

Ce n'est qu'en accumulant les observations, en analysant les symptômes, en multipliant les examens de laboratoire et les recherches nécropsiques qu'on finira peu à peu par faire la lumière sur ce syndrome.

C'est pourquoi, sans qu'il soit dans notre intention d'aborder devant vous la discussion des différentes théories émises au sujet du diabète, de sa pathogénie ou de sa thérapeutique, nous avons cru devoir vous communiquer un cas de diabète consomptif, que nous avons observé il y a quelques mois et qui présente à notre avis quelques particularités intéressantes.

Malheureusement, notre observation présente quelques lacunes. La glycémie n'a pas été recherchée; l'autopsie n'a pu être pratiquée. Tout au plus, avons-nous pu prélever pour en faire des examens histologiques un petit fragment de pancréas et de foie. A notre grand regret, nous n'avons pu avoir ni les surrénales, ni l'hypophyse, ni la thyroïde, ni les reins.

Voici cette observation prise au jour le jour, pendant le court séjour que fit notre malade à l'hôpital.

Il s'agit d'un jeune sous-officier de 21 ans, qui avant d'être pris par la conscription, était étudiant ecclésiastique.

Nous n'avons rien relevé d'intéressant ni dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux, ni dans ses antécédents personnels. Il n'a jamais eu de maladie grave, jamais d'ictère, jamais de troubles gastro-intestinaux.

Au régiment, il supporta facilement les fatigues des premiers mois et devint rapidement sergent fourrier.

Trois semaines environ avant son entrée à l'hôpital, il avait commencé à ressentir une certaine fatigue qu'il avait mise sur le compte du surmenage. Il avait eu à faire un assez long travail de bureau qui l'avait obligé à veiller le soir jusqu'à 10 ou 11 heures. A ce surmenage, il attribuait la lassitude générale qu'il ressentait, ce besoin invincible de dormir



qui le matin lui rendait le lever particulièrement pénible, qui le poussait à faire la sieste après son déjeuner, alors qu'il ne l'avait jamais faite, même pendant la période des chaleurs.

En même temps qu'il se sentit fatigué, il avait remarqué qu'il était plus altéré qu'à l'ordinaire. Il prenait la précaution de mettre le soir son bidon sur sa table de nuit pour boire quand il se réveillait.

Son appétit ne s'était pas modifié. Il n'avait jamais été un gros mangeur et il continuait à manger modérément.

Il consulta le médecin de son corps pour cette asthénie. Ses urines analysées contenaient une quantité de sucre considérable : 85 grammes par litre. Il fut immédiatement hospitalisé.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on se trouve en présence d'un homme très amaigri (il ne pèse que 48 kilos); au visage coloré, ne souffrant pas mais se plaignant seulement d'une asthénie considérable, d'un abattement tel que le moindre mouvement est pénible; sa température est normale.

A un examen méthodique, nous constatons du côté de l'appareil digestif, une constipation opiniâtre : le malade n'a pas eu de selle depuis huit jours. On sent à la palpation le gros intestin rempli de scyballes. Cette constipation résista par la suite à toute médication et c'est en vain qu'on essaya les lavements et les purgatifs les plus énergiques.

En dehors de cette constipation, l'examen de l'appareil digestif se montre entièrement négatif. La région pancréatique n'est pas douloureuse. Le foie n'est pas augmenté de volume. L'appétit est presque nul. Il existe au contraire une soif assez vive. Les mouvements provoquent des nausées.

Du côté de l'appareil respiratoire, on constate un petit foyer de congestion dans la fosse sous-épineuse gauche. L'haleine a une odeur très prononcée d'acétone. On compte vingt-quatre respirations par minute. Le rythme respiratoire est régulier.

La pointe du cœur bat dans le 5<sup>e</sup> espace sous le mamelon. Les bruits sont bien frappés. Il y a une tachycardie marquée : 120 pulsations par minute. La mesure de la tension artérielle nous donne à l'oscillomètre de Pachon, 15 pour la maxima et 9 pour la minima. Il n'y a pas d'œdème.

A la palpation, les reins ne sont ni gros ni douloureux. Il existe une légère polyurie : on recueille deux litres le premier jour. Cette urine ne contient pas d'albumine. A un premier dosage, la glycosurie est impressionnante : 85 grammes par litre. La réaction de Gerhardt est fortement positive. Il n'y a à signaler du côté du système nerveux qu'un peu d'agitation nocturne, parfois un certain subdélire. Pas de coma. Les organes des sens sont normaux.

On doit noter du côté des téguments une petite plaie à bords décollés, à fond grisâtre, située au-dessus du cou de pied droit. Il s'agit d'une

écorchure banale qui s'ulcère davantage de jour en jour, malgré les pansements au liquide de Dakin, au lieu de se cicatriser.

Le malade est mis à un régime mixte composé de légumes verts, de farine d'avoine, d'œufs. D'ailleurs il n'a aucun appétit et touche à peine aux aliments qui lui sont présentés.

On lui prescrit 10 grammes de bicarbonate par la bouche, plus de l'eau de Vichy.

Le deuxième jour de l'hospitalisation, on lui fait lentement une injection intraveineuse d'un demi litre de sérum physiologique bicarbonaté à 15 pour 1000. L'introduction de ce demi litre de sérum dure une heure. A la fin de l'injection, il commence à se plaindre des oreilles. Rapidement s'établit un gonflement considérable des parotides. Quatre heures après cette injection intraveineuse, les glandes parotides sont énormes, telles qu'on les voit souvent dans les oreillons. Elles sont dures au toucher et douloureuses à la pression. Ce gonflement parotidien détermine un trismus assez prononcé. Il n'y a pas de fièvre.

L'analyse des urines recueillies ce deuxième jour, indique une diminution marquée de la glycosurie : 35 gr 20 par litre au lieu de 85 grammes. La réaction de présence de l'acide diacétique, de l'acide B oxybutyrique et de l'acétone (par la réaction de Légal) est fortement positive. On trouve de plus, de faibles traces d'albumine, 14 grammes d'urée par litre; on constate la présence d'urobiline en faible quantité : réaction faiblement positive même après oxydation du chromogène. A l'examen microscopique, on voit de très nombreux cylindres granuleux.

A notre demande, M. le Pharmacien-Major Varenne, cherche à évaluer l'acidité du sang par la méthode titrimétrique telle que l'expose Agasse-Lafont dans son traité (Applications du laboratoire à la clinique). En même temps que le sang du malade, on examine un échantillon de sang qui nous servira de témoin.

Cette réaction consiste à mettre, dans dix verres de montre, des quantités croissantes d'une solution d'acide oxalique à 2 p. 100 et des quantités décroissantes d'une solution de sulfate de soude à 10 pour 1000 de manière à obtenir le même volume dans chaque verre de montre : 1<sup>er</sup> verre, dix gouttes de la solution d'acide oxalique et une goutte de la solution de sulfate de soude; 2<sup>e</sup> verre, neuf gouttes de la première, deux gouttes de la seconde, etc. On ajoute rapidement à chaque verre de montre une goutte de sang. On laisse reposer quelques minutes et on essaie le contenu de chaque verre au papier de tournesol. Les solutions de gauche sont acides, celles de droite sont alcalines. L'une de ces solutions est neutre. Le nombre de gouttes de la solution d'acide oxalique de cet échantillon neutre indique conventionnellement le titre d'alcalinité du sang. Elle était de trois pour le sang témoin. Or, pour le sang de notre malade, l'acidité

était si élevée que son titre d'alcalinité ne put être mesuré par cette méthode : tous les échantillons faisaient virer au rouge le papier de tournesol.

Le troisième jour, après une nuit agitée, la respiration est bruyante, saccadée, avec de temps en temps une longue inspiration suivie d'une pause et d'une expiration brève. C'est le type respiratoire de Küssmaul qu'on voit habituellement dans le coma diabétique. Le malade a toute sa connaissance. S'il lui arrive parfois de prononcer des paroles sans suite, il répond pourtant bien aux questions. Il a même ce jour-là une longue conversation avec son directeur spirituel.

Son pouls est rapide à 120°. On sait que pour Lépine, cette tachycardie est d'un pronostic grave, elle annonce le coma. Sa température est basse : 36°.

Il présente du myosis avec un léger ptosis. Il a uriné trois litres en 24 heures, et ses urines contiennent 35 grammes de glucose par litre.

Toute alimentation est devenue impossible. L'absorption des aliments provoque immédiatement des nausées qui sont extrêmement pénibles — seule l'eau de Vichy est bien supportée. La constipation persiste malgré tous nos efforts pour provoquer l'évacuation de l'intestin. Le gonflement des parotides est toujours très marqué.

Le quatrième jour, la situation s'aggrave encore. La température tombe à 35,8°. Le pouls est toujours rapide : 114. A l'agitation des jours précédents succède un état de torpeur. La parole est embarrassée. La conscience est entière. Il comprend tout ce qu'on lui dit et il répond avec intelligence. Mais, on a peine à le tirer de sa torpeur et il s'y replonge aussitôt qu'on le laisse en paix. Il manifeste vis-à-vis de tout ce qui l'entoure une indifférence complète. Le ptosis est plus marqué que la veille. Le gonflement parotidien et le trismus persistent.

On lui fait encore une injection intra-veineuse de 500 gr. d'une solution de bicarbonate de soude à 30 pour 1000. Vers 17 h. 30, il rentre dans le coma et il meurt à 18 heures.

Nous n'avons pas pu faire l'autopsie complète, en raison de la condition sociale du malade. Cependant nous pûmes prélever un petit fragment de foie et un de pancréas.

Le foie avait un aspect normal. Quant au pancréas, il était mou et grisâtre. A l'ouverture de l'abdomen, le gros intestin était rempli de matières extrêmement dures.

Voici les résultats de l'examen histologique pratiqué par le médecin-major Lesbre :

I. *Pancréas*. — Congestion aiguë marquée par la dilatation des vaisseaux et capillaires boursés d'hématies et l'infiltration en multiples foyers du parenchyme. Cette infiltration respecte partout les acini glandulaires

dont les cellules ne manifestent aucune altération. Par contre, les îlots de Langherans apparaissent réduits de nombre et de dimensions; très peu d'îlots ont conservé leur aspect normal. Beaucoup sont envahis par l'infiltration congestive et ne présentent plus que des fragments de cordons cellulaires si bien que certains réalisent l'aspect des « îlots à hématies » du pancréas primitif. Un plus grand nombre présentent simplement un aspect atrophique sans altérations cellulaires manifestes.

En résumé, congestion aiguë avec infiltration du parenchyme; pas d'altérations de la glande exocrine; processus destructif des îlots endocrines par le flux congestif.

II. Foie. — Absence de toute lésion histologique.

Il existait donc incontestablement des lésions du pancréas prédominantes au niveau des îlots de Langherans. — Il est permis de rattacher ce syndrome de diabète grave à cette pancréatite constatée. Peut-être aurait-on trouvé d'autres lésions au niveau des reins. L'analyse des urines avait montré de la cylindrurie que Kulz a signalée comme un signe prémonitoire du coma, et on ne peut pas affirmer l'état d'intégrité de l'hypophyse, du corps thyroïde, des surrénales dont l'examen histologique n'a pu être fait.

Mais, ce qui fait l'intérêt principal de ce cas, ce n'est pas tant la constatation de lésions pancréatiques qui ont été très souvent vérifiées dans les autopsies de diabétiques, qu'un ensemble de particularités cliniques qu'on ne retrouve pas habituellement dans les observations de diabète grave et sur lesquelles nous allons maintenant revenir.

C'est d'abord la rapidité de l'évolution. Un mois avant sa mort, ce malade faisait encore son service comme fourrier dans une compagnie. C'est à peine s'il se sentait fatigué. Ce n'est qu'à la suite d'une analyse d'urine qui montra une forte glycosurie que son hospitalisation fut décidée. Il ne devait rester que quatre jours à l'hôpital. On sait que certains diabètes, particulièrement chez les sujets jeunes ont une évolution rapidement mortelle. Mais les cas de mort en quelques jours ne sont pas fréquents. De plus, il se produit ordinairement des rémissions qui ont dans le cas que nous étudions totalement manqué.

Il est classique de décrire comme phase terminale de ces diabètes graves une période de coma plus ou moins longue qui a fait à peu près défaut chez notre malade puisqu'il ne perdit connaissance que dans la demi heure qui a précédé la mort. Il avait pourtant présenté tous les signes prémonitoires du coma : irritabilité, torpeur, subdélire, asthénie extrême, nausées, respiration de Küssmaul, tachycardie, cylindrurie.

La gravité de ce cas avait été pressentie par le degré d'acidité du sang tel qu'il ne put être évalué par la méthode titrimétrique. Cette acidose si élevée vaut d'être signalée. Certains auteurs ont voulu rendre l'acétone

responsable du coma diabétique. Or ici, le coma ne se produit pas malgré une acidose extrêmement marquée. On doit donc admettre que l'acidose, si elle précède ordinairement le coma ne suffit pas toujours à le produire.

Si on excepte la polydipsie qui ne diminua que le dernier jour, les symptômes cardinaux du diabète faisaient défaut. Il n'y avait pas de polyphagie; le malade se mettait de lui même au jeûne et il fallait lui faire prendre de force quelques aliments. La polyurie était légère : il émettait de 2 à 3 litres d'urine par 24 heures.

La constipation chez les diabétiques est bien connue, mais chez notre malade, elle fut telle qu'elle résista jusqu'au bout à tous les moyens employés pour la combattre.

Enfin, l'apparition d'une volumineuse parotidite n'a pas été sans nous intriguer. Nous ne l'avons pas trouvée décrite dans les quelques ouvrages traitant du diabète que nous avons consultés à ce sujet. Nous ne pouvons formuler pour l'expliquer que des hypothèses. Nous ne pensons pas, bien qu'elle ait apparû après une injection intra-veineuse de bicarbonate de soude que celle-ci ait pu la provoquer. Elle ressemblait étrangement à la fluxion ourlienne des glandes parotides. On sait que l'on peut trouver les oreillons à l'origine de certaines pancréatites. Laignel-Lavastine a pu invoquer leur influence dans un cas de diabète infantile. Mais dans le cas qui nous intéresse, le diabète préexistait à la parotidite. Devons-nous admettre que les oreillons sont venus compliquer un diabète déjà existant ? Il n'y a pas eu d'élévation de température, ce qui est possible. De plus, il n'y avait à notre connaissance aucun cas d'oreillons au régiment de ce sous-officier. Une pareille coïncidence paraît bien invraisemblable. Nous supposons plus volontiers qu'il a du se produire un processus congestif des parotides de même nature que celui qui a été constaté sur le pancréas. Mais sous quelle influence ? C'est là une hypothèse que nous soumettons à vos réflexions.

Quoiqu'il en soit, nous avons estimé qu'il pouvait être intéressant de noter ces faits à titre de contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique du diabète et c'est pourquoi nous vous avons présenté cette observation.

---

# SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 9 Février 1923

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

*Sont présents* : MM. les D<sup>rs</sup> Cortesi, Jaubert de Beaujeu, Lumbroso, Bouquet, Duran, Emile Lévy, Minguet, Masselot, Jamin, Gérard, Cassuto, Maurice Uzan, Broc, Brevot (de Vichy), Cattan, Soria, Rogalski, Marzouk, Benmussa, Farrugia, Biecheler, Ramery, Brun.

×

Le procès verbal de la séance de janvier est lu et adopté.

×

## COMMUNICATIONS DU BUREAU

### Centenaire de Pasteur

Le Secrétaire général, docteur Gérard, lit la lettre suivante adressée par M. Vallery-Radot, gendre de L. Pasteur :

*Versailles, 28 Janvier 1923.*

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

« L'hommage que la « Société des Sciences Médicales de Tunis » a rendu à la gloire de Pasteur avec un haut sentiment de gratitude, a profondément touché notre famille.

« Les détails qui nous été donnés sur ces grandes cérémonies, les lettres du docteur Nicolle pour qui nous avons une si vive affection à la fois française et personnelle, tout nous a associés à votre vie tunisienne d'une telle activité et d'un tel dévouement.

« Notre pensée ira souvent vers ce pays qui représente un ensemble de travail et de paix, vers la Société des Sciences Médicales et vers l'Institut Pasteur.

« Veuillez, Monsieur le Président, être l'interprète de notre reconnaissance auprès de tous les membres de la Société et agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

« RENÉ VALLERY-RADOT. »

×

## PRÉSENTATIONS DE MALADES

### Exostoses multiples ostéogéniques

Le D<sup>r</sup> Broc présente un enfant indigène atteint d'exostoses multiples ostéogéniques.

Le Dr CORRESI rappelle qu'il a été présenté par lui, un cas analogue, il y a une dizaine d'années, chez un jeune italien âgé de 12 ans.

Le docteur Jaubert de Beaujeu présente des radiographies d'estomac pathologique : tumeur du pylore, ulcère du pylore, lésion de la grande courbure.

Il montre une série de radiographies du duodénum faisant voir les différents aspects de cet organe, pendant le passage du bismuth.

×

## COMMUNICATIONS

### Notes à propos d'un cancer latent de l'estomac

par F. MASSELOT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Le malade, M. Pierre, menuisier, âgé de 42 ans, entre à l'hôpital le 22 novembre 1922 pour des troubles nerveux. Il raconte que ces phénomènes auraient débuté en juillet, trois semaines après un traitement antirabique subi pour une morsure d'un chien reconnu depuis indemne de rage. Le traitement d'ailleurs avait été interrompu au bout de neuf jours.

Les troubles accusés par le malade consistent surtout en une impotence douloureuse des membres inférieurs. Il ne peut poser les pieds sur le sol sans éprouver de vives souffrances. Il n'existe aucune trace de paralysie, pas de troubles de la sensibilité objective, en dehors d'une hyperesthésie légère de la plante des pieds et du territoire du fémoro-cutané droit. La pression des masses musculaires et des troncs nerveux des membres inférieurs est douloureuse. Il existe une hypotonie musculaire des membres inférieurs et une atrophie musculaire de 4 cm. à la cuisse droite. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont vifs. On ne note pas de clonus vrai ni d'inversion du réflexe plantaire. L'électro-diagnostic des muscles et nerfs des membres inférieurs est tout à fait normal.

En face de ce tableau morbide et malgré l'asymétrie des lésions, il était logique de penser à des phénomènes polynévritiques au début.

L'examen des autres appareils ne donnait comme constatation positive qu'une hypertrophie de la rate et une anémie très marquée.

L'examen de sang pratiqué donnait :

Hématies 1.984.000

Globules blancs 12.400

Formule leucocytaire : 

{	polynucléaires	77
	mononucléaires	10
	lymphocytes	13

Hémoglobine 60 %

L'étude des antécédents était de peu d'intérêt : Pas de maladies vénériennes en particulier et pas d'éthylisme, pas d'antécédent palustre non

plus. Seule restait la notion du traitement antirabique et un raisonnement simpliste poussait à lui attribuer l'origine de tous les méfaits constatés.

Le début tardif de ces accidents, trois semaines après la cessation du traitement; l'absence de phénomènes paralytiques et la haute autorité du docteur Nicolle consulté, qui nous avait dit n'avoir jamais observé semblables accidents, nous engagèrent à pousser plus avant notre examen.

Malgré l'absence d'antécédents spécifiques, nos investigations se portèrent d'abord dans le sens d'une spécificité insoupçonnée; mais ni dans le sang, ni dans le liquide céphalo-rachidien les réactions de Wassermann ne furent positives. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien donna 1,7 leucocyte par mm. cube. L'examen chimique 0,16 d'albumine et un chiffre de sucre légèrement supérieur à la normale. L'idée de syphilis pouvait donc être écartée.

Aucun signe d'intoxication, en particulier aucun signe d'éthylisme n'était relevé. Aucun symptôme de toxî-infection non plus.

Du côté de la colonne vertébrale, l'examen ne montrait rien de particulier et la radiographie des vertèbres donnait une image d'apparence normale.

Ce n'est que vers la fin du mois de décembre que le diagnostic causal put être posé d'une façon ferme. A ce moment en palpant l'hypocondre gauche, on sentait une induration profonde et une résistance au doigt qui nous firent penser à un cancer viscéral.

La situation de la tumeur permettait d'incriminer un début stomacal qu'aucun signe fonctionnel n'avait permis ni ne permettait encore de soupçonner. Ce n'est que tout à fait dans les derniers jours que l'anorexie survint et que l'on put observer des troubles dyspeptiques avec selles diarrhéiques. La tumeur grossit rapidement. Le 26 décembre apparut une phlébite du membre inférieur droit; le 7 janvier le malade mourut. En raison de difficultés matérielles, l'autopsie ne put être que partielle. Elle montra l'existence d'un cancer ayant envahi toute la grande courbure de l'estomac, le côlon transverse, l'épiploon, les ganglions prévertébraux et essaimé des noyaux dans le foie.

Les formes cliniques du cancer de l'estomac sont innombrables; leur diversité a fait bien souvent le désespoir des candidats aux concours médicaux. La forme latente d'un cancer de la grande courbure ne se manifestant que par de l'anémie est une chose trop connue pour que nous ayons besoin d'y insister. Ce qu'il y a de curieux dans notre observation, c'est avant tout la précocité de la métastase vertébrale qui est demeurée pendant de longues semaines l'unique symptôme clinique observé, et le développement fortuit de ces phénomènes nerveux à la suite d'un traite-



ment antirabique, ce qui ne pouvait manquer de rendre encore plus obscur et plus difficile un diagnostic étiologique précoce.

#### Discussion :

Le Dr *Spezzafumo* rappelle un cas de cancer du col utérin accompagné de douleurs aux jambes. Malgré une hystérectomie totale, la malade est morte. Les douleurs de jambes étaient le fait d'une métastase médullaire.

D<sup>rs</sup> *Saria* et *Masselot* rappellent encore un cas de métastase analogue.

×

### Deux Chancres

par le Dr JAMIN

Voici deux malades intéressants chacun dans leur genre :

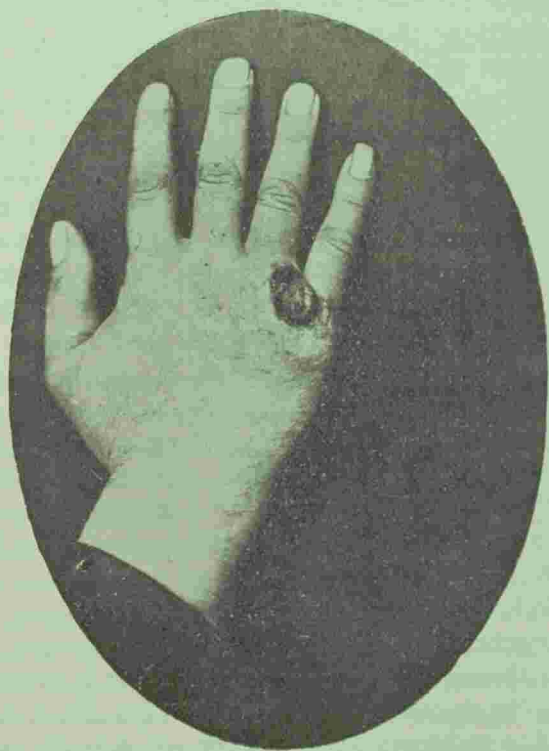
L'histoire du premier relève du roman-feuilleton : Minuit, l'heure des crimes — Le mois d'août — la Place de la Résidence à Tunis. Un individu passait, que son passé avait fait déjà plusieurs fois le pensionnaire des luxueux établissements de l'Administration Pénitentiaire. Elle en avait sans doute gardé un doux souvenir, car elle recherchait à nouveau, très âprement, l'honneur de l'abriter encore sous ses lambris, et ses agents d'exécution, lancés sur la piste, étaient sur le point d'achever leur mission et d'assurer, à l'objet de leurs soucis, le vivre et le couvert pour quelque temps. Et cependant cet objet de tous ces soins et de toutes ces prévenances, cherchait ingratement à s'y dérober. Son aveuglement était tel que gentiment prié de bien vouloir faire aux agents l'honneur de les accompagner à l'Hôtel de la Permanence, il opposa un refus formel d'abord, une fuite précipitée ensuite et enfin il eut le grave tort d'en appeler à la Suprématie du Muscle.

Aussi, vers une heure du matin, on voyait, devant le petit square, un amas mouvant et rapide et confus duquel émergeait tantôt un bras, tantôt une jambe, tantôt une tête. La lutte était ardente et sombre. Cela ne dura qu'un peu de temps : les spectateurs attentifs eurent la perception instantanée du contact brutal d'un poing fermé et d'une bouche ouverte. Ce fut le signal de la fin et bientôt, encadré de deux uniformes, les poignets ornés de légers bracelets d'acier que réunissait une délicate chaînette, le repris de justice fut acheminé vers la rue de Constantine où un portier en uniforme le conduisit avec empressement vers son appartement.

Les gardes du corps, restés seuls, soufflent, s'épongent (car il fait très chaud) se brossent et se frottent les mains, heureux de la satisfaction du

devoir accompli. Or l'un d'eux, dans ce mouvement, sent une légère douleur à la main droite. Il la regarde : du sang — il l'essuie; une plaie sur la tête du 4<sup>e</sup> métacarpien — il songe : où me suis-je fait ça ? Il se rappelle : le coup de poing sur la g... — il en déduit : je vais me laver. Mais nous sommes à Tunis, l'été, et il est une heure du matin : il n'y a pas d'eau ! Faire un pansement ? il y a bien une clef qui doit ouvrir une caisse où doivent être des objets de pansement — mais c'est si compliqué de pouvoir faire ce pansement et c'est si peu de chose, cette écorchure !

Et de fait, elle se cicatrise en 3 ou 4 jours — et comme il est classi-



que, elle se rouvre après trois semaines. Le malade la soigne d'abord seul — puis comme elle ne guérit pas, il se fait porter malade et bien des topiques sont essayés en vain jusqu'au jour où le docteur Masselot, qui le voit alors, me l'adresse au Service Annexe de l'Hôpital Civil Français, en spécifiant qu'il désire un examen bactériologique. Et le docteur Masselot avait vu juste : la forme régulièrement arrondie, le bourrelet sans bord,

L'induration cartonneuse, l'indolence absolue et le gros ganglion sus-épi-trochléen dur, mobile, aphlegmastique l'avaient fait penser au tréponème que l'examen à l'ultra découvrit le jour même. C'était bien un chancre syphilitique.

Voici donc un cas qui soulève cette question toujours ardue de la syphilis — accident du travail.

Nous n'avions aucun motif de suspecter la bonne foi de cet agent, qui n'avait jamais eu d'affection vénérienne, qui était marié et père de famille, dont le Wassermann était encore négatif et qui venait se présenter à la consultation pour une plaie contractée en service, à cent lieues de se douter du verdict qui allait être prononcé. Je sais bien que l'on peut toujours ergoter sur un cas pareil (prouvez-nous qu'il n'avait pas mis la main à un endroit où l'on rencontre plus habituellement ce tréponème et cela après avoir eu son écorchure). Je sais bien aussi que la longue incubation de la syphilis est un des principaux obstacles à l'établissement de ce délit de contagion, qui serait le coup fatal porté à la réglementation de la prostitution. Mais il me semble que dans le cas présent — malgré l'absence des preuves de confrontation — il est bien légitime de proclamer le lien étroit qui unit l'arrestation du malfaiteur et la syphilis de l'agent et qui est basé sur une concordance absolue de lieu et de dates.

Mais qui doit supporter la responsabilité de ce traitement ? Est-ce l'agent ? Quoiqu'il n'ait pas peut-être cherché à prendre toutes les précautions d'antisepsie désirables, c'est bien en service commandé qu'il se fit cette écorchure et il y aurait peut-être attaché plus d'importance si l'Administration avait appris à ses agents à se méfier des contaminations possibles. Faut-il rappeler le nombre d'agents de police et de gendarmes ainsi victimes du devoir ?

Est-ce la Police ? C'est l'employeuse, c'est le patron. Et dans l'occurrence, si une action civile était intentée, on ne manquerait pas de stigmatiser l'insuffisance des boîtes de secours où tout le matériel de pansement devrait être au complet et en bon état et qui devrait être facilement à la portée d'agents blessés. Ceci est si vrai que dans des cas semblables, ce sont dans les pharmacies de nuit que les agents vont demander secours.

Est-ce la Municipalité ? Dame, elle pourrait avoir aussi sa part de responsabilité, elle-même ou le Service des Eaux. Car, à Tunis, l'été, la nuit, il est impossible d'avoir une goutte d'eau pour se laver les mains. Même pour les Services publics.

Né serait-il pas désirable que la Police apprenne à ses agents quels

dangers ils peuvent courir du fait des malfaiteurs qu'ils ont à arrêter et quels moyens il convient de prendre pour se préserver ?

Ne serait-il pas désirable qu'elle fasse surveiller périodiquement la composition des boîtes de secours et tienne la main à leur entretien parfait ?

Ne serait-il pas désirable enfin qu'elle mette à la disposition de ses agents en service pendant la nuit, une provision d'eau qu'il serait facile de constituer pendant le jour ?

Il ne faut pas trop proclamer l'extrême rareté des contaminations accidentelles de syphilis, surtout dans la Tunisie où nous vivons au contact d'une population indigène dont les 3/4 sont syphilitiques et qui n'ont aucune notion de contagion.

Le docteur Masselot m'a montré, à l'Hôpital Civil Français, le mois dernier, un brave ouvrier de 48 ans qui présentait la plus belle roséole qui se puisse voir, avec deux petites plaques muqueuses du gland, de l'alopecie et de l'adinopathie généralisée. Mais d'où venait cette syphilis ? Le malade était tout à fait affirmatif sur l'absence de tout chancre et ses organes génitaux ne portaient aucune cicatrice. Et c'est en recherchant l'adénopathie résiduelle que nous avons été amenés à supposer une contamination anormale. Trois mois auparavant, le malade avait été admis dans un hôpital du Midi de la France, pour des rhumatismes. Et là, nous dit le malade, il avait eu un phlegmon du bras, volumineux, douloureux et qui n'avait pas suppuré. Or, où se trouvait-il ? Au niveau du ganglion sus-épitrochléen. Et en examinant le territoire lymphatique, nous trouvons au niveau de la tabatière anatomique, la petite cicatrice papuleuse, violacée, encore indurée d'un « bouton » indolent auquel le malade n'avait attaché aucune importance.

Faut-il rappeler les chiffres impressionnants de la statistique d'Alfred Fournier qui montrent que dans les syphilis extra-génitales, les 3/4 concernant les chancres de l'extrémité céphalique (la bouche, dit-il, est plus vagabonde que la verge) — et la moitié du reste, provient de l'inoculation du membre supérieur (46 chancres de la main pour 9 du bras et un de l'épaule et de l'avant-bras). — Et c'est précisément du membre supérieur, presque de la main, qu'il s'agit chez notre second malade, ou plutôt sur notre seconde photographie.

Ici, nous ne trouvons aucune contamination nette. Le fait est qu'un indigène, d'une vingtaine d'années, se présente à la consultation du Service Annexe de l'Hôpital Sadiki, avec un bouton du poignet qui, datant d'une quinzaine de jours, refuse obstinément de se cicatriser. C'est une lésion assez irrégulière de la face antérieure du poignet droit, fortement

infectée, croûteuse sur ses bords relevés en bourrelet, notablement indurée et quasi indolore. Quelques ganglions axillaires sans caractères bien spéciaux et une éruption extrêmement discrète de cinq papules secondaires de la paume de la main, surtout situées autour des plis d'opposition du pouce et c'est tout. Cela est suffisant néanmoins à porter le diagnostic du chancre syphilitique du poignet qu'à défaut d'un examen bactériologique, l'extrême rapidité de guérison par l'arsénobenzol vient confirmer.



L'interrogatoire du malade ne nous apprend rien de net : il est probable qu'une excoriation accidentelle ou professionnelle de cet ouvrier forgeron (la main est bien caractéristique à cet égard) a servi de porte d'entrée. Comment est venu à ce niveau le tréponème ? Nous ne savons pas.

Ce n'est pas seulement pour « la paix des ménages » qu'il convient de mettre en valeur tous ces faits de contamination accidentelle. Ils sont infiniment plus fréquents qu'on ne pense communément même dans le milieu médical et si je recherche dans mes fiches, depuis que je suis en Tunisie, soit en cinq années, je n'en retrouve pas moins de huit chez des Européens et je ne compte dans ce total ni le cas qu'a publié Fraudet dans le *Tunis-Médical*, ni les deux que j'y ai publiés moi-même, ni les chancres de la bouche que j'ai observés en nombre chez les enfants ou adultes indigènes.

Nous sommes ici dans une véritable *endémie* de syphilis — il faut le savoir, il faut y penser, il faut le dire pour que nous-mêmes et tous autour de nous et toute la population prennent en tous temps et en tous lieux, toutes les précautions d'usage. — Ne seraient-elles que celles qu'enseigne « la puérilité civile et honnête » qu'un grand pas serait déjà fait parce que la conspiration du silence serait dévoilée et le dangereux préjugé de la maladie honteuse réduit à néant.

## Que peut-on attendre d'une analyse d'urine ?

Des conclusions cliniques

que le médecin peut tirer d'une analyse complète d'urine  
d'après les connaissances actuelles de la biologie et de l'urologie.

LOUIS CAILLON

PAR

et

P. V. LÈGER (de Vichy)

Médecin consultant à Vichy et à Korbous

Docteur en pharmacie de l'Université de Paris

---

(Suite et Fin) (1)

### ÉLÉMENTS DISSOUS - EXTRAITS (2)

L'extrait est constitué par des éléments organiques d'une part et par des éléments minéraux d'autre part. Le rapport de ces derniers à l'extrait total, rapport sur lequel nous reviendrons ultérieurement, fera connaître le taux de déminéralisation du sujet examiné.

L'extrait sec est normalement de 0,85 par kg corporel en 24 heures;

Les sels minéraux sont de 0,26 par kg. en 24 heures;

Les matières organiques sont de 0,59 par kg. en 24 heures.

#### I. - Matières Organiques

**Urée.** — L'urée est l'ultime résultat de la désassimilation des matières protéiques. Aussi son dosage nous donnera des indications précieuses sur le fonctionnement des glandes digestives, du foie en particulier. D'autre part l'augmentation de l'urée ou hyperazoturie permettra de mesurer le degré de désassimilation tissulaire dans une série de maladies.

Ces renseignements seront complétés par la recherche de l'urée dans le sang, par le coefficient d'utilisation azotée que nous étudierons plus loin.

Le taux de l'élimination de l'urée par kg. pour un adulte est normalement de 0,40 centigr. Ce chiffre variera de 37 à 43 centigr. suivant que l'alimentation sera plus ou moins riche en albuminoïdes. Chez l'enfant le

---

(1) Voir numéro de Février, page 81.

(2) Nous avons adopté les normales d'élimination ramenées au kg corporel, de préférence aux normales moyennes par 24 heures, mais, malgré les considérations qui rendent très intéressant le coefficient biologique, nous ne croyons pas qu'il faille introduire en biologie des formules d'un caractère trop mathématique.

taux de l'urée atteint 0,90 centigr. à l'âge de 4 ans; 0,80 vers 6 ans, et enfin 0,49 à 0,50 à l'âge de 10 à 15 ans.

Au point de vue pathologique,

**1. - Il y a augmentation de l'urée (hyperazoturie).** — a) dans le diabète pancréatique, dans certains cas de diabète gras, dans le diabète azoturique des convalescents;

b) dans certaines maladies du foie : cirrhose hypertrophique alcoolique et ictere catarrhal;

c) dans les maladies fébriles, dans les crises thermiques du paludisme.

Dans tous ces cas d'hyperazoturie, si l'alimentation est pauvre en albuminoïdes, c'est qu'il s'agit bien d'une hyperazoturie réelle, non alimentaire, due souvent à une désassimilation tissulaire exagérée, pouvant amener une dénutrition progressive, de même dans les maladies infectieuses la lutte de l'organisme contre l'agent morbide nécessite une suractivité des combustions auxquelles prennent part les albuminoïdes de l'organisme.

**2. - Il y a diminution de l'urée (hypoazoturie).** — a) dans les affections du foie, puisque c'est dans cet organe que les sels ammoniacaux se transforment en urée. Elle s'observe donc dans toutes les maladies conduisant progressivement à la déchéance de la cellule hépatique : cirrhose atrophique, cirrhose de Hanot, cancers du foie, etc.

b) dans les néphrites chroniques, car l'urée produite en quantité normale se trouve retenue dans le sang, du fait que les lésions de l'épithélium rénal tubulaire viennent entraver son excrétion. Cependant Widal et Javal ont montré qu'après avoir atteint un certain taux dans le sang, l'urée est de nouveau éliminée en quantité proportionnelle au régime; il y aurait là un véritable mécanisme régulateur.

**Azote de l'urée.** — Il est calculé mathématiquement, et ne sert qu'à établir le rapport qui existe entre cet élément et l'azote total.

Il est les 28/60<sup>e</sup> du poids de l'urée

**Azote total.** — Son dosage est très important. Il permet d'établir le rapport azoturique, ou rapport d'utilisation azotée qui est un des plus intéressants, comme nous le verrons plus loin.

L'azote total comprend l'azote de l'ammoniaque, de l'urée, de la créatinine, de l'acide urique, de la xanthine, des purines. Il est en moyenne de 0,203 par kgr. et par 24 heures d'après Yvon et Michel; de 0,258 pour Maillard.

Ses variations suivent en général les variations de l'urée, puisque l'azote de l'urée constitue plus des 8/10<sup>e</sup> de l'azote total. Il faut cependant

excepter les affections du foie dans lesquelles nous avons vu l'urée en diminution, parce que l'ammoniaque n'a pas été transformée en urée. Or l'azote ammoniacal se retrouve dans l'azote total.

**Ammoniaque.**— Ce corps qui tire son existence de la dislocation de la molécule albuminoïde et aussi des différents aliments ingérés est, comme nous l'avons vu, transformé dans le foie en urée.

Son dosage est indispensable pour établir le coefficient de Maillard, qui sera étudié plus loin :

$$\frac{\text{Az de l'Az H}^3}{\text{Az de l'Az H}^3 + \text{Az de l'urée}}$$

Il y a augmentation de l'excrétion ammoniacale (1) :

1° dans les cas d'insuffisance hépatique, les lésions de la cellule hépatique diminuant la transformation de l'ammoniaque en urée;

2° en dehors de l'insuffisance hépatique, dans les amaigrissements rapides, dans certaines cachexies, dans le diabète : là où il se produit une désintégration des albumines tissulaires amenant dans les urines de l'ammoniaque en excès, que le foie débordé n'aura pas pu transformer en urée; enfin dans les cas d'acidose par production exagérée de composés acides dans l'organisme, acides qui neutralisent une partie de l'ammoniaque du sang et le soustraient à l'action du foie qui ne peut le transformer en urée.

**Acide urique et dérivés xanthiques.**— L'acide urique est, après l'urée, l'élément le plus important de l'élimination azotée urinaire. Si l'urée est le résultat de la désintégration des albumines en général, l'acide urique est plus particulièrement celui des nucléo-protéines alimentaires et tissulaires (acide urique exogène et endogène).

Son élimination moyenne est de 0,01 centigr. par kg. en 24 heures. Le rapport de l'acide urique à l'urée est en général de 1/40.

A l'état physiologique, l'excrétion de l'acide urique s'accroît avec l'alimentation riche en nucléo-protéines (viande, surtout ris de veau). De même que pour l'urée elle est plus grande chez l'enfant que chez l'adulte.

Au point de vue pathologique, il y a augmentation de l'acide urique :

a) dans certaines affections du foie (cirrrose atrophique) (la partie d'acide urique normalement transformée en urée par le foie ne l'est plus par suite d'une dysfonction existante).

---

(1) Il faut se mettre en garde contre un taux anormal d'ammoniaque qui peut être la conséquence de fermentations secondaires postérieures à l'émission. (Action du micrococcus ureæ qui transforme l'urée en carbonate d'ammoniaque, d'où la nécessité de conserver l'urine en l'additionnant d'un corps antiseptique).



b) dans la leucocythémie (la destruction des globules blancs met en liberté une certaine quantité de nucléines, et il existe un parallélisme réel entre la richesse leucocytaire du sang et l'excrétion urique).

c) en général dans toutes les diathèses arthritiques.

Chez les gouteux on assiste à des alternatives considérables suivant la période de la maladie; tantôt il s'agit d'urines pâles, pauvres en matières azotées et en acide urique en particulier, correspondant à une rétention passagère et indiquant que l'acide urique et les urates au lieu de s'éliminer par les urines s'accablent dans le sang des gouteux (goutte chronique); tantôt les urines sont colorées, riches en acide urique, témoignant une décharge critique de tous ces éléments retenus dans le sang qui, à un moment donné, ont forcé la barrière rénale (goutte aiguë ou goutte sthénique).

## II. - Sels Minéraux

**Phosphates.**— Ils sont le résultat de combinaisons de l'acide phosphorique avec des bases alcalines et alcalino-terreuses, et tirent leur origine des aliments, ainsi que de la désassimilation des tissus de l'organisme.

Leur élimination se fait à raison de 0,38 à 0,40 cgr. par kgr. corporel en 24 heures. Elle est augmentée chez l'enfant et diminuée chez le vieillard, elle est parallèle à celle de l'urée, augmentant avec le régime carné pour diminuer avec le régime végétarien.

A l'état pathologique, l'élimination augmente :

a) dans la phosphaturie essentielle ou diabète phosphatique, maladie dont cet excès d'élimination est à peu près le seul symptôme et qui est probablement d'origine nerveuse. (Assez fréquemment d'après Teissier qui lui a donné son nom, elle serait un des premiers signes d'une tuberculose au début ou d'un diabète sucré latent);

b) dans la leucémie;

c) dans certains états nerveux; dans la méningite cérébro-spinale.

Cette élimination est diminuée en général dans les maladies infectieuses et l'hystérie.

**Chlorures.**— Ils tirent leur origine des aliments ingérés. Le rôle physiologique du chlorure de sodium dans l'organisme est considérable, puisqu'il assure à lui seul, l'état d'équilibre isotonique de la cellule humaine.

Le dosage méthodique des chlorures est une source précieuse d'indications pratiques qui justifient leur évaluation, en dehors même des recherches classiques de la perméabilité rénale.

L'élimination des chlorures est en moyenne de 0,165 à 0,175 par kgr. en 24 heures, elle est toujours en rapport avec la quantité des sels ingérés,

a) **Hypochlorurie.** — Elle se produit à la suite d'un défaut d'élimination due à une imperméabilité du rein au chlorure de sodium. Il arrive alors que le taux des chlorures se trouve augmenté dans certaines zones cellulaires. Par réaction de défense, il y a un appel d'eau dans ces zones, en vue de ramener au titre physiologique le plasma cellulaire, en diluant plus abondamment les chlorures en rétention (œdèmes); c'est ce qui arrive chez les brightiques.

L'hypochlorurie s'observe encore à la période d'état de presque toutes les maladies fébriles aiguës (scarlatine, fièvre typhoïde, pneumonie, etc.), dans la période terminale de la tuberculose, et enfin au cours de presque toutes les maladies chroniques de l'estomac. (Bouveret). La diminution considérable du chlorure de sodium est toujours d'un pronostic fâcheux.

b) **Hyperchlorurie.** — Elle se constate dans toutes les affections qui s'accompagnent à leur début d'une rétention chlorurée. Il y a à ce moment une véritable décharge de chlorure de sodium (crise chlorurique consécutive à une infection).

**Pigments.** — Parmi les pigments normaux de l'urine, l'urobiline et l'indoxyle sont seuls importants au point de vue sémiologique.

a) **Urobiline.** — De nombreuses théories ont été publiées pour expliquer l'origine de l'urobiline; il faut savoir que la présence en excès de ce pigment dans les urines, en dehors des gros épanchements sanguins, indique un trouble net de la fonction intestinale et surtout de la fonction hépatique (affections graves du foie : cancer, cirrhose, etc.). Cette urobiline en excès est associée le plus souvent aux sels biliaires (sauf dans l'ictère hémolytique).

b) **Indoxyle.** — L'indoxyle urinaire tire son origine de l'indol qui se forme dans l'intestin comme conséquence de l'action des bactéries sur les produits de digestion des albuminoïdes (peptones). Résorbé dans l'économie, l'indol subit une oxydation qui le transforme en indoxyle. C'est assez dire qu'il sera fonction des putréfactions intestinales plus ou moins accentuées.

**Dérivés sulfo-conjugués.** — Certains biologistes attachent une grande importance au dosage de ces dérivés au point de vue de l'intensité des fermentations intestinales. Tout en partageant cette opinion, nous ne pouvons entrer dans le détail des travaux publiés à ce sujet, nous rappellerons que chez un individu normal la quantité des éthers-sulfo-conjugués est de 0,100 à 0,150 en 24 heures.

### III. - Examen Microscopique

L'examen microscopique des dépôts de l'urine centrifugée est indispensable. Il permettra de déceler deux ordres d'éléments : inorganisés et organisés.

Les **éléments inorganisés** sont en général peu importants. Ce sont des cristaux d'acide urique et d'oxalate de chaux dans les urines hyperacides, des cristaux de phosphates bicalciques et ammoniaco-magnésiens dans les urines d'acidité faible ou même alcalines.

La présence de ces éléments est toujours fonction des chiffres donnés par les dosages effectués d'autre part dans l'analyse chimique. Ils peuvent exister tout formés dans l'urine au moment de son émission, ou bien se trouver en dissolution pour s'en séparer après refroidissement (urates), ou s'y constituer à la suite d'altérations amenant parallèlement une diminution de l'acidité (phosphate ammoniaco-magnésien).

L'élimination de petits cristaux d'acide urique ou d'oxalate de chaux constitue ce qu'on appelle la gravelle urique ou oxalique.

**Éléments organisés.** — Ils nous donnent des renseignements du plus haut intérêt. Ce sont :

a) Les **Cellules** sont cependant d'ordre banal. Normalement on en rencontre toujours provenant des différents épithéliums parcourus par l'urine : cellules plus ou moins abondantes des uretères, des couches superficielles de la vessie et de l'urètre, ainsi que cellules rénales de desquamation à gros noyaux.

b) **Cylindres.** — On a vu toute leur importance quand il a été question de l'albuminurie rénale. Les cylindres organisés, seuls, revêtent une signification au point de vue d'une lésion rénale, et surtout les cylindres granulo-graisseux et épithélieux; les cylindres hématiques et leucocytaires révèlent un état congestif ou suppuré. Quant aux cylindres homogènes (hyalins, colloïdes, muqueux, fibrineux), ils n'impliquent pas de déduction et s'observent sans lésion rénale.

c) **Globules rouges et blancs.** — Nous ne pouvons nous étendre ici sur la signification des différentes hématuries et pyuries, qui constituent un des chapitres les plus importants de l'urologie.

« Mais il faut bien connaître la valeur pronostique de la présence de nombreux leucocytes en milieu aseptique dans l'hypothèse d'une tuberculose rénale, de même que la valeur révélatrice d'une pyurie abondante dans la prévision d'une affection du bassinet. » (Teissier). De même la

présence constatée à une série d'examens de nombreux globules rouges fera redouter la persistance d'un état congestif, qui pourra être considérée comme symptomatique d'une poussée évolutive sérieuse. (*Hématuries microscopiques latentes de Teissier*).

d) **Microbes.** — Une urine prélevée directement et aseptiquement ne contient pas de microbes normalement. L'urine, une fois abandonnée à elle-même ou recueillie sans précaution, contient des microbes saprophytes sans aucune importance. Seule la recherche des microbes suivants est intéressante : gonocoque, microbes pyogènes proprement dits (streptocoque et staphylocoque), colibacille, bacille tuberculeux (1).

e) **Parasites animaux.** — L'examen de l'urine pourra utilement révéler la présence d'œufs de bilharzie et d'embryons de filaire.

#### IV. - Rapports Urologiques - Graphique

**1 - Rapport azoturique (rapport d'utilisation azotée ou coefficient d'oxydation de Robin).** - C'est le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total:

$$\frac{\text{Azote urée}}{\text{Azote total}}$$

Il est normalement de 85 p. 100, c'est dire que l'urée représente environ 85 pour 100 de l'azote total. L'urée étant l'aboutissant final de la désintégration des albuminoïdes dans l'organisme, on comprend que ce rapport nous donnera d'utiles indications sur le travail fourni par l'organisme, en ce qui concerne l'utilisation des matériaux azotés.

Aussi voyons-nous ce rapport abaissé dans les affections du foie avec insuffisance hépatique, dans les maladies avec ralentissement de la nutrition, par suite d'une diminution de la désassimilation. Il augmente au contraire dans les maladies consomptives par suite d'une augmentation des combustions organiques.

**2 - Rapport des éléments minéraux à éléments dissous ou extrait total. — Coefficient de déminéralisation de Robin.** — Il est normalement de 30 p. 100, ce qui revient à dire qu'il y a habituellement 30 gr. de matières minérales pour 100 gr. d'extrait total. Plus ce coefficient est élevé, plus il indique une déminéralisation active, (par exemple dans la tuberculose et le diabète sucré). Cependant il faut tenir compte d'une élimination trop considérable de chlorure de sodium due à une ingestion exagérée de cet élément dans l'alimentation quotidienne.

---

(1) Nous ne faisons que signaler ici l'inoculation au cobaye de toute urine suspecte de tuberculose rénale.

**3. - Rapport de l'acide phosphorique à l'urée.** — Ce rapport est un des plus constants que nous ayons à établir. Nous avons vu en effet que l'élimination des phosphates est parallèle à celle de l'urée, car l'un et l'autre de ces corps sont la conséquence de la dislocation de la molécule albuminoïde.

Ce rapport est en général de 10 p. 100.

S'il augmente d'une façon exagérée, il faut conclure à une phosphaturie nette; mais elle n'est que relative et passagère quand le poids des phosphates éliminés ne dépasse pas 2 gr. 50 à 2,80.

**4. - Rapport de l'acide urique à l'urée.** — Nous avons vu qu'une partie de l'acide urique est transformée en urée par le foie; le rapport entre ces deux éléments permettra donc d'apprécier la valeur de la fonction hépatique, en tenant compte cependant de la richesse en nucléo-albumine de l'alimentation quotidienne.

Ce rapport est normalement de 2,5 p. 100.

En dehors des cas d'altération hépatique, il augmente toutes les fois que l'acide urique augmente (leucocythémie, arthritisme).

**5. - Coefficient de Maillard ou d'imperfection uréogénique.** — Contrairement au coefficient azoturique qui tenait compte de l'azote total dont une partie peut appartenir à des corps non productifs d'urée ou que le foie ne détruit pas, le coefficient de Maillard ne tient compte que des éléments soumis à l'activité hépatique; il semble donc plus fidèle pour juger de l'intensité et de l'évolution de l'insuffisance hépatique.

Ce coefficient représente la formule :

$$\frac{\text{Az ammoniacal}}{\text{Az de l'urée} + \text{Az ammoniacal}}$$

il est normalement de 6,58 p. 100.

Il augmente rapidement pour passer à 7, 8 et 9 dans les affections hépatiques bénignes, cirrhoses au début, ictères infectieux, ictères catarrhaux; il s'élève à 8, à 10 dans la spirochétose ictéro-hémorragique à évolution prolongée, dans les ictères chloroformiques. Il semble avoir une signification pronostique importante au cours des maladies infectieuses.

**6. - Rapport de Derrien-Clogne.** — Très simple il se formule :

$$\frac{\text{Azote formol}}{\text{Azote hypobromite}}$$

L'azote formol représente l'azote ammoniacal + l'azote des acides aminés.

L'azote hypobromite est à peu près égal à l'azote uréique. Son chiffre normal est de 6.88 p. 100. Comme le coefficient de Maillard dont il semble un perfectionnement, il est un témoin des plus sensibles des troubles fonctionnels du foie, et s'élève dans tous les cas d'insuffisance hépatique.

**Graphique.** — Pour synthétiser toutes les données précédentes et pour donner au médecin en un graphique le schéma des éliminations des éléments normaux, nous avons adopté un tableau où la courbe est décrite en établissant le pourcentage existant entre l'élimination par kgr. de chaque élément et son élimination théorique. En prenant pour normale la ligne noire tracée au chiffre 100, nous verrions, si les éliminations étaient normales, le graphique graviter autour de cette ligne. Il en est rarement ainsi et pour tel ou tel corps le point d'élimination s'en écarte sensiblement.

Nous constaterons une diminution de tous les éléments avec une courbe tout entière très au-dessous de la normale dans l'anémie, les cachexies, l'albuminurie, etc. parce que les éliminations sont insuffisantes.

Nous verrons une augmentation générale, sauf celle de l'urée dans le diabète, l'arthritisme ou chez les gros mangeurs.

Il y aura une diminution des chlorures, phosphates et sulfates, en même temps qu'une augmentation des autres éléments dans les cas d'auto-intoxication, dans les maladies infectieuses, dans le type fébrile, dans le type hépatique.

Il sera facile de voir d'un coup d'œil les diminutions ou augmentations intéressantes de chlorures, phosphates, azote total etc.

Nous reproduisons à titre de spécimen la feuille d'analyse d'une malade arthritique qui, présentant une alimentation normale, a des éliminations exagérées dues à une auto-digestion des tissus et à une déminéralisation organique, et se trouve en état d'amaigrissement progressif.

#### Caractères Généraux

Volume en 24 heures	1.500 Cmc.
Aspect	clair,
Couleur	jaune ambré,
Consistance	fluide,
Dépôt	léger,
Réaction	acide,
Densité à + 15°	1.022,

Poids du malade : 52 kg.

**Eléments normaux**

	par litre	par 24 h.res	par k.	Normales par k. corporel
Eléments dissous (Extrait)	50.67	76	1.46	0.85
Eléments organiques	33.54	50.34	0.96	0.59
Eléments minéraux	17.13	25.79	0.50	0.26
Urée	23.05	34.57	0.66	0.40
Azote de l'Urée	10.74	16.11	0.30	0.18
Azote total	12.77	19.15	0.36	0.21
Acide urique et dérivés xanthiques	0.98	1.47	0.028	0.01
Acide phosphorique en P <sub>2</sub> O <sub>5</sub>	2.70	4.05	0.077	0.04
Chlorures en Na Cl	9.47	14.20	0.27	0.17
Acidité réelle (en acide phosphorique)	2.11	3.16	0.06	0.03
Acidité apparente	1.14	1.71	0.032	
Ammoniaque	0.61	0.91	0.017	

**Eléments anormaux**

	par litre
Albumine vraie (Serine et globuline)	Néant
Glycose	Néant
Acétone	Néant
Acide diacétique	Néant
Acides biliaires	Néant
Pus	Néant
Hémoglobine	Néant

**Pigments**

Urobiline	léger excès
Indoxyle urinaire	normal
Pigments biliaires	néant

**Examen microscopique après centrifugation de l'urine**

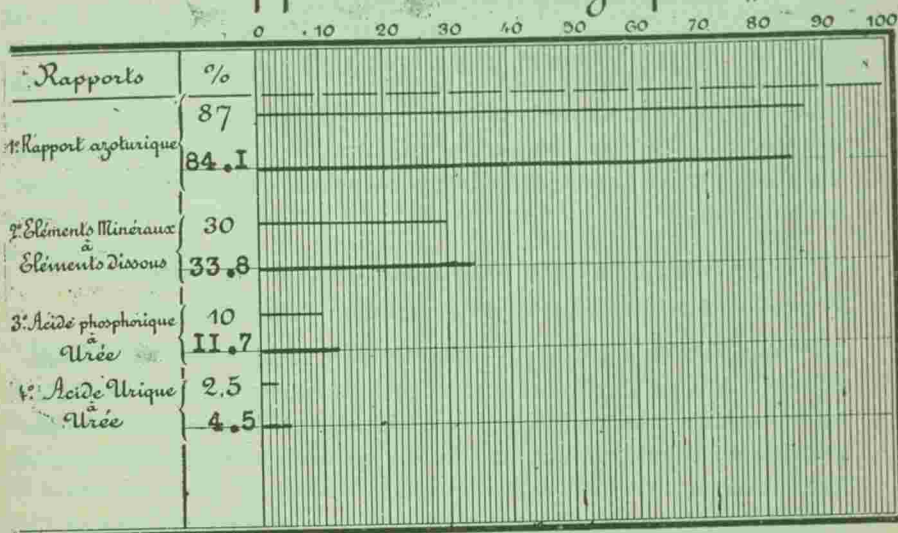
1° *Eléments inorganisés :*

- a Cristaux d'acide urique,
- b Cristaux d'oxalate de chaux,

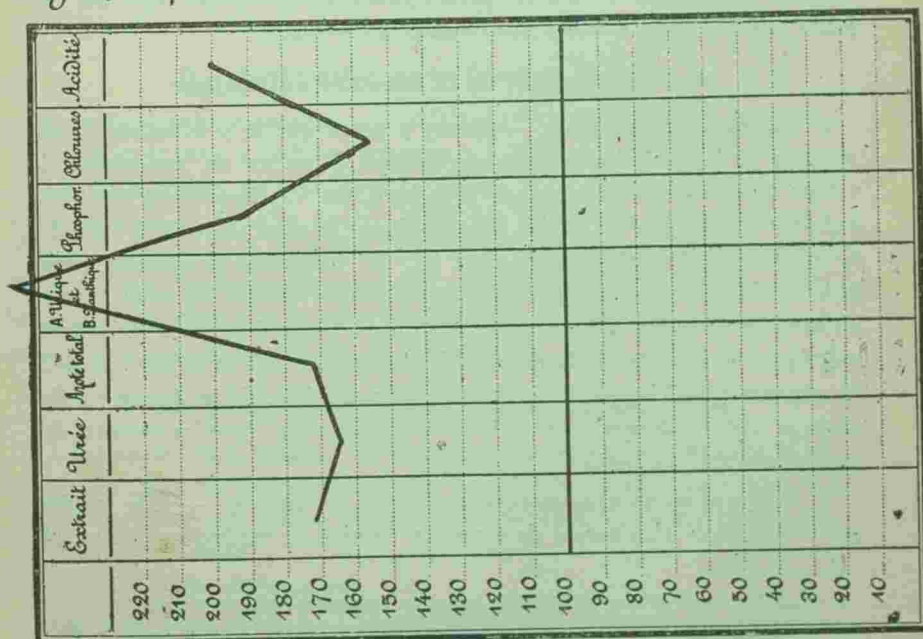
2° *Eléments organisés :*

- a Quelques leucocytes,
- b Cellules épithéliales de la vessie et de l'urètre,

# Rapports Urologiques



## Graphique d'Élimination des Éléments normaux par 24 h<sup>res</sup>





## V. - EXPLORATION FONCTIONNELLE DES DIFFÉRENTS ORGANES EN RAPPORT AVEC L'EXAMEN D'URINE

L'analyse d'urine sera très utilement complétée dans certains cas par des procédés d'épreuve, mis surtout en valeur ces dernières années, en vue d'explorer les fonctions du foie et du rein. Nous passerons en revue les principaux.

### 1° EXPLORATION FONCTIONNELLE DU FOIE (1)

#### A. - Exploration de la fonction uréopoiétique

1° **Ammoniurie provoquée.** — Cette épreuve consiste dans l'administration de 4 à 6 gr. d'acétate d'ammoniaque; normalement la totalité est transformée en urée, mais si le foie est insuffisant, le taux de l'ammoniaque s'élève. Il faut évidemment faire des recherches sur des urines non fermentées.

2° **Amino-acidurie provoquée.** — A l'état normal l'amino-acidurie est faible, elle est de 5 à 36 centigr. en azote aminé. On administre au malade, mis au régime lacté ou lacto-végétarien, 20 gr. de peptone et l'on dose les acides aminés dans les urines pendant deux jours. Elle est toujours positive dans le cas d'insuffisance hépatique.

#### B. - Exploration de la fonction antitoxique

1° **Glycuronic provoquée.** — Chiray a pensé que la production expérimentale de l'acide glycuronique permettrait d'étudier en pathologie, la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique, un foie insuffisant étant incapable de fabriquer de l'acide glycuronique. Il administre deux capsules de gélatine contenant chacune 0 gr. 50 de camphre porphyrisé (corps glycuronoformateur). Les urines sont recueillies toutes les deux heures; on dose leur teneur en acide glycuronique à l'aide d'un procédé colorimétrique; et l'on établit la courbe de l'excrétion glycuronique, abaissée ou absente dans l'insuffisance fonctionnelle du foie. Cette épreuve a l'avantage d'être indépendante du bon ou du mauvais fonctionnement des autres organes, en particulier du rein.

2° **Epreuve du bleu de méthylène** - (Roch de Genève). — Elle consiste dans l'ingestion d'un cachet de 2 mmgr. de bleu de méthylène, dose arrêté-

(1) Pour Fiessinger et Clagne, l'étude des rapports urologiques suffit pour juger du fonctionnement hépatique par l'examen des urines. L'exploration fonctionnelle est pour le moins inutile. Tel n'est pas l'avis d'un grand nombre de cliniciens.

tée par un foie normal sans qu'il en paraisse dans les urines; les foies insuffisants laissent au contraire passer la matière colorante qui apparaît modifiée en vert dans les 4 à 8 heures après l'ingestion. On recueille l'urine de 4 heures en 4 heures et si le foie est insuffisant, l'un des échantillons, en général le 2<sup>o</sup> est coloré en vert. Cette méthode est malheureusement l'objet de nombreuses critiques, surtout en raison du rôle joué par le rein dans l'élimination du bleu. Elle montre en réalité les troubles de la fonction rénale chez les hépatiques.

### C. - Exploration de la fonction glycogénique

**Epreuve de la glycosurie alimentaire.**— Très battue en brèche à la suite des travaux parus sur le métabolisme des hydrates de carbone, elle est encore utilisée par certains médecins. Elle consiste à faire ingérer 50 à 100 gr. de glucose dilué dans 200 cc. d'eau, à recueillir les urines toutes les heures ou toutes les deux heures, pendant 10 heures, et à rechercher dans tous ces échantillons s'il y a réduction par la liqueur de Fehling. La présence du sucre indique que le foie a laissé passer dans la circulation générale le sucre ingéré, soit qu'il n'ait pu exercer son action par suite d'un obstacle à la circulation porte, soit que sa fonction glycogénique ait été déficiente.

### D. - Exploration de la fonction biliaire

**Epreuve des hémocoanies.** — On fait ingérer du beurre au malade et on examine le sang à l'ultramicroscope 2 à 5 heures après le repas; si la graisse est absorbée, on voit, dans le plasma, des particules en suspension entre les piles de globules rouges; si les sels biliaires n'arrivent pas dans l'intestin, la graisse n'est pas absorbée et les particules n'apparaissent pas. Cette épreuve, généralement employée pour reconnaître si la bile est déversée dans l'intestin, peut aussi montrer que la bile contient ou ne contient pas la quantité habituelle de sels biliaires.

## 2. EXPLORATION FONCTIONNELLE DU REIN

1<sup>o</sup> **Chlorurie alimentaire.** — Cette épreuve recherche comment le sujet élimine une quantité de sel ajoutée à son alimentation. Avec des reins sains il la rejette sans retard, avec des reins malades, il n'y arrive que progressivement (Achard).

### 2<sup>o</sup> **Éliminations provoquées :**

a) **Bleu de méthylène.** — L'épreuve du bleu donne des renseignements de tout premier ordre sur l'état anatomique et fonctionnel du rein, au

cours des néphrites ainsi qu'au cours des maladies infectieuses ou toxiques; elle permet de dépister les néphrites chroniques latentes ou de confirmer le diagnostic de celles qui sont avérées; elle donne enfin des renseignements très utiles, au point de vue du pronostic et du traitement des néphrites; c'est dire de quelle utilité elle est pour le médecin. Elle ne renseigne cependant que sur la perméabilité globale des reins et a besoin d'être complétée par l'état de l'élimination des chlorures et de l'azote au niveau des reins. (Martinet).

Voici en quoi consiste cette épreuve : on injecte 5 cgr. de bleu de méthylène, profondément dans la fesse (1 cent. cube d'une solution aqueuse stérilisée de bleu au vingtième) en ayant soin d'avoir fait uriner le malade immédiatement avant l'injection. On recueille l'urine régulièrement d'abord d'heure en heure, puis à chaque miction, jusqu'à ce que l'urine ne soit plus colorée. La perméabilité sera considérée comme normale si le bleu apparaît dans les urines dès la première heure, et si toute l'élimination est terminée vers la 5<sup>o</sup> heure environ. La perméabilité sera augmentée lorsque dès les deux premières demi-heures, il y a une élimination intense du bleu, et que cette élimination s'arrête au bout de 15 ou 20 heures ou même moins. C'est un bon signe des néphrites épithéliales. (Bard). La perméabilité sera diminuée quand la quantité de bleu éliminée est nettement inférieure à celle que l'on trouve dans les urines d'un sujet normal, ou quand il y a une prolongation de l'élimination durant trois jours et plus. Elle est constante au cours des néphrites chroniques hydriques, et permet de reconnaître, dans tous les cas, la néphrite interstitielle atrophique qui, fréquemment, dans une forme latente peut passer inaperçue.

b) **Phénol-sulfo-phtaléine.** — Cette méthode est également d'une très grande précision, et il existe un parallélisme remarquable entre l'élimination de la phénol-sulfo-phtaléine et l'élimination uréique. On injecte dans la fesse un cc. d'une solution stérilisée contenant 6 milligr. de phénol-sulfo-phtaléine dissous dans du sérum physiologique.

La substance commence à s'éliminer au bout de quelques minutes. Au bout d'une heure à l'état normal, il s'est éliminé 50 p. 100 de la phtaléine injectée; l'élimination diminue ensuite progressivement; au bout de deux heures il s'est éliminé normalement 67 p. 100 de la substance injectée. On mesure cette élimination en comparant l'urine émise diluée avec des solutions étalon.

Tant que la quantité éliminée ne descend pas, en 2 heures, au-dessous de 50 p. 100 de la quantité injectée, on peut considérer que la fonction

urémique est normale, le chiffre de 50 p. 100 répondant à peu près à une constante urémique de 0,085. Le chiffre de 40 p. 100 répond à peu près à une constante de 0,110; 30 pour cent à 0,130, 20 pour cent à 0,160, celui de 10 pour cent à 0,200, etc.

Il y a donc là, dit Chevassu, une manière simple et assez exacte de connaître la valeur de la fonction rénale urémique et qui mérite d'être connue de ceux qui n'ont pas un laboratoire de chimie à leur disposition.

### III. - EXPLORATION FONCTIONNELLE COMMUNE DU FOIE ET DU REIN

a) **Polyurie expérimentale ou diurèse provoquée.** — Cette épreuve permet de se rendre un compte approximatif des conditions de l'élimination hydrique chez un sujet. Après lui avoir fait préalablement vider sa vessie, on lui fait absorber le matin à jeun 600 cc. d'eau et on recueille de demi-heure en demi-heure, l'urine excrétée.

Le tableau suivant donne le schéma des rythmes urinaires les plus couramment observés :

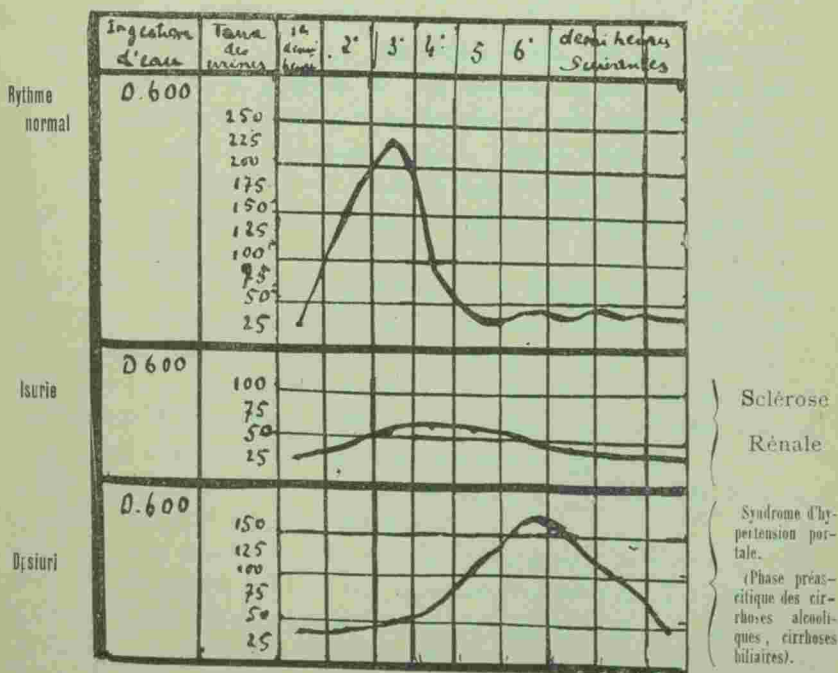


Schéma des Rythmes urinaires les plus couramment observés :  
(Rythme normal, isurie, opisurie) d'après Martinet

Comme on le voit le rythme normal est le suivant : le débit hydrique semi horaire passe de 30 cc. environ à 150, 225, 100 cc. dans les demi-heures consécutives à l'ingestion, pour revenir au taux primitif au bout d'une heure et demie à deux heures, l'eau ingérée ayant été pratiquement éliminée.

b) **Glycosurie phloridzique.** — Cette épreuve est basée sur l'absence de glycosurie à la suite de l'injection de phloridzine. Elle met en évidence soit la défaillance de la cellule hépatique devenue inapte à produire un glycogène de bonne qualité, incapable par suite de remplir son rôle physiologique, soit l'incapacité pour les épithéliums tubulaires de sécréter les substances fermentescibles susceptibles de transformer en sucre le glycogène que lui apporte la circulation sanguine.



**Traitement de l'Hypertrophie Prostatique  
par la Radiothérapie**

(Méthode du Dr Th. NOGIER)

par le Docteur Albert PÉREZ. — Thèse de Paris 1923

C'est le titre d'une thèse inaugurale soutenue tout récemment par l'A. devant la Faculté de Médecine de

Lyon. Deux parties constituent ce travail. Dans la première, le sujet est exposé cliniquement et complètement; l'A. passe ensuite en revue les divers traitements en usage à l'heure actuelle. Un chapitre spécial est consacré à l'importante opération qu'est la prostatectomie.

La seconde partie est destinée à l'exposition du traitement radiothérapique. L'A. passe d'abord en revue les diverses recherches faites dans ce sens constituant ainsi la partie bibliographique rétrospective. Outre la bibliographie complète, ce chapitre important comprend une revue critique des diverses méthodes employées.

Sont exposés, par la suite, les perfectionnements apportés par le docteur Th. Nogier, par la création de son nouvel appareil « le Cheval ». Grâce à ce meuble ingénieux, la radictérapie par *voie ascendante* est réalisée et constitue une nouvelle méthode utilisée contre l'hypertrophie prostatique, le prurit anal, etc., permet ainsi l'irradiation convenable de certaines régions, telles que le périnée, la vulve, ou certains organes : rectum ou col utérin.

Nombreux clichés et un dessin illustrent ce chapitre à la suite duquel sont exposés les avantages et les indications du traitement radiothérapique. A quelques exceptions près, les indications englobent tous les prostatiques, surtout ceux au début de leur affection. Les contre-indications n'existent pas. L'A. explique ensuite d'une façon claire et nette l'action des rayons X et les différentes théories qui ont été proposées.

La présentation d'observations inédites illustrant la méthode et montrant ce qu'elle peut donner termine ce travail.

En présentant cette étude, l'A. croit rendre service à tous ceux qui, arrivés à un certain tournant de leur existence, commencent à constater le début d'accidents qui ne vont pas tarder à s'aggraver et qui ne savent quel remède efficace leur appliquer, étant encore trop minimes pour penser immédiatement à une opération sérieuse.



## Les urétrites prophylactiques

BONMIN et RIVOLEN

(Gazette des Sciences Médicales, de Bordeaux, 3-12-22)

Ce sont celles qui résultent de l'emploi d'injections ou d'instillations urétrales très

précoces à titre prophylactique, quand celles-ci comportent des erreurs de technique. B... et R... leur consacrent une étude très complète, de laquelle nous retiendrons les conclusions suivantes :

« La pratique des injections ou des instillations urétrales prophylactiques anti-blennorragiques, particulièrement développée dans l'armée et depuis la guerre, donne presque toujours lieu à une très légère réaction de la muqueuse urétrale : c'est ce que nous appelons *urétrite prophylactique*.

« Tous les produits employés : sels d'argent, sels de mercure, permanganate de potasse, etc., peuvent la provoquer; quand elle est appliquée selon les règles prescrites, la pratique prophylactique n'est suivie que d'urétrites minima sans importance (suintement passager et souvent inaperçu). L'emploi de produits caustiques, de solutions trop fortes, la répétition des manœuvres peuvent amener des accidents, urétrites chimiques, dont la méthode n'est pas responsable.

« La méconnaissance des urétrites minima proprement dites, prises pour des urétrites gonococciques à leur début, peut, par un traitement intempestif, amener des complications du genre des précédentes. De plus, elles sont embarrassantes pour le diagnostic d'une urétrite gonococcique au début.

« Les caractères différentiels de l'urétrite prophylactique sont :

« Au point de vue clinique : la *précocité de l'apparition de l'écoulement*, ses caractères (il est, en général incolore et filant ou à peine séro-lactescent);

« Au point de vue cytologique : la *prédominance habituelle de cellules épithéliales, seules présentes ou associées à des polynucléés dégénérés, contrastant souvent avec la richesse microbienne*;

« Au point de vue microbien : *son caractère aseptique*, ou au contraire, *l'extrême variété de sa flore*, qui peut comprendre des éléments pseudo-gonococciques, source de confusion.

« Cette différenciation d'avec une urétrite gonococcique, au début est loin d'être toujours aisée.

« Du fait de sa bénignité, cette urétrite minima ne mérite aucun traitement. Il importe seulement de ne pas la méconnaître pour éviter des erreurs d'interprétation et des traitements intempestifs susceptibles d'entraîner des complications parfois graves. »

**Prophylaxie anti-syphilitique  
et hérédo-syphilis**

in *Bulletin Sanitaire* de l'Algérie

Au récent Congrès  
d'Hygiène tenu au dé-  
but de novembre 1922  
à l'Institut Pasteur de

Paris, M. le professeur Couvelaire, dans sa communication sur le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis, signale que 44 pour 100 des morts-nés, d'après ses statistiques, sont victimes de la syphilis; encore ce chiffre est-il au-dessous de la réalité, et doit-on compter au moins 50 %. Cette mortalité est en grande partie évitable; voici les chiffres obtenus, depuis trois ans que fonctionne le dispensaire qui a été attaché à son service de maternité :

Sur 100 femmes syphilitiques venues la première année à la Maternité et au dispensaire, il a obtenu 41 enfants vivants; la deuxième année, 59; la troisième année, 71.

Les trois quarts des femmes venues à la Maternité ignorent qu'elles sont syphilitiques; leur médecin ordinaire ne le soupçonne pas, c'est l'examen clinique du placenta et du fœtus qui appelle l'attention, les réactions du laboratoire confirment le diagnostic.

Si l'on ne considère que les avortements survenus après le sixième mois, la syphilis contractée pendant la gestation entraîne 78 p. 100 de morts-nés; si la mère est traitée, le chiffre descend à 36 p. 100.

Si la syphilis a été contractée avant la gestation, le chiffre des morts-nés est de 64 p. 100, si la mère a été traitée, ce chiffre n'est plus que de 5 pour 100.

Si l'enfant syphilitique a survécu un an, que devient-il ? si mère et enfant n'ont pas été traités, 65 p. 100 meurent; si la mère seule est traitée, 48 p. 100 d'enfants meurent; si la mère et l'enfant sont traités, on ne constate plus que 8 p. 100 de décès chez ces enfants.

La prophylaxie chez les enfants atteints d'hérédo-syphilis peut donc réduire très considérablement la mortalité.

**Un nouveau signe physique  
des épanchements liquides de la plèvre**

(Société de Médecine de Lyon, 22-11-22)

Il s'agit d'un phéno-  
mène tactile perçu en  
pratiquant sur la paroi  
thoracique une série de

petits tapotements avec la pulpe de la phalange digitale de l'index, du médius et de l'annulaire. On a ainsi une sensation de frémissement, de tremblotement et d'une légère adhésion de la pulpe digitale à la paroi. Ce signe décèle de petites collections qui sont passées inaperçues aux rayons X. Il existe parfois en l'absence de tout autre symptôme.



**Quelques affections pulmonaires aiguës  
et chroniques traitées avec succès  
par la vaccinothérapie**

Henry BOURGES et Marc JOBARD

(Société Médicale des Hôpitaux, 27 Octobre 1922)

Les auteurs ont été récemment à même de recourir à l'emploi de la vaccinothérapie dans un certain nombre

d'affections chroniques et aiguës des voies respiratoires. En présence des résultats des plus satisfaisants qu'ils ont obtenus, ils rapportent les observations de deux malades chez lesquels cette méthode thérapeutique s'est montrée remarquablement efficace.

Ils ont utilisé à cet effet les stocks-vaccins pulmonaires préparés par M. le docteur Benoit et mis très obligeamment à leur disposition par M. le professeur Minet (de Lille).

Les deux malades ont été soumis à la vaccinothérapie. Pour le premier, emphysémateux de vieille date avec catarrhe bronchique et crises asthmatiformes fréquentes, les auteurs se sont adressés à un stock-vaccin dont la formule répondait parfaitement à la flore microbienne de son expectoration (staphylocoques, streptocoques et tétragènes). Pour le second, atteint de pneumonie lobaire aiguë avec présence dans ses crachats de nombreux pneumocoques, ils ont eu recours à un stock-vaccin adapté aux affections pulmonaires aiguës et contenant les différents microbes susceptibles d'infecter les voies respiratoires.

Dans l'un et l'autre cas le résultat thérapeutique a été, pour ainsi dire, remarquable.

Après une série de huit injections, les auteurs ont pu, dans le premier cas, obtenir la guérison, qui se maintient depuis plus de trois mois, d'une affection remontant à plusieurs années, traitée jusqu'alors sans aucun succès par les médications usuelles, avec retentissement sérieux sur l'état général et qui rendait au sujet très difficile l'exercice de sa profession en le condamnant à de fréquentes interruptions dans son travail.



## LIVRES REÇUS

**Examen Fonctionnel du Poumon**, par Ch. ACHARD, Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine; et Léon BINET, Interne des hôpitaux de Paris, Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine. — 1 vol. de 156 pages avec 66 figures et schémas. — Masson et Cie, Editeurs. — Prix : 12 fr.

Aucun ouvrage d'ensemble n'a paru jusqu'ici sur l'examen fonctionnel du poumon. Sans doute on connaît depuis longtemps les troubles que la maladie apporte aux fonctions de cet organe, mais on n'en fait guère état le plus souvent dans la recherche des symptômes et dans leur appréciation. De plus, dans ces dernières années, nombre de travaux intéressants ont été consacrés aux phénomènes chimiques de la respiration qui, longtemps restés dans le domaine de la physiologie pure, deviennent accessibles au clinicien.

Cet ouvrage a pour but de rendre accessibles au clinicien ces travaux et les nombreuses recherches personnelles des auteurs.

Dans une *première partie* sont étudiées la circulation de l'air dans les poumons et les conditions physiologiques dont elle dépend :

*Etude de l'amplification du thorax — Méthode pneumographique — Etude comparée de l'ampliation de chaque hémithorax — Capacité vitale — Ventilation pulmonaire — Débit respiratoire — Explorations pneumométriques — Explorations Clinique et Radioscopique du diaphragme — Epreuve du maximum d'apnée volontaire.*

Dans une *deuxième partie* sont exposées les recherches qui concernent les actes chimiques de la respiration, dans lesquels le poumon n'intervient que comme une membrane perméable, propice aux échanges, mais dans lesquels le clinicien, par des expériences portant directement sur le contenu gazeux du poumon, peut puiser des notions précieuses sur la respiration des tissus et la nutrition des organes.

*Technique — Appareils — Résultats généraux — Variation des échanges respiratoires chez différents malades — Métabolisme basal — La combustion du glycose chez l'homme à l'état normal et à l'état pathologique — Mesure de la tension du CO<sub>2</sub> alvéolaire — Exploration du pouvoir éliminateur et du pouvoir absorbant du poumon.*

---

**Ophthalmologie Tropicale**, par L. C. ELLIOT R. H., Médecin-Chef Honoraire de l'Hôpital Ophthalmologique de Madras. — Traduction française par les D<sup>rs</sup> COTTELA, Ophthalmologiste des Hôpitaux de Paris et MORRAS, Ophthalmologiste de l'Hôpital Marie-Feuillet à Rabat. — 1 vol. in 8° de 360 pages avec 7 planches et 117 figures. — Masson et Cie, Editeurs. — Prix : 30 fr.

Les affections oculaires sont parmi les plus nombreuses que le praticien ait à combattre dans les pays chauds où les ravages qu'elles causent sont considérables.

Il n'existait en Angleterre aucun ouvrage de ce genre lorsque parut celui du docteur Elliot; et il était à désirer, au succès qu'il rencontra, qu'une bonne traduction française en fût donnée. Celle de MM. les Docteurs Coutela et Morras met entre les mains de nos médecins un ouvrage complet particulièrement documenté et qu'étaient de nombreuses observations prises pour chaque cas.

Le médecin doit d'abord connaître les caractères très spéciaux de l'Ophthalmologie tropicale. C'est l'objet de la première section dans laquelle l'auteur y fait connaître les causes multiples des maladies des yeux : *Conditions atmosphériques, conditions sociales, organisation médicale encore embryonnaire, existence à l'état endémique de maladies inconnues en Europe*, etc.

Il fait connaître ensuite pour chaque maladie la nature, l'étiologie, l'évolution, les techniques applicables, les complications et indications post-opératoires, la statistique, le traitement et la prophylaxie.

Enfin, dans une section spéciale, l'auteur traite de toutes les maladies générales dans leur rapport avec les yeux.

L'ouvrage est très illustré de reproductions photographiques et de gravures en couleurs.

---

**Diagnostic Clinique.** — *Examens et Symptômes*, 4<sup>e</sup>, édition, par le Docteur A. MARTINET, avec la collaboration des Docteurs DESFOSSES, G. LAURENT, LÉON MEUNIER, LUTIER, SAINT-CÈNE et TENSON. 4<sup>e</sup> édition revue et complétée. — 1 volume de 1040 pages avec 851 figures en noir et en couleurs. — Masson et Cie, Éditeurs. — Prix : 55 fr.

Quoique succédant à la précédente à moins d'un an d'intervalle, cette nouvelle édition a cependant subi de très nombreux remaniements destinés à faire état des acquisitions les plus récentes de la clinique diagnostique. La plupart de ces modifications portent à la vérité sur des détails, en sorte que la disposition générale de l'ouvrage et l'ordonnance des chapitres a pu être assez exactement conservée.

Quelques additions essentielles ont été faites :

1<sup>o</sup> *La Sérologie syphilitique* entièrement renouvée par les études relatives à la statique colloïdale et les réactions de Vernes et Guillaïn, qui se substituent, à n'en pas douter, à la réaction de Wassermann. « Cette question d'une importance théorique et pratique vraiment considérable a été exposée dans cette édition succinctement, mais avec les développements essentiels permettant de se rendre compte de son état actuel et de suivre les développements ultérieurs qui s'annoncent impressionnants. »

2<sup>o</sup> *Un tableau schématique des états clinico-physiopathologiques, subordonné au tonus neuro-vasculaire.*

3<sup>o</sup> La technique toute moderne de l'épreuve hémoclasique de Widal appliquée à la recherche de l'insuffisance hépatique.

Le succès de cette 4<sup>e</sup> édition ne sera pas moins grand que celui des premières. Il montrera une fois de plus combien était apprécié le grand talent de vulgarisation de Martinet et combien sera regrettée la disparition prématurée de cet auteur si original tombé en pleine période de production intensive.

E.C.

---

**Les Angines de Poitrine.**— *Le Syndrome clinique, Pathogénie-Pronostic, Thérapeutique, Pratique Médicale*, par A. MARTINET. — 1 vol. in-8 écu de 140 pages avec 35 figures et 14 planches (Collection de Médecine et Chirurgie pratiques). — Masson et Cie, Editeurs. — Prix : 8 fr.

Cette petite monographie est avant tout pratique. Après avoir montré que l'angine de poitrine n'est qu'un syndrome clinique banal sans spécificité nosologique, l'auteur relate un certain nombre d'observations personnelles typiques.

Il étudie la *Pathologie* des angines de poitrine et dégage le rôle des pressions artérielles et celui des artères coronaires. Les éléments du *Pronostic*, il les dégage de diverses statistiques et surtout de la sienne particulièrement documentée. Il donne ensuite les indications de *thérapeutique générale*.

Une partie importante du volume est consacrée à la *Pratique Médicale courante*. L'auteur dépouille une statistique de 100 cas réels d'angine de poitrine : angine subordonnée à une aortite, à la goutte, la pléthore, l'angiospasme, angines subordonnées à la névropathie, à l'aérophagie, angines hors cadre le plus souvent réflexes.

Il en déduit les points essentiels du diagnostic à résoudre en présence de toute angine et d'où découlent les indications thérapeutiques qui peuvent se résumer en quatre types d'ordonnances suivant qu'on se trouve en présence de cas différents.

Il étudie le traitement en dehors des crises et le traitement de la crise et termine par une bibliographie sélectionnée.

---

**Précis de Parasitologie**, 3<sup>e</sup> Edition, par E. BRUMPT, professeur de parasitologie à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine. - 1 vol. de 1216 pages avec 736 figures et 2 planches hors texte en héliogravure (Collection de Précis Médicaux). - Masson et Cie, Editeurs. - Prix : Broché, 44 fr. : cartonné, 50 fr.

La nouvelle édition du Précis de M. Brumpt se présente comme un livre nouveau, l'ouvrage a été transformé au point de vue du texte et de l'illustration.

Le plan d'exposition est resté le même : une *étude morphologique* per-

met d'identifier les parasites et de les classer en suivant les règles de la nomenclature scientifique. Une étude *biologique* permet de préciser leur habitat, leurs fonctions de nutrition et de relation, leurs trophismes, leur mode de reproduction, les modalités de leur évolution, enfin l'action du milieu ambiant qui permet de connaître leur distribution géographique actuelle et de prévoir leur dissémination future.

Les parasites étant connus ainsi que leurs voies de sortie et d'accès, leur rôle pathogène est étudié, ainsi que les conditions étiologiques générales et individuelles qui favorisent les infections et déterminent leur symptomatologie plus ou moins complexe.

Enfin la parasitologie poursuivant surtout un but pratique, qui est la destruction, des paragraphes spéciaux sont consacrés au diagnostic, au traitement, à la prophylaxie.

Cet ouvrage dépasse sensiblement les limites d'un « Précis », il n'est pas seulement destiné aux étudiants en médecine qui sauront en extraire les notions élémentaires qui leur sont demandées aux examens et enseignées au cours et aux travaux pratiques durant l'année scolaire; mais, en outre, grâce à une habile disposition typographique, l'auteur y a fait entrer une foule de détails qui font de cet ouvrage un traité très complet, permettant aux *médecins de tous pays, tempérés ou tropicaux* (civils et militaires), de résoudre toutes les difficultés du diagnostic des maladies parasitaires.

L'illustration, presque entièrement refaite, est particulièrement abondante — 736 figures; l'ouvrage est suivi d'une table alphabétique très détaillée (34 pages) permettant rapidement toutes les recherches.



**L'Opothérapie du praticien**, par L. LEMATTE, Docteur en Pharmacie, Membre des Sociétés de Médecine et de Thérapeutique. — 1 vol. in-8° de 238 pages, 3 planches hors texte. — A. Maloine et Fils, Editeurs. — Prix : 5 fr.

Ce livre est écrit pour les praticiens. Le médecin y trouve des indications précises sur la posologie, le mode d'administration et l'emploi des préparations opothérapiques.

Dans la première partie sont discutées les techniques qu'on doit employer pour avoir des préparations actives. Le médecin doit savoir comment sont préparés les produits qu'il ordonne.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des glandes et des tissus utilisés.

Dans la troisième partie sont exposées les applications de l'opothérapie aux différentes maladies que le médecin rencontre dans sa pratique quotidienne : seuls les résultats très nets sont mentionnés. En consultant l'INDEX THERAPEUTIQUE, le médecin peut facilement faire figurer l'opothé-

rapie sur ses ordonnances lorsqu'il veut l'employer dans plusieurs affections comme le cancer, l'arriération infantile, le myxoédème, où la thérapeutique courante le laisse désarmé.

---

**Précis de Pathologie interne** Tomes III et IV : **Maladies du système nerveux,**

par le Dr Henri CLAUDE, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Hôpitaux. Deux volumes in-8° se vendant séparément : *Cerveau, cervelet, méninges, pédoncules cérébraux, tubercules, quadrijumeaux, protubérance, bulbe.* — 1 vol. in-8° de 540 pages avec 97 figures. — Broché : 20 fr.; cartonné : 26 fr.

*Moelle, maladies systématisées, scléroses, méninges, plexus, muscles, nerfs, systèmes endocrino-sympathiques, névroses et psychonévroses.* — 1 vol. in-8° de 850 pages avec 170 figures. — Broché : 30 fr.; cartonné : 36 fr. — Bibliothèque du Doctorat en Médecine Gilbert et Fournier; Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, VI<sup>e</sup>.

Il n'est actuellement pas facile de condenser en un précis destiné à l'étudiant l'ensemble de nos connaissances en neuropathologie. C'est une des branches de la médecine qui a pris, depuis vingt ans, une extension de plus en plus grande, et la neurologie de guerre est venue agrandir encore son domaine. En limiter par trop l'exposé eût été le rendre aride et inintelligible. Aussi le professeur Claude, avec la collaboration dévouée d'anciens élèves compétents, MM. Lejonne, Lévy-Valensi, H. Schæffer, a-t-il été amené à écrire ce précis en deux volumes, contenant à eux deux près de 1.500 pages; il publie ainsi une remarquable mise au point de la neurologie moderne.

Très justement, le professeur Claude a divisé son étude en deux parties. La première comprend la *pathologie générale du système nerveux*; la seconde, la *pathologie spéciale*. Dans la première trouvent place l'exposé des causes des maladies du système nerveux, celui du mécanisme des troubles nerveux et la description des grands syndromes (hémiplegie, hémianesthésie, etc.). Dans la seconde, sont successivement passées en revue les maladies du cerveau, des méninges, du cervelet, du bulbe, de la moelle, etc. L'auteur s'est efforcé de bien mettre en lumière les acquisitions récentes, en les illustrant de nombreuses figures empruntées pour la plupart à ses propres observations.

Tout en ne perdant pas de vue qu'il s'adressait à des étudiants et en cherchant avant tout la précision et la clarté, il a, dans nombre de chapitres, fait œuvre originale et personnelle : tels ceux sur les tumeurs cérébrales, les hydrocéphalies, la pathologie du cervelet, les traumatismes de la moelle, la pathologie du système endocrino-sympathique et celle des glandes endocrines, les psycho-névroses. Il a pu exposer ses idées et augmenter ainsi l'intérêt du traité. Bien présentée, sans développements inutiles, l'œuvre du professeur Claude ne peut manquer d'être accueillie avec faveur par les médecins et les étudiants.

---

**Traité des Fractures des Membres**, (2<sup>me</sup> édition), par le Dr Henri JUDET, ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Docteur en Sciences. — Un volume grand in-8° de 700 pages, avec 102 planches hors texte et 338 figures dans le texte. " *L'Expansion Scientifique Française*", 23, rue du Cherche-Midi, Paris, 1922. — Prix : 36 fr.

L'auteur a conservé à la deuxième édition, la méthode d'exposition qui lui a fait le succès de la première. Il l'a enrichie notablement en texte et en figures.

La description clinique de chaque fracture est suivie d'un examen radiographique détaillé servant de commentaire à une image radiographique, reproduite à grande échelle.

Les aspects radiographiques normaux sont même représentés pour servir de terme de comparaison.

Un véritable atlas de radiographie se trouve de la sorte intercalé dans le texte.

Cent-deux planches hors texte, d'une belle venue, réalisent une richesse d'illustration qui — à notre connaissance — ne se rencontre dans aucun autre traité français des fractures...

Une autre innovation de cet ouvrage consiste en ce que les fractures sont étudiées à part chez l'adulte et chez l'enfant; ainsi sont nettement marquées les importantes différences qui existent aux divers âges.

En ce qui concerne les fractures compliquées, on sait que l'expérience de la guerre a renouvelé la question; l'auteur expose les acquisitions réalisées dans toute la mesure où elles sont applicables à la pratique civile.

Le traitement est envisagé dans tous ses détails au point de vue de la mise en œuvre des procédés orthopédiques, c'est-à-dire non sanglants, mais l'auteur — qui est chirurgien — n'a garde d'oublier de préciser les cas où l'ostéo-synthèse et la suture osseuse se recommandent par la supériorité de leurs résultats.

JUDET, d'après sa pratique personnelle qui est grande, expose les techniques modernes, en laissant de parti pris dans l'ombre les dispositifs qui n'ont plus qu'un intérêt historique.

De très nombreuses figures (pas moins de 350) intercalées dans le texte éclairent la description des appareils.

De la lecture de ce volume dont le caractère est à la fois scientifique et pratique se dégage l'idée que la thérapeutique non sanglante des fractures fermées a réalisé, au cours de ces dernières années, des progrès importants, que tous les médecins ont intérêt à connaître.

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois de Février 1923

DÉSIGNATION des Contrôles Civils	LOCALITÉS ou corps de Troupe	Populations Civiles																		
		Fèvres typh. et paratyph.	Typhus	Varole	Scarlatine	Diphthérie	Choléra	Peste	Fièvre jaune	Dysentéries amb. et bacill.	Méningite cérébro-spinal	Poliomyéélite antérieure aiguë	Fièvre récurrente	Fièvre méditerranéenne	Lèpre	Rougeole	Tubercu- lose ouverte	Oreillons	Paludisme	Trachome
Tunis	Tunis	1	2	3	4	6	8	9	10	11	13	14	15	16	18	A	E	G	J	K
La Marsa	La Marsa	5				3				1	1			2		13				
Hammam-el-Uf	Hammam-el-Uf										1					6				
Zaghuan	Nabeul						1													1
Grombalia	Fondouk Djedid	1																		
	Menzel-Temime				1															
Bizerte	Sizerte	3																		
	Aitatur	1																		
	Ferryville																			
Béja	Souk-el-Khemis				1															
Tabarka	Acharchia																			
	Mines du Djébel Hallouf																			
Souk-el-Arba	Goubellat					2														
	Oued Zergua (el Oubira)					1														
Medjez-el-Bab	Le Kef																			
Téboursouk	Messaehia																			
Kef	Hababaa			8																
Maktar	Sousse										2									
Thala	Cherchira		13																	
Sousse	Pichon																			
	Bou Thadi			1																
Kairouan	Maknassy																			
Sfax																				
Gafsa																				
Tozeur																				
Gabès																				
Djerba																				
Territoires M <sup>rs</sup> du Sud	Tatahouine (Palmerais)			12																
	Henchir Ghezal (Tatahouine)			2																
	Kerchau			1																
	Médénine			1																
Hôpital Militaire du Belvédère																				
Hôpital Militaire de Bizerte																				
Hôpital Militaire de Sfax																				
Hôpital Militaire Maritime Sidi-Abdallah																				
TOTALUX		17	13	56	3	10				1	8			3	40	5	3	4		1



## Service Sanitaire Maritime

### Epidémiologie

La peste continue à sévir en Extrême-Orient.

Des cas sont signalés à Hong-Kong, Colombo, Bombay, Rangoon, Karaki, Madras, Singapore, Sourabaya, Java et Osaka.

Plusieurs cas ont été constatés à Porto-Alègre et Pernambuco (Brésil) et à Guayaquil (Equateur), au Pérou et à l'île Maurice.

Des cas ont été isolés en Egypte, en Turquie et à Malaga (Espagne).

De nombreux cas de choléra existent à Rangoon et Calcutta (Indes anglaises) et à Chiba (Japon).

De très fortes épidémies de varicelle et de typhus règnent en Grèce; le foyer le plus actif de typhus se trouve à Arta.

La fièvre jaune existe à Ceara et Bahia (Brésil) et à Saltpond et Tarkoua (Côte d'Or).

---

---

## ECHOS ET NOUVELLES

### Nominations

M. le Médecin général BARTHÉLEMY est désigné pour remplir les fonctions de Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine de Bordeaux.

Au nom du Comité de Rédaction de cette Revue dont M. Barthélemy faisait partie, nous lui exprimons en même temps que nos plus confraternelles félicitations, les regrets très sincères que nous cause son départ de cette terre de Tunisie qu'il a si longtemps habitée et où il a donné pendant et après la guerre la mesure de ses qualités supérieures d'organisateur et de savant hygiéniste.

×

Notre excellent confrère et collaborateur le Dr BRUN vient d'être nommé directeur de l'Hôpital Sadiki. Nous lui adressons nos plus cordiales félicitations.

### Avis relatif à la Bibliothèque

Les membres titulaires de la Société sont informés qu'ils peuvent demander au Secrétaire général, docteur Gérard, 24, avenue de France, une carte d'admission au prêt à la Bibliothèque Publique du Souk El-Attarine, à Tunis.

Ils pourront emprunter non seulement les ouvrages médicaux dont le catalogue sera publié aussitôt qu'il sera terminé, mais n'importe quel ouvrage de la Bibliothèque, très riche, du Souk El-Attarine.

## V<sup>e</sup> Congrès National de la Tuberculose

Le V<sup>e</sup> Congrès National de la Tuberculose se réunira à Strasbourg du 2 au 6 Juin, et comprendra trois sections : 1<sup>o</sup> *Une Section biologique*; 2<sup>o</sup> *Une Section clinique*; 3<sup>o</sup> *Une Section sociale*.

Les questions à l'ordre du jour, dont chacune fera l'objet d'un Rapport, sont les suivantes :

### I. — QUESTIONS BIOLOGIQUES

a) *Associations microbiennes dans l'infection tuberculeuse*. — Rapporteur : M. BEZANÇON, professeur à la Faculté de Paris.

b) *Constitution chimique du bacille tuberculeux et milieux synthétiques de culture*. — Rapporteur : M. GORIS, Professeur agrégé à la Faculté de Pharmacie.

### II. — QUESTIONS CLINIQUES

a) *Tuberculoses fermées et tuberculoses ouvertes*. — Rapporteurs : MM. RIST et AMEUILLE, médecins des hôpitaux de Paris.

b) *Rôle de la carence alimentaire dans le développement de la tuberculose*. — Rapporteurs : M. le Prof. MOURIQUAND, de Lyon, et MM. BRETON et DUCAMP.

### III. — QUESTIONS SOCIALES

a) *Le problème de l'Habitation dans ses rapports avec la tuberculose*;

b) *Le rôle des Assurances sociales dans la lutte antituberculeuse*;

c) *Le rôle de l'Infirmière-Visiteuse dans la lutte antituberculeuse et les principes de son éducation professionnelle*.

La cotisation est fixée à 20 francs pour les Membres titulaires et à 10 fr. pour les Membres associés. Une réduction de 50 % est accordée aux étudiants en médecine et aux infirmières-visiteuses diplômées.

Les reçus réguliers, émanant du Trésorier, assurent seuls l'inscription effective au Congrès et la remise de la Carte et des publications. Ces cartes seront nécessaires pour pouvoir profiter des avantages accordés.

Adresser les cotisations à M. Pierre Masson, trésorier, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Les membres du Congrès pourront assister à l'inauguration du Monument de Pasteur et à l'ouverture de l'Exposition internationale d'Hygiène de Strasbourg, et prendre part aux visites, en auto-cars, organisées par les soins du Comité local, aux Stations climatiques et aux Etablissements antituberculeux de l'Alsace et de la Lorraine.

Les Membres titulaires et associés bénéficieront, de la part des Compagnies de Chemins de fer français, de Bons de transport à tarif réduit de 50 %, de leur résidence habituelle à Strasbourg, avec retour.

## Chaire de Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu

Professeur : M. GILBERT

Agrégé : M. MAURICE VILLARET

Cours complémentaire de vacances

Cours de révision

Cet enseignement, d'ordre essentiellement pratique et élémentaire, aura lieu pendant les vacances de Pâques (du 26 mars au 7 avril 1923), sous la direction de M. Maurice Villaret, et avec la collaboration de MM. Herscher et Chabrol, médecins des hôpitaux, Lippman, Jomier, Brin, Saint-Girons, Dufourmentel, Henri Benard, Mlle Tissier, Deval, Paul Descomps, Dumont, Lagarenne, Duray, Dausset, chefs de clinique ou de laboratoire.

Sujet : *Les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire courantes au diagnostic.* Durant deux semaines, il comportera 33 leçons et aura lieu trois fois par jour.

*Programme succinct* : Comment on doit pratiquer l'examen clinique et le traitement d'un hépatique. — Notions cliniques récentes sur les icères. — Comment on doit pratiquer l'examen clinique et le traitement d'un gastro-entéropathe. — Notions générales de bactériologie pratique, de sérothérapie, de vaccinothérapie. — Notions récentes sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Diagnostic de la fièvre typhoïde, du paludisme, des dysentéries, du typhus exanthématique, par les procédés de laboratoire. — Notions récentes sur l'examen des épanchements pleuraux et ascitiques. — Comment on doit pratiquer l'examen d'un hémiplégique, d'un traumatisé crânio-cérébral, d'un blessé des nerfs périphériques, d'un paraplégique, d'un tabétique, d'une greffe psychonévrosique ou physiopathique. — Notions récentes, cliniques et thérapeutiques sur les affections cardiaques et vasculaires : nouvelles méthodes d'exploration de la tension artérielle et de la tension veineuse. — Comment on doit pratiquer l'examen clinique et de laboratoire d'une affection rénale. — Notions pratiques élémentaires d'oto-rhino-laryngologie, d'électro-diagnostic et d'électrothérapie, de radiologie, de kinésithérapie, de thermothérapie, d'hydrothérapie. — Notions cliniques et thérapeutiques récentes sur les syndromes endocrines, sur l'hématologie, sur l'anaphylaxie et les chocs hémoclasiques. — Le diagnostic et le traitement des syndromes méningés, de l'encéphalite épidémique. — Notions élémentaires sur les nouveaux procédés de diagnostic et de traitement de la syphilis. — Démonstration cinématographique de biologie médicale.

Droit de laboratoire : 150 francs.

## Dermatologie et Maladies Vénériennes

### Cours de perfectionnement

Sous la Direction de M. le Professeur **Jeanselme** avec la collaboration de M. le Professeur **Sebileau** et de MM. **Hudelo**, **Milian**, **Ravaut**, **Lortat-Jacob**, **Louste**, Médecins de l'Hôpital Saint-Louis; **Lian**, **Dadre**, **Tixier**, **De Jong**, **Sezary**, **Touraine**, Médecins des Hôpitaux, etc.

Le cours complet de Dermatologie commencera le 9 avril 1923.

Le cours complet de Vénérologie commencera le 23 mai 1923.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis et à l'Amphithéâtre de la Clinique (Salle Henri IV), 40, rue Bichat (10<sup>e</sup>), Paris.

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie etc.) de Physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra violets, finsentherapie, radium), de Thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc...

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Les cours auront lieu tous les après midi de 1 h. 30 à 4 heures et les matinées seront réservées aux Polycliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat sera attribué aux assistants à la fin des cours.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine (guichet 3).

---

# Société des Sciences Médicales de Tunis

ANNÉE 1922-23

*Président d'honneur :*

M. DOLIVAUX, Directeur Général de l'Enseignement Public en Tunisie

*Président :* D<sup>r</sup> SPEZZAFUMO

D <sup>r</sup> CASSUTO, <i>vice-président.</i>	}	D <sup>r</sup> E. LUMBROSO, <i>bibliothécaire.</i>
D <sup>r</sup> GÉRARD, <i>secrétaire général.</i>		D <sup>r</sup> CORTESI, <i>conseiller.</i>
D <sup>r</sup> SALVO, <i>trésorier.</i>		D <sup>r</sup> HAYAT, <i>conseiller.</i>
D <sup>r</sup> BENMUSSA, <i>secrétaire adjoint.</i>		D <sup>r</sup> MINGUET, <i>conseiller militaire.</i>

## Liste des Sociétaires inscrits au 15 Mars 1923

### A. — MEMBRES TITULAIRES

MM. les Docteurs :

ADAMO,	31, Boulevard Bab Menara,	TUNIS.
BARDOU,	26, rue d'Italie,	»
BENDON,	Médecin Major,	SALAMMBO.
FENMUSSA,	48, avenue de Londres,	TUNIS.
BONAN,	7, passage Bessis,	»
BOUHAGEB,	27, Boulevard Bab Menara,	»
BOULAKIA,	Place Garibaldi,	»
BOUQUET,	38, rue de Patras,	»
BRIGNONE,	3 bis, rue Al Djazira,	»
BROC,	12, rue des Belges,	»
BRUN,	Hôpital Sadiki,	»
BRUN (M <sup>me</sup> ),	4, rue de Moscou,	»
BURNET,	Sous-Directeur de l'Institut Pasteur,	»
BUSACCA,	22, rue des Tanneurs,	»
CAILLON,	3, rue Bab El Khadra,	»
CALAMIDA,	61, avenue Jules Ferry,	»
GALO,	1, rue Hannon,	»
CARDOSO,	8, rue des Mallais,	»
CASSAR,	35, rue Es-Sadikia,	»
CASSUTO,	68, rue de Naples,	»
CATTAN,	1, rue d'Angleterre,	»
CHATENIER,	171, rue Bab Souika,	»

CHEMLA,	51, avenue de Paris,	TUNIS.
COHEN-HADRIA,	rue de Vesoul,	»
COMTE,	Impasse El Assabi,	»
CONSEIL,	4, rue Sidi el Bahloul,	»
CORTESI,	26, avenue Bab Djedid,	»
COSTANTINO,	37, rue des Maltais,	»
CUENOD,	1, rue Zarkoun,	»
DAIREAUX,	Méd.-Major, Hôpital du Belvédère,	»
DEBBASCH,	35, rue de Naples,	»
DELEUIL,	16, rue de Russie,	»
DIACONO,	57, rue de Naples,	»
DINGUIZLI,	1, rue El Mahrezi,	»
DISEGNI,	40, rue de Serbie,	»
DOMELA,	70, avenue Jules Ferry,	»
DURAND,	38, rue de Patras,	»
FICHMULLER,	21, rue d'Italie,	»
ENRIQUEZ,	18, rue de Constantine,	»
ERRERA GIOVANNI,	rue Al Djazira,	»
ERRERA GIUSEPPE,		LA GOULETTE.
FARRUGIA,	32, rue d'Italie,	TUNIS.
FÉRÉ,		HAMMAM-LIE.
FERRINI,	rue Saint-Charles,	TUNIS.
FUNARO,	165, avenue de Paris,	»
GAROFALO,	17, rue Al-Djazira,	»
GÉRARD,	24, avenue de France,	»
GNECCO,	23, rue de la Commission,	»
GOBERT,	Directeur de l'Hygiène publique,	»
GOLDZEIGUËR,	9, rue d'Angleterre,	»
GUARNIERI,	rue Al-Djazira,	»
GUINET,	8, rue Amilcar,	»
HALFON A.,	6, rue Bab Carthajna,	»
HAYAT,	39, rue de Metz,	»
HENRY,	2, rue de Tripoli,	»
HOUDART,	35, rue Es-Sadikia,	»
JAMIN,	6, Passage de Paris,	»
JAUBERT DE BEAUJEU	14, Passage des Entrepreneurs,	»
LALLOUM,	2, rue Bab Carthajna,	»
LANÇON,	34, rue du Riche,	»
LAURENT,	2, rue d'Italie,	»

LEGRAND,	<i>Directeur de l'Hôpital Civil,</i>	TUNIS.
LEHUCHER,	29, <i>avenue de Paris,</i>	»
LELLOUCHE,	<i>rue de Carthage,</i>	LA GOULETTE.
LEJONNE,	<i>Direct. du Service de Santé Milit.</i>	TUNIS.
LEMANSKI,	34, <i>rue de la Commission,</i>	»
LESBRE,	<i>Lab. de Bactériologie Militaire,</i>	»
LEVI BENJAMIN,	13, <i>rue de Hollande,</i>	»
LEVY EMILE,	14, <i>rue Saint Charles,</i>	»
LEVI GUGLIELMO,	43, <i>rue des Glacières,</i>	»
LEVI GUIDO,	<i>rue des Glacières,</i>	»
LUMBROSO EDOUARD,	11, <i>rue d'Italie,</i>	»
LOVY,		HAMMAM-LIF.
MACCOTTA,	7, <i>rue Es-Sadikia,</i>	TUNIS.
MARA,	7, <i>rue de Sparte,</i>	»
MASSELOT,	2, <i>rue de Bordeaux,</i>	»
MARZOUK,	65, <i>avenue Jules Ferry,</i>	»
MINGUET,	<i>Méd.-Major Hôpital Militaire,</i>	»
MOLCO,	4, <i>rue de l'Eglise,</i>	»
MONTEFIORE,	5, <i>rue Amilcar,</i>	»
MORPURGO,	13, <i>rue de Danemark,</i>	»
MOSCHIANO,	73, <i>rue des Teinturiers,</i>	»
MOUTET,	<i>Médec. Chef, Hôpital Militaire,</i>	»
MULOT,	<i>Méd. adj. Direct. Serv. Sté Milit.,</i>	»
NAAMÉ,	12, <i>rue Es-Sadikia,</i>	»
NALLI,	56, <i>rue Al-Djazira,</i>	»
NICOLAS,	105, <i>rue de Portugal,</i>	»
NICOLLE,	<i>Directeur de l'Instiut Pasteur,</i>	»
NUNEZ,	37, <i>rue de Naples,</i>	»
ORTONA,	15, <i>rue Es-Sadikia,</i>	»
PATRICOT,	5 bis, <i>rue d'Italie,</i>	»
PIRAINO,	1, <i>rue d'Espagne,</i>	»
PLANCKE,	11, <i>rue de Belgique,</i>	»
RAMERY,	<i>Méd. Major, Hôpital Militaire,</i>	»
ROGALSKI,	9, <i>rue d'Angleterre,</i>	»
SALMIERI,	3, <i>rue d'Athènes,</i>	»
SALVO,	36, <i>avenue Bab Djedid,</i>	»
SANTILLANA,	1, <i>rue d'Oran,</i>	»
SCIALOM,	1, <i>rue des Tanneurs,</i>	»
SETBON H.,	64, <i>rue de Naples,</i>	»

SFEZ,	12, rue Al-Djazira,	TUNIS.
SOLAL,	7, rue d'Alger,	»
SMADJA,	4, place de la gare,	»
SORIA,	69, rue de Naples,	»
SPEZZAFUMO,	4, rue d'Italie,	»
TABONE,	15, rue Pierre Curie,	»
TRIOLO,		LA MARSA.
UZAN MAURICE,	11, avenue de Paris,	TUNIS.
UZAN MICHEL,	2, rue d'Alger,	»
VALENSI,	6, rue d'Oran,	»
VALLETTA,	11, rue d'Espagne,	»
VARESE,	8, rue des Maltais,	»
ZAMMIT,	9, rue Amilcar,	»

MM. les Pharmaciens :

BLOCH,	24, avenue de France,	TUNIS.
CAMBE,	8, rue d'Angleterre,	»
CASANOVA,	avenue de Londres,	»
CHABERT FERNAND,	rue de Strasbourg,	»
DARMON,	Place de la Bourse,	»
DI VITTORIO,	7, avenue de France,	»
DURAND,	8, rue d'Angleterre,	»
GANDOLFO,	rue Al-Djazira,	»
JARMON,	4, place de la Gare,	»
LUCIANI,	3, avenue de Carthage,	»
LUMBROSO,	44, avenue de Londres,	»
MENVIELLE,	3, avenue de Paris,	»
NEAYMEH,	98, rue Bab-Souika,	»
M <sup>me</sup> SINIGAGLIA-GALLICO,	12, rue d'Italie,	»
STRETTA,	66, avenue de Paris,	»

B. — MEMBRES CORRESPONDANTS

MM. les Docteurs :

ABOULKER,	LA BOURBOULE.	BUCKWELL.	SFAX.
ADDA,	VITTEL.	BUVAT,	VICHY.
AMADO,	PARIS.	CARAPEZZA (M <sup>me</sup> ),	BEJA.
ARROUX,	NABEÛL.	CECCALDI,	SFAX.
BELFORT,	TEBOÛRSOUK.	CHÅURAND,	KAIROUAN.
BUBENDORF,	MOKNINE.	CHÅUVIN,	BIZERTE.



CHIOSELLI,	REDEYEF.	LENOIR,	TEBOURSOUK,
CHIRPAZ-CERBAT,	ZAGHOUAN.	LÉTANG,	SFAX.
CONSTANT,	VITTEL.	MARA,	MATEUR.
CORONE,	VICHY.	MEIGNAN,	SFAX.
COTAR,	VICHY.	MEZGUICHE,	SOUK-AHRAS.
CROIDIEU,	LA MANOUBA.	MONTLOUP,	CAMP SERVIÈRE.
DECOUR,	MEDENINE.	MOREAU,	SOUSSE.
DIENOT,	SOUSSE.	NORMAND,	LE KEF.
DOLCEMASCOLO,	KALAAAT-SENAM.	PERRIN-GEORGES,	ROYAT.
DUTHU,	GAFSA.	POIRSON,	MEDJEZ EL BAB.
EYRAUD-JOLY,	EVIAN.	PRANZO,	KALAA DJERDA.
ERRERA A.,	BIZERTE.	PROVOTELLE,	MATEUR.
ESCHBACH,	KEBILI.	RENARD,	METLAOUL.
GALEA FRANCESCO,	SFAX.	RIBEROLLES,	CHATEL-GUYON.
GARCIN,	MONT-DORE.	SAKKA,	SOUSSE.
GNECCO,	KALAAAT-SENAM.	SETBON,	SOUSSE.
GODARD,	LE KEF.	SICART,	MENZEL TEMIME.
GOERÉ,	SIDI-ABDALLAH.	SURIN,	BIZERTE.
GRAULLE,	SOUSSE.	THIERRY-DETAILLE,	BIZERTE.
GUICHARD,	SIDI-ABDALLAH.	TLATLI,	GHARDIMAOU.
HALFON C.,	SOUSSE.	VITALE,	SFAX.
JUNÈS,	SFAX.	VULLO,	BEJA.
KROUCH,	SOUK EL KHEMIS.	WIEHN,	GAFOUR.
LARCHÉ,	SFAX.	YOUNÈS,	SOUSSE.
LEFAUCHEUR,	BEJA.	ZUMMO,	SOUSSE.
LEGRAND,	DJERISSA.		

MM. les Pharmaciens :

BOUQUET-BRYON,	BEJA.	MEDINGER,	BIZERTE.
DIACONO,	SOUSSE.	SAINT SERNIN,	SIDI-ABDALLAH.
ESCANO,	MATEUR.	TAVOLA,	SOUSSE.

C. — MEMBRES ASSOCIÉS

MM.

APPIETTO,	Interne à l'Hôpital Civil Français,	TUNIS.
BIECHELER,	Interne à l'Hôpital Sadiki,	»
LAURIOL,	Interne à l'Hôpital Sadiki,	»
DELAMARRE,	Interne à l'Hôpital Civil Français,	»
MONNERY,	Interne à l'Hôpital Civil Français,	»
VINCENT,	Interne à l'Hôpital Civil Français,	»

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

AVRIL 1923

---

---

REVUE GÉNÉRALE

## LE TUBAGE DUODENAL

par le Dr **Maurice UZAN**

---

Tentée il y a déjà un quart de siècle par Hemmeter puis par Kuhne, cette méthode d'exploration n'est entrée dans la pratique médicale qu'avec Max Einhorn. Elle mérite d'être connue car sa technique est aisée et ses applications sont nombreuses tant au point de vue diagnostique que thérapeutique.

*L'instrumentation.* — Nous prendrons comme type de description l'instrumentation d'Einhorn. Celle-ci se compose essentiellement d'un tube auquel on adapte, d'une part, une olive spéciale et d'autre part, un appareil aspirateur.

*L'olive.* — C'est une olive métallique, creuse, pouvant se dévisser par son milieu en deux moitiés distinctes pour en permettre le nettoyage. Elle a 14 millimètres environ de long et 6 à 7 millimètres de diamètre et est percée d'un orifice à chaque extrémité et de 6 trous latéraux. On l'attache au tube d'Einhorn au moyen de quelques tours de fil.

*Le tube.* — C'est un tube fin de 4 millimètres de diamètre et de un mètre de long en caoutchouc souple mais à parois cependant assez résistantes. Il porte trois repères situés respectivement à 45 cm., 56 cm. et 70 cm. de l'olive.

*L'appareil aspirateur.* — Il se compose d'un robinet métallique à deux voies et d'une seringue de 10 à 20 centimètres cubes en verre.

On a utilisé d'autres modèles d'appareil : Les uns se dispensent de l'olive (Ramond), d'autres remplacent l'olive métallique par une olive en caoutchouc dur moins traumatisant mais non visible à la radioscopie (Ryle) ou par du verre épais (Carnot); l'appareil aspirateur peut être constitué par un flacon à deux tubulures adapté, d'une part, à la seringue et d'autre part, au tube d'Einhorn; on a réalisé encore des tubes un peu moins souples mais complètement opaques aux rayons X; enfin, Einhorn

utilise parfois un introducteur à tige flexible le plus souvent d'un emploi peu utile.

*Préparation du malade.* — Le plus souvent le malade devra être examiné complètement à jeun. Cependant dans le cas où l'on veut faire une étude particulièrement complète des ferments pancréatiques, on aura recours à un repas d'épreuve préalable composé d'une tasse de thé sucré (Einhorn); de bouillon ou de lait sucré (Damade).

Si le malade est un spasmodique, on lui administrera un milligramme d'atropine. Enfin, si le sujet est particulièrement pusillanime et ses réflexes pharyngés par trop vifs, on se trouvera bien d'un badigeonnage pharyngé au moyen d'une solution de cocaïne au centième. En général, ces deux pratiques ne sont que très rarement indiquées.

*Technique de l'introduction du tube.* — Dans la majorité des cas, l'olive étant lubrifiée avec un peu de lait ou d'eau chaude ou mieux encore avec de la glycérine, on se contentera de prier le patient de l'avaler comme un pilule et de continuer ensuite à déglutir le tube comme un « macaroni ». L'introduction se fera ainsi très simplement.

On se trouvera quelquefois bien du « *modus faciendi* » décrit par Jubé: Le malade est assis, le médecin se place derrière lui, et à sa gauche lui encercle la tête de son bras et maintient celle-ci appliquée contre sa poitrine, légèrement fléchie, s'opposant ainsi au recul du malade pendant la déglutition de l'olive. On prie le malade d'avaler l'olive en respirant profondément par le nez et on aide à la progression en enfonçant légèrement le tube.

Nous préférons, pour notre part, au cas où le malade ne peut arriver à déglutir spontanément son tube, recourir à la manœuvre suivante. Le médecin se place devant le malade qui sera assis, la tête légèrement inclinée en arrière. Il lui fera ouvrir la bouche, lui abaissera la langue avec une cuiller ou un abaisse-langue, et placera directement l'olive dans l'arrière-gorge, mais un peu à gauche de la ligne médiane. Il priera le malade de déglutir en respirant profondément et à chaque mouvement inspiratoire, il poussera un peu le tube qui pourra ainsi progresser aisément.

Lorsque le premier repère sera à la hauteur de l'arcade dentaire, l'olive aura atteint le cardia. On attendra encore que le deuxième repère soit au niveau des dents, l'olive sera à ce moment dans la région pylorique. Il est bon de s'assurer alors qu'on ait dans l'estomac, en aspirant, une seringue de liquide gastrique lorsque cela sera possible.

Faire coucher ensuite sur le côté droit et attendre que la progression

spontanée du tube amène le troisième repère à l'arcade dentaire. Il faut en général 20 à 60 minutes pour cela, quelquefois plus.

Deux cas peuvent alors se présenter :

1° *Il s'écoule spontanément du tube un liquide épais visqueux, alcalin, plus ou moins biliaire.* — Le tubage du odéal se trouve évidemment ré-  
lisé. On peut vérifier de plus, mais cela est superflu, la position de l'olive  
par les rayons X.

2° *Il ne s'écoule rien spontanément.* — On aspirera alors avec la seringue et l'on se trouvera dans l'une des alternatives suivantes :

a) il vient du liquide duodénal ayant les caractères ci-dessus énoncés. De plus, une seringue d'eau injectée ne peut être réaspirée au bout d'une heure et c'est de la bile qui vient à la place. On est bien dans le duodénum, ce que l'on peut d'ailleurs contrôler radiologiquement;

b) il vient de l'air ou du liquide gastrique. L'olive n'a donc point traversé le pylore. Cela peut être dû à des causes diverses :

a) il s'agit d'un spasme du pylore. C'est le cas le plus fréquent et il faut y penser en premier lieu. Administrer un milligramme d'atropine et remettre le malade dans le décubitus latéral droit;

b) il s'agit d'une « dislocation pylorique » (F. Ramond). Il y a ptose gastrique mais, alors que le bas-fond gastrique atone s'est abaissé, le duodénum est resté en place. La sonde ne peut plus franchir le pylore, dans le décubitus latéral droit. Elle le fera si on relève le bas-fond gastrique. Cette ascension de l'estomac pourra être obtenue de diverses manières : soit en soutenant son pôle inférieur par une sangle, ou mieux en soulevant fortement le siège du malade par quelques coussins, ou enfin en mettant le malade en position génu-pectorale inclinée à droite. Le plus simple encore est de relever le siège du patient.

c) il s'agit d'une sténose pylorique. Si la sténose est très serrée, le tubage duodénal devient impossible. Dans les cas de sténoses moyennes, on peut arriver à faire passer l'olive, grâce au procédé dit « de la perle » de Einhorn. Une petite perle de verre est attachée au moyen d'un fil de quelques centimètres de long à la partie inférieure de l'olive. La perle pourra franchir aisément le pylore et entraînera à sa suite l'olive et le tube.

*Technique du détubage.* — Elle est extrêmement simple : Il suffit de tirer sur le tube doucement en ayant soin de tenir compte des deux faits suivants :

1° à la sortie du tube, quelques gouttes de liquide biliaire peuvent gêner le goût du malade par leur amertume. Il suffira, pour éviter cela,

d'injecter, avant le détubage, une ou deux seringues d'eau bouillie tiède;  
2° le passage du pharynx est particulièrement pénible pour le malade. Il faut donc, lorsque l'olive atteint la région pharyngée, tirer rapidement le tube en le pinçant entre les doigts.

×

### Applications du tubage duodéal à la clinique

#### Le liquide duodéal à l'état normal et à l'état pathologique

1. *Examen physique.* — a) *Quantité et rythme du débit.* — Le liquide duodéal peut s'écouler spontanément de la sonde, mais l'aspiration est, comme nous l'avons déjà dit souvent, nécessaire. L'absence d'écoulement spontané ne signifie pas forcément débit réduit car la viscosité du liquide joue certainement, croyons-nous, un rôle prépondérant à ce point de vue. On ne peut retirer de grosses quantités de liquide au même moment, le débit étant réglé par un certain rythme. Quand le liquide duodéal s'écoule spontanément de la sonde, on observe que pendant les trois premières minutes, il sort environ une goutte par seconde, puis le rythme s'accélère pendant quelques minutes, atteint deux, puis trois gouttes par seconde, puis il se ralentit à nouveau pour recommencer le même cycle. Quelquefois même on peut constater des arrêts brusques de l'écoulement (Sante Pisani). Lorsque l'extraction par aspiration est nécessaire, il faut avoir recours à l'extraction tractionnée, par exemple de 1/4 en 1/4 d'heure. Chez l'individu normal, le débit est de 40 à 70 cme. à l'heure environ (Sante Pisani). Cette excrétion est diminuée en cas d'obstruction biliaire ou d'hypocholie; elle est au contraire augmentée en cas d'hypocholie ou sous l'action de certaines médications (épreuve de Meltzer, Lyon; épreuve de Stepp, etc. v. plus loin).

b) *Aspect et couleur.* — Le suc duodéal pur, à l'état normal est un liquide limpide, de coloration jaune plus ou moins dorée, pouvant varier du jaune paille au jaune foncé. Mais si il s'y mêle une quantité infime de suc gastrique, il se trouble rapidement. A l'état pathologique, aspect et couleur subissent de grosses variations. C'est ainsi qu'il peut prendre l'aspect d'une boue plus ou moins foncée lorsqu'il s'y trouve du sang au cours des ulcus et surtout des cancers duodénaux ou juxta-duodénaux (voies biliaires, ampoule de Vater). L'aspect « purée de pois » avec coloration verte du liquide et présence de flocons de mucine caractérise les inflammations du foie et des voies biliaires (hépatites, angiocholites, cholecystites). On peut enfin noter la présence, en suspension dans le liquide de cristaux de cholestérine, de calculs à facettes et surtout de minuscules

les grains noirs constituant de véritables « calculins » (Chairay et Paul Blum).

c) *Densité et viscosité.* — Chez l'individu normal, la densité du liquide duodénal varie entre 1,007 et 1,010. A l'état pathologique, elle subit des variations parallèles à la teneur en bile.

La viscosité normale est de 1,15 environ (Sante Pisani).

II. — *Examens chimiques.* — a) *Réaction.* — Le liquide duodénal a une réaction alcaline en présence d'héliantine. C'est le seul réactif qu'il sied d'employer, car avec la phénolphthaleine on trouve au contraire une réaction acide. L'alcalinité à l'héliantine du liquide duodénal est fort variable suivant le moment considéré. Friedenwald et Sindler ont étudié la réaction du liquide duodénal au moyen de prélèvements fractionnés de  $\frac{1}{2}$  heure en  $\frac{1}{2}$  heure chez dix individus normaux et ont constaté que l'alcalinité baisse immédiatement après un repas de bouillon de bœuf et monte ensuite graduellement. Einhorn examinant le contenu duodénal par prélèvements fractionnés dans 40 cas d'ulcus peptiques, trouve dans près de la moitié des cas, une tendance à la réaction acide et pense pouvoir en tirer une indication diagnostique.

b) *Recherche des pigments biliaires et leur dosage.* — Un examen colorimétrique suffit généralement : comparaison à des teintes étalons ou mieux encore mesure de la teneur en pigment par la méthode de Fouehet. Fait intéressant à noter, Carnot et Libert ont pu constater qu'au cours de certains ictères par rétention, le tubage ramenait une proportion assez grande de bile alors que les matières étaient complètement décolorées.

c) *Recherche du sang.* — La présence de sang peut être décelée déjà par la coloration du liquide. On complètera l'examen par la recherche chimique de l'hémoglobine. La réaction de Weber est trop sensible : elle peut induire en erreur, elle décèle en effet les quantités les plus infimes de sang dont la présence s'explique parfois seulement par le traumatisme léger produit par la sonde. Nous employons avec satisfaction la réaction au pyramidon de Thevenon Rolland. Avec ces réserves, la présence du sang offre un gros intérêt diagnostique. Elle révèle en effet l'existence soit d'une ulcération duodénale, soit d'un cancer duodénal, biliaire ou de l'ampoule de Vater; cependant de petites quantités de sang peuvent être retrouvées au cours de duodénites et d'infections des voies biliaires.

d) *Recherche et dosage des ferments digestifs.* — Le liquide duodénal n'est autre qu'un mélange de suc pancréatique, de bile et de suc intestinal et dans lequel on peut, par suite, doser les ferments de chacun de ces éléments.

1<sup>o</sup> *Amylase*. — Les méthodes d'analyse et de dosage reposent sur l'un des deux faits suivants : a) si dans un tube capillaire on coule de la gélose additionnée d'amidon et de teinture d'iode, on a une coloration bleue. Si ce tube est alors plongé dans le liquide duodénal à une température constante à 37° pendant 24 heures, l'amylase du liquide transformera l'amidon, et sur une partie du tube au moins, la coloration bleue disparaîtra. C'est cette proportion d'amidon transformée qui caractérisera la valeur amylolytique du suc examiné (méthode d'Einhorn).

b) La seconde méthode employée avec plusieurs variantes par Carnot et Mauban, R. Gaultier, Damade, etc., consiste à faire agir le liquide duodénal sur un empois d'amidon et à doser ensuite au moyen d'une liqueur cupropotassique (liqueur de Fehling, liqueur de Bonnans, etc.) la quantité de glucose produite.

Voici comment nous procédons : Nous préparons, d'une part, un empois, suivant la formule suivante (inspirée des recherches de G. Durand sur l'amylase fécale) :

Amidon soluble : 1 gramme  
Na Cl : 0 gr. 60  
HCl n/10 : 0 gr. 60  
Eaux distillée : 100 centimètres cubes.

Dix centimètres cubes de cette solution sont alors mis en présence de un centimètre cube de suc duodénal pendant une heure à 37 degrés. On arrêtera la digestion au moyen d'une ou deux gouttes de lessive de soude concentrée. La valeur amylolytique du liquide étudié sera mesurée par le nombre de milligrammes de glycose trouvés au cours de cette épreuve au ocyen de la liqueur de Fehling. Elle varie beaucoup au cours d'une même journée. Les chiffres trouvés en moyenne oscillent entre 20 et 30

2<sup>o</sup> *Trypsine*. — Son dosage est plus délicat. La méthode la plus simple est encore celle décrite par Carnot et Mauban. On coule dans des plaques de Pétri, de la gélatine à 5 % colorée par la fuchsine. Partant d'une goutte du liquide à examiner, on dépose alors successivement sur la plaque une série de gouttes de dilutions croissantes. On laisse la plaque pendant 24 heures à la température ordinaire puis on lave sous un faible courant d'eau. Une série de trous circulaires, très visibles sur la coloration du fond, permet de dire jusqu'à quelle dilution s'est poursuivie la digestion tryptique.

3<sup>o</sup> *Lipase*. — Nous employons encore ici une méthode semblable due à Carnot et à Mauban. Dans les plaques de Pétri on coule un mélange de graisse (beurre) et de gelée de gelose à 2 % dans la proportion de 1/20.

On dépose comme précédemment des gouttes de liquide duodénal de dilution croissante sur la plaque de Pétri qu'on laisse 24 heures à la température ordinaire. La saponification étant alors effectuée, on révèle les savons ainsi produits au moyen d'une solution de  $\text{SO}_4\text{Cu}$  à 5 % répandue sur la plaque préalablement lavée sous un faible courant d'eau; les savons se trouvent alors colorés en bleu. Il suffit alors de noter avec quelle dilution extrême s'est produite une tâche bleue nettement visible.

4 *Autres ferments.* — Nous avons parfois dosé l'invertine intestinale au moyen d'une solution de saccharose en étudiant la quantité de glucose produite grâce à la liqueur de Fehling. Einhorn a montré l'existence d'un lab ferment duodénal qu'il a dosé. Pratiquement, on se contente de rechercher les principaux ferments : amylase, trypsine, lipase.

Cette recherche rend de réels services pour le diagnostic. Elle permet de caractériser l'insuffisance pancréatique qui peut être globale (cancer du pancréas, pancréatites, diabète maigre, etc.) ou partielle (pancréatites chroniques, d'après Einhorn) le degré de perméabilité du canal de Wirsung facilitant ainsi le diagnostic du cancer des voies biliaires (Carnot et Libert, Rathéry et Cambessedès, Damade).

e) *Epreuves d'élimination.* — On sait que la bile peut être parfois une voie d'excrétion pour une foule de substances. Quelques auteurs ont tenté d'utiliser les variations dans l'élimination par la bile de certains colorants en vue de découvrir l'insuffisance hépatique. Hatzieganu a ainsi étudié l'élimination biliaire d'indigo carmin introduit par voie hypodermique.

D'autres auteurs ont plus simplement recherché comment se faisait l'excrétion de certains médicaments par la voie biliaire et cela a pu leur être utile aussi bien au point de vue du diagnostic. C'est ainsi que dans un cas de Carnot et Libert, un ictère chez un syphilitique fut reconnu comme n'étant pas de cause spécifique mais de cause thérapeutique grâce à la découverte dans le liquide duodénal d'une proportion très élevée d'arsenic.

III. — *Examens microscopiques.* — a) *Cytologie du culot de centrifugation.* — Dans le liquide duodénal normal, on ne découvre ni leucocytes, ni hématies, ni cylindres, ni cristaux nombreux. On ne trouve que « quelques cellules épithéliales pavimenteuses ou cylindriques non pigmentées un peu de mucine disposée en cylindroïdes, corpuscules mucineux, sacchoromyces et *Bacterium coli* » (Hatzieganu). Pour Tvilstegaard même, on ne trouve jamais aucun bacille. A l'état pathologique, la cytologie est autrement riche. La présence de leucocytes en abondance (dépôt



leucocytaire) associés à des cylindres biliaires homogènes et grosses cellules chargées de graisse, des cellules cylindriques chargées de pigments, indique une lésion inflammatoire des voies biliaires (cholécystites, angiocholites). D'après Irène Rothman, Manheim, alors que dans les angiocholites pures, le liquide retiré directement contient beaucoup de leucocytes, dans les cholécystites, ce n'est que dans la bile foncée succédant à une injection de peptone par la sonde que se trouvent les leucocytes en abondance. Dans l'ictère hémoptique, Bondi a noté l'existence de nombreux cylindres biliaires. Dans l'ictère grave, certains auteurs auraient constaté la présence de cellules polygonales ayant les caractères de cellules hépatiques (Irène Rothman).

La présence des hématies est fréquente dans l'ulcère, le cancer et quelquefois dans certaines inflammations des voies biliaires. Les cellules néoplasiques sont à l'heure actuelle, difficiles à caractériser les ferments venant exercer une action destructive sur elles (Rothman).

Dans la lithiase biliaire outre les cellules et les hématies assez fréquentes, on trouverait parfois re nombreux cristaux cholesteriniques (V. Lyon).

b) *Recherche directe des parasites et microbes.* — Elle se fait sur des préparations colorées en partant du culot de centrifugation. Carnot et Libert ont pu déceler ainsi la présence de bacilles de Koch, Damade, de Camblias, uatziganu, de crochets dans des cas de kystes hydatiques du foie communiquant avec les voies biliaires, Tvilstegaard, des colibacilles, etc.).

c) *Bilicultures.* — *Inoculations.* — Carnot et Weill-Hallé avaient déjà montré, en 1914, l'importance de la « biliculture » dans le diagnostic des infections typhoïdes. Ils ont pu retrouver par culture de la bile sur des plaques de gelose tournesolée, le bacille d'Ebert jusqu'au 20<sup>e</sup> jour de la maladie et même après. Dans un cas d'angrocholecystite, ils l'ont même décelé plusieurs années après l'infection initiale. Cette méthode de la biliculture est donc applicable non seulement dans les maladies du foie mais encore dans les infections générales.

Le bacille de Koch lui-même a pu être décelé dans la bile chez des sujets non suspects de déglutir leurs bacilles, soit directement, soit par inoculation au cobaye (Carnot et Libert).

— IV. — *L'épreuve de Meltzer-Lyon.* — Cette épreuve née récemment a déjà fait couler beaucoup d'encre. Elle mérite qu'on s'y arrête un moment. Elle découle de la constatation faite par le savant physiologiste du Rockefeller-Institute, S.J. Meltzer, qui en 1917 avait observé qu'une application locale d'une solution de sulfate de magnésie sur la muqueuse duo-

dénale détermine un relâchement local du sphincter d'Oddi, effet qui ne se produit pas quand la solution est prise par la bouche. Meltzer suggéra alors l'introduction de cette solution dans le duodénum comme épreuve de diagnostic dans les cas de jaunisse ou de coliques hépatiques.

S'inspirant de ces recherches, Vincent Lyon, en 1919, appliqua cette épreuve à la clinique. Au moyen du tube duodénal il injecta 25 cmc d'une solution de sulfate de magnésie à 30 % et remarqua que, à la suite de cette épreuve, il obtenait d'abord une bile jaune pâle qu'il désigna par la lettre A, puis une bile B plus foncée et plus visqueuse, et enfin, une troisième bile C, claire, jaune, de faible densité. Il étudia ce phénomène sur 309 sujets au moyen de 2.240 tubages et conclut que les biles A,B,C correspondaient respectivement à la bile des canaux biliaires, celle de la vésicule et enfin celle qui venait directement du foie. Il essaya de fonder cette conclusion sur cinq raisons dont les principales sont que la consistance et la viscosité de la bile B indiquent une concentration plus élevée dû au séjour dans la vésicule et que les sujets cholécystectomisés ne présentent pas ce phénomène.

La plupart des auteurs qui reprirent cette question depuis reconnurent que, en effet, il était exact que, au cours de l'épreuve de Meltzer-Lyon, on retrouvait la triple variation de caractère de la bile retirée. Mais un grand nombre contestèrent les conclusions de Lyon quant à la bile B.

Dunn et Connel étudiant un malade atteint de fistule duodénale et privé de vésicule, reproduisirent quand même le phénomène : de plus, la sonde introduite dans le jejunum à 32 cm. du duodénum provoquait toujours successivement l'excrétion des trois biles A B C.

Crohn, Reiss et Radin portèrent leurs investigations sur 70 cas : ils retrouvent la réaction de Meltzer-Lyon positive dans 65 % des cas, 62 % de ces derniers avaient des lésions vésiculaires et dans les 38 % autres, les biliaires étaient normales. Dans un cas même, le malade ayant été cholécystectomisé donnait toujours les trois biles A, B, C. Enfin, au cours de l'opération ils prélevèrent dans plusieurs cas de la bile vésiculaire directement et la trouvèrent plus foncée et plus visqueuse encore que la bile B.

Einhorn montre au cours de nombreuses expériences que la bile B ne vient pas de la vésicule mais directement du foie. En effet : 1° le changement de coloration apparaît immédiatement; 2° l'intensité de la coloration est proportionnelle à la concentration de la solution; 3° la répétition immédiate de l'expérience aboutit au même résultat; 4° le résultat est le même après cholécystectomie.

Bassler, Luckett et Lutz réfutent point par point l'argumentation de V. Lyon. Ils mettent en doute « la loi de Meltzer d'innervation contraire » du sphincter d'Oddi et du muscle vésiculaire l'un se relâchant quand l'autre se contracte. Chez six de leurs opérés, le tube étant introduit une heure et demie avant l'intervention, ils injectent 50 cent. cubes de la solution de  $\text{SO}_4 \text{ Mg}$ . Ils ne constatent aucune contraction vésiculaire et la bile qui est excrétée est tantôt fluide, tantôt très foncée. Ces auteurs pensent que si la bile B est plus foncée et plus visqueuse c'est que sa densité est augmentée par la solution de  $\text{SO}_4 \text{ Mg}$ . et par les débris provenant du duodénum et non de la vésicule. Les sujets cholécystectomisés présentent toujours le phénomène de Lyon. Enfin de nombreuses substances peuvent agir comme le sulfate de magnésie. Parmi ces autres substances, il sied de rappeler la peptone qui provoque un flux biliaire dans le duodénum. Stepp, Einhorn, Hatzieganu l'ont constaté à plusieurs reprises. Tvilstegard ne pense pas que cette peptone provoque des contractions vésiculaires, mais croit qu'elle excite la fonction biligénique du foie.

Quoi qu'il en soit, la bile B ne semble donc pas, pour la plupart des auteurs, être une bile d'origine vésiculaire. En France, Carnot et Libert pensent ainsi. Cependant, Gosset et Leewy ont publié, l'an dernier, deux observations qui seraient favorables à la conception de Vincent Lyon.

L'épreuve de Meltzer-Lyon est donc encore loin d'être au point. Elle permet cependant de se renseigner sur l'état de perméabilité du canal cholédoque et c'est là déjà un gros point qui suffit à la maintenir comme épreuve importante de diagnostic.



### Applications du tubage duodéal à la thérapeutique

Si le tubage duodéal se présente comme un élément précieux de diagnostic, il n'en est pas moins un moyen thérapeutique admirable dans les affections gastriques, intestinales, hépatiques et biliaires. Il permet d'instituer deux formes de médications : une médication topique et une médication nutritive.

1. — *Action topique.* — Elle se trouve réalisée par le lavage ou l'instillation.

a) *Lavage.* — Le lavage duodéal calqué sur le lavage de l'estomac pourra rendre des services dans les cholécystites ou les duodénites. On peut encore réaliser de grands lavages intestinaux dans les cas d'entérites ou de stase intestinale. On a utilisé le sulfate de magnésie à 5 % (1 litre injecté doucement) le savon médicinal au 1/1000 e. (Jutte, Aaron), l'oxy-

gène ( $\frac{1}{2}$  litre injecté doucement en 15 minutes, dans les entérites graves, Schmidt, Einhorn).

b) *Instillation.* — Dans l'ulcère duodénal, le nitrate d'argent à 1/20000 a donné quelques résultats, de même que les pansements au bismuth, au kaolin, à la gélose, à l'aristol, etc. L'argyrol au 1/200 c, entre les mains d'Einhorn a amélioré des cholécystites. Carnot et Blamontier eurent recours, dans un cas de dysenterie rebelle, à l'instillation de deux en deux jours d'une solution de novarsénobenzol.

II. — *Action nutritive.* — C'est l'action principale réalisée par l'alimentation duodénale.

a) *Indications.* — 1° Tous les gastropathies peuvent relever de l'alimentation duodénale : dyspepsies sévères, ulcus gastro-duodénaux, vomissements incoercibles, sauf toutefois les ulcus qui saignent, les sténoses pyloriques, les cas compliqués de périgastrites qui relèvent du chirurgien (Einhorn). Toutefois, chez les malades à sténose modérée et cachectiques, l'alimentation duodénale peut précéder l'intervention afin de donner plus de force au futur opéré. Dans les néoplasmes inopérables à sténose non serrée, cette méthode est un excellent palliatif.

2° Anorexie mentale, vomissements de cause névropathique (Carnot et Libert).

b) *Avantages de la méthode.* — 1° C'est une méthode facile à exécuter, facilement acceptée par le malade.

2° Elle peut éviter une intervention chirurgicale. Sur 400 cas d'ulcères gastro-duodénaux, Einhorn a obtenu 90 % de guérison.

3° Elle permet le repos absolu de la lésion, ce qui explique cette proportion de succès.

c) *Technique.* — La méthode consiste à laisser une sonde duodénale à demeure pendant plusieurs jours et à alimenter le malade par cette voie. L'appareillage employé diffère peu de celui qui sert à l'exploration duodénale. Toutefois étant donné la longueur du séjour de la sonde, il sied d'éviter de laisser si longtemps l'olive au contact du duodénum de peu d'ulcération possibles. Buckstein a ainsi modifié la sonde d'Einhorn : il remplace la pièce métallique terminale par un embout perforé en métal qu'il attache à l'extrémité du tube au moyen d'un catgut chromé dont le suc gastrique provoque ultérieurement la dissolution, amenant la libération de l'embout qui est expulsé alors avec les selles. La sonde est perforée de plusieurs trous pour en éviter l'occlusion. La sonde peut ainsi supporter de longs séjours jusqu'à six semaines.

La sonde étant placée, on adapte à son extrémité libre un appareil gout-

te à goutte au moment du repas. Entre temps, la sonde est fixée à l'oreille au moyen d'un cordonnet.

Le repas devra répondre aux conditions suivantes : il ne devra pas dépasser 200 cent. cubes, devra être liquide ou un peu pâteux, bien tamisé et sera instillé lentement. Il comprendra du lait, des jaunes d'œufs, du sucre, du jus de viande, des jus de fruits, des bouillies maltées, du sérum physiologique ou glycosé. Il sera renouvelé sept à huit fois par jour espacées de deux ou 2 h.  $\frac{1}{2}$ .

Après le repas, on lavera la sonde avec quelques centimètres cubes de sérum physiologique. En cas d'insuffisance de ferments digestifs on se rappellera les bienfaits de la médication « acide duodénale » prônée par Enriquez et Hallion et on injectera dans la sonde une dizaine de grammes de solution au 1/2000<sup>e</sup> d'H Cl officinal. Enfin, en cas de légères coliques postprandiales, possibles malgré le goutte à goutte, on instillera dix gouttes de teinure de belladone.

Si le traitement doit être prolongé longtemps, on détubera et retubera le patient de huit en huit jours ou même de quinze en quinze jours.

Le détubage est aussi aisé après ce séjour qu'après un tubage explorateur.

×

Méthode simple, inoffensive, utile au point de vue diagnostique aussi bien qu'au point de vue thérapeutique, le tubage duodénal mérite de prendre place dans la pratique médicale courante. Puisse cette revue trop courte et trop incomplète contribuer à atteindre ce but !

### Bibliographie

- On trouvera une bibliographie détaillée dans les 2 ouvrages suivants :  
Max Einhorn. The duodénal tube and its possibilities 1920.  
Damade. Le tubage duodénal *Gazette des hôpitaux*, 26 août 1922.  
On y ajoutera les références suivantes :
- 1<sup>o</sup> Buckstein. *The Journal of american medical association*, 30 août 1919, n<sup>o</sup> 9
  - 2<sup>o</sup> A. Bassler, Lockett et Lutz. *The american Journal of medical sciences*, 1921, n<sup>o</sup> 5 p. 674.
  - 3<sup>o</sup> Dunn and Connell. *Journal of American medical association*, 1921, p. 1003, n<sup>o</sup> 14.
  - 4<sup>o</sup> Mac Clure, Weymore and Reynolds. *Journal of am. méd. ass.*, 1921, p. 1468.
  - 5<sup>o</sup> Hatzieganu *Paris Médical*, 26 août 1922.
  - 6<sup>o</sup> Chiray et Blum, XVI<sup>e</sup> Congrès Français de Médecine, Paris 1922.
  - 7<sup>o</sup> Damade. XVI<sup>e</sup> Congrès Français de Médecine, Paris 1922.
  - 8<sup>o</sup> Jubé. *Journal de Médecine, de Paris*, 16 décembre 1922.

# SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

---

Séance du 9 Mars 1923

---

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

---

*Sont présents* : MM. les D<sup>rs</sup> Henry, Bouquet, Minguet, Rogalski, Lumbroso, Gérard, Nicolle, Benmoussa, Crtona, Cortesi, Biecheler, Ramery, Daireau, Brun, Jaubert de Beaujeu, Bonan, Disegni, Cassuto, Hayat, Soria, Smadja, Benjamin Lévy, Lalloem, Maurice Uzan, Masselot.

×

Le procès-verbal de la séance du 9 février est lu et adopté.

×

## COMMUNICATIONS DU BUREAU

### Centenaire de Pasteur

A l'unanimité des votants il a été décidé d'employer les fonds de la souscription Pasteur de la façon suivante :

Le produit de la souscription ne sera pas versé au budget de l'Institut, mais servira à la création d'une caisse indépendante : *le fonds Pasteur*. Celui-ci sera appelé plus tard à se développer. Il sera alimenté par des dons. Le fonctionnement en sera assuré par trois personnes : le président de la Société des Sciences Médicales, son secrétaire général et une tierce personne qui représentera les intérêts des souscripteurs. La Société demandera à M. Ponsot, Directeur général de l'intérieur, de bien vouloir être cette personne.

Le fonds Pasteur sera utilisé de la façon suivante : il servira à :

1<sup>o</sup> Améliorer la situation financière des trois chefs de laboratoire de l'Institut. Ce sont des docteurs en médecine qui se sont engagés à ne pas faire de clientèle. Les Pouvoirs publics leur allouent 16.000 fr. la première année, puis 20.000 fr. au bout de trois ans de service. L'augmentation est progressive par échelons de 1.333 fr. 33 par an. Le fonds Pasteur complètera le traitement jusqu'à concurrence de 20.000 fr. dès la première année.

L'Assemblée a jugé réparer ainsi en faible partie, une erreur de l'Administration qui rémunère si mal des personnalités dont le labeur désintéressé profite à l'humanité entière et plus particulièrement à la Tunisie.

Les hautes personnalités du directeur M. Charles Nicolle et du sous-directeur M. Burnet, sont en dehors de cette allocation supplémentaire.

2° Créer une bourse de 4.500 à 5 000 fr. par an, pour permettre à un étudiant en fin d'études ou docteur en médecine de Tunis, de n'importe quelle nationalité, d'aller suivre les cours de l'Institut Pasteur de Paris. Ces cours ont lieu pendant les quatre premiers mois de chaque année.

3° Acheter un buste en bronze de Pasteur qui sera inauguré à Tunis si-tôt reçu. Ce projet d'utilisation des fonds de la souscription a été soumis à M. le Résident général qui l'a approuvé.

M. Charles Nicolle remercie la Société au nom de ses collaborateurs.

×

Le Dr Spezzafumo, président, présente ses félicitations à M. le docteur Brun pour sa nomination au poste de Directeur de l'Hôpital Sadiki; et à M. le docteur Cassuto, qui vient d'être fait officier d'Académie.

La Société fait une ovation à MM. Brun et Cassuto.

×

M. BARBEAU, conservateur de la Bibliothèque du Souk-El-Attarine, désire acheter une partie de la bibliothèque du regretté docteur Braquehay; il demande à la Société de contribuer de moitié pour l'achat. Cette contribution s'élèverait à 400 francs.

Adopté à l'unanimité.

×

## PRÉSENTATIONS DE MALADES

### Un cas de chorée chronique héréditaire de l'adulte

chez un musulman

par les Drs BROU et BIECHELER

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société, est un indigène de Medjez-el-Bab, Ali El Mazouti, cultivateur, âgé de 42 ans, venu à la consultation de l'Hôpital Sadiki le 24 janvier, pour un tremblement survenu à l'âge de 25 ans, et demeuré permanent depuis cette époque.

Le malade nous raconte qu'il a souffert d'hémorroïdes à vingt-cinq ans, et que quelques mois après, sont apparus les mouvements incessants des mains, puis des bras, et enfin de tout le corps. Ces mouvements d'abord légers ont augmenté progressivement et finalement ont empêché le malade de se livrer à aucun travail. Comme vous le voyez, tous les muscles de la face, tronc, abdomen et membres, sont tous intéressés, et les mouvements présentent tous les caractères des mouvements choréïques. Ils sont exagérés par les émotions, mais *il est impossible au malade d'arrêter les mouvements sous l'influence de sa volonté*. Pendant qu'il dort : pas de mouvements.

Les réflexes rotuliens sont normaux, les crémastériens conservés, la marche irrégulière mais possible. Pas de Babinski, ni d'Argyol. Pas de troubles de la sensibilité, pas de troubles des sphincters. On ne constate pas de troubles mentaux, ni de stigmates physiques ou psychiques de dégénérescence.

Cœur normal. On constate uniquement de la dilatation stomacale, les mouvements de l'abdomen provoquant le bruit de clapotage.

Wassermann négatif.

Les antécédents personnels du malade sont peu intéressants, il a eu la rougeole et la variole étant jeune. Jamais de rhumatisme; mais ses antécédents héréditaires nous apprennent que son père mort à cinquante ans environ, s'est mis à trembler à l'âge de trente ans, et qu'il n'a pas cessé de trembler jusqu'à sa mort. Malheureusement, nous n'avons pas pu faire préciser au malade si son père a présenté ou non des troubles mentaux à la fin de sa vie. Le malade a un frère et deux sœurs plus âgés que lui et qui n'ont pas de tremblement. Mais sa dernière sœur plus âgée que lui, a eu du tremblement vers l'âge de 30 ans, tremblement qui a duré jusqu'à sa mort, survenue à 40 ans. Il connaît deux de ses tantes du côté paternel qui sont atteintes du même tremblement que lui, et il a un cousin du côté paternel atteint de la même affection.

L'âge à laquelle la chorée a débuté chez notre malade, sa persistance depuis le début, sans aucune rémission, même d'une très courte durée, et les antécédents que nous venons de rapporter, permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une *chorée héréditaire de l'adulte*. Comme il ne présente actuellement aucun trouble mental, il ne nous est pas possible de dire s'il s'agit d'une chorée de Huntigton; l'évolution seule de la maladie pourra permettre de compléter le diagnostic, les troubles mentaux dans la chorée de Huntigton, se produisant longtemps après le début des mouvements choréiques.

×

## Luxation traumatique de la hanche

chez un enfant

par H. BOUQUET

« Les luxations traumatiques sont trop peu fréquentes dans le jeune âge pour mériter une description », ainsi s'exprime Nové-Josserand dans le volume de chirurgie de la Pratique des Maladies des Enfants (1). Elles sont en effet assez rares, c'est ce qui nous a incité à rapporter l'observation du jeune S. René, âgé de 4 ans et demi, que nous avons eu l'occasion d'observer récemment. Cet enfant s'amusaît, le 22 octobre 1922, avec une bicyclette arrêtée au bord d'un trottoir, quand brusquement il est tombé

(1) *Pratique des Maladies des Enfants*, Chirurgie, p. 102.



avec la bicyclette. Personne ne l'avait vu tomber, on l'a ramassé et conduit à l'hôpital. Ce qui frappe à l'examen c'est la position du membre inférieur droit : il existe un très gros raccourcissement, le membre inférieur est en adduction et rotation interne très marquées.

L'impotence est complète, l'enfant n'a pas pu se relever et quand on essaie de mobiliser la cuisse, on arrache des cris et on provoque une vive douleur. Il n'y a rien ni au genou ni au pied, il n'y a pas non plus de signes de fracture de la diaphyse fémorale. Tout est localisé à la hanche. La fesse est globuleuse, la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin. A la palpation, le grand trochanter paraît plus profond, mais aussi plus haut, il est au-dessus de la ligne Nelaton-Roser.

L'abduction, l'extension, la rotation en dehors sont impossibles; les autres mouvements, adduction, flexion, rotation en dedans sont possibles. En faisant ces mouvements et en palpant la fosse iliaque externe, on constate qu'ils sont transmis au grand trochanter.

La radiographie confirme le diagnostic de luxation iliaque du fémur.

La réduction a été extrêmement facile : sous-anesthésie, l'enfant étant couché sur le dos, on fléchit la cuisse à angle droit, puis on fait une traction en avant, le bassin étant maintenu par un aide sur le plan de la table. On entend brusquement un gros craquement, la réduction est obtenue; le membre a recouvré sa longueur et sa position normale. L'enfant est immobilisé au lit avec un simple pansement ouaté pendant une quinzaine de jours. Il marche assez rapidement et quitte l'hôpital après vingt jours de séjour. Nous l'avons revu très récemment, il va bien et marche normalement.

Ce sont en général de gros traumatismes qui sont la cause des luxations de la hanche. Dans ce cas, étant donné l'âge du malade et l'absence de témoins, il est impossible de savoir quel a été le mécanisme producteur. La luxation traumatique est rare chez l'enfant; nous avons déjà rapporté l'opinion de Nové-Josserand, Broca, Kirmisson en signalant quelques cas. Hamilton en cite, sur un total de 84 luxations, 15, observées sur des enfants de moins de 15 ans (1).

Il y a trois ans, notre collègue Lehucher en a publié deux cas sur des enfants de 3 et 12 ans (2).

Dans l'observation de notre malade il s'agit d'une luxation iliaque, c'est-à-dire de la variété la plus commune. Le diagnostic est facile. Quant au traitement, nous avons dit combien avait été simple la réduction par la méthode classique.

Du reste, en dehors du jeune âge de notre malade, cette observation se rait sans intérêt.

---

(1) Cité par Hennequin et Loëvy, les luxations des grandes luxations, p. 269.

(2) *Tunis-Médical*, 1920, p. 486.

## Infection blennorragique à foyers multiples

par le Docteur JAMIN

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de blennorragie féminine que le nombre des muqueuses atteintes rend digne d'attention :

La jeune Chadlia bent Khemaïs ben Chalbi, âgée de 8 ans, entre à l'Hôpital Sadiki dans le service de M<sup>me</sup> Brun, sur la demande du docteur Cuénod, pour une conjonctivite blennorragique intense (f. n° 837-1921). C'est une enfant malingre et profondément infectée que M<sup>me</sup> Brun nous demande d'examiner en raison des lésions cutané-muqueuses qu'elle présente.

Nous trouvons en effet :

1° Une stomatite surtout gingivale sans caractères bien spéciaux, accompagnée d'érosions très superficielles des lèvres. Ces dernières sont cerclées par un épiderme largement décollé formant comme une collerette de Bielt gigantesque. Très petits ganglions sous-maxillaires indolents;

2° Une vulvite subaiguë à sécrétion plutôt muqueuse que purulente, avec intégrité des glandes de Bartholin, mais avec atteinte de l'urèthre. Sur la petite lèvre droite se trouve une érosion superficielle ressemblant tout à fait à une plaque muqueuse dont elle n'est pas cliniquement différenciable.

3° Une ulcération analogue se trouve dans les plis radiés de l'anus;

4° Des ulcérations cutanées frappant surtout la face interne des cuisses, mais se rencontrant de-ci de-là sur les deux membres inférieurs avec une localisation malléolaire externe droite. Elles simulent tout à fait l'ecthyma. Peut-être sont-elles plus creusantes et à bords moins à pic ? Adénopathie inguinale bilatérale extrêmement modérée.

En attendant la réponse de l'examen du sang, nous pratiquons de suite une localisation intraveineuse de Billon à 0 gr. 05.

Or la séro-réaction de Bordet nous revient négative. Un prélèvement fait à la surface des ulcérations cutanées et examiné par M<sup>me</sup> Brun décèle des gonocoques comme le pus de la conjonctivite. Nous-même pratiquons la recherche du microbe de Neisser sur les différentes ulcérations, y compris celle de la malléole, sur les lésions buccales, sur la lésion anale et sur toutes nous trouvons le gonocoque en grain de café agramien. Voici donc un cas de blennorragie de l'œil, de la bouche, de la vulve, de l'anus et de la peau. Nous n'avons pu avoir aucun renseignement sur l'origine de la contamination. L'enfant était vierge.

Or, il est chez l'homme, des cas de blennorragie d'origine imprévue.

## Endocardite au cours d'une mélitococcie

par le Dr BENMUSSA

Il s'agit d'une malade âgée de 18 ans; ses antécédents héréditaires sont nettement tuberculeux. Quoique le fait ne semble pas présenter de l'intérêt au sujet de l'observation qui nous occupe, il est bon de noter un oncle en traitement pour un pyo-pneumo-thorax bacillaire, et une tante dont une moitié de poumon s'infiltré. Les antécédents personnels présentent quelques maladies d'enfance. En outre, un an et demi avant que la jeune fille ait fait la maladie qui nous occupe, elle fut alitée pendant près d'un mois pour une affection fébrile indéterminée; elle ne présentait à ce moment-là, aux recherches cliniques et de laboratoires, rien qui puisse asseoir un diagnostic précis. Sur la foi de ses antécédents et malgré une radio négative, elle fut d'abord soignée comme une tuberculeuse, puis pas du tout. Elle guérit toute seule, sans diagnostic et nous ne croyons pas que la chose soit bien rare dans ce pays où la fébrologie est tellement difficile. Rien d'autre dans ses antécédents sinon de l'asthénie et un léger sub-ictère continu, chose bien fréquente dans sa race, la race juive où la cholémie familiale n'est pas un vain mot.

Le 2 novembre 1922, la malade commence à avoir un peu de température, quelques vagues courbatures et rien d'autre. Le 5 : la température monte à 39° et l'examen clinique ne note qu'un léger ballonnement du ventre et de la constipation. Elle fut laissée en observation quelques jours. La courbe après un léger fléchissement des maximums à 38° et des minimums à 37°, remonte aux environs de 39° le 14 novembre, pour redescendre ensuite et remonter suivant une double ondulation. Le pouls suit relativement la température dans son ascension. L'examen des différents appareils est toujours négatifs. La constipation est corrigée par quelques médicaments. La tension 12-6 (Vaquez) est assez faible, ce qui n'est pas surprenant dans toute affection fébrile. Le 24, un séro-diagnostic fut négatif partout. La recherche d'hématozoaires est négative. Après une petite ondulation entre le 20 et le 24, la température recommence à monter en lysis assez régulier. Le pouls toujours hypo-tendu suit la température et l'examen du cœur révèle un premier bruit éteint, plus éteint à la pointe qu'à la base. Le cœur n'est pas augmenté de volume.

Le 26, les symptômes s'aggravent, le tableau clinique change.

Pendant quinze jours, la maladie évolue comme une infection grave, l'état général est franchement mauvais, la malade est très asthénique, facies sub-ictérique, température en plateau entre 39° et 40°; pas d'amaigrissement notable. Au cœur, souffle d'abord léger, puis de plus en plus fort et enfin rude, méso-systolique et systolique se propageant vers la ba-

se et siégeant dans la région pré-cardiaque; ce souffle devait durer tout le long de la maladie et même subsister à l'infection mais très atténué. Tachycardie dans les environs de 140. La tension journallement prise est de 11  $\frac{1}{2}$ -6. Nous notons une légère tuméfaction de la rate. De l'albumine en quantité assez notable : 0,89 par litre d'urine. L'appareil digestif ne présente rien d'anormal, l'abdomen est souple, sans gargouillements ni douleurs dans la fosse iliaque droite. Les autres appareils, respiratoire et nerveux, ne présentent rien de particulier. Au beau milieu de cette période sur-aiguë de l'évolution, une hémoculture fut négative. Le 8 décembre, nous fîmes une intra-dermo-réaction de Burnet et une cuti-réaction à la tuberculine. L'intradermo fut nettement positive. Huit heures après la piqûre, commence à apparaître et se maintient jusqu'au lendemain un cercle grand comme une pièce de cinq francs d'œdème du derme, cercle dont la piqûre est le centre, la circonférence est nettement délimitée; la teinte est blanc-jaunâtre à part une petite plage rosée autour du point d'innoculation. Le tout est légèrement douloureux.

Contrairement à toutes nos prévisions, la cuti est négative. Le 8 décembre, la malade pour nous dispenser sans doute d'un abcès de fixation, fait deux abcès médicamenteux dans les fesses. La température redescend et la maladie évolue favorablement vers la guérison non sans faire une nouvelle onde de température qui dure jusqu'au 17 décembre, puis une période sub-fébrile du 18 au 29, due très probablement à une légère poussée phlébitique de la jambe gauche. Le souffle diminue d'intensité et d'étendue mais persiste tout de même systolique toujours à la région pré-cardiaque plutôt qu'à l'apex. La tachycardie est le symptôme le plus long à disparaître. Le pouls persiste à se maintenir entre 100 et 120, même quand la température est à 36°. Il faut arriver jusqu'aux environs du 10 janvier pour voir disparaître la tachycardie.

×

« Avant de découvrir l'endocardite, dit Vaquez, on porte le diagnostic de grippe anormale, d'infection typhoïde ou para-typhoïde, de paludisme à forme atypique voire même de fièvre de Malte, et l'incertitude persiste ainsi pendant des semaines, le malade et le médecin étant également surpris de ne pas voir finir une fièvre qui ne paraît pas avoir de causes. » Ce fut précisément notre cas. Ce n'est que trois semaines après le début que sont apparus les premiers signes de lésions cardiaques. Le diagnostic ne mérite pas de discussions, il s'agissait bien d'une endocardite que l'on peut faire entrer dans le cadre des endocardites infectieuses. La discussion s'impose pour la nature du microbe en cause; à quelles sortes d'infections avons-nous eu affaire ?

1° La typhoïde est à éliminer, aucuns des symptômes cardinaux, tâches

rosées, gargouillements et sensibilité de la fosse iliaque droite, diarrhée jaune, etc., ne s'est montré chez notre malade.

2° Le rhumatisme articulaire aigu ne s'est point manifesté, notre malade a bien eu quelques arthralgies mais tout à fait à la fin de l'évolution.

3° La Bacillémie ? Etant donné ses antécédents, nous y avons pensé d'emblée, mais qu'elle est l'endocardite tuberculeuse qui a guéri ? D'autre part, aucune localisation pulmonaire de la tuberculose n'a pu être constatée, enfin nous n'avons pas observé cet amaigrissement rapide, cette véritable fonte des tissus que l'on trouve dans la bacillémie.

4° Il nous reste le microbe banal : collibacille ou streptocoque. La porte d'entrée peut en effet être très dissimulée quand il s'agit d'une endocardite. La stase intestinale du début de l'évolution serait-elle la cause d'une infection générale qui se serait localisée secondairement au cœur ? « En effet, dit Vaquez, les endocardites malignes dépendent souvent d'un « état septicémique indéterminé dont la localisation endocarditique n'est « maintes fois découverte que tardivement, dont la porte d'entrée reste « souvent douteuse ou inconnue et dont la nature bactériologique ne peut « être précisée que par des hémocultures. » L'hémoculture a été faite un peu tardive malheureusement; elle fut négative.

Le point intéressant de l'observation est l'intra-dermo de Burnet positive. Positive une première fois, faite par nous au cours de la maladie, M. Burnet étant absent. Nous avons eu confirmation du fait il y a quelques jours en faisant refaire une intra-dermo par Burnet sur la malade aprétrique depuis deux mois.

Par contre, un dernier séro tardif fut encore négatif. M. Burnet a eu l'extrême amabilité de le faire lui-même.

Il n'y a pas de vérités négatives en science, nous dit un jour M. Nicolle, mais il y a quelques vérités positives. M. Burnet n'a pas trouvé une seule fois sa réaction positive en dehors des maladies atteints de la fièvre méditerranéenne. D'autre part 15 % des séros de la méli-to-coccie sont négatifs (Burnet).

La courbe ondulante, la guérison, l'intra-dermo deux fois positive, l'absence de symptômes en dehors des signes stéthoscopiques de l'endocardite nous permettent de penser que notre malade a fait une fièvre méditerranéenne. Elle a fait aussi une endocardite.

Dans la majorité des cas : l'agent pathogène d'une endocardite est celui de la maladie causale. Mais ce n'est pas toujours le cas. N'y a-t-il pas des endocardites au cours d'une diphtérie ou d'une dysenterie ? Les faits sont classiques (Vaquez-Mackenzie-Lion) et pourtant l'agent pathogène de ces deux infections n'est pas en circulation dans le sang. Une infection secondaire est donc fatalement en cause. Peut-être, est-ce de ce

côté qu'il faut chercher l'explication de l'observation que nous présentons, si l'on veut nier d'une façon péremptoire l'existence de l'endocardite mélitococcique.

La pathologie de la fièvre méditerranéenne n'est pas bien riche en faits précis. Les observations notées au sujet des complications cardiaque de la fièvre méditerranéenne sont les suivantes : Dans une autopsie de Carrieu, Boisquet, Lagrifoul, l'examen histologique du cœur note une myocardite sub-aiguë greffée, il faut le dire, sur un processus de myocardite ancienne. Le diagnostic a été établi par l'isolement du mélitensis de la rate. La péricardite n'a été constatée que dans trois observations. Enfin l'existence d'une endocardite est discutée. Roger, Lagrifoul, Sarradon ont observé une endocardite avec poussées fébriles et hypo-systolie, mais ajoutent les auteurs, le séro n'a pas été poussé au-delà du 1/30, ce qui enlève de la valeur à cette observation.

Certains de nos confrères tunisiens dont la compétence en matière de fièvre méditerranéenne est indéniable sont sceptiques sur la valeur de toutes ces observations. S'agissait-il bien de mélitococcie et combien de ces observations n'étaient-elles pas autre chose que de la typhoïde ? Nous ne partageons pas le même scepticisme, tout en reconnaissant que le micro-coccus mélitencis n'a pas de préférences pour le cœur, nous pensons que la fièvre méditerranéenne étant une infection générale, il n'y a pas de raisons a priori de repousser toutes idées d'endocardite mélitococcique. Notre observation n'a d'autre but que de signaler un fait.

Personnellement nous restons convaincus que les progrès réalisés journallement dans nos laboratoires et plus particulièrement à l'Institut Pasteur de Tunis, en matière de bactériologie de la fièvre méditerranéenne permettront à ce chapitre si pauvre et si vague de la pathologie, de s'enrichir en faits nombreux et précis.

### Discussion :

D<sup>r</sup> Charles Nicolle. Je crois que vous avez eu affaire à une méditerranéenne. Quant à l'endocardite, la question est beaucoup plus complexe. Je ne crois pas à l'existence d'une endocardite mélitococcique. Même si l'hémoculture est négative, il ne faut pas abandonner l'idée d'une endocardite secondaire d'autant plus qu'il y a des agents pathogènes d'endocardite que nous ignorons. Combien d'infections à germe inconnu, comme la variole par exemple, se compliquent d'endocardites. Nous ne savons rien de ce côté. D'autre part, vous dites que la fièvre méditerranéenne est une infection générale, sans doute, mais ce n'est pas à proprement parler une septicémie. Le microbe ne pullule pas dans le sang. Il circule en petite quantité et les hémocultures sont souvent négatives. Il a des organes de prédilection comme les ganglions; ces ganglions peuvent supurer. Il a encore des foyers locaux d'où partent des bouffées d'infection

qui font l'onde de la courbe de température. Il y a, je crois, un rapprochement à faire entre la mélitococcie et la tuberculose.

La mélitococcie est une maladie qui est en train d'évoluer; elle a tendance à devenir chronique. C'est une maladie qui plus tard deviendra, par ses localisations, sa gravité et sa chronicité, un fléau de l'humanité comme la tuberculose.

Elle est terrible à étudier. Des moyens sûrs de diagnostic et de laboratoire, il n'y en a pas. La réaction de Burnet est celle qui se rapproche le plus de la certitude. M. Burnet vous a dit que 15 % des séros sont négatifs; je crois que la proportion est encore plus forte. L'hémoculture est très souvent négative.

Je n'ai su, moi-même, officiellement, que j'avais la fièvre méditerranéenne que deux mois après le début, quand mon hémoculture, pratiquée dès le début, est enfin devenue positive. La présence du microbe est très variable en quantité. Je ne l'ai trouvée que pas du tout ou très peu dans le sang de chèvre, alors qu'il pullulait dans leur lait.

Enfin, nous sommes en train d'étudier actuellement le *bacille abortus* de Bang, et nous avons remarqué que ce microbe est impossible à distinguer du *micrococcus mélitensis*, absolument impossible. Il n'y a pas un seul caractère qui permette de les différencier. Il y a là matière à études et déjà nous avons fait paraître quelques notes à ce sujet.

D<sup>r</sup> Ortona. Le sérum des tuberculeux n'agglutine-t-il pas le mélitensis?

D<sup>r</sup> Nicolle. Il semble que chez le cobaye tuberculeux il y ait tendance quelquefois à l'agglutination du mélitensis.

D<sup>r</sup> Benmussa. Dans mon observation il y a un fait qui peut confirmer la remarque du docteur Ortona; c'est la cuti-réaction à la tuberculine qui fut négative contrairement à nos prévisions. Ma malade avait 18 ans et des antécédents bacillaires; elle devait donc normalement faire une réaction positive. Le fait d'une cuti négative en pleine infection indiquerait l'absence d'une réaction de défense, et pourtant il ne s'agissait pas d'une bactériémie mais d'une fièvre méditerranéenne.

D<sup>r</sup> Hayat. Je n'ai jamais observé de troubles cardiaques dans la fièvre méditerranéenne, depuis vingt ans que je la connais. Seulement de la tachycardie d'origine nerveuse.

D<sup>r</sup> Ortona. Je connais la malade de Benmussa et je me demande s'il ne s'agit pas d'une endocardite prolongée à streptococcus viridens. Ces endocardites ont de longues périodes apyrétiques, et peut-être la malade aura-t-elle un jour une reprise de la maladie.

D<sup>r</sup> Nicolle. Pourquoi vouloir trouver une cause connue à une endocardite quand il y en a tellement d'inconnues. Dans plus d'un cas on ne sait rien et il ne faut pas demander au laboratoire plus qu'il ne peut vous

dire. Dans 80 à 90 % des cas, le laboratoire vous donnera une réponse vraie qui vous satisfait. Pour le reste, nous en savons moins que vous. Soyez bons observateurs, établissez des vérités cliniques, pour les cas où le laboratoire ne sait encore rien.

×

## **A propos des lésions cornéennes que l'on rencontre chez les trachomateux**

par le Dr P. BUCKWELL, de Sfax

Les intéressantes recherches que M. le docteur Petit, chargé de mission par le Gouvernement tunisien, a faites en 1921 sur le trachôme et sur les infections superposées dans les régions de Gafsa et de Tozeur, recherches que l'auteur a résumées dans le n° 1, tome III (1923) des « Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord », se prêtent à une interprétation, qui est peut-être un peu différente de la réalité.

Je suis certain que mon éminent confrère ne m'en voudra pas si, dans le but de mieux éclairer une question tant soit peu controversée, je me permets de discuter certaines de ses observations, consciencieuses et précises, mais de courte durée, et d'y opposer l'ensemble des constatations plus grossières, mais suivies, répétées et constantes, que j'ai pu faire en douze ans de pratique médicale, surtout ophtalmologique, dans le Sud Tunisien.

Sur 834 malades d'yeux, que M. le docteur Petit a examinés à Gafsa en mars-avril 1921, 827 étaient des granuleux. Sur ce nombre, il n'y a pas eu moins de 596 sujets atteints de leucomes ou de taies cornéennes d'un ou des deux côtés; il y a eu 72 cas de staphylome et 64 cas d'atrophie du globe.

La question qui se pose est celle-ci : s'agit-il là de complications habituelles du trachôme, ou bien ces lésions reconnaissent-elles une cause différente et indépendante de la maladie fondamentale ?

M. le docteur Petit s'est attaché, l'automne de la même année, à l'étude des infections qui se superposent au trachôme, et n'a pu observer que de très rares complications cornéennes dues à ces affections.

Evidemment le hasard, si imprévu dans ses manifestations, n'a pas permis à mon illustre confrère d'assister, en septembre-octobre 1921, à une de ces graves épidémies de conjonctivite aiguë que tous les praticiens connaissent et qui font tant de ravages dans le Sud de la Tunisie.

Une enquête systématique que j'ai faite chez les nombreux porteurs de taches cornéennes qui se présentent à ma consultation, m'a étonné par la grande uniformité des réponses obtenues sur la cause présumée de ces opacités. Dans la grande majorité, dans la presque totalité des cas où le malade peut donner une réponse exacte, c'est à une conjonctivite aiguë



(« remed ») qu'il attribue l'apparition du leucome; très rarement c'est à la variole ou à la rougeole; le trachome n'est jamais invoqué.

Les trachomateux en Tunisie sont pourtant légion; nous en soignons plusieurs centaines chaque année, avec des formes cicatricielles ou florides; mais nous n'avons vu que tout à fait exceptionnellement se produire, chez ces malades, des ulcérations profondes de la cornée, sans l'intervention d'une conjonctivite aiguë. Et encore, dans ces cas exceptionnels, l'ulcération évoluait avec les symptômes habituels de la kératite à hypopyon, ce qui nous permet de supposer qu'il s'agissait, même ici, d'une infection secondaire.

L'observation d'oculistes éminents, tels que Valude, Truc, Morax, semble d'ailleurs s'accorder avec le résultat de notre expérience.

« Parmi les complications qui se produisent pendant l'évolution du processus granuleux » — dit Morax — « la plus fréquente est l'infection secondaire de la cornée; c'est le plus souvent un ulcère serpiginieux à pneumocoque... De même que pour les infections conjonctivales superposées, cette complication cornéenne est en quelque sorte accidentelle, et le processus granuleux n'intervient ici qu'en favorisant la perte de substance épithéliale qui permettra au pneumocoque de se développer. »

D'autre part « les infections purulentes auxquelles les granuleux sont sujets si fréquemment » — dit Valude — « sont des infections surajoutées, dues le plus souvent au bacille de Weeks, au diplobacille de Morax ou au diplocoque. »

Ce que je tiens pour ma part à faire remarquer c'est qu'ici dans le Sud Tunisien, 90 pour 100 au moins des taches de la cornée chez les indigènes (qui les appellent « el biod », le blanc, les différenciant ainsi nettement du trouble de transparence dû au pannus trachomateux, qu'ils dénomment « khmar ») se produisent par ulcération de la cornée survenant à l'occasion d'une conjonctivite aiguë.

Ce que les indigènes appellent « remed » est tantôt la conjonctivite à bacilles de Weeks, tantôt la conjonctivite à diplobacilles. Celle-ci est endémique toute l'année; l'autre sévit épidémiquement, quelquefois au printemps, toujours à la fin de l'été; elle ne présente pas tous les ans le même caractère de gravité, mais semble habituellement plus sérieuse que la conjonctivite subaiguë.

En automne 1921, M. le docteur Petit a observé à Gafsa 304 trachomateux avec infections superposées. Je ne pense pas qu'il ait assisté à une véritable épidémie de conjonctivite aiguë, parce que dans un tiers des cas examinés il a trouvé le diplobacille de Morax, et seulement dans un cinquième des cas, le bacille de Weeks.

Il n'a observé de complications cornéennes graves que dans trois cas de conjonctivite à gonocoques.

A Sfax, à l'occasion d'une épidémie d'été, de gravité moyenne, j'ai fait

des examens microscopiques dans quelques cas de conjonctivite aiguë compliqués d'ulcère de la cornée. J'y ai constamment trouvé le bacille de Weeks, jamais le gonocoque. Ces conjonctivites affectaient la forme purulente, et le bacille incriminé s'y trouvait rarement seul, mais toujours prépondérant. Est-il l'agent pathogène de l'ulcération ? On peut en douter, mais certes la conjonctivite aiguë est la cause occasionnelle la plus fréquente de cet accident chez des granuleux qui présentent vraisemblablement déjà des solutions de continuité de l'épithélium cornéen.

L'œdème des paupières, l'accolement de leurs bords, la stagnation du pus, le manque de soins peuvent être des causes adjuvantes, et permettre à des microbes qui seraient inoffensifs en d'autres circonstances (sur la muqueuse saine) tels que le streptocoque, le pneumocoque, d'envahir et de détruire le parenchyme cornéen.

La conclusion de cet court mémoire est la suivante : Les lésions graves de la cornée, leucomes, staphylomes, voire même les hydrophthalmies, les atrophies du globe que nous observons chez des granuleux en Tunisie, ne sont pas le fait habituel du trachome lui-même, mais toujours celui d'une infection superposée, dont l'occasion la plus fréquente est fournie par les conjonctivites aiguës et subaiguës (surtout par les premières) que les indigènes désignent sous le nom générique de « remed ».

S'il est indispensable d'organiser la lutte contre le trachome, qui crée le terrain favorable, il est également nécessaire de nous armer sérieusement (voir vaccination ou sérothérapie polyvalente; voir l'action déjà prouvée du vaccin antistaphylococcique sur la kératite phlycténulaire) contre ces infections épidémiques qui se superposent périodiquement au trachome et qui peuvent déterminer ou occasionner la complication cornéenne à laquelle nous devons un si grand nombre d'aveugles.

---

## Séance extraordinaire du 16 Mars 1923

---

Présidence du Dr SPEZZAFUMO, *président*

---

*Sont présents* : MM. les D<sup>rs</sup> Bouquet, Enríquez, Uzan, Disegni, Rogalski, Broc, Biecheler, Aboulker, Benjamin Lévy, Lumbroso, Gérard, Nicolle, Dévé, Cassuto, Benmussa, Plancke, Durand, Henry, Gobert, Cortesi, Montefiore, Guinet, Masselot, Brun, Sfez, Jarmon, Lemanski, Conseil, Lauriel, Seria, Bardou, Lalloum, Ortona.

×

Le procès-verbal de la séance du 3 mars est lu et adopté.

## COMMUNICATIONS DU BUREAU

Le D<sup>r</sup> *Lumbroso*, bibliothécaire, informe la Société que M. le docteur Montefiore lui a remis un certain nombre d'ouvrages destinés à la Bibliothèque.

Le D<sup>r</sup> *Masseiot* met aussi à sa disposition un certain nombre de thèses.

×

### L'ÉCHINOCOCCOSE EN TUNISIE

Le D<sup>r</sup> *Spezzafamo* souhaite la bienvenue à M. le Prof. Devé, de Rouen, qui assiste à la Séance. Il rappelle les nombreux travaux de M. Devé qu'il remercie d'avoir bien voulu honorer cette séance de sa présence.

M. le Prof. *Devé* remercie M. le Président et les membres de la Société de leur accueil. Il explique l'énorme intérêt de la question de l'échinococcose. C'est une véritable question de Pathologie générale. Le *tœnia échinococcus* est, à son avis, le macroparasite type.

L'échinococcose est une infection parasitaire typique dont l'étude approfondie servira à éclairer sur plusieurs points toutes les autres. Elle est très fréquente en Tunisie. Depuis 1905, le Prof. Devé est en rapport avec le corps médical tunisien au sujet de cette question. Il fut en correspondance avec Brunsvik Le Bihan, M. Nicolle et plus récemment avec notre regretté D<sup>r</sup> Braquehay. Il y a en Tunisie un champ d'expériences dont il est nécessaire de tirer partie pour le grand profit de toute la Parasitologie. Le Prof. Devé termine par des paroles extrêmement aimables pour le corps médical tunisien.

×

### PRÉSENTATIONS DE MALADES

#### Un cas d'échinococcose généralisée du péritoine

par les D<sup>rs</sup> BROU et BRUN

Le malade que nous présentons, Ali Ben Mohamed Ben Abdallah, est venu le 21 mars 1923, à la consultation de l'Hôpital et admis le jour même en médecine. Né à Béja, y a toujours vécu, et est venu, il y a deux ans, à Tunis où il exerce la profession de cafetier.

Présente plusieurs masses kystiques sur le bord de la rate. Une ponctionnée a donnée du liquide hydatique avec scolex. On trouve dans la fosse iliaque droite, et dans l'abdomen, surtout à la partie inférieure, de nombreux kystes de volume différent, et de même nature.

Le foie est gros et remonte très haut dans le thorax. La radioscopie a montré des poumons indemnes et dans ce foie une masse sombre demi-circulaire faisant penser à une coque de kyste hydatique calcifié (Jaubert de Beaujeu). Il s'agit d'une échinococcose généralisée au péritoine dont le point de départ est difficile à déterminer : foie ou rate.

Ce malade a été opéré par le docteur Brun le 27 mars 1923, en présence de M. le Prof. Devé :

Anesthésie à l'éther. Laparotomie sus et sous-ombilicale. On tombe sur de très nombreux kystes hydatiques ayant des volumes différents et variant de la grosseur d'une lentille à celle d'une pomme de terre, situés entre les différentes anses intestinales et les colons. Quelques-uns peuvent être enlevés en bloc. D'autres, au contraire, sont ponctionnés, formolés et refermés sans drainage. Il en existe deux dans le Douglas, un gros comme une mandarine; l'autre ayant le volume de deux poings, situés sur la prostate et refoulant la vessie en haut. Les deux kystes sont ponctionnés, formolés, fermés après extraction de la membrane mère. On termine par la ponction d'un volumineux kyste intra-splénique uni-vésiculaire, renfermant 800 à 850 gr. de liquide clair et contenant du sable hydatique. Il existe au niveau de la grande courbure un kyste que l'on trouve rompu et ayant le volume du poing, correspondant à la région où on a fait la ponction exploratrice dans le service de médecine. Sur le péritoine il existe de petites granulations milliaires et sub-milliaires, très nombreuses surtout dans le petit bassin. Fermeture de la paroi en un seul plan au crin de Florence. Le lendemain température à 40°, puis tout rentre dans l'ordre; les fils sont enlevés le 16<sup>e</sup> jour. Réunion par primam.

×

### Discussion :

D<sup>r</sup> DEVÉ. Il est difficile de prendre une décision au sujet de la thérapeutique. On ne peut guère penser à enlever tous ces kystes en une fois. On a essayé et le choc a été tel que la mort s'ensuivit. Je conseillerai de les enlever en plusieurs fois, par petite dose, si j'ose dire, en commençant par la masse pelvienne. En effet, dans le bassin les kystes ne sont pas libres et c'est là qu'ils provoquent les occlusions intestinales et plus souvent encore la compression sinon l'écrasement des uretères. J'ai vu ainsi des kystes abdominaux provoquer la mort par anurie.

Le fait qu'il y a une masse en continuité avec la rate ne permet pas d'affirmer l'échinococcose secondaire au point de départ splénique. Car il s'agit très certainement d'une échinococcose secondaire. Il y a bien une théorie essayant de démontrer que les kystes multiples de l'abdomen sont le fait d'une échinococcose primitive. Mais elle est peu logique. Cette théorie prétend que l'on peut avaler un anneau entier, c'est possible; celui-ci ne mesurant que 2 mm. Mais les statistiques montrent que les embryons exacanthès se fixent pour 75% dans le foie, 10% dans le poumon et le reste dans l'abdomen. Il est difficile de concevoir qu'ils se soient tous donné rendez-vous dans le péritoine. Il est plus logique de supposer qu'il s'agit de la rupture d'un kyste dans l'abdomen et que les embryons soient semés ainsi dans le péritoine. Pour en revenir à la masse splénique, il y

a bien des kystes spléniques mais ils sont très rares; ce qui est plus fréquent ce sont les kystes périspléniques et périhépatiques qui font véritablement corps avec la rate ou le foie. Il est à remarquer que 1/5 des kystes du foie se rompent dans l'abdomen avant même qu'ils soient observés, le cas n'est donc pas excessivement rare.

La matité du foie est remontée; est-ce le foie qui est remonté par un kyste abdominal ? est-ce un kyste primitif ou un kyste secondaire préhépatique ? Il est difficile de se prononcer.

J'ai proposé pour des cas semblables le trocart formolateur. Car le chirurgien ne peut pas tout enlever. Il faut qu'il s'arme d'une grande patience, les kystes sont très irréguliers comme forme et se déchirent très facilement. Il doit enlever ce qu'il peut, formoler et laisser les autres. Même les membranes une fois formolées peuvent être laissées. Un certain nombre se calcifient. Il arrive de trouver dans des autopsies des pierres dans l'abdomen. La meilleure prophylaxie d'une échinococcose secondaire est de formoler quand on opère, et d'opérer le plus rapidement possible. On doit opérer très rapidement un kyste diagnostiqué de peur de la rupture qui est très facile, le moindre petit traumatisme, je dirai même un mouvement un peu brusqué, peut le rompre. Je me souviens d'un malade porteur d'un kyste depuis 2 ans. Je lui conseillai l'opération. Il accepta pour deux jours après. C'est précisément dans ces 48 heures là qu'il a rompu son kyste. L'intervention fut immédiate. On a trouvé un liquide ascitique, contenu du kyste rompu. Une pipette de ce liquide inoculée à un lapin fit pousser des petits kystes. Pourtant, grâce à un grand nettoyage et un formolage de tout le péritoine, il n'a poussé que trois ou quatre kystes qui furent opérés et guéris.

×

Le Dr BRUN s'adressant à M. le Prof. Devé : Mon cher confrère, tout le monde a lu avec un grand intérêt vos travaux sur l'échinococcose. Lorsque vous nous avez demandé des observations, tout le monde a apporté sa contribution au même travail. Les hôpitaux israélite, italien, civil français et l'Hôpital Sadiki, ont dressés des rapports détaillés. Le tout fut centralisé entre les mains du docteur Braquehayé. Nous regrettons son absence car il nous aurait fait profiter de son sens clinique et de son érudition. Mon interne, le docteur Lauriol, fut chargé de collaborer avec lui, au rapport sur l'échinococcose en Tunisie. Il en fit le sujet de sa thèse. Il vient de rentrer aujourd'hui de Paris après une soutenance brillante. Je me contenterai de vous la résumer :

*Cette thèse rédigée à l'Hôpital Sadiki constitue un travail essentiellement tunisien. Dans un premier chapitre L... envisage les particularités étiologiques que cette affection présente en Tunisie.*

*Etudiant les statistiques fournies par les médecins de colonisation, il*

montre que le bétail adulte est atteint dans une proportion de 40 à 50 %. L... insiste sur le danger que présente le grand nombre des chiens errants et l'insuffisance de précautions en ce qui concerne la surveillance des abattoirs et la destruction des abats. L... préconise à ce sujet quelques mesures de police sur l'application et l'efficacité desquelles il ne semble pas se faire beaucoup d'illusions. Un deuxième chapitre est consacré à l'étude des statistiques fournies à la Société des Sciences Médicales par les médecins tunisiens, qui font ressortir la fréquence extraordinaire des K. H. chez l'Arabe comparé au reste de la population. Les causes de cette prédominance sont exposées en détail. Dans un troisième chapitre, le plus important, L... étudie le problème du traitement des kystes suppurés. Elève du docteur Brun, il préconise la fermeture immédiate sans drainage. C'est une revue d'ensemble des arguments apportés ici même et à la Société de Chirurgie de Paris par le docteur Brun. L... étaye son argumentation sur un ensemble de vingt-trois observations ayant abouti à 82 % de guérisons immédiates. L'auteur discute point par point les critiques faites à Paris par MM. Broca et Levène et conclut en affirmant les avantages de cette méthode sur marsupialisation. Nous aurions aimé voir cette thèse illustrée de quelques courbes thermiques typiques et avec l'auteur nous regrettons que les examens bactériologiques n'aient pu être faits dans tous les cas. Telle quelle, elle constitue une mise au point très documentée de la question et ralliera aux idées de l'auteur nombre de chirurgiens.

Dr Devé. Il y a dans votre exposé des données très intéressantes au sujet de la distribution géographique, de l'âge et du sexe. Vous les voyez un peu plus tard qu'on ne les voit généralement.

Il serait intéressant de chercher les kystes d'une façon systématique chez l'enfant. On trouve en effet assez souvent des kystes contractés dans le jeune âge, d'ailleurs les enfants sont plus à la portée des chiens que les adultes. Au sujet du sexe, en Islande, où l'échinococcose est aussi assez fréquente, on les observe plus souvent chez l'homme que chez la femme; en Amérique du Sud les chiffres sont superposables. Ici, c'est la femme qui est le plus souvent atteinte. Le fait présente un certain intérêt. Pour la distribution géographique, il est dommage qu'on ne puisse pas rechercher l'indice du tonia échinococcus chez les chiens de bled et chez ceux des villes. Ce serait intéressant, mais il est probable qu'il doit y avoir de grandes difficultés que j'ignore.

Il y a dans vos travaux une partie toute personnelle, c'est le traitement; j'ai d'ailleurs lu vos deux communications. C'est nouveau, malgré que Quénu et Hamilton Roussel aient déjà indiqué la fermeture sans drainage. Je dis indiqué mais non réalisé avec autant de bonheur. C'est évidemment audacieux et en médecin, j'hésiterais à vous pousser dans

cette voie. Pourtant la suppuration des kystes n'est pas méchante; elle est bénigne. Il se produit soit une pyo soit une hydropneumatose post-opératoire. Il ne faut pas trop s'en alarmer; une simple ponction suffit en général à les guérir, même quand le liquide est louche. Qui dit suppuration des kystes ne dit pas kystes très sceptiques. Le liquide est quelquefois aseptique, il n'y a donc pas inconvénient à refermer. Je ferai une objection dans le cas où vous trouveriez des germes anaérobies, en pareil cas il serait plus sage de faire la marsupialisation ou un drainage. Je vous trouve sévère au sujet de la mise pendant vingt-quatre heures d'un drain. Ce n'est évidemment pas une fermeture complète sans drainage, mais presque. D'ailleurs je me considère comme incompetent en la matière et je vous félicite de vos résultats : vos communications ont fait grande impression et plus d'un chirurgien de la Métropole tend à vous suivre.

D<sup>r</sup> NICOLLE. On demande au laboratoire d'aider au diagnostic des kystes hydatiques par la réaction de Weinberg. Je connais beaucoup Weinberg qui est de mes amis. Sa méthode donne à Paris dans 80 % cas de kystes, un résultat positif. Nous avons cherché à l'employer à l'Institut Pasteur. Le premier je l'ai essayée; jamais je ne l'ai trouvée positive. J'ai eu comme collaborateurs successivement les docteurs Blaizot, Blanc, Le Bailly, puis Burnet, pas un ne l'a trouvée une seule fois positive. Il est de fait très curieux qu'une réaction qui donne de si beaux résultats à Paris n'en donne absolument aucun à Tunis. J'ai vu Weinberg, je lui ai demandé s'il était sûr de sa réaction. Bien entendu, me répondit-il et sur le champ il m'en montra une, positive. C'était la première que je la voyais. Peut-être la faisons-nous mal à Tunis ? J'ai fait venir alors ici, une personne des laboratoires de Weinberg, la même personne qui faisait les séro-diagnostic à Paris et qui avaient de si bons résultats. Elle eut à Tunis les mêmes résultats que nous, c'est-à-dire nuls. Nous voudrions éclaircir cette question.

Nous vous demandons de nous envoyer le sang de vos malades, pour que nous puissions chercher sur une plus grande échelle, mais n'attachez aucune importance à notre réponse, elle est égale à zéro. Nous avons essayé d'expliquer ce phénomène. L'antigène est-il très pauvre en Tunisie, ou bien y a-t-il des antigènes multiples ? Etant un disciple de Pasteur et par conséquent de la spécificité, j'aurais tendance à supposer l'existence d'antigènes multiples, mais la multiplicité des antigènes mène très loin.

Le D<sup>r</sup> Montefiore rappelle qu'il a présenté à la Société un kyste hydatique opéré depuis dix jours avec la méthode de Brun, fermeture sans drainage. Le malade a fait dans la suite un peu d'épanchement lequel ponctionné guérit définitivement.

**TRAITEMENT DES INFECTIONS PUERPÉRALES**

à l'aide du Drain-injecteur utérin du Docteur Scemama

par le Dr Michel UZAN

L'endométrite aiguë post-partum, sans rétention placentaire, doit être traitée par le lavage et le drainage de l'utérus.

En chirurgie utérine, comme en chirurgie générale, il faut, en effet, « drainer là où il y a du pus ou des sécrétions septiques, quel que soit le microbe en cause. »

Les sondes intra-utérines à double courant permettent de faire dans des conditions satisfaisantes le lavage de l'utérus. Leur introduction détermine toutefois chez les accouchées ayant subi une périnéorraphie, un traumatisme pouvant compromettre la cicatrisation périnéale. Avec ces sondes, on réalise, en outre, difficilement l'irrigation continue de l'utérus.

Mais, le point le plus délicat est de maintenir la perméabilité utérine. La mèche de gaze forme tampon et retient les produits septiques qui s'accumulent derrière elle. Les drains en caoutchouc sont insuffisants, car, par suite de l'anteflexion utérine, ils se couchent au niveau de l'isthme de l'utérus et empêchent l'issue des lochies.

Le drain métallique de Mouchotte, n'ayant pas la même courbure que l'utérus est le plus souvent expulsé. On ne peut d'ailleurs pas le laisser en place plus d'un jour, car il peut provoquer du sphacèle du col et du segment inférieur.

Le drain métallique souple de Lemaire ne présente pas les inconvénients des autres drains. Il peut subir une forte incurvation et s'accommoder ainsi à l'antécourbure utérine. Sa souplesse permet de l'introduire facilement sans traumatisme utérin. Mais il finit par s'obstruer par les lochies accumulées à son intérieur. On ne peut pas donner des injections intra-utérines, le drain étant en place.

Le drainage de l'utérus est donc un traitement qu'on tend à délaissier par suite d'une instrumentation défectueuse.

Le drain-injecteur utérin, imaginé par le docteur J. Scemama, chirurgien-adjoint des Hôpitaux de Nice, permet de traiter les infections puerpérales par le drainage permanent et le lavage ou l'instillation continue de l'utérus, l'instrument restant en place.

Cet instrument se compose d'un drain métallique souple et d'une sonde en caoutchouc de plus petit diamètre. Le drain rappelle celui de Lemaire; il est relié à un capuchon présentant latéralement plusieurs séries de



trous. A son centre, il porte un pas de vis pour recevoir l'extrémité de la sonde. Cette sonde est engagée dans le drain et fixée à sa partie supérieure.

Le drain muni de sa sonde peut être engagé dans la cavité utérine à l'aide d'un mandrin conducteur courbe. Lorsque l'instrument est en place, le pavillon de la sonde dépasse légèrement la vulve. Il existe cinq drains de calibre croissant; les sondes en caoutchouc ont également des calibres différents : n° 12 à 16 de la filière Charrière.

Pour employer le drain-injecteur utérin, on commence par monter l'appareil avant de le faire bouillir. On prépare en même temps un spéculum, une pince de Museux, une pince à pansement. Après avoir découvert le col à l'aide du spéculum et maintenu l'utérus par la pince de Museux, on introduit le drain-injecteur dans l'utérus et on retire le mandrin.

Cet instrument, en raison de sa souplesse, n'occasionne pas de traumatisme. Le drainage utérin est assuré d'une façon ininterrompue, l'instrument étant désobstrué après chaque injection intra-utérine. Il permet l'irrigation continue. Il suffit de relier le pavillon de la sonde avec un injecteur.

Le docteur Scemama a présenté à la Société de Médecine de Nice, l'observation de quelques malades traitées à l'Hôpital Saint Roch par le drainage permanent et l'instillation continue de l'utérus, au Carrel-Dakin goutte à goutte, à l'aide de son drain-injecteur utérin. Il a obtenu l'apyrexie complète d'une de ses malades au bout de 24 heures seulement de drainage et de dakinisation continue de l'utérus.

Cette méthode ne peut être employée qu'en cas de localisation uniquement utérine. Dans les cas de septicémie puerpérale, toute thérapeutique utérine est, en effet, illusoire et dangereuse.

Le drain-injecteur utérin présente donc plusieurs avantages sur le drain de Lemaire et la sonde intra-utérine associés : drainage ininterrompu de l'utérus; pas de traumatismes utérins répétés, d'où amélioration rapide de l'endométrite; bonne cicatrisation périnéale par suite de la suppression de traumatismes périnéaux; enfin irrigation continue de l'utérus sans fatigue pour la malade.

---

### L'Évolution de la Chirurgie

par le Prof. LECÈNE

Tous ceux qui ont eu le bonheur d'avoir pour maître le prof. Lecène, savent quelle érudition,

quelle conscience, quelle clarté de vue caractérisent son esprit. Ses écrits leur permettent de retrouver toutes ces qualités.

Le livre nouveau qu'il nous présente ne s'adresse pas qu'aux médecins: il entend s'imposer au grand public.

L'Auteur a voulu retracer l'évolution de la chirurgie et il le fait simplement d'une façon concise, précise et agréable. Depuis les premiers balbutiements de chirurgie rituelle, mystique du sauvage, du primitif guidé par son seul instinct, jusqu'à la chirurgie rationnelle susceptible grandement de progrès de nos jours; quel chemin parcouru !

C'est la chirurgie hippocratique qui tend à créer une méthode scientifique, c'est l'œuvre de Galien si importante. Voici ensuite la décadence médiévale et voici qu'à la suite des progrès anatomo-physiologiques de la Renaissance (Vésale et Harvey), la chirurgie se relève de son discrédit avec A. Paré et P. Franco. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, les sciences annexes font de nouveaux progrès, l'esprit scientifique moderne se constitue peu à peu et l'on voit se créer la méthode anatomo-chimique de Morgagni. C'est l'époque de lustre par la chirurgie française avec J.-L. Petit et l'Académie Royale de Chirurgie. Puis, c'est Desault, c'est Hienter, c'est Dupuytren. Ensuite, c'est la Révolution chirurgicale du XIX<sup>e</sup> siècle qui s'est jouée en 2 actes :

- 1<sup>o</sup> Découverte des anesthésiques généraux (1847);
- 2<sup>o</sup> Création de la méthode antiseptique (1867).

De cette Révolution naquit la chirurgie contemporaine.

Toutes ces phases sont contées avec le souci de la précision et de la mesure. Le lecteur ne cesse d'être intéressé d'un bout à l'autre du livre.

S'il est vrai que selon Auguste Comte l'on ne connaît bien une science que lorsqu'on en sait l'histoire, le professeur Lecène doit connaître admirablement la chirurgie, ce que nous savions d'ailleurs déjà depuis très longtemps.

M.U.

## Prévention of sporadic goître

by Israel BRAM

(*International Clinics Philadelphia*)

1922. — Vol. II. — 32<sup>e</sup> série

L'A. oppose au goître simple endémique qui est conditionné surtout par les causes géographiques, le goître

sporadique qui peut apparaître en n'importe quel point du monde chez des individus soumis à des causes diverses, connues ou inconnues. Ces deux affections sont bien distinctes; c'est ainsi qu'une personne séjournant dans une région à goîtres ne verra jamais apparaître de modifications dans sa thyroïde; cette même personne, séjournant ailleurs, pourra voir se développer un goître. Une personne atteinte de goître sporadique pourra voir guérir son affection dans une région à goître.

L'A. se demande donc quelles sont les causes qui, en dehors des conditions géographiques, peuvent développer le goître :

- 1<sup>o</sup> L'hérédité lui semble jouer un gros rôle (40 % des cas);
- 2<sup>o</sup> Les infections aiguës : rhumatisme articulaire aigu, grippe, fièvre typhoïde, peuvent être causes de goître. De même les infections chroniques telles que syphilis ou tuberculose;
- 3<sup>o</sup> Les infections localisées, dentaires, amygdaliennes, nasales (sinusites), gastro-intestinales, et génito-urinaires, peuvent agir de même;
- 4<sup>o</sup> Puberté, grossesse, lactation, ménopause, jouent un très gros rôle chez les femmes prédisposés.
- 5<sup>o</sup> Les maladies des organes génitaux de la femme ont une importance manifeste dans l'étiologie des goîtres;
- 6<sup>o</sup> Enfin, des causes diverses peu connues en se réunissant constituent un état « idiopathique » important à étudier et que l'on dessociera peu à peu. Pour l'auteur, le régime doit représenter un de ces facteurs.

Il résume cette énumération par la règle suivante qui réunit tous ces faits sauf quelques exceptions : L'apparition du goître sporadique est lié à une demande excessive hors de la thyroïde, de l'hormone thyroïdienne. L'organe incapable de fournir cet excès, s'hypertrophie, « ce processus pouvant être aigu, chronique, récurrent ou intercurrent ».

De ces considérations, il découle quelques règles prophylactiques que l'auteur a expérimentées avec succès.

L'article est abondamment illustré de 26 gravures constituant une belle iconographie du goître sporadique.

M.U.



**Les grands œdèmes  
au cours de la cirrhose de Laënnec :  
leur relation avec l'ascite; leur pathogénie  
et leur traitement**

*(Presse Médicale, 1922, n° 95)*

MM. Lemierre et Lé-  
pesque ont étudié les  
relations qui existent  
entre l'œdème des  
membres et l'ascite  
de très nombreux dos-

ages de chlorures dans l'urine, le liquide d'ascite ou le sang, leur ont montré que chaque fois qu'on évacuait le liquide d'ascite, les œdèmes diminuaient, comme si les chlorures étaient attirés vers le péritoine en entraînant le liquide des œdèmes. L'étude chimique du liquide d'ascite et du sang a démontré que c'était la sérosité de l'œdème qui fournissait les matériaux de l'ascite, le malade étant soumis au régime déchloruré; la teneur du sang en albumine ou en chlorures étant restée la même tout le temps.

Cette observation qui confirme des cas analogues, observés par Gilbert et Garnier, Villaret, Chauffard, montre que le régime déchloruré peut être chez les cirrhotiques un inconvénient, car il absorbe les chlorures restant dans l'organisme. Mais le point intéressant, parmi d'autres, que les auteurs examinent avec soin, est relatif au traitement; il montre que chez un ascitique avec œdèmes, on peut, en ponctionnant l'ascite, faire diminuer les œdèmes; on les évacue ainsi en soulageant le rein.

E.C.

**Syndrome hémoclasique  
et ventouses sèches**

MM. MOUTIER et J. RACHET  
*(Société de Biologie, 13-1-1923)*

De nombreuses hy-  
pothèses ont été émises  
pour expliquer l'effet  
thérapeutique des ven-  
touses sèches. Pruvost

et Descarpentriés ont admis un mécanisme voisin de l'auto-hémothérapie et des sérothérapies. Dans le but d'apporter quelque précision sur ce sujet, MM. Moutier et Rachet ont pratiqué des examens hématiques après la production par ventouse des hématomes sous-cutanés. Ils ont trouvé, en général, non pas un choc hémoclasique, mais plutôt une hyperleucocytose. Ils se demandent si ce n'est pas dans cette leuco-excitation qu'il faut chercher l'action thérapeutique de l'application des ventouses sèches.

**Les hauteurs du fond l'utérus  
au cours de la grossesse**

MM. GUERIN VALMALE & LORiot

(Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier 6-12-22)

En vue de réviser les chiffres si peu comparables entre eux, assisgnés par les classiques à la hauteur du fond utérin au-dessus de la symphyse pubienne aux différentes époques de la grossesse, les auteurs, suivant une technique rigoureuse qu'ils exposent en détail, ont procédé à 1.144 mensurations, dont un tableau, annexé à leur mémoire, donne les résultats. Il en résulte que pour les deux premiers trimestres, l'utérus, s'élevant au-dessus du détroit supérieur, gagne 5 cm. par mois; ce gain tombe à 3 cm. pour le dernier trimestre, où l'accroissement se fait par descente du segment inférieur dans le bassin.

**LIVRES REÇUS**

**Editions du livre de France**

42, Boulevard de Port Royal, Paris.

**Leçons élémentaires de Clinique Médicale** par le Prof. A. REMOND, de Metz. — Prix : 14 frs.

L'enseignement Clinique ne de prête plus comme au temps de Trousseau et de Dieulafoy à l'art oratoire.

Il comporte l'exposé de traits concrets et la discussion d'interprétations souvent complexes, C'est ce qu'à compris le Professeur Remond de Metz dont les leçons consacrées à des questions de pratique nouvelle sont pleines de simplicité, de clarté et de précision.

Parsémées de reflexions personnelles suggérées par une longue pratique, ses leçons accordent à la théorie une place de second plan et ne négligent pas la thérapeutique.

La variété des sujets (Grippe, ictère, insuffisance hépatique, diabète, fièvre typhoïde, Syphilis pulmonaire, hémiplegie, Tuberculose pulmonaire, etc. etc..) intéressera sûrement les praticiens dont il sra un livre familier. E. C.

×

**Le syphilitique et la syphilis.** -- Guide de traitement et de prophylaxie pour le praticien, par le Dr P. L. GASTOU. — Prix : 3. frs. 80.

Ce petit livre répond tout à fait à son titre.

L'auteur note les principaux faits cliniques et évolutifs de la syphilis et décrit les progrès de chaque manifestation, les indications thérapeutiques. Non seulement les techniques sont précisées, mais encore — et c'est là une préoccupation dont l'auteur doit être loué sans réserve — les ennuis que peut avoir le médecin qui met en œuvre les traitements sont largement et clairement exposés. E. C.

**Le traitement des tuberculoses pulmonaires**, par le Dr E. BERTIER. - Prix: 3 frs 80, franco poste.

Nous connaissons le bacille de la tuberculose, nous connaissons les divers terrains sur lequel il évolue et nous n'avons pas de remèdes contre la tuberculose, puisque « le polymorphisme des tuberculeux » est aussi décevant qu'ondoyante et diverse est la « névrose-hystérie ».

« Les localisations diverses de la tuberculose, l'apparition plus ou moins précoce et plus ou moins exuberante du tissu fibreux, la vigueur essentiellement différente de la réaction scléreuse des lésions » expliquent en partie le polythorphisme ; ajoutez-y la virulence plus ou moins accusée du bacille, l'âge du malade infecté, sa constitution héréditaire, les affections associées, et dans certains cas, l'action de sérums et de vaccins dont il a subi l'atteinte, et il ne sera plus étonnant que les innombrables médications antituberculeuses préconisées depuis cent ans aient pu donner les résultats les plus retentissants autant en succès qu'en échecs...

« L'apparente richesse de la thérapeutique médicamenteuse de la tuberculeuse en voile mal l'indigence ».

« Le praticien est amené à prescrire, non pas ceci parce que mieux indiqué que cela, mais ceci parce qu'il a déjà donné cela sans résultat. »

Aussi, cette conclusion vient-elle naturellement sous la plume de l'auteur : « plus une tuberculose est grave, plus la thérapeutique médicamenteuse doit être anodine ».

Cependant, le Dr Bertier ne se complait pas dans son négativisme thérapeutique et voici, telles qu'il les comprend, les grandes indications de la phtisiothérapie :

- 1° Lutter directement contre le développement du bacille ;
- 2° Chercher à atteindre indirectement le même but en développant les moyens de résistance de l'organisme, en favorisant le développement de la sclérose ;
- 3° Traiter les symptômes pénibles ;
- 4° Traiter les affections associées.

La climatothérapie, la diététique, le traitement médicamenteux, la physiothérapie, le traitement spécifique, traitements mécaniques et chirurgicaux, traitement des symptômes... sont l'objet de la part du Dr Bertier d'une étude critique très serrée, d'applications neuves, et certaines hardies, dont le praticien et le spécialiste retireront, sans conteste, grand profit.

---

### Bibliothèque des connaissances médicales

**L'Obésité**, par les Docteurs Maurice PERRIN, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy et Paul MATHIEU, Ancien interne des Hôpitaux de Nancy, Médecin-Consultant à Brides-les-Bains. — Ernest Flammarion, éditeur. — Un volume in-18. — Prix : 7 fr. 50.

La Bibliothèque des connaissances médicales a pour but de mettre au point, pour le grand public cultivé, les principales questions de pathologie humaine. Parmi celles-ci, l'obésité est une de plus troublantes. Nombre de gens se demandent s'ils sont simplement gras ou s'ils sont obèses, c'est-à-

dire exposés aux désagréments et complications qu'entraîne fatalement, un jour ou l'autre, la surcharge graisseuse anormale. Que des femmes, ayant confondu l'embonpoint normal avec le début d'une obésité disgracieuse, ont pâti de cures d'amaigrissement faites à tort ou avec trop d'intensité ! Au point de vue national même, les médecins se sont souvent demandés, au cours de la dernière guerre, si tel sujet très dodu devait être utilisé dans l'armée ou rejeté comme une non-voleur.

Le livre de MM. Maurice Perrin et Paul Mathieu, clair et complet à la fois, fruit de leur grande expérience clinique, permet d'éviter les erreurs préjudiciables aux malades ou à la société. Les lecteurs, même non-médecins, y trouveront des descriptions précises et de lecture facile, avec toutes les acquisitions de la science moderne sur les causes et les origines de l'obésité. La partie thérapeutique, longuement développée, est une mine de renseignements pratiques pour les médecins et leurs collaborateurs (masseurs, doucheurs, moniteurs d'entraînement), ainsi que pour les malades eux-mêmes, auxquels il servira de guide pour la bonne exécution du régime prescrit, l'usage méthodique des exercices physiques, etc.

×

**Les Épilepsies**, par le Dr CESTAN, Médecin des Hôpitaux, Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales à la Faculté de Toulouse. — Ernest Flammarion, éditeur. — Un vol. in-18. — Prix : 7 fr. 50.

Ce volume est la mise au point de la question des épilepsies, mise au point rendue possible grâce aux renseignements fournis par la neurologie de guerre et par les découvertes contemporaines sur les modifications pathologiques du milieu humoral.

Après une première partie consacrée à la clinique et tout particulièrement aux manifestations psychiques et à la responsabilité pénale des épileptiques, l'auteur fait, dans une deuxième partie, l'étude approfondie de chaque variété d'épilepsie, il discute longuement la place nosologique et la pathogénie de l'épilepsie commune essentielle. Enfin, dans la troisième partie, il expose la thérapeutique, faisant ainsi profiter le lecteur de sa longue expérience.

Cet ouvrage s'adresse donc non seulement aux médecins qui trouveront là la très claire mise au point d'une question particulièrement complexe, mais également aux familles qui auront dans ce petit volume un guide précieux pour la direction du traitement.

×

**L'évolution des idées médicales sur la responsabilité des délinquants**, par le Dr Henri VEGEN, Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Bordeaux. — Ernest Flammarion, éditeur. — Un vol. in-18, avec 40 figures. — Prix : 7 frs.

Ce livre est un essai de mise au point des questions complexes que soulève à chaque instant devant les juridictions criminelles et aussi devant l'opinion publique le redoutable et angoissant problème de la responsabilité des délinquants. L'auteur étudie successivement les caractères objectifs de la délinquance des diverses catégories d'aliénés pour montrer comment l'irres-

ponsabilité de cette sorte de criminels ressort du caractère pathologique fondamental des motifs d'action.

Il s'efforce ensuite de faire voir comment ce critère fondamental se trouve en défaut dès qu'on quitte les aliénés indiscutables pour aborder l'étude des délinquants plus ou moins atteints de larses nerveuses auxquels il est habituel d'accorder le bénéfice de la responsabilité atténuée. L'analyse des caractères de la délinquance des névropathes, des toxicomanes et des tarés qui constituent le fonds de la criminalité dite d'habitude, conduit à restreindre considérablement le champs d'application de la responsabilité atténuée.

Des considérations sur les nouvelles conceptions de la pénalité en rapport avec les données scientifiques terminent cet ouvrage qui par son allure générale, son plan, et son style même apparaît destiné au public cultivé extra médical autant et plus peut-être qu'aux médecins.

---

*Manuel de Syphiligraphie Pratique.* — **La Syphilis et le Praticien**, par H. DROUIN, chef de Laboratoire à l'Hôpital Broca. — Préface de L. HUDELO, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis. Vigot Frères Éditeurs. — 1 vol. in-8 écu, 610 pages, cart. avec 401 fig. — Prix 20 fr.

Le domaine de la Syphilis est immense et l'heure n'est plus où la Syphiligraphie pouvait être considérée comme une section à part de la pathologie humaine.

Si sa connaissance approfondie et complète reste et restera forcément l'apanage du spécialiste, la nécessité apparaît cependant chaque jour plus pressante pour le praticien, d'une "Instruction syphiligraphique générale".

En moins de quinze années, les découvertes cliniques, les conquêtes du laboratoire biologie et du laboratoire thérapeutique ont renouvelé de fond en comble la science syphiligraphique, la nécessité s'imposait d'une mise au point précise et nette de l'ensemble de la question, mise au point qui fut à la fois assez complète pour ne laisser dans l'ombre aucun des points essentiels et assez concise pour réunir sous un format maniable tout ce qui constitue cette science si diverse et si étendue.

Le manuel de syphiligraphie de H. Drouin remplit avec bonheur ce double programme.

L'ouvrage est divisé en quatre parties

La première partie est consacrée à la Pathologie générale de la Syphilis, aux grandes lignes de son évolution, à sa microbiologie, à ses réactions humorales, le tout envisagé sous un angle exclusivement *pratique*.

Ea seconde partie comprend l'étude clinique des manifestations cutanées, muqueuses, viscérales et nerveuses de la syphilis acquise et héréditaire.

La troisième partie, consacrée aux directives et modalités du traitement de la syphilis à ses diverses étapes, s'efforce, en dehors de toute préoccupation d'école, de dégager des travaux les plus récents et les plus autorisés, une règle de conduite, assez ferme pour servir de base à tout traitement anti-syphilitique, assez souple pour se plier à l'infinie diversité des particuliers.



Enfin, la quatrième partie, expose les retentissements de la syphilis sur la vie sociale, familiale et individuelle.

De nombreuses figures, illustrent et éclairent le texte, achevant de faire de ce livre, le " Manuel syphiligraphique du praticien ".

**Thérapeutique post opératoire, à l'usage des Chirurgiens, Praticiens et Infirmières,**  
par E. ROCHARD, Membre de l'Académie de Médecine. Chirurgien hon. des hôpitaux. et W. M. STERN, Membre correspondant de la Société de Chirurgie. Ancien interne des hôpitaux. — Gaston Doin, Éditeur. — 1 volume in-8° de 730 pages avec 156 figures dans le texte. — Prix 30 fr.; franco (France) 32 fr.

Ce livre comble une véritable lacune.

Alors en effet, que personne ne conteste l'importance fondamentale de la thérapeutique post-opératoire, celle-ci n'est enseignée nulle part. Et, dans notre littérature médicale actuelle, aucun travail d'ensemble ne lui est spécialement consacré.

Laissant de côté toutes théories inutiles et toutes fallacieuses statistiques, MM. ROCHARD et STERN se sont attachés à écrire un ouvrage essentiellement pratique et clair, dans lequel ils ont condensé toute leur grande expérience, c'est donc un livre entièrement vécu.

Toutes les opérations courantes de grande et petite chirurgie y sont envisagées tour à tour et, pour chacune d'elles, les auteurs ont décrit les *suites normales*, d'une part, et, d'autre part, les *suites pathologiques*, et indiqué pour les unes comme pour les autres, les soins post-opératoires adéquats.

De plus, n'oubliant pas combien difficile est parfois le *diagnostic* de certaines complications qui peuvent surgir dans les jours qui suivent une opération, ils se sont appliqués à mettre en valeur les moyens de les dépister.

C'est dire que leur livre n'est pas seulement un exposé des suites opératoires et des soins qu'elles appellent, mais, encore, une étude du diagnostic des divers accidents et complications dont la nature et la signification ne s'imposent pas toujours au premier coup d'œil et qui, si souvent, embarrassent le praticien.

Il pourrait donc tout aussi bien s'intituler *Thérapeutique et Clinique post-opératoires*.

Parmi les moyens thérapeutiques, les auteurs conseillent, avant tout, ceux qui dans leur carrière, déjà longue, leur ont donné les résultats les plus constants. Certains, encore relativement peu employés, comme la transfusion du sang, la vaccino et la séro-thérapie, la méthode de CARREL, etc.; sont décrits avec toute la précision nécessaire. Il en est de même du traitement actuel du tétanos, de la gangrène gazeuse, des septicémies, de l'érysipèle, etc... Toutes les opérations des diverses régions sont ensuite abordées et étudiées en détail. Les divisions, l'impression soignée du livre, ses figures, ses tables des matières alphabétique et analytique, enfin, en rendent la lecture attrayante et aisée.

Aide-mémoire pour le chirurgien absorbé par les grandes opérations, guide pour les praticiens dans leur pratique journalière de moyenne et petite chirurgie, ce livre rendra aussi de précieux services aux débutants et aux in-

firmières qui désirent s'instruire davantage, non seulement pour mieux soigner les malades qu'on leur confie, mais encore pour pouvoir les surveiller avec discernement et savoir attirer, à temps et opportunément, l'attention du chirurgien sur les troubles et symptômes insolites que peuvent présenter les opérés.

Bref, la *Thérapeutique post-opératoire* de MM. ROCHARD et STERN s'adresse à tous ceux qui, appelés à prescrire, à diriger ou à exécuter les divers soins que comportent les suites, mouvementées ou non, d'une intervention, contribuent au succès de l'acte chirurgical.

---

**Joyeux Propos d'Esculape.** par les Docteurs CABANÈS & WITROWSKI. — In-12 de 308 pages, 47 figures. — Prix 9 fr. — Chez Lefrançois, éditeur à Paris.

Pour le délassement de leur confrères, les Docteurs CABANÈS & WITROWSKI ont écrit ces nouvelles pages toutes pleines d'humour et d'esprit et qui font suite à leur ouvrage récemment paru sous le titre de : « *L'Esprit d'Esculape* ». dont le succès a été enregistré par toute la presse littéraire autant que scientifique.

Les *Joyeux Propos d'Esculape* sont, on peut l'assurer, d'une lecture plus divertissante encore que le recueil qui l'a précédé ; ce n'est point seulement un chapitre d'anecdotes relatives à l'art médical et à ses servants, mais une série de monographies dont l'énumération doit suffire pour en laisser pressentir l'intérêt : *Clysteriana, L'Esprit au temps de Voltaire, les Galanteries au siècle galant, Médecins mystificateurs et mystifiés, Proverbes et Dictons sur les Médecins*, etc. etc., le tout assaisonné de fin sel gaulois, mais sans que les auteurs se soient un instant départis de la mesure et du tact qui caractérisent leur manière.

Ce livre tiré à petit nombre, comme *L'Esprit d'Esculape*, étant appelé à s'épuiser rapidement, tous les amateurs de curiosités se hâteront de l'acquérir pour le placer dans un des coins favoris de leur bibliothèque à l'abri des regards indiscrets.

---

**Esculape**, Grande Revue Mensuelle Illustrée. — *Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine.* — Abonnement : 25 francs. — Le n° 3 fr. — 15, rue Froidevaux, Paris.

*Sommaire du numéro de Février 1923*

Possédée au début d'une crise (1 illustr.).

Louise Bourgeois, accoucheuse de Marie de Médicis, par le Dr BRUSLON (6 illustr.).

A propos de l'Inquisition d'Espagne, par J. AVALON (3 illustr.).

Le Sang de Vénus (1 illustr.).

L'Hippocratisme Montpelliérain (suite), par les Professeurs PAUL DELMAS et CH. GUÉRIN-VALMALE (6 illustr.).

Le Bain des Hommes (1 illustr.).

Poètes. Caricaturistes : Notes de Psychologie, par le Dr CH. GUILBERT (6 illustr.).

Supplément (6 illustr.)

---

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois de Mars 1923

DÉSIGNATION des Contrôlés Civils	LOCALITÉS ou corps de Troupe	POPULATION CIVILE																		
		Fèvres typh. et paratyph.	Typhus	Varole	Scarlatine	Diphthérie	Choléra	Peste	Fèvre jaune	Dysentéries amb. et bacill.	Méningite cerebro-spinale	Poliomyélite antérieure aigüe	Ficterécurrenle	Fèvre méditerranéenne	Lèpre	Rougeole	Grippe épidémique	Tuberculose ouverte	Paludisme	Traçome
Tunis . . . . .	Tunis, Hammam-el-Udi, Maxala - Radés . . . . .	1	2	3	4	6	8	0	10	11	13	14	15	16	18	A	C	E	J	K
Zaghouan . . . . .	Nabeul . . . . .	1			1	4				1						6		1		
Gromballa . . . . .	Henehir Rherman . . . . .	1	7													2				
Bizerle . . . . .	Keilba . . . . .																8			
Béja . . . . .	Ferryville . . . . .	2																		
Tabarka . . . . .	Tabarka . . . . .																			
Souk-el-Arba . . . . .	Qued Meliz . . . . .																			
	El Hnanche . . . . .																			
	Semenane (Bulja) . . . . .																			
	Djhaflia . . . . .																			
	Koudiat Berrebane . . . . .	1																		
	Souk-el-Mhemis . . . . .																			
	Medjcz-el-Bab . . . . .	1																		
Medjcz-el-Bab . . . . .	Oulad Sidi-Ahmed . . . . .		7																	
Téboursouk . . . . .	El Rysaia . . . . .			4																
Ker . . . . .	Quad Ghida . . . . .																			
Maktar . . . . .	Gargara (Houafedli) . . . . .																			
Thala . . . . .	Sousse . . . . .		17																	
Sousse . . . . .	Cherchira (2) . . . . .		47																	
Kairouan . . . . .	Ech-Cherqui (KerHennah) . . . . .	5																		
	Remla . . . . .		3																	
	El Rherarb . . . . .		2																	
Sfax . . . . .	El Rouidna (1) . . . . .	11																		
	M-knasy (3) . . . . .																			
Gafsa . . . . .	Gurbenen . . . . .			1																
Tozeur . . . . .																				
Gabès . . . . .																				
Djerba . . . . .																				
Territoires M <sup>rs</sup> du Sud . . . . .																				
	Hôpital Militaire du Belvédère . . . . .																			
	Hôpital Militaire de Bizerte . . . . .																			
	Souk-el-Djemaa (Maktar) . . . . .																			
	Détachement du 4 <sup>e</sup> B <sup>er</sup> d'Afrique . . . . .																			
<b>TOTAUX</b> . . . . .		21	98	19	1	12				1	4				24	8	3		1	
188 Cas																				

Population

Milit.

Population Civile

### Le Foyer National des Médecins Français

Le « Foyer National des Médecins français », en voie de création et d'organisation, sera avant tout, un centre de réception pour les médecins français et étrangers.

Il faut que le « Foyer National des Médecins français » donne à tous les médecins étrangers l'impression d'être reçus par la France elle-même. Il constituera un centre amical où tout médecin doit se trouver chez lui.

Au « Foyer National des Médecins français » seront fournis tous les renseignements concernant les cours de la Faculté, les cliniques médicales et chirurgicales non seulement des hôpitaux, mais encore des organisations particulières, les laboratoires publics et privés; les stations thermales, climatiques et balnéaires, les maisons de fabrication d'appareils de chirurgie, de médecine, de laboratoire, d'hygiène et de prothèse; les grosses firmes de nos produits pharmaceutiques.

Au « Foyer National des Médecins français », véritable centre scientifique, sera créée une bibliothèque pourvue de tous les journaux de médecine et de chirurgie français et étrangers et de toutes les nouveautés médicales.

Il faut que le « Foyer National des Médecins français » permette à tout praticien français et étranger de pouvoir exposer dans un cours ou dans une conférence, ses travaux ou sa technique personnelle. Nous aurons ainsi favorisé l'intéréchange des idées par l'intéréchange des conférenciers. Des projections cinématographiques ou autres seront prévues dans l'organisation.

Le « Foyer National des Médecins français » pourra devenir le siège social des Sociétés médicales qui y installeraient leurs bureaux et leurs salles de réunion.

Les laboratoires, les fabricants d'instruments de chirurgie, les stations thermales et climatiques pourraient y organiser des Expositions.

Le « Foyer National des Médecins français » en liaison directe avec l'« Office National du Tourisme », le « Touring Club de France » « La Compagnie Française du Tourisme », les grands réseaux de Chemins de Fer, les Compagnies de Navigation, s'efforcera de faciliter les voyages de ses adhérents.

Le « Foyer National des Médecins français » n'entrevoit pas pour le moment la création d'un hôtel ou d'un restaurant. Il mettra ses adhérents en relation directe avec des hôtels, des restaurants, des pensions de famille de prix différents.

Le « Foyer National des Médecins français » devra être en relations

constantes avec les organisations similaires pouvant déjà exister et pouvant, un jour, être abritées au « Foyer National des Médecins français », tout en conservant leur autonomie.

La Commission d'Etudes du projet sera très reconnaissante à tous ceux qui voudront la faire bénéficier de leurs suggestions.

Docteurs : BOUCARD, DARTIGUES, DECRETON, FASSINA,  
FORESTIER, FOUCART, HELME, KOPP, LEVASSORT, MOLIERY,  
NOIR, O'FOLLOWELL, THIERY, VIMONT, DIEUPART.

M. HARDY, Architecte, Conseiller Technique;

M. le Docteur BOUDIN, Conseiller Juridique.

## **Institut de Médecine et de Pharmacie Coloniales**

**Université d'Aix-Marseille**

La deuxième session d'études de Médecine et de Pharmacie Coloniales, commencera le lundi 9 avril et se terminera à la fin du mois de juin par les examens permettant d'obtenir le diplôme d'Etudes médicales et de pharmacie coloniales de l'Université d'Aix-Marseille.

Des épreuves supplémentaires spéciales peuvent conférer en plus le titre de Médecin sanitaire maritime.

En dehors des places de médecins de l'Assistance publique indigène disponibles dans les principales Colonies, des places sont offertes par les grandes Compagnies coloniales, telles que la Compagnie Cotonnière en Afrique Occidentale.

L'Ecole de Médecine de Dakar a demandé un professeur d'Obstétrique. La Chambre de Commerce vient de mettre à la disposition de l'Institut deux bourses d'études de 1.500 francs chaque.

Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat de l'Ecole de Médecine, Palais du Pharo, de 11 heures à Midi et de 15 h. à 17 heures, ou à l'Institut de Médecine et de Pharmacie Coloniales, 40, Allées Léon Gambetta, ancienne Faculté des Sciences, de 10 h. à 11 h. 30.

## **V<sup>e</sup> Congrès National de la Tuberculose**

**Strasbourg 2-6 Juin 1923**

La Compagnie Transatlantique accorde une réduction de 20 pour 100 sur le total des billets aller et retour sur présentation de la carte de membre titulaire ou adhérent du Congrès.

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales

## et Tunis-Médical réunis

MAI 1923

### Notes de prophylaxie antisyphilitique

Résultats du traitement d'entretien obligatoire par l'huile grise  
au Dispensaire Municipal de Salubrité de la Ville de Tunis

par le Docteur E. CASSUTO



A Tunis, comme dans la plupart des grandes villes de France, il a été décidé de transformer le dispensaire municipal de salubrité en dispensaire de prophylaxie anti-vénérienne. Des raisons budgétaires ont jusqu'ici empêché la transformation complète, prévue, et considérée à juste raison comme un des facteurs les plus puissants de la lutte anti-syphilitique que l'on commence à organiser sous la direction de notre excellent confrère Jamin, chef des services annexes.

Mais déjà, le dispensaire de Tunis n'est plus seulement un centre de surveillance sanitaire des filles publiques; un traitement d'entretien obligatoire y a été institué pour toutes les filles soumises considérées comme atteintes de syphilis latente.

Des raisons budgétaires et l'exiguité d'un local délabré ne m'ont pas permis d'instituer jusqu'ici le traitement d'entretien mixte par les arsénobenzènes et le mercure, mode de traitement que la plupart des syphiligraphes considèrent aujourd'hui et avec juste raison comme le plus puissant et le seul capable de stériliser le syphilitique. Mais, d'accord avec la Direction de l'Hygiène et les Services Annexes j'ai, depuis plus de deux ans, institué le traitement prophylactique d'entretien obligatoire par des séries d'injections d'huile grise.

Je vous avoue que je n'espérais pas avoir à constater les si heureux résultats que je vais vous communiquer : le mercure et les sels mercuriels ne sont plus considérés par beaucoup de syphiligraphes que comme des agents thérapeutiques de substitution indiqués seulement chez les intolérants aux arsénobenzènes. Et pourtant, deux années de pratique de traitement d'entretien à base d'huile grise m'ont démontré la valeur prophylactique sociale du vieux mercure, son influence heureuse sur l'évolution de la syphilis, influence heureuse contrôlée par les courbes sérologiques du W. sanguin.

Je n'ai pas du tout l'intention dans ce petit travail de discuter la valeur respective des trois grandes médications antisyphilitiques. Je n'opposerai pas le mercure à l'arsenic ou au bismuth. Au point de vue traitement de la syphilis, je reste un éclectique et je donne moi-même la première place aux arsénobenzènes comme traitement d'attaque et de blanchiment.

Mais ce traitement d'attaque ou de blanchiment des lésions primaires ou secondaires constatées au dispensaire, chez les filles soumises n'est pratiqué qu'au pavillon spécial de l'Hôpital Civil pour les filles européennes, ou de Sadiki pour les indigènes; car les filles reconnues malades sont hospitalisées, mises à l'abri, jusqu'à cicatrisation de leurs lésions contagieuses, jusqu'à blanchiment.

Sorties de l'hôpital, ces malades sont de nouveau soumises à la surveillance sanitaire et au traitement d'entretien obligatoire.

De plus, toutes les filles considérées comme atteintes de syphilis latente sont astreintes à suivre le traitement d'entretien au Dispensaire Municipal ou à la consultation spéciale des services annexes de l'Hôpital Civil dans le but non seulement d'éviter les récurrences contagieuses mais aussi de guérir ces malheureuses et d'éviter qu'elles ne procèdent des hérédos, car elles procèdent beaucoup plus souvent qu'on le croit.

Nous avons considéré comme syphilitiques latentes toutes les filles qui ont présenté un B.W. sanguin positif et même celles qui, négatives au point de vue sérologique, présentaient, lors du premier examen général, des stigmates nets de syphilis.

Le grand critérium a donc été la réaction de W. Je n'en discute pas la valeur, tenue aujourd'hui pour très sujette à caution par plusieurs auteurs mais il n'en est pas moins vrai que la B.-W. est le seul critérium possible, la plupart des filles répondant à l'interrogatoire qu'elles n'ont jamais été malades même lorsque la vérole les a indélébilement marquées.

Nous avons donc commencé, le docteur Gobert et moi, en juin 1920, à rechercher la réaction sérologique de déviation du complément chez toutes les filles inscrites, européennes et indigènes. Ce n'est qu'au mois de mai 1921 que je pus terminer ce travail dont le résultat a été assez intéressant. Voici la proportion des résultats positifs :

Pour les indigènes musulmanes 87 % ont présenté une réaction franchement positive;

Les Israélites 72 %;

Les Européennes 58 %.

Depuis, des prises de sang sont pratiquées sur toutes les nouvelles arrivantes dès leur inscription et des courbes sérologiques ont été régulièrement établies pour chaque femme par des B.-W. faits tous les six mois en moyenne.

Toutes les filles présentant un B.-W. positif qu'elles aient ou non été atteintes de lésions de syphilis génitale constatées, ont donc été soumises au traitement d'entretien par l'huile grise.

C'est ainsi qu'au cours de ces deux dernières années, 115 filles européennes ont subi au moins une série de 5 à 6 injections hebdomadaires. Malheureusement les *déserteurs du traitement*, comme les appelle Hudelo, sont nombreux, surtout parmi les femmes dont la majeure partie sont des nomades, des oiseaux migrateurs. Peu d'entre elles peuvent être considérées comme sédentaires : je ne vais tabler dans ma statistique que sur les résultats obtenus chez ces sédentaires, chez les filles qui ont pu être soignées et suivies pendant dix huit mois au moins à Tunis : sur une moyenne de 150 prostituées européennes visitées au dispensaire une fois au moins par semaine, pendant les deux dernières années soixante-six sédentaires ont pu y subir un traitement d'entretien mercuriel dont l'intensité a varié suivant leur âge, les manifestations génitales plus ou moins récentes qu'elles ont présentées et leur courbe sérologique.

J'ai employé exclusivement de l'huile grise en injections intra-musculaires dans la région fessière, par séries de 5 à 6 injections hebdomadaires, pratiquées au cours de la visite de surveillance et aux doses de 0,04 à 0,08 de mercure par injection. Ces filles ont donc reçu une dose de 0,30 à 0,40 de Hg par série. Chaque série d'injections a été suivie d'un repos de six semaines à deux mois de sorte que les filles traitées ont reçu de 3 à 4 séries d'huile grise par année.

Cette méthode de traitement a contre elle la douleur, les phénomènes d'accumulation possible et les accidents d'intoxication mercurielle aiguë.

Or, sur 115 filles ayant reçu au moins une série d'injections, très peu se sont plaint de *la douleur* parce que les injections ont été pratiquées avec des aiguilles très longues et dans la région supéro-externe des fesses.

Le traitement a d'autre part dû être interrompu dès la première série :

- 3 fois seulement pour stomatite;
- 1 fois pour parotidite;
- 1 fois pour glossite.

La *dysenterie mercurielle* n'a été constatée que chez trois prostituées à la fin de leur deuxième série d'injections (phénomènes d'accumulation).

Tels sont les accidents constatés sur 115 malades. Il est vrai que, préventivement, je fais distribuer chaque semaine aux prostituées en cours de traitement, une provision de comprimés de chlorate de potasse et qu'en général j'ai évité de soumettre au traitement d'entretien les porteurs de très mauvaises dentitions.

J'exposerai maintenant les résultats de ces traitements d'entretien, résultats observés et contrôlés sur les soixante-six sédentaires suivies et soignées pendant plus de dix-huit mois.



Je noterai pour être exact que sur ces soixante-six malades, dix-huit avaient reçu au cours de leurs hospitalisations précédentes pour lésions secondaires génitales, des cures de novarsénobenzol intra-veineux, mais ces filles avaient gardé un B.-W. positif.

**Résultats cliniques.**— Sur ces soixante-dix malades traitées au dispensaire au cours des deux dernières années, cinq seulement ont présenté des récidives sous forme de *lésions syphilitiques secondaires* apparues au début du traitement d'entretien.

Deux ont été hospitalisées pour lésions secondaires, vulvaires constatées après la première série d'injections;

Deux autres ont présenté des lésions secondaires, buccales après la première ou la deuxième série d'injections.

Une fille a présenté une gomme du voile du palais après la deuxième série d'injections.

Traitées par le novarsénobenzol à l'Hôpital-Civil, ces filles ont subi ensuite leur traitement mercuriel d'entretien au dispensaire et trois d'entre elles ont aujourd'hui un W. négatif.

De sorte que sur cinquante-neuf filles hospitalisées pour syphilis au cours des deux dernières années, cinq seulement suivaient le traitement d'entretien, les autres, ont été hospitalisées pour accidents primitifs ou pour lésions constatées lors de la première visite de surveillance sanitaire.

Je note en passant que les hospitalisations pour syphilis génitale concernent dans la proportion de 80 p. 100 des filles visitées pour la première fois et amenées au dispensaire après des râfles.

Si nous comparons d'autre part le nombre total des hospitalisations de filles européennes au cours des quatre dernières années pour syphilis bucco-génitale nous trouvons, pour un nombre sensiblement égal de prostituées européennes inscrites (150 en moyenne) :

En 1919 : 46 hospitalisations;

En 1920 : 47 hospitalisations;

En 1921 : 32 hospitalisations;

En 1922 : 27 hospitalisations.

La diminution est donc très sensible depuis l'institution au dispensaire du traitement d'entretien obligatoire par l'huile grise.

**Résultats sérologiques.**— L'action de ce traitement d'entretien sur les courbes sérologiques n'est pas moins intéressante : La réaction de B.-W. a été recherchée systématiquement tous les six mois chez les soixante-six filles sédentaires suivies et traitées :

La négativité par courbe décroissante a été obtenue :

au bout de six mois de traitement soit deux séries chez 7 filles;

au bout d'un an de traitement soit trois séries de Hg, chez 28 filles;

au bout de dix-huit mois soit 4 à 5 séries chez 15 filles;

au bout de deux ans soit 6 à 7 séries chez 9 filles;

Le W. n'a pas pu être réduit après 6 à 7 séries chez 7 filles.

L'influence des cures de novarsénobenzol antérieurement subies par dix-huit de ces filles n'a pu être très manifeste sur les courbes sérologiques puisque la négativité n'a été obtenue chez elles qu'après un an de traitement chez huit d'entre elles, et après dix-huit mois chez les dix autres.

La négativité du W. obtenue par le traitement mercuriel d'entretien a en général été jusqu'ici définitive pour les filles suivies pendant dix-huit mois. La réactivation n'a été constatée que chez trois d'entre elles dont le W. avait été réduit à 0 après un traitement d'un an et qui avaient été laissées sans traitement pendant six mois.

×

Je viens de vous rapporter les résultats de mes observations chez les filles soumises européennes.

Pour les indigènes, le traitement d'entretien obligatoire par l'huile grise n'a pu être instituée que depuis un an seulement dans le service de M<sup>lle</sup> Gordon. Les indigènes sont de beaucoup les plus nombreuses puisque la moyenne des filles hebdomadairement visitées a été de 240 au cours des trois dernières années, dont 87 p. 100 présentaient un W. positif au mois de mai 1921. Un certain nombre de ces prostituées indigènes choisies parmi les plus jeunes ont été soumises au traitement d'entretien par l'huile grise. Je ne puis encore communiquer les résultats cliniques et sérologiques constatés mais un fait est déjà acquis c'est la diminution du nombre des hospitalisations des filles soumises indigènes pour syphilis bucco-génitale secondaire, nombre qui de 65 en 1920 et 72 en 1921 est tombé à 41 en 1922, première année de fonctionnement du traitement d'entretien.

×

Au point de vue prophylactique social la cure d'entretien instituée au dispensaire de Tunis a donc donné des résultats très appréciables :

1° Le nombre des filles hospitalisées pour lésions contagieuses syphilitiques a notablement diminué. Les récidives ont été très rares.

2° L'influence de la cure d'entretien mercurielle sur la courbe sérologique a été manifeste et comparable en tous points peut-être aux résultats que l'on aurait obtenu par l'arsenic. Il existe des W. arséno-résistants comme il y en a d'hydrargyro-résistants.

3° Enfin, au point de vue économique, nous constatons une diminution très notable du nombre total annuel des journées d'hospitalisations payées par le budget de la ville. En effet, ce nombre qui a été, pour les européennes, de 3.406 journées en 1919 est tombé à 2.209 en 1922. Pour

les indigènes, la ville a payé 4.788 journées en 1919 et 2.066 seulement en 1922.

D'où économie très notable pour le budget de la ville dont les disponibilités pourront bientôt, je l'espère, permettre la construction d'un nouveau dispensaire de prophylaxie convenablement outillé.

Au point de vue clinique et thérapeutique il résulte donc des observations faites au dispensaire que le mercure a le droit de reconquérir la place très importante dont les arsénobenzènes l'ont supplanté en syphiligraphie.

L'expérience faite au dispensaire de Tunis démontre à mon avis l'intérêt pratique considérable des injections intra-musculaires d'huile grise. Au surplus les contre-indications du mercure sont plus rares que celles des arsénobenzènes surtout quand il s'agit de traitements ambulatoires pratiqués sur un nombre considérable de malades qui, comme à la caserne, essaient autant que possible de couper à la corvée en cherchant des excuses pour ne point suivre régulièrement leur traitement.

Si les arsénobenzols, malgré leurs dangers, constituent un progrès très considérable dans la prophylaxie sociale et dans la thérapeutique de la syphilis, il n'en est pas moins vrai qu'ils ne doivent être utilisés qu'en tenant compte des règles fixées pour leur emploi. Ces règles, il était difficile sinon impossible de les appliquer au dispensaire de Tunis. L'huile grise a été employée en substitution aux arsénobenzènes comme seul traitement de fond, d'entretien. Les résultats de cette méthode, après plus de deux années d'expérimentation, dépassent tellement nos espérances qu'il nous a paru intéressant de vous les communiquer.

# La lutte antituberculeuse en Tunisie (1)

par le Docteur **A. HENRY**, de Tunis

Pour peu qu'ils y prêtent attention, tous ceux qui s'intéressent à l'hygiène et à la prophylaxie sociales, s'étonneront que, jusqu'alors, aucun effort méthodique et soutenu n'ait été tenté en Tunisie contre la tuberculose. Et pourtant, ici comme en France, et comme en Algérie, la tuberculose est un danger social grave.

Pourquoi ce problème capital qu'est la lutte antituberculeuse, n'a-t-il pas aimanté la sollicitude des Pouvoirs publics et suscité davantage de généreuses initiatives privées ? Le champ d'action a-t-il paru trop vaste, les difficultés ont-elles semblé trop grandes ?

Quoiqu'il en soit, il faut constater, en toute vérité, que le péril n'a pas été envisagé ici dans toute son ampleur et que, jusqu'à présent, la lutte antituberculeuse n'a pas encore été entreprise selon un programme nettement conçu et défini.

La tuberculose, insidieuse, sournoise, silencieuse mais impitoyable, attaque en ordre dispersé et n'inquiète que mollement. (A. CANTONNET). Mais il faut songer qu'en France il y a, par an, 100.000 décès par la tuberculose. Le professeur Calmette évalue à 75.000 francs la valeur en capital d'un homme fournissant un travail moyen. Perdre 100.000 hommes de cette catégorie, c'est perdre annuellement de 7 à 8 milliards. Tous les quinze ans environ, la tuberculose coûte à la France autant que la dernière guerre.

Pour la Tunisie il est malaisé de fixer d'une manière à peu près certaine le nombre de décès dus à la tuberculose. Les statistiques manquent. Mais les médecins s'accordent à constater que la tuberculose est très fréquente. Des recherches systématiques permettraient certainement d'observer une extension de la maladie dans bien des milieux.

Il est nécessaire de noter des différences sensibles dans la morbidité et la mortalité, selon les races envisagées. Les musulmans semblent de beaucoup les plus atteints, puis les italiens, puis les français. Les israélites ne viennent qu'au dernier rang. On a signalé depuis longtemps déjà la faible mortalité de la race juive par tuberculose.

P. Busch (2) la considère comme presque paradoxale. Et cependant la même constatation a été faite presque dans tous les pays et dans toutes les conditions sociales.

(1) Communication faite au IV<sup>e</sup> Congrès de la Mutualité des Colonies et Pays de Protectorat (Tunis, 6-12 avril 1923).

(2) P. BUSCH. — *Deutsch Med. Wochenschr.*, 8 déc. 1921.

Le docteur D. Scialom (1) a également noté que « la tuberculose juive est rare, bénigne, curable ».

Le peuple juif par son isolement forcé pendant vingt siècles dans les villes est devenu plus apte à la lutte pour l'existence urbaine, malgré la vie de ghetto insalubre.

POUR SANARELLI, l'immunité juive ne tient pas à l'alimentation rituelle (cachir), mais reconnaît pour cause, l'adaptation israélite, forcée et multiséculaire à la vie urbaine. Le juif est actuellement le type urbain par excellence.

Le juif tunisien, sédentaire, très ancien citadin aguerri, présente généralement une tuberculose atténuée mais fréquente et suivant la loi générale pour sa race, est rarement atteint de tuberculose pulmonaire.

« Le Musulman tunisien, imprévoyant et nomade, est au contraire un citadin récent, un nouvel éthylique, un fataliste convaincu; il fait partie d'un peuple nouvellement adapté à la vie urbaine; il subit actuellement les inconvénients de tout début urbain et paye un lourd tribut à la tuberculose ». (Scialom).

A défaut de renseignements tunisiens sur l'étendue de l'infection tuberculeuse en milieu musulman, il est intéressant de signaler ce qui a été observé en Algérie, où les conditions des indigènes sont tout à fait analogues à celles de Tunisie.

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.

Un travail de MM. L. PARROT et H. FOLEY (2) porte sur plus de 800 cuti-réactions tuberculiques.

De l'ensemble des observations, il résulte que l'infection tuberculeuse atteint, en général, son maximum de fréquence sur le littoral et son minimum au Sahara.

Dans le *Tell*, le pourcentage des cuti-réactions positives est de :

1 à 5 ans : 16,6 %;

6 à 15 ans : 38,1 %;

16 ans et au-dessus : 69,7 %;

index total : 49,2 %.

(1) D. SCIALOM. — La Tuberculose chez les Israélites tunisiens. (*Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, février 1921)

D. SCIALOM. — La Tuberculose indigène. (*Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, septembre 1921)

(2) L. PARROT & H. FOLEY. — L'infection tuberculeuse chez les indigènes musulmans d'Algérie. (*Arch. des Inst. Pasteur de l'Afr. du Nord*. T. II fase 1, mars 1922.)

Dans les *Hauts-Plateaux* :

de 1 à 5 ans : 17,2 %;  
 de 6 à 15 ans : 43,2 %;  
 de 16 et au-dessus : 64 %;  
 index total : 47,9 %.

Dans le *Sahara* :

de 1 à 5 ans : 20,8 %;  
 de 6 à 15 ans : 38,7 %;  
 de 16 ans et au-dessus : 56 %;  
 index total : 42 %.

L'index moyen pour l'ensemble des régions est de 45,7 %.

Dans les trois régions, le degré d'infection tuberculeuse est fonction : 1<sup>o</sup> du voisinage des européens; 2<sup>o</sup> de l'origine ethnique; 3<sup>o</sup> de l'habitation. L'infection croît avec le voisinage, l'ancienneté et l'importance numérique de la pénétration européenne. Les indigènes de race blanche (arabes et berbères) donnent un pourcentage de cuti-réactions positives supérieur à celui qui est fourni par les indigènes de race colorée, métis, (haratin, négroïdes) et nègres.

Les arabes sont plus infectés que les berbères.

Pour toutes les régions, et pour toutes les races, les nomades de tente et les sédentaires épars sont moins infectés de tuberculose que les indigènes sédentaires agglomérés en villages.

Les notions ci-dessus peuvent se résumer comme suit :

Les peuples à civilisation attardée, les sédentaires épars, les nomades, ont un degré d'infection tuberculeuse moindre que les habitants des villes. L'infection augmente avec le surpeuplement de celles-ci et les mauvaises conditions hygiéniques. Seuls les Israélites font exception à cette loi générale, ainsi que cela a été signalé ci-dessus, tout au moins en ce qui concerne le taux de mortalité.

Pour les Européens, l'infection tuberculeuse semble être sensiblement égale en Tunisie à ce qu'elle est en Europe.

Les malades examinés à l'*Œuvre Villemain*, à Tunis, se répartissent comme suit, d'après la nationalité, pour l'année 1922 :

	Adultes	Enfants	Totaux
Français.....	25	21	46
Musulmans....	207	130	337
Italiens.....	46	45	91
Israélites.....	13	10	23
Anglo-Malais..	9	11	20
Espagnols....	1	0	1
Grècs.....	1	0	1
Russes.....	3	0	3

En résumé, bien que des investigations précises n'aient pas été faites et malgré des variations selon les races, la tuberculose est un ennemi redoutable en Tunisie, et ici comme ailleurs, la lutte méthodique doit être entreprise contre ce fléau social.

### Les étapes de la lutte antituberculeuse

Quels sont les moyens défensifs et offensifs que l'on doit employer ?

L'armement antituberculeux français ne date véritablement que de quelques années. Il s'est constitué pendant la dernière guerre, mais il a fait de si rapides progrès que l'on doit le prendre pour modèle et en suivre les directives.

C'est grâce à la *Fondation Rockefeller*, instituée aux Etats-Unis en 1913, dans le but « d'améliorer les conditions matérielles de l'humanité » que la lutte antituberculeuse a été entreprise en France sur de nouvelles bases.

En 1916, l'attention de la Fondation Rockefeller fut attirée par de nombreux rapports envoyés aux Etats-Unis au sujet de l'accroissement énorme et continu de la tuberculose en France. Le docteur Hermann Biggs fut envoyé en France, en janvier 1917, puis en juillet de la même année, une mission présidée par le docteur Livingston Farrand.

Après la fin de la guerre, cette mission retourna aux Etats-Unis. En mars 1919, le docteur Williams prit la Direction pour la France, de la *mission Rockefeller* jusqu'à fin 1922.

Les Etats-Unis ont mobilisé, en 1917, deux armées bien différentes pour nous venir en aide. L'une fut destinée au front de bataille contre l'ennemi du dehors; l'autre, fut organisée pour nous guider dans la lutte contre la tuberculose, ennemi du dedans aussi terrible que le premier.

Après la cessation des hostilités sur le théâtre de la guerre, le programme antituberculeux se transforma en œuvre de paix. Le *Comité d'assistance aux tuberculeux militaires* devint le *Comité national de Défense contre la Tuberculose*.

La loi du 15 avril 1916 (Léon Bourgeois) sur les dispensaires a été complétée par la loi du 7 septembre 1919 (Honorat) sur les sanatoriums.

Les premiers essais d'organisation antituberculeuse eurent lieu fin 1917, dans le département d'Eure-et-Loir et dans le XIX<sup>e</sup> arrondissement de Paris.

Le plan d'organisation comprenait la création d'un certain nombre de dispensaires devant servir de centres d'examen, de triage et de prophylaxie. Celle-ci, était assurée par des infirmières d'hygiène diplômées.

Les cas avancés devaient être isolés dans des hôpitaux locaux ou dans des salles spéciales affectées à cet usage dans les établissements préexistants.

Un sanatorium départemental était prévu pour les cas précoces et curables. Un laboratoire était créé et attaché au dispensaire central de chaque arrondissement. Enfin des « équipes de propagande » parcoururent cinquante-trois départements en 1919-20 et le premier semestre de 1921.

Les résultats obtenus par la mission Rockefeller ont servi de base à la lutte actuelle. L'armement antituberculeux se compose aujourd'hui de cinq parties essentielles : le dispensaire, l'isolement hospitalier, les sanatoriums, la préservation de l'enfance et la propagande éducative.

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 fondée l'*Office public d'hygiène sociale du département de la Seine*. Des offices du même genre furent constitués dans tous les départements français, sauf quinze.

« 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 au Ministère de l'Hygiène, à laquelle elles adressent chaque année un compte rendu de leur fonctionnement. » (Léon Bernard).

J'ai décrit (1) plusieurs organisations antituberculeuses départementales. Il serait aisé de multiplier ces exemples. Chaque numéro du *Bulletin du Comité National de défense contre la tuberculose* relate les créations

---

(1) A. HENRY. — La lutte antituberculeuse en France et en Tunisie. (*Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, n° 12, décembre 1922).



nouvelles ou signale les améliorations apportées aux organisations anciennes.

Sans vouloir insister à ce sujet, et afin d'éviter une longue énumération qui n'a pas place ici, je tiens toutefois à noter le développement de la lutte antituberculeuse en Alsace et en Lorraine où fonctionnent 24 dispensaires (1).

« Actuellement, l'armement antituberculeux français comprend 425 dispensaires et 207 établissements qui peuvent recevoir 26.596 malades, sans compter les ressources du placement familial. » (Léon Bernard et G. Poix) (2).

Les progrès accomplis en quelques années seront bien mis en relief si je rappelle qu'en 1917, il n'y avait en France que dix dispensaires antituberculeux dont aucun n'employait de visiteuses d'hygiène.

Aujourd'hui il y a 600 infirmières diplômées.

### **Ce qui existe en Tunisie**

La Tunisie ne possède, pour la lutte antituberculeuse, qu'un dispensaire (Œuvre Villemin) et un Préventorium Marin (Institut Héliothérapique du Kram).

*L'Œuvre Villemin.* — Sur l'initiative d'un groupe de personnalités de bonne volonté et grâce au concours aussi empressé que désintéressé de quelques médecins, l'Œuvre Villemin (Association Tunisienne pour la lutte antituberculeuse) a été fondée en 1918. Depuis avril 1919, un dispensaire est installé 6, rue Mourad, à Tunis, dans une vaste maison indigène.

Il comprend : plusieurs salles d'attente, une salle de déshabillage et pesage, une salle d'examen, un petit laboratoire, une salle de radioscopie, une pharmacie, un bureau pour les dossiers et un magasin.

Ce dispensaire est placé sous la direction sagace et très dévouée de Mlle Moyet, infirmière diplômée, qui se charge du classement des fiches et des recherches bactériologiques simples. Il existe un service de visites à domicile assuré par des infirmières.

Pour l'examen laryngologique, les malades sont envoyés à la consultation d'un confrère spécialiste au dispensaire de la Croix-Rouge, rue Sidi-Ibrahim.

Des médecins assurent bénévolement, à jour fixe et une fois par se-

---

(1) Voir *Gazette Médicale et Revue d'Hygiène Sociale de Strasbourg*, n° 12, 30 octobre 1922 et *Bulletin du Comité National*, n° 2, mars-avril 1922.

(2) *Presse Médicale*, n° 22, 18 mars 1922.

maine, le service des consultations. Chacun d'eux a sa liste de malades ou de suspects, qu'il examine et revoit à son gré, selon les besoins.

Il y a consultation tous les matins, sauf le lundi et le dimanche. Des malades de toutes nationalités sont examinés. Les séances de radioscopie ont lieu généralement le samedi après-midi.

Des Sœurs de charité (infirmières) et des infirmières de la Croix-Rouge prêtent leur concours à chaque consultation, soit pour la mise à jour des fiches médicales, soit pour la distribution de médicaments et de secours (bons de suralimentation, vêtements, thermomètres, crachoirs, etc.).

L'Œuvre Villemin est une œuvre privée, mais elle reçoit annuellement une subvention du Gouvernement ainsi que du Comité National. Le complément de son budget est fourni par des cotisations et des dons.

Bien que ce dispensaire ne puisse donner son meilleur et plein rendement par suite du manque d'organisations antituberculeuses complémentaires (hôpitaux, sanatoriums, préventoriums, œuvre Grancher) on ne saurait nier qu'il s'y fait un travail important et utile.

Le mouvement du dispensaire pour 1922 est le suivant :

Nombre de séances de consultations :	210
Nombre d'examen médicaux :	2288
Nombre de séances de radioscopie :	35
Nombre d'examen de radioscopie :	390
Nombre d'examen de laboratoire :	70
Nombre de malades nouveaux :	522

Nombre moyen par jour de malades venant au dispensaire pour pansements, injections, pointes de feu, ventouses : 27;

Visites d'hygiène faites à domicile par les visiteuses : 1695.

L'Œuvre Villemin n'est pas à l'abri des critiques et celles-ci se sont parfois manifestées d'une façon radicale et péremptoire. Cela tient à ce que l'effort produit est incomplet et partiellement inefficace, faute de coordination avec d'autres moyens de prophylaxie sociale. Mais si ce dispensaire antituberculeux n'existait pas il faudrait le créer.

L'*Institut Héliothérapique du Kram* est un préventorium marin fondé en 1921 par Mme Bourgey pour que les enfants évitent la contagion, pour qu'ils soient au soleil et au grand air, pour qu'ils aient un lit à eux et une nourriture saine et suffisante, la fondatrice, grâce à une inlassable activité et à un zèle admirable put acheter au Kram, au bord du golfe de Tunis, l'immeuble qui abrite actuellement 52 enfants pré-tuberculeux.

Le succès a été si grand que cette belle œuvre est maintenant à l'étroit.

L'œuvre des *Colonies de Vacances* est en plein développement. L'an

dernier plusieurs centaines d'écoliers chétifs ont bénéficié d'un séjour d'été en pleine forêt de Khroumirie, soit à Aïn-Draham, soit à Meknas.

Il reste encore à signaler une *école en plein air* à L'Ariana. Enfin à l'Hôpital Civil Français de Tunis un pavillon de 25 à 30 lits est spécialement réservé aux tuberculeux.

### Programme d'organisation antituberculeuse

Si la Tunisie n'a pas encore établi un programme raisonné et moderne de lutte antituberculeuse, il n'est pas douteux qu'un jour — qu'il faut souhaiter très prochain — elle réalisera un armement sur le modèle de celui qui a déjà été donné en France et ailleurs, des résultats si encourageants.

La défense contre la tuberculose pour être efficace, doit comprendre les organisations suivantes :

1° *Comité Tunisien d'Hygiène sociale*. — Pour coordonner les initiatives privées et la participation des Pouvoirs publics à l'œuvre antituberculeuse, il est nécessaire de créer un Comité tunisien d'hygiène sociale et de défense antituberculeuse sur le modèle des Comités départementaux de France.

Ceux-ci sont affiliés au *Comité National* qui les groupe, les aide dans leur action au moyen de subventions et de conseils techniques. Le siège social du Comité National est à Paris, 66 bis, rue Notre-Dame-des-Champs. Il publie le *Bulletin du Comité National* de défense contre la tuberculose, qui paraît tous les deux mois et permet à ses lecteurs de se tenir au courant de tout ce qui concerne le problème de la tuberculose, envisagé au point de vue social.

« Les Comités départementaux, établis sous le régime de la loi du 15 avril 1916, font appel à toutes les personnalités d'un même département qui sont susceptibles de s'intéresser à l'hygiène sociale, groupent les œuvres déjà existantes dans les diverses localités du département, provoquent la création d'œuvres nouvelles, surtout de *dispensaires*, partout où le besoin s'en fait sentir, centralisent et répartissent les subventions et les ressources qui n'ont pas une affectation particulière et organisent la propagande ». (A. Calmette).

Les Comités départementaux peuvent créer et diriger un ou plusieurs dispensaires d'hygiène sociale et de préservation contre la tuberculose qui doivent alors disposer chacun d'un budget particulier.

2° *Dispensaires d'hygiène sociale*. — Pour la recherche des malades cracheurs de bacilles tuberculeux, semeurs de contagion, pour l'assainis-

sement des foyers contaminés, pour l'éducation prophylactique des familles, il est essentiel de créer des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation contre la tuberculose.

« Le dispensaire est le meilleur organisme de combat, la pierre angulaire de la lutte antituberculeuse ». (P. Cantonnet).

« La lutte contre la tuberculose 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 maladie dans l'entourage du malade.

Le dispensaire ne doit pas être confondu avec les consultations destinées à soigner des tuberculeux, mais il doit être un organisme d'assistance au moyen de distributions de crachoirs, de bords de médicaments, d'aliments, de vêtements, de secours en argent, etc.

Un dispensaire du type A. Calmette nécessite un local comprenant au minimum :

- Une salle d'attente;
- Deux cabinets de déshabillage des malades;
- Une salle de consultations;
- Un bureau pour la visiteuse en chef et les enquêtes (fichier, archives);
- Une salle de radioscopie;
- Un cabinet de laryngologie;
- Un petit laboratoire de bactériologie;
- Une pièce servant de magasin.

L'expérience a montré que chaque chef-lieu d'arrondissement doit avoir son dispensaire et que dans les grandes villes plusieurs dispensaires sont nécessaires. Le rôle du médecin apparaît capital, car l'examen du malade, un diagnostic précoce et précis sont à la base de tout acte social. Un médecin directeur est généralement placé à la tête de chaque dispensaire.

L'Union des syndicats médicaux de France a adopté les directives suivantes : (1)

« Le dispensaire sera le pivot de l'organisation, mais il se bornera à assurer la prophylaxie. L'accès en sera libre à tous, à condition que la porte ne soit ouverte que par le médecin.

« Le dispensaire sera un centre d'exploration et d'action technique à

---

(1) R. LAFONTAINE. — La lutte contre la Tuberculose et la Syphilis. (*Le médecin syndicaliste*, 1<sup>er</sup> janvier 1923).

la disposition, non pas d'un seul médecin pour y soigner des malades, mais à la disposition de tous les médecins.

« Il sera un centre de collaboration médicale à tous points de vue. »

Le médecin doit être secondé par une ou plusieurs infirmières *visiteuses d'hygiène diplômées*, spécialisées dans leurs fonctions.

Celles-ci consistent à faire les enquêtes sociales dans les familles, à les instruire sur les précautions qu'elles doivent prendre, à veiller sur l'entourage des malades et particulièrement sur les enfants pour les préserver de la contagion, à provoquer ou à utiliser le concours des œuvres de bienfaisance ou d'assistance, à faire exécuter enfin les mesures d'assainissement prescrites par le médecin ou par les autorités sanitaires.

Les visiteuses d'hygiène sont des éducatrices, des conseillères et non des infirmières soignantes ou des garde-malades. De leur valeur dépend, en grande partie, le rendement d'un dispensaire, aussi leur choix doit-il être judicieux.

A Tunis, l'*Oeuvre Villemain* doit continuer son rôle de dispensaire d'hygiène sociale. Son action devra être élargie et mise au point.

Il est à souhaiter que d'autres dispensaires soient créés dans les principales villes de la Régence.

3° Il faut songer à l'*hospitalisation* des tuberculeux avancés. Le besoin le plus urgent, mais aussi le plus coûteux, est la création d'hôpitaux spéciaux à proximité des grandes villes.

En Tunisie, cette création se fera attendre probablement assez longtemps; mais ce qui peut être réalisé beaucoup plus aisément, c'est l'organisation de *salles spéciales* pour tuberculeux dans les hôpitaux existants, ainsi que cela a été fait à l'Hôpital Civil Français de Tunis.

4° Une des parties essentielles de l'armement antituberculeux c'est le *sanatorium*. Les raisons d'ajournement de la construction d'un sanatorium sont les mêmes que pour l'hôpital de tuberculeux. Toutefois, il est à désirer que l'on mette à l'étude un projet mixte d'*hôpital-sanatorium* 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.

5° Ce qu'il importe d'encourager et de développer largement ce sont les *œuvres de prophylaxie sociale* avec lesquelles les dispensaires doivent entretenir des relations constantes. Ces œuvres sont les préventoriums, les œuvres Grancher, les écoles en plein air, les colonies de vacances, les colonies agricoles.

La préservation de l'enfant est à la base de toute lutte antituberculeuse.

L'enfant, plus exposé, doit être davantage protégé. Si l'enfant est encore sain, il convient de l'éloigner et de le placer à la campagne dans une famille saine. C'est le principe même de l'œuvre Grancher, qui s'occupe du placement familial.

Si l'enfant est contaminé déjà, mais pas encore malade, il est envoyé dans un *préventorium*, maison de plein air où il est soumis à un régime hygiénique avec alimentation surveillée, aération continue, repos, instruction et entraînement physique. Les *préventoriums* marins sont plus spécialement réservés aux enfants ayant des manifestations tuberculeuses ganglionnaires ou osseuses.

L'œuvre Grancher a, depuis bientôt vingt ans, obtenu des résultats remarquables et rendu des services inappréciables.

La contamination familiale est considérable. Le docteur Armand Delle, d'après une statistique portant sur 175 familles de tuberculeux, a montré que la morbidité est de 60 % et la mortalité de 40 % chez les enfants qui restent au contact de leurs parents tuberculeux.

L'œuvre Grancher compte une vingtaine de filiales. L'une d'elles a été créée l'an dernier à Alger. Mais les tentatives de placement familial sont restées sans résultat. Une dame charitable, veuve de guerre, ayant acheté près d'Alger une petite propriété, s'est offerte de grouper quelques pupilles chez elle et huit enfants lui ont été confiés au prix mensuel de 135 fr. par tête.

D'autre part, la filiale d'Alger est en pourparlers avec l'autorité militaire pour la cession d'une batterie déclassée où pourrait être installée une colonie d'enfants.

6° La préservation de l'enfance contre la tuberculose doit avoir pour corollaire l'*hygiène scolaire* et l'inspection médicale des écoles.

7° Enfin la *propagande antituberculeuse* devra être entreprise et soutenue, afin d'instruire le grand public sur le péril que constitue la tuberculose, ainsi que sur les moyens efficaces de s'en préserver. La tuberculose n'est pas une maladie héréditaire. Elle est évitable et guérissable, mais encore faut-il que chacun connaisse et applique les préceptes de prophylaxie individuelle et collective. Il faut redire souvent les dangers du crachat, de la poussière, du taudis, du manque d'air et de soleil, de l'alcool, des mouches, etc.

Pour atteindre ce but, une campagne doit être menée au moyen de conférences, de causeries scolaires, d'affiches, de cartes postales, de prospectus, de projections cinématographiques et aussi grâce au concours de la Presse.

### Vœu

L'exposé ci-dessus, quoique succinct et incomplet semble motiver le vœu suivant :

« Etant donné que la tuberculose est, en Tunisie comme en France ou en Algérie, un grave fléau social, qu'elle n'est pas héréditaire, mais que la contagion est surtout familiale, qu'il importe de dépister les malades le plus tôt possible et de mettre les enfants à l'abri de la contagion, le IV<sup>e</sup> Congrès de la Mutualité Coloniale (Section d'hygiène et d'éducation sociales) émet le vœu que la lutte antituberculeuse soit organisée en Tunisie et dans toutes les Colonies françaises et Pays de Protectorat selon les principes du Comité National de France, et qu'en particulier l'on crée un Comité Tunisien d'hygiène sociale et de préservation contre la tuberculose afin de développer les œuvres existantes, de hâter la création d'organismes antituberculeux nouveaux, officiels ou privés, notamment d'œuvres destinées à la préservation de l'enfance (préventoriuns, œuvre Grancher à placement familial ou au besoin collectif, colonies scolaires agricoles) et de réaliser une active propagande antituberculeuse. »

Ce vœu a été adopté par le IV<sup>e</sup> Congrès de la Mutualité tenue à Tunis, du 6 au 12 avril 1923.

---

## Les manifestations oculaires de la syphilis

chez les indigènes

par le Docteur **CIAVALDINI**

Médecin de colonisation à El-Arrouch (Constantine)

Il est une notion généralement admise en pathologie indigène en Algérie, c'est qu'il est impossible de constater, chez les indigènes, des manifestations purement primaires de la syphilis acquise. Le chancre primaire, qu'il soit dû à une syphilis acquise, qu'il soit dû à une réinoculation ne se présente jamais chez l'indigène avec ses caractères classiques. Ceci est encore bien plus vrai pour le chancre de la région oculaire primaire chez les indigènes puisqu'on ne la rencontre jamais.

En revanche les lésions secundo-tertiaires du globe oculaire sont tellement nombreuses que nous n'hésitons pas à dire que 75 % des affections de l'œil sont dues, chez les indigènes, à la syphilis.

La *Kératite parenchymateuse* diffuse, est une des affections les plus fréquentes : c'est elle qui est à l'origine de ces leucomes opaques définitifs remplaçant l'une ou plus souvent les deux cornées chez un grand nombre d'indigènes. Au début, la cornée est simplement trouble, ternie, dépolie : elle subit une infiltration; puis elle devient opaque, de teinte gris bleutée, et une vascularisation l'envahit de la périphérie vers le centre passant du rose clair au rose vif.

Pour bien voir le trouble terne du début c'est à l'éclairage oblique, à la loupe qu'il faut s'adresser; le cône lumineux montre bien que l'infiltration, puis la vascularisation, ne sont pas superficielles, mais bien intra-cornéennes.

L'indifférence habituelle de l'indigène pour se traiter se complique chez lui de l'absence presque complète de souffrance et la lésion progresse avec lenteur, mais sans arrêt, avec des poussées aiguës, pour entraîner insensiblement la cécité complète.

L'*Iritis* ou inflammation de la membrane iris est extrêmement fréquente. C'est l'affection pour laquelle l'indigène vient le plus souvent consulter, malgré le début insidieux de l'affection, sa marche lente et presque sans souffrance. Je dis « presque » parce que les douleurs névralgiques et lancinantes dans l'œil et autour de l'orbite sont assez courantes : elles accompagnent les troubles visuels, la photophobie, le larmoiement, quelquefois le blépharospasme. La rougeur du blanc de l'œil est périkératique et profonde, elle ne ressemble pas à la rougeur superficielle conjonctivale.



L'iris est décoloré : cette décoloration est due à un aspect terne de la face antérieure de l'iris, elle est surtout bien mise en évidence par l'éclairage oblique à la loupe. La pupille est contractée, quelquefois déformée et cela parce que très vite il se produit des adhérences qui peuvent devenir permanentes. Les synéchies sont inévitables, ce sont elles qui provoquent ces récidives d'iritis décevantes : elles favorisent la cataracte et l'atrophie de l'œil. Le caractère essentiellement distinctif de l'iritis syphilitique est d'être *plastique*.

Enfin, quelquefois on peut distinguer de petits condylomes rougeâtres, papules développées dans le tissu irien, principalement à la région supérieure.

La *conjonctivite* spécifique paraît assez rarement seule, elle accompagne le plus souvent la Kératite ou l'iritis. Peut-être peut-on lui reconnaître comme caractères différentiels d'avec les autres conjonctivites : 1° des paupières à peine collées le matin au réveil; 2° une conjonctivite rouge, *luisante* et humide.

Quant aux lésions du fond de l'œil, elles m'ont paru exceptionnelles chez les indigènes des campagnes. Je n'ai rencontré qu'un seul cas d'*atrophie optique* chez un indigène, fonctionnaire érudit, qui, à la suite de fatigues cérébrales, veilles continues, etc... s'était aperçu de l'affaiblissement de sa vision. Les deux yeux ont été touchés presque simultanément. Le rétrécissement du champ visuel avait débuté par les couleurs; un traitement prudent mais prolongé ne parut pas donner d'améliorations bien sensibles. L'atrophie dont la marche fut excessivement lente se traduisait à l'examen ophtalmoscopique par une papille blanche, d'un blanc pâle, bien délimité, tranchant nettement sur le fond de l'œil.

Le *traitement* doit être à la fois local et général.

A. *Local*. — Dans les Kérato-conjonctivites, bains chauds ou lavages chauds de l'œil avec la canule oculaire deux à trois fois par jour avec une solution faible d'oxyde de mercure (0 g. 10 pour 1000). Dans l'intervalle des bains application dans l'œil, sous la paupière soulevée, de pommade à l'oxyde jaune de mercure à 1 p. 20.

Dans l'iritis le traitement doit être très précoce :

a) instiller 1 à 4 fois par jour 3-4 gouttes d'une solution faible d'atropine à 1 p. 1000, pour éviter ou pour rompre les adhérences;

b) placer des sangsues à la région temporale pour permettre à l'atropine d'agir et pour décongestionner. Laisser les sangsues tomber d'elles-mes.

c) Compresses chaudes sur l'œil, renouvelées toutes les heures pendant

dix minutes et cela 4 à 5 fois par jour. Frictions à l'onguent mercuriel belladonné sur la tempe contre les douleurs.

*B. Général.* — Le mercure suffit à lui seul dans la plupart des cas. Les injections intra-musculaires de bi-iodure donnent les meilleurs résultats, raison de 2 cgr. par jour par séries de dix jours par mois.

Dans les cas rebelles les intraveineuses de cyanure de Hg sont efficaces à raison d'une tous les deux jours. On emploiera la solution à 1 pour 100 en faisant  $\frac{1}{2}$  cc. le premier jour, puis 1 cc. les jours suivants. Ces injections sont à rejeter dans les lésions du fond de l'œil où elles peuvent être dangereuses.

*Arsenic.* — La rapidité avec laquelle agissent les sels d'arsenic chez les indigènes, est bien connue surtout dans les lésions cutanées et muqueuses secondaires même phagédéniques. De petites doses suffisent souvent. On aura rarement à l'employer dans les manifestations oculaires : le traitement sub-continu par périodes de six injections de 6 en 6 jours en commençant par 0 g. 15-0,15 — 0,30-0,30 — 0,45-0,45 suffira. Dans l'intervalle des périodes potion iodurée. Mais il faut avoir présent à l'esprit que l'indigène des campagnes est sensible aux sels d'arsenic et qu'il est prudent de rechercher chez lui la perméabilité rénale et les fonctions hépatiques.

*Bismuth.* — Les sels de bismuth sont d'un emploi plus facile que les précédents mais ils ne peuvent encore faire oublier les excellentes préparations classiques dont l'activité chez les indigènes est suffisamment connue et dont le maniement est éprouvé. Néanmoins le bismuth devra être adopté dans les cas très exceptionnels où les autres médicaments spécifiques auront échoué. Les injections de muthanol ou de quinby seront faites par séries consécutives dans les mêmes conditions que celles de mercure ou d'arsénobenzène.

*Iode.* — Il faut se souvenir que l'iodure de potassium ne perd jamais ses droits dans tout traitement antisypilitique chez l'indigène et c'est encore à lui qu'on revient sans cesse pour obtenir les plus sensibles améliorations.

Le traitement général devra encore comporter les stimulants (strychnine, etc.) les décongestionnants, les laxatifs etc... suivant les cas.

Pour terminer ce court résumé rappelons que lorsque tout paraît rentré dans l'ordre, que les troubles oculaires auront disparu, il faut encore surveiller le malade qui reste exposé à des récives fréquentes, souvent décevantes, et qu'il est nécessaire de le soumettre à la *cure d'entretien* spécifique, mais cela est impossible avec l'indigène qui, une fois soulagé, est vite repris par son indifférence et son fanatisme.

# SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 13 Avril 1923

Présidence du D<sup>r</sup> CASSUTO, *vice-président*

*Sont présents* : MM. les D<sup>s</sup> Enriquez, Marzouk, Rogalsky, Eichmuller, Jaubert de Beaujeu, Bonan, Benjamin Lévy, Lumbroso, Gérard, Cassuto, Benmussa, Masselot, Brun, Minguet, Daireaux, Vincent, Henry, Durand, Bouquet, Montefiore, Sfez, Caillon, Doméla.

×

## COMMUNICATIONS DU BUREAU

Le D<sup>r</sup> Gérard, secrétaire général, rend compte que le « Fonds Pasteur » commence à s'augmenter et a déjà reçu : d'un anonyme, 400 fr.; de M. Walter, d'Hamam-Lif, 1.000 fr.; du D<sup>r</sup> Benjamin Lévy, 10 fr. M. le Directeur général de l'Intérieur accepte de faire partie avec le docteur Spezzafumo et le docteur Gérard, du Comité chargé de la gestion du Fonds Pasteur.

1<sup>o</sup> Il a été commandé un buste en bronze de Pasteur au prix modique de 2.250 francs.

2<sup>o</sup> Le docteur *Diacono*, pharmacien à Sousse, réclame pour le corps pharmaceutique une participation aux bourses; notamment à celle destinée à envoyer un étudiant ou un jeune pharmacien aux cours de l'Institut Pasteur de Paris. La question sera à examiner en octobre 1923, quand les candidatures se seront produites.

×

Le D<sup>r</sup> *Montefiore* proteste contre la non publication de sa communication intitulée « Méningite aseptique ». Il rappelle à ce sujet que les cas de méningite aseptique à la suite de la rachicocainisation existent et il y a un certain intérêt à les publier.

Le D<sup>r</sup> *Cassuto*, président par intérim la séance, rappelle que les décisions du comité de lecture sont sans appel et que ce comité n'a pas cru devoir publier la note en question.

A propos du cas d'*échinococcose généralisée du péritoine*, publié dans le numéro d'avril, de la « Revue » (C.R. de la séance du 14 mars), il y a lieu d'indiquer que le malade était présenté par le docteur Broc à la Société. Ce n'est qu'ultérieurement que le docteur Brun l'a opéré dans son service de chirurgie de l'Hôpital Sadiki.

×

## PRÉSENTATIONS DE MALADES

Le D<sup>r</sup> BRUN présente un indigène auquel il vient de faire une autoplastie, suivant la méthode indiquée par Moure et Dufourmentel, pour un

volumineux épithélioma de l'hémiphace gauche. Le malade est présenté avec le pédicule encore adhérent (1<sup>er</sup> temps). Il sera revu ultérieurement à la Société.

#### Discussion :

Le Dr *Montefiore* demande si le Radium aurait pu donner un résultat appréciable. Pour sa part il a eu un cas semblable et la radiumthérapie n'a rien donné.

Dr *Jaubert de Beaujeu*. Le Radium peut donner chez ces malades des résultats intéressants. Malheureusement on a le plus souvent à faire à des sujets très indociles qui reviennent difficilement se faire traiter régulièrement.

×

### Délire typhique précoce

par le Dr ROGALSKI, de Tunis

Il s'agit de deux cas de fièvre typhoïde observés en 1917 et 1918 dont l'intérêt réside non pas dans la marche de l'infection éberthienne, mais plutôt dans la précocité du délire apparu à la période d'incubation. Si les troubles mentaux sont d'observation courante durant le cycle fébrile ou à la période de convalescence, rares sont les manifestations délirantes antérieures de plusieurs jours à toute élévation de température. Rougé qui en a fait une étude spéciale ne relève que 32 cas sur lesquels dix seulement eurent du délire à la période prodromique. Aussi ai-je cru intéressant de relater les deux observations en les faisant suivre des réflexions qu'elles m'ont suggérées.

Premier Cas. — Le 17 octobre 1917 je fus appelé auprès d'une jeune fille dont l'état d'esprit inquiétait les parents. D'habitude très assidue à ses devoirs religieux, J. A. refusait depuis deux ou trois jours à réciter ses prières, parce que, disait-elle, Dieu ne l'aimait plus, qu'elle l'avait offensé etc... je posai à la malade diverses questions banales auxquelles elle répondit normalement; mais aussitôt que j'abordai le chapitre de prière, elle me répéta ce que ses parents m'avaient déjà raconté. Toute ma casuistique restant vaine, je fis appel au directeur religieux, qui, très affecté, m'avoua que sa paroissienne avait perdu la tête. L'examen méthodique du corps ne décéla rien d'anormal, pas de trouble cardiaque, pas d'hyperhémie broncho-pulmonaire, pas d'hépatite ni de splénomégalie, pas de dysménorrhée; réactions pupillaires normales, pas de céphalalgie, pas d'inégalité pupillaire, réflexes normaux. Ligne blanche de Sergent très nette. Sommeil paisible, légère tendance à la mélancolie. Pas d'albumine dans les urines; température axillaire 36° 8; pulsations 73-75. Pas de signes de dégénérescence : oreilles normalement implantées, den-

tition parfaite. Les antécédents de la malade sont peu chargés. Oreillons et rougeole sans complications. Jusqu'à 16 ans elle fréquenta l'École des Sœurs où elle fut une bonne élève. Ses cinq sœurs et trois frères plus âgés, ne se rappellent pas avoir remarqué quoi que ce soit d'insolite dans son état physique. Son père, âgé et robuste, est vivant; sa mère est morte d'une affection cardiaque à 56 ans. Le délire de la jeune fille persista *sine varietur* jusqu'au 21 et je commençais à me demander si ce trouble mental n'était pas une véritable psychose, lorsqu'à ma visite du soir le thermomètre marqua 37°9. Sans vouloir m'attarder sur la marche de l'affection typhique, je dirai seulement que l'éruption des taches rosées se fit le 27. Le milieu ne se prêtant pas à la balnéation, la classique vessie de glace et une potion au pyramiden suffirent à maintenir la température aux environs de 39-40° sans jamais la dépasser. Le délire persista durant tout le cycle fébrile et même au grand désespoir des parents, la malade enleva les médailles saintes qu'elle portait au cou. La défervescence se fit en lysis et deux jours avant l'apyrexie complète J. A. s'étonna de ne pas sentir ses médailles, récita ses prières; la guérison se fit et à ma dernière visite je demandai à J. A. si elle avait fait la paix avec Dieu, la malade témoigna de l'étonnement; je fus plus explicite sans plus de succès. J. A. avait complètement oublié son délire.

Deuxième Cas. — P. R., 20 ans, sans antécédents psychiques, est pris presque subitement d'une haine pour son oncle maternel qu'il accuse de vouloir se livrer sur lui à des actes contre nature; en même temps survient une logorrhée avec coprolalie ce qui jure avec l'éducation du jeune homme et le milieu sévère dans lequel il a été élevé. Je fus appelé le 4 décembre, peu de temps après l'apparition de ces symptômes. Rien d'anormal à l'examen somatique sauf la présence, cette fois-ci encore, de la ligne blanche de Sergent. Pulsations 80, température 37°. Pas d'albuminurie. Instruit déjà par le cas de la jeune fille, je surveillai minutieusement la température et le 7, le thermomètre monta à 38°. Taches rosées le 16. Intensification du délire, le jeune homme m'assurant qu'on l'avait prévenu que son oncle devait venir le soir même abuser de lui, il fallut prier son oncle de cesser ses visites, le malade menaçant de lui faire un mauvais parti. Le délire persista. La fièvre typhoïde fut sérieuse mais sans rechute ni complications et quelques jours — trois jours exactement — après l'apyrexie, le délire disparut avec amnésie complète.

Réflexions. — Voici deux cas chez lesquels 5 et 6 jours avant l'apparition de tout symptôme clinique pouvant servir à étayer un diagnostic quelconque, éclatent des troubles caractérisés chez la jeune fille par un délire mystique et chez le jeune homme par un délire de persécution avec hallucinations oniriques. A la rigueur on pourrait se demander si ces délires plutôt que d'être des manifestations précoces de la fièvre typhoïde ne traduisaient pas un trouble de l'idéation, de psychoses vraies

entrant dans le cadre si vaste des délires d'émblée de Magnan ? et ceci avec d'autant plus de raison que tous les signes énumérés par les auteurs comme symptomatiques d'une fièvre typhoïde manquaient totalement dans les deux observations. L'albuminurie précoce si précieuse, d'après Dumesnil, pour formuler un diagnostic différentiel d'avec une véspanie, n'existait dans aucun des deux cas; de même était mis en défaut l'aphorisme de Rougé : pyrexie et pouls calme — fièvre typhoïde — légère température et tachycardie — manie aiguë. Néanmoins, malgré l'absence de tous les critères assignés aux délires typhiques, il me paraît plus logique d'admettre l'origine éberthienne : d'abord, dans les délires d'émblée, l'hérédité, la récurrence et la prédisposition jouent un grand rôle, or ces trois facteurs n'existent pas et depuis leur maladie les deux jeunes gens n'ont eu aucune manifestation véspanique; de même, leur casier tant individuel que familial est vierge de toute tare psychique. Et puis il est plus que probable que si le délire mystique de la jeune fille comme le délire de persécution du jeune homme avaient été des véspanies, indépendantes de l'infection typhique, ils auraient eu un épilogue autrement grave par le coup e fouet que la fièvre typhoïde n'aurait pas manqué de leur donner, ils se seraient intensifiés et fort probablement seraient devenus indélébiles. Déjà chez des malades sans passé véspanique, pour peu que la fièvre typhoïde ait été forte, il n'est pas rare d'observer une confusion ou tout au moins une déficience mentale, à fortiori il est à présumer que chez des patients déjà antérieurement atteints d'un trouble mental celui-ci se serait aggravé et serait devenu stable. Force est donc d'admettre chez mes deux malades l'origine typhique des délires qui tout précoces qu'ils soient cadrent néanmoins dans les limites de l'incubation éberthienne d'une durée de 13 à 15 jours.

#### Discussion :

D<sup>r</sup> *Benmussa*. Y a-t-il eu dans l'évolution de ces deux typhoïdes, apparition d'un syndrome méningitique ?

D<sup>r</sup> *Rogalski*. Pas du tout chez la jeune fille; un semblant chez le jeune homme.

×

D<sup>r</sup> *Cassuto*. — **Notes de Prophylaxie antisiphilitique.**

(Voir même numéro page 497.)

D<sup>r</sup> *Daireaux*. J'ai eu avec des militaires à peu près les mêmes difficultés qu'à rencontré le docteur Cassuto. Les séries de bioclure sont désagréables et le patient essaye et réussit quelquefois à « couper à la corvée ».

Dans la garde beylicale j'avais deux jours par semaine seulement, et comme je ne pouvais les hospitaliser tous, j'ai employé l'huile grise et je n'ai eu qu'à me louer des résultats obtenus.

## Epithélioma de la luette et du voile du palais

### Curiothérapie et Röntgenthérapie associées. Guérison clinique depuis 14 mois

par les Drs HOUDART et JAUBERT de BEAUJEU

Nous rapportons l'histoire d'un malade atteint d'épithélioma du voile du palais pour lequel l'association de la curiothérapie et de la röntgenthérapie nous a donné un résultat intéressant.

Voici l'observation du malade et des indications détaillées sur la technique employée :

Le 30 novembre 1921, M. B..., 52 ans, vient consulter pour une plaie située dans la gorge, gênant la déglutition et qui va s'agrandissant depuis deux mois. Rien à signaler dans ses antécédents. L'examen montre une infiltration dure, de la moitié gauche du voile du palais avec aspect mu riforme du bord gauche de la luette en partie ulcérée et une ulcération irrégulière de la dimension d'une pièce d'un franc à un centimètre au-dessous du pilier antérieur gauche.

La face postérieure du voile est irrégulière et granitée dans sa moitié gauche. Il existe un ganglion sous-angulo-maxillaire gauche de la grosseur d'une petite noix.

Le diagnostic clinique : tumeur maligne du voile, vraisemblablement épithélioma, est confirmé par l'examen histologique pratiqué à l'Institut Pasteur par M. le docteur Burnet qui trouva un épithélioma tubulé (8 décembre 1921).

Le malade se refuse à toute intervention chirurgicale et on lui conseille de se faire traiter par le radium, il ne s'y résout que le 26 décembre.

Le plan du traitement est ainsi établi :

1° Irradiation directe de la lésion par le radium; une porte d'entrée buccale; une porte d'entrée sur le voile;

2° Irradiation large par les rayons X de la région angulo-maxillaire par un champ latéral gauche et un champ latéral droit.

Le 26 décembre, on met en place en arrière du voile un tube de radium contenant 52 milligrammes, 8 de radium élément. Le tube est enfermé dans un radium filtre de Robert et Carrière, entouré d'un tampon de gaze, qui est modelé sur le cavum de façon qu'il soit appliqué obliquement, du cartilage tubaire à la luette et couché sur le voile. Le tout est maintenu par deux fils passant par les deux fosses nasales; cette application dure 16 heures correspondant à environ 6,5 millicuries détruits.

La filtration est de 1 m/m de platine, plus 5 m/m épaisseur du drain, plus 2 m/m de gaze.

Le lendemain le tube est fixé sur la face antérieure du voile par deux points de suture. La filtration est la même, l'application dure neuf heures, soit environ 3,6 millicuries détruits.

Le 30 décembre, toute la muqueuse buccale est couverte de sécrétion abondante et la réaction ne fait que s'accroître les jours suivants; radio-épidermite sur le dos de la langue et le voile du palais.

Le 15 janvier, les ulcérations commencent à se cicatriser et l'infiltration du voile diminue. Les séances de radiothérapie sont commencées sur les régions angulo-maxillaire droite et gauche.

On utilise d'abord une installation à 125.000 volts. La filtration est de 10 millimètres d'aluminium, la distance focale 30 cm. Étincelle équivalente : 25 à 27 cm. La dose donnée est de 8 H de chaque côté, mesurée avec les pastilles de platino-cyanure de Baryum et le chromoradiomètre de Bordier. On continue ensuite l'irradiation avec une installation à 200 kilo-volts, la filtration est de 6 m/m, 8 de cuivre plus 2 m/m d'aluminium, distance focale 30 cm, étincelle équivalente : 40 cm., 5.

La dose donnée de chaque côté, mesurée avec l'ionomètre d'Iser Solomon est de 20 H. Le traitement est espacé sur trois semaines. Il se produit une légère pigmentation de la peau et la chute des poils de la barbe; le ganglion diminue considérablement pour arriver à la grosseur d'un petit grain de plomb.

Entre temps la cicatrisation du voile du palais se fait et le 15 février il n'existe plus de trace de tumeur, la luette a, en grande partie, disparu; le voile est redevenu souple et d'apparence normale.

Le 17 mars 1922, nouvel examen : l'aspect du voile est tout à fait normal en avant et en arrière.

En décembre 1922, pour prévenir une récurrence ganglionnaire possible, une série d'applications de thérapie profonde est faite sur les régions angulo-maxillaires. La dose sous filtre de 0,8 cuivre, plus 20/10 aluminium, est de 18 H de chaque côté.

Le 4 avril 1923. Le malade qui a été suivi de très près et revu plusieurs fois, est examiné à nouveau très attentivement et ne présente aucune trace de récurrence.

Il y a lieu de noter que le malade qui est fonctionnaire a quitté son emploi seulement les quelques jours qui ont suivi l'application du radium; il n'a plus cessé depuis, d'exercer ses fonctions.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue :

1° Le résultat obtenu paraît être dû au traitement relativement précoce et au peu d'étendue de l'infection ganglionnaire;

2° La méthode appliquée très facilement réalisable, nous a permis, avec un tube contenant 52 milligrammes, 8 de radium élément, et avec



une filtration suffisante, d'obtenir une irradiation très homogène de la lésion et par les deux champs choisis de donner la dose cancéricide.

3° Nous croyons nécessaire de faire, quelques mois après la guérison clinique, des irradiations prophylactiques.

Ce malade restera sous notre surveillance pendant longtemps encore et nous serons prêts à intervenir à la moindre menace de récurrence.

×

### Fièvre de Malte à forme ambulatoire

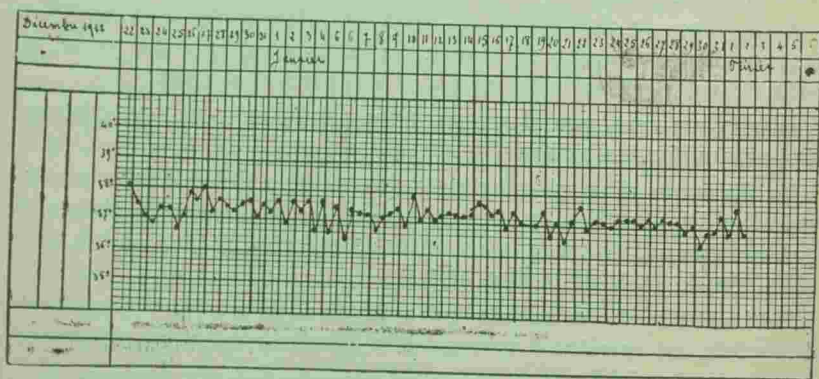
par  
F. MASSELOT et M. VINCENT  
Médecin et Interne  
à l'Hôpital Français

Il s'agit d'un sujet venu à pied à l'hôpital, apyrétique à ce moment et se plaignant de symptômes vagues : faiblesse générale; sueurs nocturnes, amaigrissement, céphalées et crampes musculaires.

Cet état dure depuis quatre mois.

Le malade est originaire de Corse où il a vécu longtemps, on ne relève rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement : Il a eu à 12 ans une « bronchite » guérie après un mois de traitement; il n'a jamais toussé depuis lors d'une façon habituelle.



Mobilisé en 1917, il a fait huit mois de front sans maladies. Il est fixé en Tunisie depuis sa démobilisation. Il nie l'éthylisme et la syphilis.

En février-mars 1921, le sujet a fait à l'Hôpital Français, un séjour d'un mois; il présentait alors des signes extrêmement discrets au sommet droit : rudesse du murmure vésiculaire, léger voile à la radioscopie. L'état général n'était pas sérieusement atteint. La bacilloscopie était négative et la température atteignait rarement 38°. A sa sortie tout était rentré dans l'ordre.

Au début de décembre 1922 les premiers symptômes de l'affection actuelle commencent à attirer l'attention du malade : lassitude, sueurs, céphalée, impression de malaise. Le 22 décembre 1922 il entre dans le service.

L'examen est à peu près négatif pourtant les symptômes accusés sont tels qu'on garde le sujet en observation pendant près de deux mois.

D'ailleurs le malade était porteur d'un bubon inguinal, consécutif à une ulcération du fourreau apparue cinq jours après un coït suspect. Il s'agissait d'un chancre simple, l'examen clinique, microscopique et ultérieurement sérologique étant négatif au point de vue syphillis.

Le malade quitte le service le 6 février guéri de son bubon, mais se plaignant toujours de faiblesse et de sueurs. Douze jours plus tard, après avoir tenté de reprendre son service il doit se faire hospitaliser à nouveau.

A l'entrée, on est en présence d'un jeune homme assez bien constitué, peu amaigri; le teint est coloré; la température, le plus souvent normale, atteint de temps en temps 38° le soir; elle est mal supportée.

Les *sueurs* constituent le signe fonctionnel capital. Elles sont abondantes, se produisant aussi bien le jour que la nuit; elles obligent assez souvent le malade à changer de linge.

En outre, sans souffrir d'une façon précise, le sujet se sent faible, le moindre effort l'oblige à regagner son lit. Il ressent de plus, de temps



en temps des *douleurs sourdes*, vagues, erratiques au niveau des membres et des articulations; c'est moins une douleur qu'une impression de courbature; et cette impression pénible s'exagère par la marche.

Enfin, il souffre chaque jour de céphalées diffuses peu intenses.

L'appétit est faible, les digestions lentes et pénibles. Il est constipé depuis le début de la maladie.

L'examen du tube digestif est négatif, en particulier le foie et la rate sont normaux.

— Au point de vue pulmonaire on ne note pas de signes fonctionnels, le sujet ne tousse pas, ne crache pas. A l'examen, on ne constate rien en dehors d'une légère submatité du sommet droit en arrière et de discrètes modifications du murmure vésiculaire.

La radioscopie thoracique est normale.

Le cœur est normal; la tension artérielle est de 13/8 au Pachon. L'examen du système nerveux est également négatif. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

La séro-réaction T.A.B. *mélitensis* est négative.

L'intradermo-réaction de Burnet, pratiquée à quatre reprises différentes, avec des filtrats d'âges différents, et en contrôlant l'injection au moyen d'une intra-dermo témoin au bouillon simple est chaque fois positive.

En somme, ce malade est atteint depuis quatre mois, d'une affection torpide, caractérisée par de la faiblesse générale, des sueurs, des céphalées, de la constipation et des douleurs vagues dans les membres.

Tout examen physique est négatif chez lui alors que la température est très légèrement au-dessus de la normale et que l'intradermo-réaction de Burnet est positive.

Le malade nous déclare qu'il a l'habitude, depuis son arrivée à Tunis, d'absorber plusieurs fois par jour du lait de chèvre consommé cru.

Les infections *mélitococciques*, évoluant presque sans température, sont connues depuis longtemps; les auteurs anglais, Schaw en particulier, ont signalés d'assez nombreux exemples chez les dockers maltais; Vaccaro a fait en Sicile des constatations identiques.

Tous ces cas, déjà anciens, avaient été dépistés par la séro réaction de Wirght pratiquée sans chauffage du sérum à 56°, il a dû se glisser parmi eux un certain nombre d'erreurs de diagnostic dues à des agglutinations non spécifiques.

Les travaux récents ont enlevé à ces faits une partie de leur valeur en montrant bien que la séro-réaction, telle que la pratiquaient Schaw et Vaccaro était insuffisante pour affirmer l'existence d'une fièvre de Malte.

Nous disposons à l'heure actuelle d'un moyen commode et sûr de mettre en évidence l'infection *mélitococcique*. Nul doute, qu'en usant largement de l'intradermo-réaction de Burnet dans les cas douteux, les exemples de fièvre méditerranéenne à forme ambulatoire ne se multiplient.

Cette observation nous paraît devoir être retenue également en raison de la difficultés du diagnostic entre une tuberculose atténuée et une infection *mélitococcique* larvée.

Nous avons penché en faveur de cette dernière en raison de l'intensité des symptômes fonctionnels eu égard à la pauvreté des signes physiques. Mais il est certain que sans l'intradermo-réaction de Burnet, il eût été impossible d'arriver à une conclusion précise.

Notons enfin que chez notre malade la séro-réaction était négative alors que l'intra-dermo-réaction était positive, ce qui est d'observation assez fréquenté.

#### Discussion :

Le Dr *Gérard* demande si le malade a été traité par le vaccin antiméditerranéen.

Le Dr *Massélot*. Je n'ai pas, à l'heure actuelle, une expérience suffisante du vaccin antimélitococcique.

×

### Un Cas d'Ankylostomiase

Médecin Major de 1<sup>re</sup> Cl. DAIREAUX

El Mouldi ben Abdelkader, classe 1921, 2<sup>e</sup> classe, du 8<sup>e</sup> tirailleurs, est évacué de l'Armée du Levant, pour Paludisme chronique et anémie intense, le 9 août 1922. Il servait en Orient depuis le 19 février 1922. Il a été hospitalisé à Alep du 26 juillet au 6 août 1922. Envoyé en convalescence de deux mois, à son arrivée à Bizerte, il a été constamment malade chez ses parents, à Grombalia, et il entre à l'Hôpital du Belvédère le 1<sup>er</sup> janvier 1923.

Son état général est très mauvais. Il est atteint d'une anémie prononcée et peut à peine se tenir debout. La face est bouffie et d'une pâleur de cire. Les muqueuses sont décolorées. On constate un léger œdème des jambes et des pieds. Le malade se plaint de douleurs dans les mollets. La température est normale; les poumons sont normaux à l'auscultation et à l'examen radioscopique. Au cœur, on entend un souffle anémique au foyer pulmonaire.

Pas d'appétit; la région épigastrique est douloureuse à la palpation. Le malade a parfois des vomissements de bile, qui ne sont jamais acides ou brûlants. Il n'a jamais vomi de sang et n'a jamais eu de selles sanglantes; les selles sont normales.

A l'examen radioscopique, on constate un estomac hypersthénique, présentant de violentes contractions antipéristaltiques, suivies rapidement d'un vomissement rendant l'examen difficile. Il existe au niveau de la petite courbure une niche de Haudeck assez nette, située au voisinage du pylore; les vomissements ont empêché de faire un examen complet.

A un premier examen, j'ai cru que la rate était grosse. Je croyais sentir une tumeur au niveau de l'hypochondre gauche. J'étais suggestionné par le diagnostic porté à l'Armée du Levant où l'on avait trouvé la rate hypertrophiée. En réalité, la rate était normale, comme l'a prouvé l'examen radioscopique. La contraction des muscles de la paroi abdominale

sous l'influence de la douleur épigastrique donnait l'illusion d'une tumeur.

Le foie était normal; les urines contenaient des traces infimes d'albumine; la réaction de Wassermann était négative; l'examen du sang donnait les résultats suivants : 2.200.000 globules rouges; 5.500 globules blancs; l'éosinophilie était de 30 pour 100.

L'examen des selles montra la cause de cette éosinophilie; les matières fécales étaient saturées d'œufs d'Ankylostomes. Il s'agissait, non pas d'une anémie provoquée par le paludisme, ou par un ulcère latent de l'estomac ou du duodénum, mais d'une anémie grave due à l'ankylostomiasc.

La guérison fut difficile à obtenir. Des doses de 2 grammes de thymol données chaque matin, trois jours de suite, suivies d'une cure de fougère mâle (4 grammes chaque matin, trois jours de suite) ne firent pas diminuer le nombre des œufs d'ankylostomes dans les selles, bien que ce traitement ait été employé pendant quinze jours.

Malgré les piqûres d'hectine, l'état général devenait de plus en plus mauvais. Le malade avait l'aspect cadavérique et ne pouvait quitter son lit. Il avait des vertiges dans la station debout, et l'examen de sang du 9 mars donnait les résultats suivants : 1.400.000 globules rouges et 2.000 globules blancs.

Je me décidai à employer le traitement recommandé par le traité de pathologie exotique de Grall et Clarac, et qui est d'usage courant à l'hôpital indigène de Saïgon :

Premier jour : Diète lactée absolue; donner le soir : calomel 0,50; poudre de Jalap 0,25.

Deuxième jour : Six grammes de thymol en trois cachets, administrés le matin, à une heure d'intervalle, dans une tasse de thé chaud. Diète lactée absolue; un lavement tiède dans l'après-midi; un autre le soir.

Troisième jour : Un lavement chaud le matin. Régime ordinaire (variable suivant la tolérance du malade).

On recommence ce traitement deux fois encore, et si les 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> jours on trouve encore des œufs d'ankylostomes dans les selles, on reprend la cure après un repos de huit jours.

Les résultats ont été excellents. Les œufs ont disparu des selles dès le 10<sup>e</sup> jour du traitement.

L'appétit est revenu. Les douleurs épigastriques ont disparu ainsi que les douleurs dans les mollets.

Bientôt, le malade qui ne quittait plus son lit, a pu se promener dans le jardin de l'hôpital. Mais l'état anémique s'améliore avec peine. Bien que les lèvres se recolorent, l'examen du sang du 4 avril a donné les résultats suivants : 3.100.000 globules rouges; 5.000 globules blancs;

malgré la disparition des œufs d'Ankylostomes dans les selles, l'éosinophilie persiste à 30 pour 100.

Cet homme s'est-il infesté au Levant ? C'est probable; l'ankylostomiase est fréquente en Orient, surtout en Egypte. Cependant il est possible qu'il ait été parasité depuis longtemps : Pendant son court séjour à l'Armée du Levant, El Mouldi a toujours été malade. A son incorporation, il est signalé comme : faible; à blanchir.

L'ankylostomiase se rencontre dans toute l'Afrique du Nord. Gobert et Catouillard l'ont signalée en 1908, dans le Sud Tunisien, et peut-être qu'elle serait signalée plus souvent si l'on y pensait davantage.

Dans ce cas particulier, il était fatal de penser à une anémie palustre, le malade étant évacué du Levant pour paludisme. D'autre part, l'examen radioscopique et la douleur épigastrique donnaient la tentation de faire le diagnostic d'ulcère latent de l'estomac. L'écisinophilie et la présence d'œufs d'ankylostomes dans les selles ont permis de faire le diagnostic exact.

L'échec des faibles doses de thymol et de fougère mâle que je n'avais pas osé dépasser au début du traitement, à cause du mauvais état du malade, prouve qu'il est nécessaire d'employer les hautes doses sans hésitation, pour arriver à un résultat utile.

La persistance de l'anémie bien que les parasites aient disparu, montre que chez un malade profondément infesté et intoxiqué, l'état général est gravement touché.

L'ankylostomiase est une maladie grave, souvent mortelle et il est indispensable de détruire les parasites dès que le diagnostic est certain.

#### **Discussion :**

Le Dr *Cassuto* rappelle qu'il a observé, il y a douze ans, en Tunisie, un cas d'ankylostomiase chez un travailleur des mines.

Le Dr *Montefiore* rappelle que l'ankylostomiase observée pour la première fois, lors de la percée du Saint-Gothard, a été traitée d'abord par 2 gr. de Thymol. Depuis, on a utilisé des doses de plus en plus fortes.

---

**L'Ouabaine Arnaud**

par G. DIMITRACOFF

Assistant à la Faculté de Médecine de Paris (Thèse de Paris)

L'Ouabaine cristallisée, extraite du *Strophantus Gratus* par le professeur Arnaud, du Muséum, en 1888, est

un glucoside de composition chimique bien connue, nettement défini et toujours identique à lui-même. Elle répond à la formule  $C_{36}H_{46}O_{12}$ . Ses propriétés physico-chimiques et toxiques la différencient des autres produits provenant des *Strophantus*. Son action physiologique s'exerce spécialement sur le tonus et la contractilité du myocarde, quelle que soit la voie d'introduction — intraveineuse, intramusculaire ou buccale — seule la question des doses varie. Elle a aussi une action diurétique indubitable.

Depuis les premières publications de notre Maître, M. le Professeur Vaquez, l'Ouabaine Arnaud est de plus en plus employée en France, mais beaucoup de médecins craignent encore de l'employer par la voie intraveineuse, par crainte d'accidents — d'ailleurs illusoires. — Pour obvier à cet inconvénient, nous avons préconisé et employé une solution alcoolique d'Ouabaine Arnaud au millième, qui nous a donné pleine satisfaction, sans provoquer aucun accident d'intolérance.

Cette solution reste stable, dosée exactement, d'un maniement facile, est comparable quant à la teneur en substance active à la solution alcoolique de Digitaline cristallisée.

L'Ouabaine est indiquée dans tous les cas où l'insuffisance cardiaque se manifeste par la dilatation des cavités cardiaques, due à la perte ou à la diminution du tonus du myocarde. Dans les cas aigus, l'insuffisance aiguë du cœur gauche, dans les accidents gravido-cardiaques, l'Ouabaine sera administrée par la voie intraveineuse, comme l'avait déjà conseillé M. le Professeur Vaquez. Nous avons montré la possibilité de l'emploi de l'Ouabaine par la voie buccale, seule ou associée à la Digitale, dans une série de syndrômes d'insuffisance cardiaque. Ainsi peuvent profiter d'une cure à l'Ouabaine : l'insuffisance progressive du ventricule gauche, les cas de syndrome douloureux auriculaire gauche (Vaquez); l'insuffisance cardiaque des gibbeux ou par lésion pulmonaire; lors des maladies infectieuses; l'insuffisance cardiaque avec trouble du rythme, plus spéciale-

ment les bradycardies et dans les cas de crises de tachycardies paroxysmiques avec phénomènes de défaillance cardiaque, enfin lorsqu'on veut réactiver la Digitale, quand celle-ci a perdu son efficacité à la suite de son emploi répété et prolongé, propriété précieuse de l'Ouabaïne lors du traitement d'entretien des différentes cardiopathies chroniques.

Dans le traitement de l'arythmie complète avec phénomène d'insuffisance cardiaque, avant l'administration du sulfate de quinidine, il est logique de tonifier le myocarde par une cure à l'Ouabaïne; d'ailleurs, l'association Ouabaïne Digitale, donnée simultanément ou successivement, n'est pas contre-indiquée et permet d'obtenir l'effet tonicardiaque maximum.

La posologie de l'Ouabaïne par la voie intraveineuse est déjà classique depuis les travaux du Professeur Vaquez, nous ne donnerons ici que les doses pour l'emploi par la voie buccale de la solution alcoolique au millième.

1° *Doses fractionnées et prolongées* : à employer dans l'insuffisance cardiaque légère : X à XX gouttes par jour, pendant 5 à 10 jours, le malade sera mis au régime larto-végétarien et ne sera pas obligé de garder le lit.

2° *Doses moyennes* : seront employées dans l'insuffisance cardiaque confirmée. Quand on cherche la réactivation de la Digitale; comme traitement tonicardiaque préparatoire de l'Arythmie complète, avant l'usage de la Quinidine. Après la préparation habituelle du malade et repos au lit, on donne de XXV à L gouttes par jour, pendant 3 à 5 jours.

3° *Doses massives* : de L à CL gouttes par jour et pendant 2 à 3 jours; dans certains cas d'urgence, quand on ne peut pratiquer les injections intraveineuses, pour une raison ou pour une autre.

Quelles que soient les doses employées, il faut avoir soin de les fractionner dans la journée en deux ou trois prises et de les donner dans du lait ou avec une infusion.

Ainsi, avec l'Ouabaïne Arnaud, la cardiologie s'est enrichie d'un médicament possédant une efficacité merveilleuse, avec ses indications propres. Sa généralisation était lente à se faire à cause du mode d'emploi primitivement préconisé. Avec la nouvelle préparation, tout danger ou accidents d'intolérance étant écartés, l'Ouabaïne ne rencontrera aucune hésitation de la part du médecin, qui pourra la substituer aux préparations de Strophantus de composition incertaine et à action inconstante ainsi qu'aux substances dites tonicardiaques, mais à efficacité contestée.

---



LIVRES REÇUS

**Esculape**, Grande Revue Mensuelle Illustrée. — *Lettres et arts dans leurs rapports avec les sciences et la médecine*. — Abonnement: 25 francs. — Le n° 3 fr. — 15, rue Froidevaux, Paris.

*Sommaire du numéro de Mars 1923.*

Du rôle des hallucinations dans l'œuvre de Renan, par MARCEL FOSSEYEUX (4 illustr.).

L'Hippocratismes Montpelliérain (suite), par les Professeurs PAUL DELMAS et CH. GUÉRIN-VALMALE (6 illustr.).

Les intérieurs de pharmacies et d'hôpitaux de Marius Borgeaud, par le D<sup>r</sup> VICTOR DOITEAU (4 illustr.).

Le Docteur Gall à Cythère (1 illustr.).

Les vieilles pierres de l'Hôpital Saint-Louis, par le D<sup>r</sup> CABANÈS (4 illustr.).

Le Supplice de Damiens, par HENRI BÉRAUD (4 illustr.).

Tartuffe (1 illustr.).

Supplément (13 illustr.).

~~~~~  
**Précis de Déontologie et de Médecine professionnelle** (2<sup>e</sup> édition), par Etienne MARTIN, professeur de Médecine légale à l'Université de Lyon, 2<sup>e</sup> édition entièrement refondue. 1 vol. de 344 pages de la « Collection de Précis médicaux ». — Masson et C<sup>ie</sup>, éditeurs. — Prix : broché 13 fr. ; cartonné 15 fr.

La première édition parut avant la guerre. Depuis cette époque des lois sociales ont été votées, des décrets ont été rendus qui ont apporté des modifications importantes dans la pratique de la médecine. L'Auteur a modifié le plan de son livre, et l'a mis au point, il lui a conservé le cadre d'un précis. Les questions délicates de déontologie et de médecine professionnelle, dont la connaissance est indispensable actuellement pour exercer la médecine en France, y sont exposées clairement ainsi que les tarifs actuellement en vigueur.

1<sup>re</sup> Partie. — Médecine professionnelle. — de la Médecine en France. — Installation du médecin. — La Clientèle: — La Consultation. — Secret médical. — Responsabilité, — Protection et défense des médecins. — Honoraires médicaux. — Impôts des médecins.

2<sup>e</sup> Partie. — Les lois d'hygiène sociale et l'exercice de la médecine en France.

3<sup>e</sup> Partie. — Les lois d'assistance et de prévoyance sociale et l'exercice de la médecine en France,

4<sup>e</sup> Partie. — Les lois d'assurances sociales et l'exercice de la médecine en France.

~~~~~  
**La Radiothérapie profonde**, par ISEK SOLOMON, Radiologiste de l'hôpital Saint-Antoine. 1 volume de 152 pages avec 42 figures, « Médecine et Chirurgie pratiques ». — Masson et C<sup>ie</sup>, éditeurs. — Prix : 9 fr.

La Radiothérapie profonde est une *question d'actualité*, sa technique s'est précisée au cours des dernières années, ses résultats cliniques se sont affir-

mées notamment en ce qui concerne le traitement des tumeurs et du cancer et légèrement l'intérêt que présente cette nouvelle méthode thérapeutique, mêmes pour les non spécialistes.

Ce petit livre donne les bases de la Radiothérapie profonde : la technique employée et les résultats obtenus.

Le chapitre 1<sup>er</sup> est consacré aux *bases de la Radiothérapie* profonde — pénétration des rayons, leur diffusion, l'augmentation de la dose, etc.

Le chapitre II aux principaux modèles d'appareillage. — Le chapitre III aux mesures de rayonnement en Radiothérapie profonde.

Le chapitre IV enfin étudie les résultats cliniques. L'Auteur distingue : 1° *les affections bénignes*, Myomes, tuberculoses viscérales et adénopathies tuberculeuses, maladies des glandes endocrines et du sang dans lesquelles la Radiothérapie à pénétration moyenne donne des résultats satisfaisants ; — 2° *les affections malignes*, Néoplasmes, Sarcomes, cancers de l'utérus, des seins et autres cancers (cancers du larynx ; cancers endolaryngés) qui nécessitent d'une façon impérieuse la radiothérapie profonde et pour qui, avec une technique rationnelle, cet agent thérapeutique augmente considérablement le pourcentage des guérisons.

~~~~~  
**L'Orthopédie en Clientèle** (Collection **Comment Guérir**), par J. PRIVAT. — In-8, 1923, 295 figures. — Chez A. Maloine et fils. — Prix : 25 fr.

Enfin, voici un livre de spécialité écrit pour les seuls Praticiens. L'auteur s'est mis à la place du médecin-traitant et a résolu les nombreux problèmes qui se posent à lui : Quand doit-il penser à une maladie orthopédique ? Y ayant pensé, quels sont les signes qui lui permettront d'affirmer son existence. Le diagnostic porté, que doit-il répondre aux parents qui lui demanderont : « mon malade guérira-t-il, dans combien de temps sera-t-il guéri, comment sera-t-il guéri ? » Enfin ce que doit faire le praticien. Ici, l'auteur a su, chose difficile, ne pas montrer tout ce qu'il sait, il n'a décrit que les techniques applicables par tous les médecins, mais ces techniques, il les expose dans tous leurs détails ; une riche illustration montre la série des gestes à accomplir pour obtenir la guérison.

Le Docteur PRIVAT, ancien élève de LANNELONGUE et de GALOT, a appris l'orthopédie à bonne source, spécialisé depuis longtemps, il était désigné pour écrire ce livre.

~~~~~  
**L'Année Médicale Pratique**, publiée sous la direction de C. LIAN, Méd. des Hôp. — Préface du Prof. E. SERGENT, 1 vol. in-16, 484 p. — Maloine, éditeur. — Prix : 18 fr.

L'année médicale pratique de 1923 (2<sup>e</sup> année) possède toutes les qualités de son aînée, dont le volume a été rapidement épuisé en librairie.

Elle expose en 3000 articles courts, sous la plume de jeunes maîtres, les acquisitions cliniques et thérapeutiques de l'année dans toutes les branches de l'activité médicale (médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités, sans oublier les intérêts professionnels).

Finies les hésitations des médecins cherchant à se rappeler ce qu'il y a de nouveau sur telle ou telle question ! Finies les recherches interminables et souvent infructueuses dans une pile de journaux ! Il suffit de chercher dans l'ordre alphabétique les mots : asthme, bismuth, blennorrhagie, encéphalite léthargique, fibrome, luxations, otites, ouabaïne, pleurésies, plaies oculaires, etc. pour trouver aussitôt les notions nouvelles d'intérêt pratique concernant ces diverses questions.

Au point de vue professionnel, le médecin est renseigné sur l'état actuel des grandes questions médico-sociales, et sur les nouveaux décrets ou textes de loi. Ainsi l'A. M. P. renferme le récent décret et son tarif concernant les soins aux mutilés.

Rappelons aussi que l'A. M. P. donne la liste des nouveaux médicaments, appareils et livres de l'année.

L'A. M. P. doit donc être sur le bureau de tous les médecins, à portée de de la main, car elle est pour eux un auxiliaire précieux et indispensable.

---

**LA VOIE : anatomie, physiologie, conseils et soins médicaux**, par le Docteur MOUNIER. — Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. — 1 vol. in-16, avec 21 figures. — Prix : 3 fr. 50.

L'auteur, contrairement à ce qui a été fait dans les livres similaires, a écrit spécialement pour les chanteurs et les orateurs. Laissant systématiquement de côté les descriptions trop scientifiques, il s'est donné comme but d'exposer *très simplement* et en *termes courants* tout ce que doivent savoir d'anatomie, de physiologie et d'hygiène, les gens qui vivent de leur voix ou qui enseignent à s'en servir.

Il parle ensuite des maladies des chanteurs et des soins généraux ou locaux qui doivent être appliqués ; ces notions de médecine ne doivent pas, en effet, être ignorées des intéressés qui connaîtrons ainsi ce qu'ils peuvent attendre du spécialiste.

Le petit traité se termine par un exposé du massage et de l'électrisation dans les troubles de la voix parlée ou chantée.

---

**Conférences de Clinique Médicale Pratique**, par M. Louis RAMOND, médecin des Hôpitaux de Paris, médecin de la Maison Dubois, Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine. — In-8 de 320 pages, avec 49 figures. — Prix : 12 fr.

Choisies parmi celles que l'auteur a faites cet hiver à la Maison Dubois, ces quinze Conférences ont été réunies en un volume pour répondre au désir de ceux qui les avaient entendues et voulaient en conserver le texte.

Chacune d'elles représente la mise au point pratique d'une question actuellement à l'ordre du jour, choisie parmi celles dont le diagnostic et la thérapeutique ont les plus profité des dernières acquisitions de la science (ulcère simple du duodénum, hémorragies méningées, hypertension artérielle, anurie, gangrène pulmonaire, etc.).

Le plan en est conçu d'après les données classiques de la Clinique fran-

caise, telles que l'auteur les tient de ses maîtres : Dieulafoy, Achard et Widal. L'observation d'un malade est le point de départ de chaque leçon ; vient ensuite la discussion du diagnostic, du pronostic et du traitement, conduite de telle manière que le lecteur a l'impression de la mener lui-même comme dans une « consultation » ; chemin faisant, l'étude complète de la maladie originelle est repassée, en ne mentionnant que les symptômes vraiment utiles à connaître en clinique et que les traitements qui ont fait leur preuve. Ainsi ces conférences restent essentiellement pratiques et négligent toute érudition. Elles visent à former des médecins, non des savants.

Pour y parvenir, elles s'adressent à l'intelligence du lecteur plutôt qu'à sa mémoire et s'efforcent de ne charger cette dernière que de connaissances élaborées par raisonnements. A cet effet, des schémas démonstratifs aident à faire comprendre, quand c'est nécessaire, la raison d'être des symptômes cliniques.

Écrites pour des praticiens non spécialisés, actuels ou futurs, elles embrassent toute la pathologie interne et l'on y trouvera à côté de questions de médecine proprement dite (pleurésies hémorragiques, cancer du poumon, ictères par rétention, pneumothorax, gangrène pulmonaire, hémoptysies tuberculeuses), des questions de neurologie (épilepsies jacksonienne, paraplégies, embolies cérébrales, hémorragies méningées), de gastrologie (ulcère du duodénum), de cardiologie (hypertension artérielle) et d'urlogie (pyélonéphrites aiguës, anurie).

Grâce à leur forme vivante, due au dialogue en quelque sorte établi entre le lecteur et l'auteur à propos d'un fait clinique, ces conférences se lisent comme un roman, instruisent en distrayant. Aussi retrouveront-elles certainement auprès du public auquel elles s'adressent (praticiens, étudiants, candidats aux divers concours de médecine, internat, hôpitaux), le même succès qu'auprès des auditeurs qui les ont écoutées à la Maison Dubois.

---

**La Syphilis arabe (Algérie-Tunisie-Maroc)**, par G. LACAPÈRE, médecin de Saint-Lazare, conseiller médical technique du Maroc. — Gaston Doïn, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris VI. — 1 vol. 23 x 14 de 500 pages, avec 40 planches hors texte contenant 77 photographures. — Prix : 32 fr.; franco 34 fr.

Dans toute l'Afrique du Nord, la syphilis règne encore en maîtresse. Depuis l'époque où les premières colonnes françaises ont pénétré en Algérie, les atteintes cutanées, muqueuses et osseuses de cette infection ont empli nos dispensaires. En Algérie, en Tunisie, au Maroc on observe la même fréquence de la maladie, les mêmes formes évolutives. Dès qu'une infirmerie s'ouvre en milieu indigène, on voit accourir les malades, venus des territoires soumis comme des zones insoumises et les succès rapides obtenus par les méthodes thérapeutiques actuelles sont un des meilleurs appuis dont peut user notre action politique.

Tout médecin de colonisation, tout médecin militaire doit connaître à fond l'évolution de la syphilis indigène dont les descriptions, jusqu'à présent épaisses, ont été collationnées par le Dr Lacapère au cours d'un séjour de trois

années au Maroc, en Algérie et en Tunisie, et accrues de ses documents personnels.

L'évolution de la syphilis chez des individus provenant des conditions d'existence qui diffèrent encore essentiellement des nôtres, permet de saisir sur le vif l'importance des *facteur d'orientation* dans la marche de l'infection spécifique. La coloration du tégument montre avec une netteté surprenante les phases successives des troubles pigmentaire dus à la syphilis. L'étude du vitiligo syphilitique est ainsi puissamment aidée par la syphiligraphie indigène.

La transformation *in situ* des syphilides cutanées, les raisons de leur évolution particulière chez l'indigène, constituent une étude tout à fait nouvelle.

On voit que l'intérêt de cet ouvrage, largement illustré de belles photographies, ne se limite pas au médecin de l'infirmerie indigène, mais qu'il s'étend à tous ceux qui s'adonnent à l'étude de la syphilis.

---

**La luxation congénitale de la hanche**, par le Docteur LE DAMANY, professeur à l'École de Médecine de Rennes. — Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine. Paris. — 1 volume in-18, avec 49 figures. — Prix : 10 fr.

L'étude de la luxation congénitale de la hanche est intéressante pour les 120.000 Français qui en sont affectés ou pour leurs parents, puisque cette affection est souvent héréditaire et familiale. Elle ne saurait même être indifférente à aucune personne pourvue d'une instruction générale suffisante et qu'intéresse la connaissance des imperfections anatomiques spéciales à notre espèce et des inconvénients qui en résultent.

Le Dr Le Damany l'a montré, la Luxation congénitale de la hanche est une preuve que l'élévation anatomique de l'homme au-dessus des espèces animales ne saurait croître indéfiniment.

La place d'un ouvrage traitant de cette infirmité était donc toute marquée dans la bibliothèque des connaissances médicales, dont le but est de mettre le grand public cultivé au courant des questions les plus intéressantes de la pathologie humaine. Le Dr Le Damany s'est appliqué à expliquer suivant ses idées personnelles, mais aussi simplement qu'il l'a pu, d'où provient cette infirmité, comment elle se produit, et comment l'orthopédiste doit le traiter pour la guérir.

---

**Le Traitement de la Tuberculose Pulmonaire en Clientèle**, par C. COLBERT, de Cambô. — In-8, 1923, 12 figures. Prix 10 fr.

Dans la collection « *Comment guérir ?* » vient de paraître le « *Traitement de la Tuberculose Pulmonaire en Clientèle* ». Écrit par un praticien, ce nouveau volume, comme tous ceux précédemment parus dans la même collection, ne s'adresse qu'aux praticiens. Aucune digression, aucun étalage scientifique n'alourdit cet ouvrage. Le médecin trouvera en une série de courts chapitres écrits sobrement, les directives nécessaires dans le traitement et la surveillance du tuberculeux pulmonaire.

L'étude des climats, des principales stations d'altitude et de plaine, occupe une large part de la première partie de ce travail. L'auteur met en relief l'importance de la précocité du malade dans un climat approprié, et la difficulté du choix du climat, choix dont dépendra souvent la vie du malade. Les médicaments, anciens et nouveaux, sont étudiés rapidement mais complètement dans leur indications et contre-indications. Notons encore les chapitres sur le pneumothorax où l'auteur met en relief les difficultés réelles que présente, pour les non-spécialistes, cette méthode. — Sur le traitement de l'hémoptysie, où il montre combien différemment doivent être traitées les hémoptysies de l'hypotendu et celle de l'hypertendu. Les chapitres des symptômes, toux, sueurs, fièvre, des complications contiennent un choix de formules d'un intérêt immédiat pour le médecin praticien.

~~~~~

Nous apprenons que les **Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale**, qui paraissent sans aucune interruption depuis 1829, viennent de se transformer, l'hygiène et la médecine légale étant devenues deux sciences trop développées l'une et l'autre pour former une seule et même revue. Depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 1923 cette publication est dédoublée. Il y a d'une part :

Les **Annales d'Hygiène publique, industrielles et sociale**, publiées sous la direction de M. le Professeur BORDAS et paraissant tous les mois.

Et d'autre part :

Les **Annales de Médecine légale, de criminologie et de police scientifique**, publiées sous la direction de MM. les Professeurs BALTHAZARD et ETIENNE MARTIN, et paraissant tous les mois (sauf Août et Septembre).

Le premier numéro que nous recevons de cette nouvelle série des Annales d'Hygiène contient les articles suivants : Pour l'Hygiène sociale, par E. MONTET. — *La protection de la santé publique par les Services techniques d'hygiène*, par le Dr Julien SALMON. — *Le cancer et les maisons*, par BESSON. — *L'enseignement de l'hygiène dans les écoles d'infirmières*, par le Dr Henri LABBÉ. — *Une laiterie hygiénique moderne*, par G. COLUMBIEN. — Revue analytique.

Dans tous les pays, les organisations d'hygiène : Ministère d'hygiène, Bureaux d'hygiène, Laboratoires d'hygiène, Offices sociaux d'hygiène, etc., se développent, les *Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale*, ont un programme qui en fera l'organe officiel de toutes les organisations d'hygiène. Tous les bureaux d'hygiène, tous les laboratoires d'hygiène, tous les offices d'hygiène s'y abonneront parce qu'ils y trouveront des articles originaux, des analyses et des documents de toute nature, qui leur seront de première utilité.

Les *Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale*, sont publiées mensuellement, le prix de l'abonnement est de 32 francs pour la France et de 36 francs pour les pays étrangers.

L'abonnement d'un an aux *Annales de Médecine légale* est de 28 francs pour la France et de 34 francs pour l'étranger.

La Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, enverra sur demande un numéro spécimen de ces publications.

~~~~~

### Vanité

Un soir, dans un dîner, Duclaux, l'illustre successeur de Pasteur, déclarait que la syphilis était comme la condition indispensable d'une vigoureuse activité intellectuelle : « Il n'est presque point de génie, disait-il, qui n'ait été contaminé lui-même ou qui n'ait compté parmi ses ascendants un ou plusieurs avariés... »

A peine avait-il prononcé ces paroles, que des conversations particulières s'établirent autour de la table. Un Monsieur fort bien disait à mi-voix : « Moi, je le suis »; un autre : « Mon père et ma mère l'étaient »; un troisième : « Ma grand'mère en tenait... »

Et M. Anatole France qui assistait à ce dîner et raconte en riant cette anecdote, de conclure malicieusement :

— Je n'ai jamais su si l'ironique Duclaux n'avait pas lancé son aphorisme pour tendre un piège à la vanité de ses commensaux.

(*Pages médicales et parisiennes*, février 1925).

---

---

## INFORMATIONS

Parmi les récentes nominations dans la Légion d'honneur, au titre du Ministère du Commerce, nous relevons la suivante :

*Au grade d'Officier* : docteur Albert LANDRIN, Président du Jury International de la classe des Produits Chimiques à l'Exposition de Rio de Janeiro, Chevalier 1915 à titre militaire.

### Faculté de Médecine de Montpellier

Par décret du Président de la République en date du 10 mars 1923, M. Paul DELMAS, agrégé des Facultés de Médecine (section d'accouchements), est nommé professeur titulaire à la Faculté de Médecine de Montpellier.

---

---

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

JUIN 1923

## La mortalité par Cancer a Tunis

Pendant les quinze dernières années

par le Dr E. CONSEIL

Chef du Bureau d'Hygiène de Tunis



La comparaison des statistiques des différents pays montre que la fréquence du cancer varie beaucoup selon les diverses régions du globe et paraît d'autant plus rare qu'on se rapproche des tropiques. Dans les pays européens des statistiques rigoureuses et prolongées (1) montrent que les régions baignées par la Méditerranée sont celles qui ont le moins de décès par cancer. Ni la Tunisie, ni l'Algérie ne figurent dans ces longs relevés statistiques. En Tunisie les travaux qui ont été publiés sur ce sujet (Molco (2), Vaquier (3), Lévy (4), Weinberg (5)), sont surtout basés sur des appréciations personnelles; nos premières recherches (6) et la thèse de notre interne Gérard (7) ne reposent que sur les statistiques de quelques années. Nous pouvons maintenant examiner les statistiques de quinze ans.

Quelle valeur peut-on accorder à ces chiffres ? Je reconnais qu'ils peuvent être très discutés. Je n'oublie point que Bahsford (8) examinant microscopiquement plusieurs milliers de malades admis pour cancer dans les hôpitaux de Londres, trouvait 14 p. 100 d'erreurs dans les cancers superficiels et 41 p. 100 pour les tumeurs profondes. Et il s'agissait là de malades traités dans des hôpitaux, soumis à tous les moyens d'investigation. Sur des malades de la ville, surtout dans une population comme celle de Tunis, où souvent le diagnostic est porté par le médecin de l'état civil, sur un examen forcément incomplet du cadavre et d'après les renseignements peu précis fournis par la famille, la proportion d'erreurs est impossible à fixer et doit être considérable.

Ce sont cependant les seuls documents approchés dont nous disposions. Si nous nous adressons aux statistiques des hôpitaux, même aux protocoles d'autopsies, nous ne pouvons plus envisager que des cas restreints, provenant d'une clientèle spéciale, variant selon la spécialisation des services et par là, encore moins susceptibles de nous fournir un aperçu de la fré-



quène relative du cancer. Je crois cependant, qu'en confrontant ces divers renseignements et avec la prudence que commande ces remarques, l'examen de nos statistiques peut fournir quelques indications.

Mais les statistiques de Tunis offrent un autre intérêt : La population de Tunis se compose de plusieurs races vivant dans des conditions à peu près semblables mais se mélangeant peu, se croisant rarement.

Le dernier recensement les répartit ainsi :

Français	22.206
Musulmans	79.175
Israélites	19.029
Italiens	42.592
Anglo-Maltaï et autres	8.674

Total : 171.676

Dans ces différentes fractions de la population la mortalité par cancer a été la suivante :

**Moyenne annuelle du nombre des décès par cancer à Tunis**

PÉRIODES DE	FRANÇAIS	MUSULMANS	Israélites Tunisïens	ITALIENS	Anglo-Maltaï et autres	GÉNÉRALITÉ
	Moyenne annuelle	Moyenne annuelle	Nombre de décès	Nombre de décès	Nombre de décès	Nombre de décès
1908 - 1912	16,4	18,2	7,6	18	3,2	63,4
1913 - 1917	14,6	18,4	8,4	15,8	5	62,2
1918 - 1922	19,4	19,8	11,4	18,8	5,8	75,2
Moyenne annuelle des 15 dernières années	16,8	18,8	9,1	17,5	4,6	66,9

**Moyenne annuelle des décès par cancer à Tunis  
Pour 100.000 habitants**

PÉRIODES DE	FRANÇAIS	MUSULMANS	Israélites Tunisïens	ITALIENS	Anglo-Maltaï et autres	GÉNÉRALITÉ
	pour 100.000 habitants	pour 100.000 habitants	pour 100.000 habitants	pour 100.000 habitants	pour 100.000 habitants	pour 100.000 habitants
1908 - 1912	73,8	22,9	39,9	42,2	36,8	36,9
1913 - 1917	65,7	23,2	44,1	37,0	57,6	36,2
1918 - 1922	87,3	25,0	59,9	44,1	66,8	43,7
Moyenne annuelle des 15 dernières années	75,6	23,7	47,9	41,1	53,7	38,9

**Proportion des décès par cancer à Tunis  
pour 100 décès généraux**

PÉRIODES DE	FRANÇAIS	MUSULMAINS	Israélites Tunisiers	ITALIENS	Anglo-Maltais et autres	GÉNÉRALITÉ
	pour 100 décès	pour 100 décès	pour 100 décès	pour 100 décès	pour 100 décès	pour 100 décès
1908 - 1912	5,5	0,6	1,5	2,2	2,2	1,3
1913 - 1917	4,2	0,6	1,4	2,0	3,2	1,3
1918 - 1922	5,5	0,6	1,9	2,4	3,1	1,5
Moyenne annuelle des 15 dernières années	5,0	0,6	1,6	2,2	2,8	1,3

La mortalité par cancer à Tunis semble donc différer considérablement selon les races. Alors que les Européens conservent une mortalité par cancer comparable à celle de leur pays d'origine (Français, 75,6 pour 100.000 habitants et 5 % des décès; Italiens, 41,1 pour 100.000 habitants et 2,2 % des décès); les Israélites et les Musulmans n'ont qu'un nombre beaucoup moins élevé de décès par cancer. (Musulmans, 23,7 pour 100.000 habitants et 0,6 % des décès; Israélites 47,7 pour 100.000 habitants et 1,6 % des décès. Leurs races sémites de Tunisie seraient donc particulièrement favorisées au point de vue des affections cancéreuses, et leur mortalité par cancer est comparable à celle des pays les moins atteints. Cette immunité relative à la race sémite a déjà été signalée dans plusieurs villes, à Londres (9), à Amsterdam (10), au Caire (1) (0,09 de la mortalité générale).

Mais ces chiffres correspondent-ils à la réalité ? Je le crois. Lorsque je me remémore mes années d'hôpital à Rouen, à Orléans ou à Paris, où les services étaient si souvent encombrés de malheureux cancéreux et que je compare ma pratique de clientèle en Touraine et en Normandie où presque chaque jour était assombri par des visites de consolation à des néoplasiques cachectiques, avec une déjà longue pratique à Tunis, la différence me force à conclure que nos statistiques reflètent au moins une réalité approchée.

La même immunité relative de l'élément israélite ressort des statistiques publiées pour l'Algérie (1903-1908) :

Français d'origine	40 pour 100.000 habitants
Français naturalisés	18 pour 100.000 habitants
Espagnols	33 pour 100.000 habitants

Italiens 33 pour 100.000 habitants  
 Juifs naturalisés 31 pour 100.000 habitants

On a enregistré à Tunis :

	Décès par cancer	Dont provenaient de l'intérieur	Décès urbains
de 1908 à 1913	361	44	317
de 1913 à 1918	343	32	311
de 1918 à 1923	422	46	376
Total des quinze années	1126	122	1004
Moyenne annuelle	375	40	335

La population de Tunis au recensement de 1921 étant de 171.676 habitants, nous avons donc eu une mortalité annuelle par cancer :

	Pour 100.000 habitants	Pour 100 décès
de 1908 à 1913	36,9	1,3
de 1913 à 1918	36,2	1,3
de 1918 à 1923	43	1,5

et pendant ces quinze années une moyenne annuelle de mortalité par cancer de 38,9 pour 100.000 habitants représentant seulement 1,3 p. 100 de la mortalité générale.

Ces chiffres semblent montrer que Tunis ne fait point exception dans le bassin méditerranéen. Le cancer y semble relativement peu fréquent. Si nous comparons nos statistiques avec les plus récentes publications sur ce sujet, la mortalité cancéreuse de Tunis nous apparaît bien inférieure à celle des pays les plus atteints (France 98 p. 100.000 habitants et 4,6 de la mortalité générale; Suède 95, 5,4; Angleterre 76, 4,3. Elle est comparable à celle des régions les plus favorisées du bassin méditerranéen : Italie 61, 3,9; Espagne 48; Algérie 32. Quelques pays seulement ont une mortalité cancéreuse inférieure : Jamaïque 16; Brésil 4,

0,46. La différence est encore plus nette quand on compare cette statistique avec celle de quelques villes de France. Rouen, 169 décès par cancer par 100.000 habitants; Orléans, 159; Paris, 118.

Ces chiffres sont également confirmés par les statistiques publiées par Gérard, concernant les entrées et les opérations par cancer dans les divers hôpitaux de Tunis.

A l'Hôpital Français, 11,7 cancers pour 1.000 entrées; 6,8 % des interventions;

A l'Hôpital Sadiki (1908-1911) 9,4 cancers pour 1.000 entrées; 1,4 % des interventions;

A l'Hôpital Italien, 14,9 cancers pour 1.000 entrées.

Il me semble donc qu'on est en droit de conclure que le cancer est beaucoup moins fréquent à Tunis chez les indigènes musulmans et les israélites.

L'examen de nos statistiques peut encore fournir quelques autres renseignements.

Je n'insisterai point sur l'accroissement progressif du nombre de décès par cancer, car si le fait a déjà été signalé dans de nombreuses régions, il se peut, comme l'indique de Bovis, que cette augmentation porte surtout sur les tumeurs profondes, celles pour lesquelles notre diagnostic s'est perfectionné.

Comme cela a été indiqué par la plupart des observateurs les tumeurs malignes semblent également à Tunis plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Nous pouvons, en effet, dresser le relevé suivant pour les quinze dernières années.

### Mortalité par cancer de 1908 - 1923 par sexe

(Dans ces chiffres sont compris tous les décès survenus par cancer à Tunis, même ceux des non résidents).

	Hommes	Femmes
Français	155	145
Musulmans	149	154
Israélites	60	88
Italiens	124	170
Autres Européens	38	39
	<hr/>	<hr/>
Total :	526	600

Ces chiffres sont trop voisins l'un de l'autre pour offrir un réel intérêt.

La répartition d'après l'âge montre comme partout la plus grande fréquence de décès par cancer de 46 à 60 ans.

PÉRIODES DE	de 1 à 2 ans	de 2 à 9 ans	de 10 à 19 ans	de 20 à 39 ans	de 40 à 59 ans	de 60 à .....	TOTAUX
1908 - 1912	»	»	2	40	177	142	361
1913 - 1917	»	3	1	40	158	141	343
1918 - 1922	»	1	1	43	196	181	422
Proportion par 100 décès par cancer pendant les 15 dernières années.	»	0, 3	0, 3	10	47	41	

La statistique de la répartition du cancer par localisations (tout en faisant la part du nombre d'erreurs encore plus élevé et de l'imprécision plus considérable des chiffres que nous possédons), paraît plus intéressante.

Ainsi, d'une façon générale sous toutes ses formes, le cancer semble moins fréquent qu'en France.

Selon les races, le siège des tumeurs semble assez différent.

Chez les Européens les organes les plus souvent atteints sont l'estomac et l'utérus; chez les Israélites, les organes génitaux de la femme paraissent être le siège de prédilection des rares tumeurs observées; chez les Musulmans, au contraire, on est frappé de la fréquence relative des tumeurs du foie et du sarcome osseux.

Il est impossible avec les documents que nous possédons, d'essayer d'établir une statistique des formes histologiques du cancer, mais les chiffres que nous venons de fournir concordent parfaitement avec les statistiques établies dans les hôpitaux et avec l'impression que laisse une longue pratique dans la clientèle. Le sarcome, le lymphadérome sont certainement relativement plus fréquents chez les indigènes que les tumeurs épithéliales.

Et maintenant, il est bien évident que ces statistiques, malgré leur intérêt, ne peuvent nous aider beaucoup à résoudre le problème toujours entier de la pathogénie du cancer; tout au plus, pouvons-nous essayer d'examiner si elles confirment ou infirment les causes données comme prédisposantes au cancer.

L'influence du milieu extérieur, de la nature géologique du sol, du climat, de la grande humidité du terrain ou de la forte insolation, ne peuvent expliquer les différences constatées dans la répartition du can-

Mortalité par cancer à Tunis de 1908 à 1922 (1)  
selon les localisations

SIÈGES	FRANCAIS			MUSULMANS			Israélites Tunisiens			ITALIENS			Anglo-Malais et autres			GÉNÉRALITÉ									
	H.	F.	%	H.	F.	%	H.	F.	%	H.	F.	%	H.	F.	%	H.	F.	%							
	DU CANCER	H.	F.	%	H.	F.	%	H.	F.	%	H.	F.	%	H.	F.	%	H.	F.	%						
Œsophage et estomac....	65	41.9	26	17.4	43	28.8	18	11.6	19	31.6	18	20.1	33	26.6	22	12.9	6	23.6	7	17.9	169	32.1	91	15.1	
Intestin-rectum-péritonée	14	9.0	12	8.0	13	8.7	12	7.7	3	5.0	2	2.2	9	7.2	4	2.3	1	2.6	4	10.2	40	7.6	34	5.6	
Sein.....	»	»	14	9.3	1	0.6	37	24.0	2	3.3	18	20.4	1	0.8	19	11.1	»	»	4	10.2	4	0.7	02	15.3	
Cavité buccale.....	28	18.0	6	4.0	11	7.3	4	2.5	4	6.6	2	2.2	21	16.9	1	0.6	10	26.3	1	2.3	74	14.0	15	2.5	
Peau.....	6	3.8	2	1.3	16	10.7	3	1.9	1	1.6	1	1.1	16	12.8	5	2.9	5	13.1	»	»	41	8.3	10	1.6	
Organes génitaux.....	8	5.1	54	36.2	6	4.0	39	25.3	3	5.0	22	25.0	3	2.1	75	41.1	4	10.5	14	35.8	24	4.5	226	37.6	
Foie.....	9	5.8	10	6.7	28	18.7	11	9.0	11	18.3	10	11.3	14	11.2	15	8.8	3	7.8	1	2.3	65	12.3	49	8.1	
Sarcome osseux.....	3	1.9	1	0.6	9	6.0	4	2.5	6	10.0	1	1.1	6	4.8	1	0.6	2	5.2	3	7.6	26	4.8	10	1.6	
Autres ou non spécifiés.	22	14.1	24	16.1	22	14.7	23	14.9	11	18.3	11	15.9	21	16.9	28	16.4	4	10.5	5	12.8	80	15.2	73	12.1	
Total.....	155																								

(1) Dans ce tableau sont compris tous les décès enregistrés à Tunis pour cancer, résidents et non résidents.

cér selon les races. L'irritation causée par les rayons solaires pouvait, peut-être, être retenue comme une cause prédisposante. Nous avons pu récemment recueillir dix observations de Xérodéma Pigmentosum (12). Presque tous étaient des indigènes tunisiens vivant au grand soleil et ces observations pouvaient confirmer la théorie qui attribue cette curieuse forme de cancer à une irritation solaire. Mais cependant d'une façon générale, le cancer et surtout l'épithélioma est rare parmi les indigènes.

La contagion interhumaine ou par les animaux, ne semble point non plus expliquer cette inégale mortalité du cancer selon les races. Si la contagion existait, même à un très faible degré, elle serait surtout marquée chez les Musulmans où les règles d'hygiène, même de simple propreté sont le plus souvent absentes.

Le cancer des animaux ne semble pas exceptionnel. Nous en avons signalé chez le rat; R. Morand, Weinberg, en ont rencontré chez les bovins. Thuillier, vétérinaire directeur des abattoirs de Tunis, estime cependant les affections cancéreuses des animaux très rares lorsqu'il s'agit de bêtes indigènes; la plupart des tumeurs constatées (et il s'agit ordinairement de tumeurs mélaniques) coïncident avec une importation d'animaux venant de France. Ces tumeurs se rencontrent surtout sur les chevaux et mulets, viande qui n'est jamais consommée par les Musulmans ou les Israélites.

Verneuil et ses élèves ont incriminé la diathèse arthritique comme cause prédisposante, déterminante même du cancer. Pour eux toutes les tumeurs bénignes ou malignes, de toutes structures histologiques seraient l'expression d'une même diathèse; la diathèse néoplasique, qui ne serait autre que l'arthritisme. Une mère cancéreuse, disait Verneuil, peut léguer à ses enfants un lipome, un épithéliome et réciproquement.

Nos statistiques ne comportent que les tumeurs malignes; mais il est évident, pour tous les médecins qui ont exercé dans le monde indigène et israélite, que les lipomes et les fibromes y sont fréquents, plus peut-être que les Européens, qui ont cependant beaucoup plus de tumeurs malignes.

Quant à la diathèse arthritique, il est facile de se rendre compte qu'elle englobe une grande partie des indigènes des villes et la presque totalité des Israélites; ce sont cependant ceux qui sont le moins fréquemment atteints du cancer.

De même la fréquence du diabète chez les Israélites et les Musulmans de Tunis (12,2 de décès par 100.000 habitants) tranche nettement avec la rareté de l'affection cancéreuse dans ces mêmes races.

Nos statistiques sont donc nettement en contradiction avec la théorie de Verneuil.

On attribue aux actions traumatiques et irritatives locales une influence sur le développement des tumeurs. Il est évident que les indigènes, en grande partie ouvriers, agriculteurs, journaliers, sont plus soumis que les autres à de fréquents traumatismes. Ils sont également de très grands fumeurs et cependant, (bien que la leucoplasie y soit fréquente) les cancers de la cavité buccale s'y rencontrent excessivement rarement.

Les causes d'irritation chronique de la muqueuse stomacale, sont également très nombreuses, alimentation épicée, préparée sans soins, souvent en contact avec le sel; déglutition de petits os ou d'arêtes de poissons) et cependant le cancer de l'estomac y paraît moins fréquent que chez les Européens.

La contagion du cancer par l'eau souillée, par les légumes crus, paraît également peu probable, car il est évident que les Musulmans et les Israélites sont ceux qui prennent le moins de précautions à ce sujet.

Lévy attribue aux soins hygiéniques prescrits par la religion la rareté du cancer des organes génitaux chez la femme israélite. Nos statistiques montrent en effet que le cancer des organes génitaux est relativement un peu plus rare chez les femmes israélites (25 % des cancers) et chez les femmes indigènes qui suivent à peu près les mêmes règles (25,3 % des cancers) que chez les femmes européennes (françaises 36,2 %; italiennes 44,1 %).

On a pensé remarquer une plus grande fréquence des tumeurs malignes chez les ouvriers travaillant la terre, chez les jardiniers en particulier. Cette remarque concordeait avec la rareté du cancer chez les Israélites tunisiens dont presque tous sont commerçants, mais ne concorde plus avec la rareté relative des tumeurs dans la population musulmane qui fournit la plus grande partie des jardiniers et ouvriers agricoles.

La théorie émise par Borel de l'inoculation du cancer par les piqûres d'ecto ou d'endoparasites est encore une de celles qui retiennent le plus l'attention. Nous avons nous-même signalé quelques-uns des premiers sarcomes du foie du rat nettement développés autour de kystes de *Cysticercus fasciolaris*. Cependant là encore nos statistiques ne sont pas en concordance avec cette théorie. Les indigènes sont et de beaucoup les plus parasités. Ectoparasites de toutes espèces dont ils se soucient peu,



vers intestinaux excessivement nombreux et variés (Wemberg, Garin) et cependant ils paraissent être parmi les moins atteints de cancer.

On a pensé également que la syphilis pouvait au moins préparer le terrain au cancer, cela nous paraît peu vraisemblable car les indigènes chez lesquels la syphilis est tellement répandue, devraient payer un plus lourd tribut aux affections cancéreuses. On ne peut voir non plus un rapport entre les cancers et les maladies infectieuses, en particulier la tuberculose si fréquente chez les indigènes.

Parmi les causes prédisposantes du cancer mises en avant, la seule qui nous paraisse concorder avec nos statistiques est l'influence de l'alimentation. Les Européens ont conservé en Tunisie le genre d'alimentation de leur pays d'origine. Ils ont une alimentation très carnée; la viande qu'ils consomment est souvent peu choisie au point de vue qualité; conservée un ou deux jours, fréquemment, insuffisamment cuite; enfin ils mangent des viandes de toutes sortes, entrailles et issues aussi bien que tous les autres morceaux, bœuf, mouton, cheval, mulet et en particulier du porc. Les Israélites et les Musulmans ont une alimentation très différente, leur régime carné est bien inférieur. Les prescriptions religieuses presque unanimement suivies font qu'ils ne consomment que de la viande presque complètement exangue, très fraîchement abattue, toujours très cuite, jamais de porc.

Les Israélites sont particulièrement soucieux du choix de leur viande. L'abattage se fait en présence d'un rabbin; tout animal présentant des lésions de tout ordre, même de vieilles adhérences, est rejetée; ils ne consomment point de viscères, ne mangent point l'arrière train. De nombreux auteurs ont déjà signalé cette influence du régime carné. Roger Willians attribue l'augmentation de la mortalité par cancer en Angleterre à l'augmentation de la consommation de la viande qui a doublé en un demi siècle. Bertillon remarque qu'un grand nombre de villes présentent ce double caractère de consommer peu de viande et d'avoir peu de cancer. Faut-il voir pour Tunis, dans cette différence d'alimentation des diverses races, la cause de la différence de répartition du cancer parmi elles ? On ne peut évidemment l'affirmer, on ne peut que le signaler.

## BIBLIOGRAPHIE

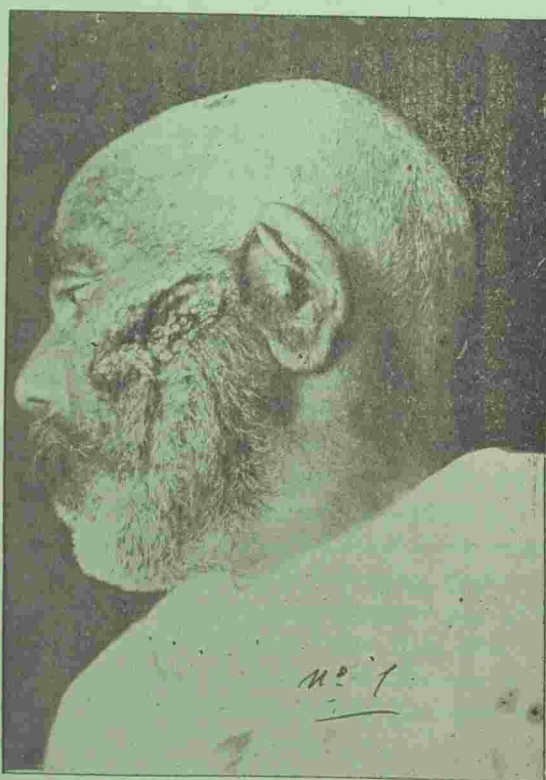
- (1) De Bovis. — *Semaine Médicale* 1902 et J. Bertillon *Presse Médicale* 1911.
- (2) Molco. — Quelques observations sur la pathologie des organes génitaux de la femme semite indigène, *Société des Sciences Médicales de Tunis*, 1902.

- (3) L. Vaquier. — Rareté du cancer en Tunisie, *Bulletin de la Société Française d'oto-rhino laryngologie*, Congrès, 1909.
  - (4) Levy. — Per del profilassi del cancro del utero, *Société Italienne d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1905.
  - (5) Wemberg. — *Bulletin Institut Pasteur de Tunis*, 1909.
  - (6) E. Conseil. — Le Cancer en Tunisie, *Société de Pathologie Exotique*, juin 1911.
  - (7) Gérard. — Le Cancer en Tunisie, Thèse Paris, 1912.
  - (8) Bashford. — *Scient-Reports*, 1905.
  - (9) Braithvaite. — *Lancet* 1901, *Semaine Médicale*, 1902.
  - (10) Von Komjnburg. — La mortalité par Cancer à Amsterdam, 1911.
  - (11) R. Willians. — Remarques sur la mortalité par Cancer, *Lancet* 1898.
  - (12) Ch. Nicolle, Cuénod, E. Conseil, Blanc et Lebailly. — Sur dix cas de Xéoderma Pigmentosum observés en Tunisie, *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, février 1920.
- Bridré et Conseil. — Sarcome a cysticerques chez le rat, *Bull. de l'Association Française pour l'étude du Cancer*, T. II p. 171-1909, T. III p. 378-1918
- Horand. — Cancer des herbivores, Cancer de la vessie d'une vache, *Lyon Médical*, 29 janvier 1911.
- Horand. — Syphilis et Cancer, Thèse Lyon, 1907 et *Actualités Médicales* 1908.
- Verneuil. — La diathèse néoplasique, *Congrès International des Sciences Médicales*, Copenhague 1884.
- Gilbert et Weil. — Le Cancer des diabétiques, *Soc. de Biologie*, 1898.
- Tuffier. — Diabète et Néoplasmes, *Arch. Générales de Médecine* 1888.
- Léclerc. — Contusions et néoplasmes, Th. Paris, 1889.
- Menétrier. — Le Cancer, *Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert, 1908.
- A. de Azevedo Sodie. — Le Cancer au Brésil II<sup>e</sup> Congrès de l'Amérique latine 1904.
- Gosselin. — Rapports de la Tuberculose et du Cancer, Th. Paris 1882.
-

# Autoplastie faciale par lambeau du cuir chevelu à long pédicule temporal

par le Docteur **BRUN**, Chirurgien de l'Hôpital Sadiki

Dans la *Presse Médicale* du 24 décembre 1921, dans le *Journal de Chirurgie* de 1923 et à la *Société de Chirurgie* cette année même, le docteur Moure publiait plusieurs observations d'autoplastie faciale, par un procédé décrit pour la première fois en 1918 par Dufourmentel. Ce procédé consiste à utiliser, comme greffon, un lambeau du cuir chevelu à long pédicule temporal.



L'excellence des résultats et la simplicité de sa technique nous ont incité à employer ce procédé chez deux de nos malades.

Nous avons présenté le premier malade à la Société des Sciences Médicales de Tunis, en 1922. Il s'agissait d'une grande brèche de la joue consé-

cutive à un noma. Cette ouverture de la superficie d'une pièce de cinq francs située au milieu de la joue, entraînait une gêne fonctionnelle considérable. Le malade ne pouvait mastiquer que du côté opposé à sa lésion et en dehors des repas, il s'écoulait par cette large ouverture, une quantité considérable de salive. Nous avons pu obtenir très facilement par le procédé de Dufourmentel, un résultat parfait aussi bien au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique.

Il s'agit dans le cas que nous présentons aujourd'hui, d'un épithélioma de la région malaire, formant une ulcération ovalaire de 8 cm. de long sur 5 cm. de large et recouvrant toute l'arcade zygomatique.

Cette ulcération aurait débuté, il y a huit ans environ, par une tu-



neur qui s'ulcère et s'agrandit excentriquement. Les bords en sont surélevés le fond formé de bourgeons granus qui saignent au moindre contact. Un fragment de la tumeur est prélevé et l'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un épithélioma globo-cellulaire. Le 30 mars 1923, sous anesthésie à l'éther, on pratique l'excérèse de cette ulcération par

une incision circulaire la débordant de 2 cm. environ. On obtièrè im-  
mèdiatement cette brèche par un vaste lambeau à pédicule temporal pré-  
levé aux dépens du cuir chevelu de la région temporo-frontale. Ce lam-  
beau est fixé par quelques points au pourtour de la brèche à combler.  
Un pansement vaseliné recouvre les surfaces cruentées du cuir chevelu.

Trois semaines plus tard, le lambeau est parfaitement vivant. On peut  
alors sectionner le pédicule au ras du greffon, et ce qui n'est pas em-  
ployé pour combler la perte de substance faciale est remplacée sur la sur-  
face crânienne.



La vitalité du greffon isolé de son pédicule se maintient. La photo-  
graphie montre l'opéré deux mois après la deuxième intervention. Le  
résultat esthétique est parfait.

Les avantages de ce procédé ont été longuement expliqués dans les  
différents articles publiés par Moure et plus haut cités. Nous les résu-  
mèns rapidement :

Ce procédé permet d'avoir un greffon très vivace. L'élasticité du tissu du cuir chevelu autorise de larges excrèses pour les tumeurs de la face et la possibilité de prendre de vastes lambeaux pour combler des pertes étendues de substance.

Enfin, chez les indigènes en particulier ce procédé a encore un avantage d'un ordre extra-médical mais néanmoins appréciable. La chéchia qui est très rarement retirée, même la nuit, masque la cicatrice qui subsiste quelquefois dans la région où on a prélevé le greffon.



Séance du 11 Mai 1923

Présidence du D<sup>r</sup> GERARD, *secrétaire général*

*Sont présents* : MM. les D<sup>rs</sup> Henry, Conseil, Masselot, Lombroso, Piraino, Smadja, Rogalski, Cortesi, Gérard, Biecheler, Vincent, Jamin, Bouquet, Brun, Soria, Appietto, Ortona, Maurice Uzan, Benmussa, Discgni, Guinet, Montefiore.

Le D<sup>r</sup> Spezzafumo, président, retenu au Dar-el-Bey, est excusé et le D<sup>r</sup> Cassuto, vice-président, étant absent de Tunis, la séance est présidée par le D<sup>r</sup> Gérard, secrétaire général.

×

Il y a lieu de rectifier que les bourses du fonds Pasteur ne sont attribuées qu'à deux chefs de laboratoire médecins au lieu de trois médecins (indiqué par erreur).

×

## PRÉSENTATIONS DE MALADES

Le D<sup>r</sup> Masselot présente un homme de 30 ans qui a subi une résection du genou gauche à l'âge de 4 ans. Le raccourcissement est de 20 centimètres. Il s'est produit des troubles de développement osseux en longueur et en épaisseur, visibles aux radios comparatives qui sont présentées à la Société.

×

## Péricardite adhésive chez un enfant de 8 ans

par les Docteurs BRUN, BROU et BIECHELER

Il s'agit d'un enfant de 8 ans qui a été amené à l'hôpital par son père parce que ce dernier avait vu se former dans la région épigastrique une tumeur qui battait.

L'examen clinique nous montra un enfant très pâle, en mauvais état général. Il était dyspnéique et présentait des œdèmes des membres inférieurs; toute la région précordiale du thorax était animée de mouvements et on constatait sans peine qu'à chaque systole cardiaque il y avait une réfraction surtout des muscles intercostaux. Une grande partie du cœur était dans la région sous-xyphoïdienne visible et palpable. A l'auscultation on constatait un souffle rude, jet de vapeur prenant toute la systole et se propageant vers l'aisselle. Dans le dos, on pouvait encore aisément l'entendre. Comme histoire clinique, le père nous raconte que son enfant avait eu, il y a six mois, de la fièvre et une forte toux. La

fièvre avait baissé après seize jours, mais la toux persistait jusqu'aujourd'hui. En effet l'examen des poumons révèle des lésions bacillaires assez étendues. Le foie déborde de 8 cm. le rebord costal dans la ligne mamelonnaire droite. On pose le diagnostic de péricardite adhésive avec participation de la plèvre. La radiographie due à l'obligeance du docteur Jaubert confirma entièrement le diagnostic.

Le D<sup>r</sup> BRUN fait remarquer la mobilité du cœur que l'on peut prendre dans la paume de la main et ramener de l'épigastre dans le thorax. Le fait éloigne le diagnostic d'abord fait de péricardite.

×

Le D<sup>r</sup> BOUQUET présente des radios et des pièces de calculs des reins.

×

D<sup>r</sup> BRUN. Certains signes physiques des ulcus duodéno-pyloriques.

## COMMUNICATIONS

### Notes sur les paraplégies spécifiques

chez les indigènes musulmans tunisiens

par les Docteurs BROU et BIECHELER

A l'une des dernières séances de la Société nous avons présenté le seul cas de tabès fruste que nous avons trouvé en dix ans à la consultation de l'Hôpital Sadiki.

Aujourd'hui nous voulons attirer l'attention sur les paraplégies que nous considérons comme la complication la plus fréquente des complications de la syphilis sur le système nerveux chez les indigènes musulmans. En effet, tous les ans nous en observons une vingtaine de cas sur les 7 à 8.000 malades nouveaux qui viennent à la consultation.

Dans une statistique antérieure nous étions arrivés à la conclusion que 70 % de ces malades étaient syphilitiques; on observait donc un cas de paraplégie sur 300 syphilitiques environ.

Ces paralysies surviennent en général dans l'âge moyen de la vie, de 25 à 40 ans, quoique nous ayons constaté des cas à 23, 24 ans et d'autres à 50, 58, 60 ans.

Il ne nous a pas été souvent possible de savoir combien d'années s'étaient écoulées entre l'apparition du chancre et le début de la paraplégie. La moitié de nos malades ignorait avoir eu la syphilis; ceux qui s'en souvenaient ne pouvaient préciser à quelle époque ils avaient contracté la maladie, pas plus que celle des accidents secondaires. Chez ces malades nous avons très rarement retrouvé des cicatrices cutanées, os-



seuses, nasales ou palatines de syphilis, ce qui semble indiquer que chez eux la maladie a surtout porté ses atteintes sur le système nerveux. La presque totalité des malades ne s'était jamais soignée, ou avait subi un traitement empirique, ou médical tout à fait insuffisant.

Tous nos malades appartenant à la classe pauvre de la société, exerçaient une profession manuelle, ouvriers agricoles, nomades, journaliers, ne présentant aucun signe d'alcoolisme.

La forme la plus fréquemment observée est celle qui correspond à la myélite transverse dorso-lombaire. Elle peut débiter brusquement par une paraplégie flasque, chez des individus qui s'étaient couchés sains et qui se réveillent le lendemain matin sans pouvoir bouger les membres inférieurs. Cette forme n'est pas aussi mauvaise qu'elle pourrait le paraître au premier abord, car s'accompagnant presque toujours de troubles urinaires, elle force les malades à réclamer de suite les soins du médecin, et un traitement intensif institué aussitôt permet souvent d'obtenir une *resûtituto ad integrum*. Nous suivons depuis plus de trois ans un malade venu à l'hôpital deux jours après le début d'une paralysie flasque, qui est sorti guéri, marchant sans béquilles et qui depuis est revenu se faire soigner assez régulièrement et n'a plus présenté aucun accident.

Le plus souvent, la paraplégie flasque tout en survenant assez brusquement, a été précédée pendant une période parfois assez longue de troubles prémonitoires.

Sur dix cas observés en 1922, nous avons noté deux fois des douleurs dans les membres inférieurs, trois fois de la faiblesse des jambes, deux fois une constipation opiniâtre, très souvent ce sont des troubles urinaires qui précèdent la paralysie, rétention ou le plus souvent incontinence.

Abandonnée à elle-même cette paraplégie flasque tend à passer à la spasmodicité, elle peut gêner la marche à un point tel que les malades restent toujours couchés et que les membres se fixent dans une attitude vicieuse; flexion de la jambe sur la cuisse par suite de rétraction fibreuse des ligaments articulaires (ankylose articulaire).

L'examen du sang a donné dans presque tous les cas, un résultat positif. L'examen du liquide céphalo-rachidien dénote la participation des méninges dans la moitié des cas environ de 5 à 30 éléments cellulaires à la cellule de Nageotte, albumine normale au Sicard, tension à l'appareil de Claude dans la moitié des cas normaux.

Nous avons observé moins fréquemment la forme de paralysie spinale syphilitique d'Erb. Dans cette forme à marche lente, les troubles moteurs prédominent; les malades éprouvent progressivement de la difficulté à la marche, mais il ne viennent que quand la marche est devenue presque impossible, aussi les résultats thérapeutiques sont-ils moins brillants et moins rapides que dans la forme précédente.

La thérapeutique a varié suivant la forme observée et suivant l'ancienneté de la maladie. Pour les formes flasques prises au début, nous avons faits des séries de novarsénobenzol Billon ou du Rhodarsan à doses de 0,15-0,30, séparées par un mois et demi de repos pendant lequel le malade est soumis à des injections mercurielles solubles, cyanure ou bi-iodure ou frictions mercurielles et iodure 3-4 gr. par jour. Prises assez prêt du début, ces paralysies sont très améliorées par le traitement. Les malades peuvent, la plupart du temps, reprendre leurs occupations antérieures.

Pour la forme spasmodique d'Erb primitive et pour la période spasmodique de la paralysie flasque, nous avons adopté la série journalière de petites doses de 0,15 de novarsénobenzol pendant quinze jours. Iodure à hautes doses dans l'intervalle, puis reprise du traitement au bout d'un mois. On observe souvent une diminution de la spasmodicité qui rend la marche moins pénible, mais l'amélioration est lente à venir et les résultats du traitement sont bien moins satisfaisants que dans la forme précédente. Il semble toutefois qu'un traitement prolongé peut arrêter l'évolution de la maladie pour une longue période.

Nous vous présentons pour terminer ce petit aperçu, un malade qui raconte qu'au commencement du mois de décembre 1922 il ressentit des douleurs dans la colonne vertébrale lombaire et qui irradiaient dans les jambes. Ces douleurs augmentaient assez rapidement et en même temps une impotence fonctionnelle considérable survint. Il sentit ses jambes devenir de jour en jour plus lourdes à tel point qu'il avait la sensation de les traîner.

Un beau matin il ne pouvait plus du tout se lever : ses jambes étaient paralysées. Vingt jours après cet accident, il se fit admettre à l'Hôpital Sadiki.

A son entrée, voici son état :

Homme âgé d'une quarantaine d'années, en état de nutrition moyen. A eu, il y a longtemps déjà, la syphilis. Les organes internes sont sans particularités. Pas de troubles urinaires ni impotence absolue de la défécation des membres inférieurs. Les réflexes tendineux sont complètement abolis. Le réflexe cutané plantaire ne peut être déclanché. Les réflexes crémastériens et abdominaux sont conservés.

La ponction lombaire révèle une hypertension légère (27 à l'appareil de Claude). A la cellule Nageotte nous trouvons 1,8 de lymphocytes. Légère hyperalbuminose à l'appareil de Sicard. Aucune lésion de la colonne vertébrale ne peut être constatée.

Nous posons le diagnostic de paraplégie spécifique.

On institue un traitement de 0,15 novarsénobenzol tous les jours pendant dix-sept jours. Ensuite on donne de l'iodure et on fait des frictions mercurielles.

On reprend le traitement de novarsénobenzol en commençant par 0,15. Le lendemain de cette piqûre le malade se lève et marche. La facilité avec laquelle il marchait était étonnante. On montre alors avec les doses de novarsénobenzol pour arriver à 5 gr.

Les réflexes rotuliens sont revenus. Le réflexe cutané plantaire ne peut être déclenché.

Le malade, comme vous le voyez, marche et ne présente en apparence plus aucun phénomène morbide de sa maladie qui, abandonnée à elle-même, l'aurait tué.

#### Discussion :

D<sup>r</sup> MASSELOT. Au point de vue du traitement, le néo semble donner de moins bons résultats que le cyanure de Hg. intraveineux à raison de 20 injections de 2 centig. « pro die ». Le docteur Masselot adopte ce traitement systématiquement dans les syphilis nerveuses. L'association du Bismuth, encore à l'étude, est à juger ultérieurement.

Le D<sup>r</sup> BIECHELER a employé l'Éparséno, puis l'a abandonné.

D<sup>r</sup> MASSELOT. Le Rubyl, actuellement, semble donner quelque chose.

Les D<sup>rs</sup> CONSEIL et GÉRARD laissent écouler un intervalle entre le traitement mercuriel et lismuthique.

Le D<sup>r</sup> PIRAINO cite un cas de paraplégie traité par le cyanure de mercure à 0,05.

×

D<sup>r</sup> ROGALSKI. — **Mélitococcie avec hémoptysies.**

(sera publiée dans le prochain numéro)

---

## INAUGURATION D'UN BUSTE DE PASTEUR à l'Institut Pasteur de Tunis

*Au cours d'une cérémonie très simple, mais dont ce caractère n'a en rien diminué la valeur d'un hommage pieux à la mémoire du plus grand bienfaiteur de l'humanité, a eu lieu le 25 juin 1923, l'inauguration du buste de Pasteur. Ce buste, en bronze, acquis par la Société des Sciences Médicales sur une partie, très modeste, du Fonds Pasteur, provenant de la souscription publique ouverte en Tunisie, de Décembre 1922 à Mars 1923, est celui de Dubois fondu par Rudier. Il est du plus heureux effet dans le jardin situé à l'entrée de l'Institut au milieu d'un massif de roses.*

*Autour de ce parterre s'étaient groupées les délégations de la jeunesse des écoles de Tunis, les représentants de tous les Corps élus, des hautes Administrations, de l'Archevêché, de l'armée, de la magistrature, du Barreau, le corps médical et pharmaceutique au grand complet.*

*Reçu par M. le Docteur Ch. Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur, entouré de ses collaborateurs, par le Président de la Société, Docteur Spezzafumo, assisté par les membres du Bureau ; M. Lucien Saint, ministre-résident général, arriva à 17 heures, accompagné des chefs de ses cabinets civil et militaire.*

*S. A. le Bey s'était fait représenter par les Princes, ses fils, accompagnés des ministres du Souverain. Le corps consulaire était représenté largement ainsi que toutes les personnalités tunisoises appartenant aux œuvres d'assistance (Croix-Rouge, dispensaires, etc.) ; des représentants de toutes les colonies étrangères, des délégations indigènes et israélites avaient tenu à se grouper autour du buste du grand savant en un hommage respectueux à sa mémoire : la Tunisie toute entière était bien représentée à cette cérémonie.*

### DISCOURS DE M. SPEZZAFUMO

M. le docteur Spezzafumo, président de la « Société des Sciences Médicales », qui a pris l'initiative de la souscription grâce à laquelle le buste a été édifié, prit la parole en ces termes :

MONSEIGNEUR,  
EXCELLENCE,  
MESSIEURS,

« Au nom de la Société Internationale des Sciences Médicales, à qui revient l'honneur de la cérémonie de ce jour; au nom des souscripteurs qui, dans un même élan de généreuse reconnaissance, sans distinction de races et de nationalités, nous permettent la réalisation de notre idée et à qui je dis notre gratitude, en présence de M. le Ministre de France

que nous remercions de son bienveillant appui qui nous a été précieux, j'ai l'honneur de confier le buste du grand Maître à l'Institut Pasteur, comme à l'Institution qui continue, par ses recherches quotidiennes, la noble tradition scientifique que lui a léguée celui que nous honorons aujourd'hui.

« La Société des Sciences médicales a voulu qu'un buste de Pasteur, expression d'une juste gratitude, s'élève, *ad æternam memoriam*, dans cette ville de Tunis où la cure antirabique sauve tant de gens voués, sans elle, à la mort la plus atroce !

« Qu'à cet homme doux et modeste, qui se comptait davantage aux veillées des recherches qu'aux applaudissements des foules, aille l'hommage reconnaissant des races diverses qui s'harmonisent ici sous l'égide de la France dans la paix du travail et le respect des lois, et qui s'unissent aujourd'hui dans la glorification de ce grand fils de l'humanité.

« Il est doux à mon cœur d'Italien que le hasard heureux d'une présidence me permette de prononcer ces paroles de gratitude et d'admiration à la mémoire de cet homme qui, s'il honore le génie latin immortel, est une pure gloire du génie français.

« Puissent les sentiments de reconnaissance inspirés par ce grand Français, sur le nom duquel l'union des hommes peut se faire aisément, resserrer les liens de toutes les races, et, en particulier, celle des deux nations sœurs qui, ayant vécu des souffrances communes, sont orgueilleuses de leurs génies issus du même latin « *sanguine gentile* ».

« Docteur Nicolle, cher confrère et maître, je vous remets le buste de Pasteur ! »

#### DISCOURS DU RESIDENT GENERAL

M. Lucien Saint prononça ensuite le discours suivant :

MESSIEURS,

« C'est un vaste sujet que le génie. L'analyse l'épuise malaisément.

« Le génie d'un Pasteur, particulièrement procède par vastes embrassements de la nature. Il est, à un degré éminent, le don non seulement de voir, mais de deviner, c'est-à-dire de comprendre, par une sorte de pressentiment et d'anticipation. Son œuvre, synthèse intuitive, tend vers l'unité. Il y a ainsi en elle une philosophie naturelle qu'il est loisible de dégager. Et je ne croirai pas, Messieurs, après les éloquents hommages que vous avez entendus, rendre un témoignage vain au génie de l'illustre savant, si je tâche de faire voir la rayonnante figure du philosophe qu'il dût à la science d'être aussi.

« Pasteur apprit de ses premiers efforts, avant même d'en avoir conquis les récompenses, puis quand il les eut obtenues, connut mieux en-

core, que la science ne se livre qu'à ceux-là qui pour ainsi parler, la désirent d'amour. Leçon d'idéalisme qu'on aime à recevoir d'un homme voué à la recherche de la vérité positive, au long d'une carrière austèrement remplie du labeur le plus acharné et le plus épuisant. Il apprit de même que les vertus du sage, du stoïque, irait-on jusqu'à dire, doivent être celles du savant. Et ce sont, avec la modestie, le scrupule, l'abnégation et la patience. Est-il beaucoup de plus hautes disciplines philosophiques, que celle dont un Pasteur eut la révélation dès le temps de son adolescence, quand la science vint le disputer à l'art, pour lequel il avait reçu des dons, qui l'auraient sans doute rendu illustre de quelque autre manière ?

« M. Vallery Radot, dans le pieux monument qu'il lui a élevé, raconte que Pasteur, en sa jeunesse, avait pour livre de chevet un certain « Essai sur l'art d'être heureux » de Joseph Droz. C'est un art que les livres enseignent surtout à ceux qui les lisent avec un esprit déjà averti. Probablement plaisait-il tant au jeune Pasteur, parce qu'il y trouvait la confirmation de ce qu'il éprouvait en lui-même, que le bonheur n'est pas hors de nous, dans ce qui peut séduire, mais que si vite rassasié et déçoit, ou plus souvent encore échappe à notre poursuite; que le bonheur se tient dans l'intime d'une âme constamment remplie de la joie qui ne peut lui être ôtée, de son propre perfectionnement; œuvre incessante d'une volonté forte, orientée à un idéal. Telle fut, jusqu'à son dernier soupir, la philosophie morale de Pasteur, apprise pratiquement des fins même de la science, et d'ailleurs pleinement d'accord avec sa croyance.

« Mais le bonheur, pour noble qu'il soit en son essence, s'entache d'égoïsme, et du même coup, se limite singulièrement, s'il ne se stérilise même tout à fait, quand il n'est pas quelque chose de plus que cette sagesse qui se plaît à la beauté des spéculations de l'esprit, et s'enorgueillit d'une volonté maîtresse. Un bonheur de cette sorte, ne pouvait pas contenter le cœur de Pasteur, tout tendresse, sous des dehors un peu froids. Il ressentait trop vivement les joies, les chagrins et les douleurs des autres, et les chocs qu'il en recevait, eussent à tout moment détruit l'harmonieux équilibre de ses désirs réglés et satisfaits.

« Ce fut encore la science qui enseigna à sa jeunesse la vraie règle de vie, où sa nature aussi aimante qu'enthousiaste trouverait son plein épanouissement. Et l'on vit ce grand méditatif, capable des sublimes ivresses de la contemplation savante, qui pouvait, s'il lui avait plu, ne fréquenter que les sommets de la science pure, asservir son génie, sans l'abaisser pour autant, lui qui proclamait que « sans théorie, la pratique n'est que la routine donnée par l'habitude, et que la théorie seule peut faire surgir et développer l'esprit d'invention » — on le vit appliquer ses merveilleuses facultés aux besoins et aux misères des hommes, avec un

zèle et une ardeur persévérante qui émeuvent. Sa vie, exemplaire, ne fut que dévouement et charité. « Le vrai progrès, disait-il, c'est l'accroissement du bien ». Ainsi se complétait cette « philosophie toute de cœur » comme il l'écrivait lui-même dans une lettre à Sainte-Beuve. C'était le devoir fait amour. On n'en connaît pas de meilleure ni personne qui s'y soit mieux conformé. »

« Mais je n'aurais pas dit toute la pensée morale du génial savant si je ne remarquais que dans cet homme de foyer, le patriotisme, spontanée extension de l'amour de la famille, pitié filiale aux ancêtres dont la France nous est à tous le bienfait commun, l'œuvre de leurs mains, de leurs esprits, et de leurs volontés solidaires, était chez lui en même temps, et peut-être plus encore qu'un sentiment, *une doctrine*. Sans doute, la « *charité du genre humain* », habitait l'âme de Pasteur, comme elle habite toutes les grandes âmes. Il professait qu'à la science appartient une mission de générosité universelle, qu'il aurait cru trahir, s'il avait réservé jalousement à sa patrie le bénéfice de ses découvertes. Mais aussi pensait-il que, si la science n'a pas de patrie, le savant en a une, qu'il lui faut chérir et servir. Il chérissait, il adorait la sienne, et de toutes ses forces, et de toute son âme, il la servait : Par ses admirables travaux, — notre reconnaissance qui sera celle des générations à venir l'affirme aujourd'hui même; par l'autorité encore de sa grande parole, quand, rappelant à côté de l'utilité matérielle, l'utilité morale de la science, il donne à son pays cet avertissement solennel, que ce n'est pas impunément qu'on laisse une grande nation réchoir intellectuellement... Combien il est nécessaire que notre démocratie s'en souvienne, aujourd'hui plus que jamais ! Enfin Pasteur attachait au culte des grands hommes l'importance d'un principe fondamental d'éducation nationale, propre à préserver la jeunesse contre ce mortel individualisme, qui fait la perte des peuples.

« Ainsi Pasteur sait tirer de la science bien comprise, dans sa nature véritable, tout ensemble pragmatique et spéculative, les éléments d'une éthique complète.

« Il était de ceux qui attendent les apaisements suprêmes de l'esprit et du cœur, non d'une métaphysique abstruse, mais de leur foi religieuse. Pourtant il entendait que la science fut soustraite aux influences et de la métaphysique et de la religion. Il se refusait à transformer une question de fait en une question de foi. « Il n'y a ici, disait-il, à propos de la génération spontanée, ni religion, ni philosophie, ni athéisme, ni matérialisme, ni spiritualisme qui tiennent. Je pourrais même ajouter : comme savant, peu m'importe. C'est une question de fait, et je l'ai abordée sans idée préconçue ». Il professait que la science ne connaît que des vérités susceptibles de démonstration. Et nul ne fut plus que lui

éloigné des affirmations téméraires, comme des négations présomptueuses. Aussi, conséquent avec lui-même, autant qu'inspiré par une exquise bienveillance, était-il tolérant à toute opinion, pourvu qu'elle fut celle d'un honnête homme : Il vénéra Claude Bernard, agnostique, et Littré, athée. On ne lui connut jamais qu'une passion : celle qui l'anima pour la vérité, contre l'erreur hostile.

« Car c'était bien un homme d'ardente passion, ce Grand Pasteur. On croit entendre un autre Pascal, lorsqu'il parle de l'énigme incrustable de l'univers. Tout son être en frémit d'émotion sacrée. Et il s'avoue que son désir immesuré, entreprend trop. Mais qu'importe ! il lèvera du moins un coin du voile. Comme Pascal, il compte qu'après lui, après d'autres encore, cet homme qui ne meurt pas, qui résulte à chaque génération de la continuité de tous les siècles, et, à chaque étape sur la route sans fin de la connaissance, résume la somme du savoir acquis, — sans cesse et sans cesse y ajournera. L'individu s'arrête interrompu par le temps que la vie lui mesure. L'Humanité avance toujours.

« Mais déjà, du regard de la prescience, le génie devance la science future. C'est qu'il est imagination hardie dans l'hypothèse explicative et inductive, autant qu'il est circonspection dans la recherche et dans la vérification. L'imagination, faculté seule féconde, même et surtout dans les sciences, pourvu qu'elle soit dirigée par une raison puissante ! — je n'ai pas dit modérée par elle. Ne serait-il pas d'une mesquine sagesse de le vouloir modérer, cet enthousiasme qu'un étudiant d'Oxford, répondant à Pasteur, définissait admirablement, en disant qu'il est en nous « l'opération de Dieu » ?

« Ce Dieu intérieur faisait à tout instant sentir sa présence lumineuse à la pensée de Pasteur. Cet autre Pascal, cependant ne cherchait pas en gémissant : son optimisme, au contraire, était invincible à tous les doutes, comme à toutes les contradictions.

De cette imagination enthousiaste, qui était la sienne, jointe à la soumission sans réserve aux sévères disciplines de la méthode expérimentale, se forma dans l'esprit de Pasteur une philosophie naturelle d'une singulière grandeur. Elle a quelque chose de la hardiesse des cosmogonies ionniennes. Héraclite y reconnaîtrait une parenté avec son ample génie, à travers les différences immenses qui distinguent inévitablement un savant moderne, d'un sage de l'Hellade présocratique. Ecoutez l'homme qui prononce ainsi sur le mystère de la vie et sur l'ordre cosmique tout entier, pour avoir découvert le phénomène de la dissymétrie moléculaire : « Vous savez que je crois à une influence cosmique dissymétrique, qui préside naturellement à l'organisation moléculaire des principes essentiels de la vie, et qu'en conséquence, les espèces des règnes de la vie sont, dans leur structure, dans leurs formes, dans les disposi-



tions de leurs tissus, en relations avec les mouvements de l'univers ». N'est-ce pas là, ouverte à la science moderne, la voie royale où s'est d'abord engagée la sagesse antique ? Un Claude Bernard avait aussi cette vision étendue des analogies, quand il osait assimiler aux phénomènes de la « réintégration cristalline ».

Et tous les deux, Pasteur et Claude Bernard, grands poètes, à leur façon, parce que la science est poésie quand le génie la remplit de son souffle, ils ont senti la frisson qui passe dans les vers célèbres :

*La nature est un temple où de vivants symboles,  
Laissent parfois sortir de confuses paroles.*

Mais ces confuses paroles, c'est la sainte ambition de la science — sa folie, s'écriait un jour Pasteur, mesurant l'immensité de l'entreprise d'en faire d'éblouissantes clartés pour l'esprit. Sainte folie, et noblesse unique du Grand Homme, dans la main de qui la science fut le flambeau qui éclairait à la fois, la contemplation et l'action.

#### DISCOURS DE M. NICOLLE

M. le docteur Nicolle répondit ensuite au Ministre :

« Monsieur le Ministre, je vous remercie de vos paroles. J'en sens tout le prix.

« L'Institut Pasteur de Tunis sait qu'il peut se reposer sur l'administration tunisienne. Dans la détresse générale des laboratoires, il estime son sort heureux puisque vous êtes avec lui. Nous ne sommes pas des ingrats. Nous aurons encore à vous demander.

« L'Institut Pasteur de Tunis, depuis vingt ans qu'il a été installé dans ces bâtiments, s'est beaucoup développé. Ses services, son personnel se sont accrus. Nous souffrons de l'exiguïté des locaux. C'est un péril pressant. Nous nous sommes confiés à vous pour y remédier. Nous nous confions dans vos encouragements.

« Mon cher Président, je reçois avec reconnaissance le buste que vous nous remettez. Désormais ceux qui viendront dans cet Institut y trouveront dès l'entrée l'image de notre héros éponyme.

« Je vous prie de remercier les souscripteurs auxquels la Société des Sciences Médicales s'est adressée sur votre initiative et celle de votre Secrétaire général. L'empressement qu'ils ont mis à vous répondre, à nous doter de ce buste et de bourses indispensables au travail, montre que la population de la Régence tout entière comprend nos efforts.

« Permettez-moi de voir dans le fait que ce don nous vient par vos mains un double enseignement.

, J'y reconnais d'abord le gage de la parfaite concorde qui existe entre le corps médical tunisien et l'Institut Pasteur. Cette union ne se traduit pas seulement par des amitiés précieuses, elle est la base des tra-

vaux que nous avons pu mener à bien. Nos succès, ceci ne saurait être dit trop haut, sont les fruits de notre bonne entente.

« Votre qualité de fils de la noble Italie, mon cher Président, m'est précieuse en ce jour. Elle affirme la fraternité des peuples. La science pastorienne ne distingue pas entre les races. Comment le ferait-elle sans contrevenir à sa mission ? Est-ce que la maladie et les misères que nous combattons ne sont pas le fléau commun de tous les hommes ?

« Répétons-nous la parole admirable de Pasteur : « La science et la paix triompheront de l'ignorance et de la guerre; les peuples s'uniront, non pour détruire, mais pour édifier ».

« Mes enfants, je termine par vous. Je sais heureusement comment vous remercier. Je vais vous raconter une histoire.

« Vous voyez bien cette image, ce Pasteur, dont les anciens eussent fait un dieu et dont nous faisons bien plus en le regardant comme un exemple. Il fut grand, il fut patient, il fut bon. Ses découvertes ont créé des sciences nouvelles. Il a réussi l'œuvre que les hommes estiment la plus considérable, puisqu'il a fait reculer la mort. Vos maîtres, vos livres, les journaux vous ont raconté ses travaux et sa vie. Venant après eux, je ne trouve mieux à vous dire que ce qu'un jour lui-même il m'a dit.

« Malgré mon âge, je ne suis pas de ses disciples directs, je suis l'élève de ses élèves. Pourtant un jour le grand Pasteur m'a parlé.

« Je travaillais depuis quelques mois dans la maison qu'il a fondée. Lui ne travaillait plus; ses médecins l'avaient obligé au repos. Je l'apercevais parfois passer dans le jardin, entouré du dévouement de sa famille, parfois traverser un couloir allant s'enquérir des découvertes en route auprès de ceux qui s'efforçaient de le remplacer.

« Ce jour-là, je montais l'escalier de l'Institut par deux marches. Devant moi quelqu'un descendait d'un pas hésitant au long de la rampe. Je m'arrêtai. Je levai les yeux. C'était lui. C'était bien Pasteur, tel que l'image vous en est familière, avec sa petite calotte, son air bon et simple, un peu sévère. Il tenait, suivant son habitude, à la main une feuille de papier afin de dissimuler l'infirmité de son bras.

« Je me suis arrêté. Pasteur me parle. Il ne me connaissait pas. J'étais pour lui n'importe qui, mais quelqu'un de sa maison. Pasteur me parle. Il me demande :

« — Vous travaillez ?

« J'étais timide. Il n'était pas aisé non plus de répondre à Pasteur. Dire Monsieur me paraissait impossible, ce qui montre bien que je n'étais pas de l'entourage où, même mort, on continua de l'appeler Monsieur Pasteur. Dire Pasteur tout court m'aurait mieux plu; vous comprenez que je n'osais pas.

« Je répondis :

« Oui.

« Alors Pasteur reprit d'une voix ferme, persuasive :

« — Il faut travailler.

« Il poursuivit son chemin; je repris ma course. Voici toute l'anecdote.

« Tant de gens ont de si beaux souvenirs à placer sur Pasteur que l'ai longtemps gardé le mien pour moi seul. Le jour où je l'ai risqué devant ses élèves, dans sa famille, à ma surprise, il a été bien reçu. On m'a dit qu'on ne pouvait en rapporter de plus clair; car, si long que fut un entretien de Pasteur, c'était par cette invitation au travail qu'il terminait.

« Mes enfants, j'ai l'honneur de représenter ce grand homme. Jamais la patrie, cette terre et le monde n'ont eu plus besoin du travail de chacun. Je vous répète le mot que Pasteur m'a dit : « Il faut travailler. Et je le dis à tous les hommes. »

Tous ces discours furent soulignés par de vifs applaudissements et tandis que les orateurs parlaient, une escadrille d'avions tournoyant dans le ciel bleu venait du haut des airs participer à l'hommage rendu au grand savant.

Avant de quitter l'Institut Pasteur, le Ministre épingla lui-même la médaille des épidémies sur la poitrine de trois assistants de l'Institut Pasteur MM. René Loiseau, Henri Roussel et Barthélémy Ayasso.

Enfin, en un touchant hommage les enfants des écoles, vinrent déposer des gerbes fleuries devant la statue du grand bienfaiteur de l'humanité.



**Quelques Applications Thérapeutiques  
de l'Association des Dérivés Opiacés  
à un Dérivé Atropinique**

par le Dr Jean CARO (de la Faculté de Médecine de Bordeaux)  
Thèse de Bordeaux, 1922

---

Dans ce travail très documenté, M. Caro a étudié l'action thérapeutique de la Spasmalgine, qui comme on sait, est un com-

plexe médicamenteux formé de papavérine, pantopon et éther sulfurique d'atropine : c'est en quelque sorte la vieille formule morphine-atropine, mieux étudiée et plus scientifiquement établie.

L'auteur après avoir rappelé tous les travaux publiés sur les éléments entrant dans la composition de la Spasmalgine et notamment les études, aujourd'hui classiques, sur le pantopon, des Professeurs Sahli et Pouchet, passe en revue les recherches expérimentales des docteurs Piétri et Mergui (thèse de la Faculté de Montpellier, 1922) et les diverses communications publiées par de nombreux cliniciens, donne un certain nombre d'observations prises dans les services de MM. les Professeurs Abadie, Cruchet, Hesnard et Denis, chez des malades atteints d'hypertonus du vague, de mal de mer, d'anxiété, de parkinsonnisme post-encéphalitique, etc. Il semble bien que dans les états d'hyperexcitation, surtout lorsque ces états s'accompagnent d'insomnie, l'action du Somnifène soit préférable; mais dans tous les cas de spasmes, qu'il s'agisse de spasmes gastriques, intestinaux, laryngés, bronchiques, cardiaques ou génito-urinaires, dans les angoisses et les anxiétés graves, dans les séquelles du parkinsonnisme, la Spasmalgine se montre très réellement efficace, qu'on l'administre par voie buccale ou par voie hypodermique et, comme le remarque justement M. Caro, ce médicament ne produit aucun des effets secondaires de la médication morphinique ou atropinique, employée seule. C'est donc un excellent antispasmodique appelé à rendre au praticien les plus signalés services.

---

**Les Maladies du Cœur et de l'Aorte.** Deuxième édition, revue corrigée et augmentée, par le Docteur Arthur LECLERCQ. Lauréat de l'Académie de Médecine, lauréat de la Faculté. — Gaston Doïn, éditeur, Paris. — 1 volume in-8° carré de 588 pages avec 33 figures dans le texte. — Prix : 25 francs.

À la suite du tome III (l'artériosclérose) vient la cardiosclérose. Celle-ci, est au cœur ce que l'artériosclérose est aux artères, elle représente l'aboutissement final, à la cinquantaine, de la goutte, l'obésité, le diabète, l'artériosclérose, et, au point de vue clinique, le degré le plus avancé de l'insuffisance hépatique et de l'imperméabilité rénale.

Sensuit-il que la cardiosclérose existe seule à cet âge ? Evidemment, non, et il faut compter avec les maladies du cœur ; endocardites, valvulites, myocardites, aortites, athérome cardio-aortique, de longtemps existantes, mais qui pèsent de tout leur poids à la cinquantaine, pour provoquer à cet âge, ou des phénomènes épisodique, aigus, ou un début de décompensation cardiaque.

L'auteur dès le début prend position contre les dogmes classiques qui confonde encore, sous une seule et même appellation de « myocardites », aortites, aussi bien la sclérose myo-aortique où la lésion est d'ordre dystrophique, les aortites vraies qui sont des lésions réactionnelles, puis l'athérome myo-aortique où les lésions sont également dystrophiques. De même, dans l'application clinique, les meilleurs classiques ne voient encore aujourd'hui qu'une angine de poitrine par aortite. D'où une thérapeutique fatalement hésitante, puisqu'elle ne tient pas compte de la diversité des bases pathogéniques.

De même qu'il a distingué avec soin l'artériosclérose de l'artérite et de l'athérome, l'auteur applique ces données au cœur qu'il considère comme la plus grosse artère de l'économie. De même il répartit les maladies du cœur sous trois grands groupes syndromiques faisant état de la notion étiologique, de la réaction anatomique, de la personnalité clinique propres à chaque syndrome. Ces groupes sont : *la Cardiosclérose et la sclérose aortique, les Cardiartérites et les aortites, le Cardiathérome et l'Athérome de l'aorte.* Il suffit au praticien de rapporter à chacun de ces groupements la maladie syndromique qu'il étudie pour la situer exactement, anatomiquement et cliniquement, et en déduire « de piano » le diagnostic, le traitement. Exemples : En cas d'une angine de poitrine, il se dira que cette maladie peut exister avec la cardiosclérose (Angine A de l'auteur), avec l'aorto-coronarite (Angine B), avec l'athérome cardio-aortique (Angine C). Dans le 1<sup>er</sup> cas traitement hypotenseur, rénal ; dans le 2<sup>e</sup> cas médication spécifique ; dans le 3<sup>e</sup> cas, traitement hygiénique. En face d'un Adams-Stockes, il importe, si l'on veut apporter des précisions thérapeutiques, de savoir si la bradycardie résulte d'une sclérose, d'une artérite (spécifique) ou de l'athérome des vaisseaux coronariens, etc.

Si M. Leclercq se voit parfois obligé quand il étudie la pathogénie de la cardio-sclérose, de la sclérose aortique, de l'œdème aigu pulmonaire, des myocardites, des aortites, de l'athérome myo-aortique, d'ouvrir des chapitres

nouveaux et de parler un langage différent des classiques, il le doit précisément à ce que les maladies du cœur soulèvent à chaque pas ce triple problème pathogénique. Les mêmes conséquences s'étendent jusque dans la thérapeutique laquelle n'est somme toute qu'une pathogénie appliquée. Trois longs chapitres sur les angines de poitrine ouvrent des perspectives nouvelles sur le traitement de cette affection. D'autres avant trait à l'action double, cardiaque et rénale de la digitale et du strophanthus, aux indications différenciées de la théobromine, de la digitale, à l'action synergique de ces substances, éclairent la thérapeutique et guident la main du praticien dans le choix de son arme.

Le livre de M. Leclercq représente un gros travail. Il possède un texte clair, des avenues bien dessinées, et ce qui en fait l'originalité, une méthode, un point de départ, un but qui en pendent la lecture agréable et suivie. Il est toujours à la page et au courant des dernières acquisitions scientifiques. Le lecteur trouvera dans cette édition complètement refondue, non seulement le livre qui instruit, mais, depuis la vie normale du cœur jusqu'au stade défaillant, une série d'événements dignes de captiver son attention.

---

**Manuel de Législation Sanitaire Française**, par les Docteurs H. VIOLLE, professeur d'hygiène à l'École de Médecine de Marseille, et R. WIDAU, auteur au Conseil Supérieur d'Hygiène. — Masson et C<sup>ie</sup>. — 1 volume in-8° de 300 pages. — Prix : 12 francs net.

Actuellement, la législation sanitaire française n'a pas encore été groupée de façon rationnelle, de sorte que l'hygiéniste praticien est astreint à des recherches parfois pénibles pour trouver le texte législatif exact par lequel il pourra étayer son travail.

En attendant qu'un code sanitaire officiel et complet, analogue au code de travail, vienne armer les fonctionnaires qui protègent la santé publique, les auteurs de ce petit manuel ont groupé les principaux documents dont à chaque instant l'hygiéniste a besoin.

Dans le but de conserver à ce livre des proportions réduites, toutes les dispositions législatives d'exception ou intéressant des cas spéciaux et très limités dans leur application ont été élaguées.

Pour le même motif, les commentaires sont sobres et ne figurent qu'en annotations.

La *première partie* est consacrée aux rapports de l'hygiéniste avec l'administration. Des extraits des lois et des arrêtés spéciaux précisent les obligations des administrateurs et des hygiénistes.

La *deuxième partie* est consacrée à la protection de la santé publique : maladie à déclaration et à désinfection obligatoires ou facultatives, mode de déclaration des maladies susvisées, appareils à désinfection, organisation et fonctionnement du service de désinfection, instructions prophylactiques applicables aux maladies à symptômes intestinaux ou gastro-intestinaux ou affectant la peau ou les muqueuses des voies respiratoires, oculaires ou génitales.

L'administration des Bureaux municipaux d'hygiène est envisagée ainsi que la vaccination et les obligations des médecins vaccinateurs.

Enfin, les auteurs n'ont pas voulu clore ce chapitre sans insérer les dispositions sanitaires relatives aux régions atteintes par les événements de guerre (extrait de la loi du 17 avril 1919 et décret du 2 juin 1919).

*La troisième partie* est consacrée à la police sanitaire maritime, c'est à dire à la loi du 3 Mars 1822 et au décret du 26 novembre 1921.

*La quatrième partie* contient lois et décrets du 15 avril 1916 novembre sur les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, sur les sanatoriums destinés au traitement des tuberculeux, sur l'établissement, le fonctionnement et la surveillance des sanatoriums.

Ainsi présenté, ce manuel est un véritable code d'hygiène, indispensables à tous les fonctionnaire de l'hygiène publique, de l'hygiène sociale et de service sanitaire maritime.



**Fièvres Typhoïde et Paratyphoïdes**, par les Docteurs Henri DUFOUR, médecin de l'Hôpital Broussais, Membre du Conseil Supérieur d'Hygiène publique de France, et Joseph THUENS, ancien interne des Hôpitaux de Paris, chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine. — Gaston Doïn, éditeur, Paris. — 1 volume in-16 de 450 pages avec figures dans le texte. — Prix : Cartoné toile, 14 francs. Franco, 15 fr. 40.

On trouvera dans ce livre, d'une documentation ample et sûre, le tableau complet des connaissances, que nous possédons à l'heure actuelle sur les fièvres typhoïde et paratyphoïdes.

Les questions qui intéressent principalement le médecin : contagion, aspects cliniques, vaccination préventive et thérapeutique, ont été traitées avec un développement particulier.

Les auteurs ont aussi insisté longuement sur les complications si fréquentes de ces maladies, sur leurs séquelles et sur les traitements qui ont été préconisés dans les dernières années.

L'ouvrage comporte, en premier lieu, l'étude bactériologique détaillée du bacille d'Eberth, et des bacilles paratyphiques : morphologie, procédés des coloration, cultures sur milieux ordinaires et sur milieux vaccinés méthodes de différenciation avec les autres espèces microbiennes sont exposées avec des indications minutieuses de technique.

Dans le deuxième chapitre, qui a pour objet l'étiologie, la prophylaxie, la vaccination préventive tient une large place : la guerre a en effet fait apparaître toute l'importance de cette pratique, qui tend à se généraliser et qui deviendra vraisemblablement obligatoire pour la population civile, comme l'Académie de Médecine en a exprimé le vœu.

Un chapitre consacré à la physiologie pathologique oppose à la conception ancienne la conception moderne de l'infection éberthienne de l'organisme.

Quant au chapitre d'anatomie pathologique il résume les données classiques.

Nous ne dirons rien des chapitres relatifs aux formes communes et rares de la fièvre typhoïde, et des paratyphoïdes, sinon que leur discription est

étayée de faits nombreux et de remarques intéressantes qui sont le fruit d'une expérience éclairée et d'une investigation personnelle étendue.

Un chapitre de diagnostic clinique et par les procédés de laboratoire un chapitre de traitement dans lequel sont envisagées les règles d'hygiène générale corporelle, alimentaire, les médications banales et spécifiques, terminent le livre qui, conçu dans un esprit d'impartialité sans le dessein de défendre une thèse, et de faire triompher une doctrine, renseignera le praticien aussi bien que l'homme de laboratoire ou l'hygiéniste sur tous les points qu'il jugera utiles à connaître, dans l'histoire de ces maladies si communes que sont les fièvres typhoïde et paratyphoïdes.

~~~~~  
**Les Pronostics du Praticien en Clientèle**, par Ch. FIESSINGER. — A. Malomé et fils éditeurs, Paris. — In-8, 1923. Prix : 10 francs.

C'est là un ouvrage tout personnel où sont enfermées quarante années d'expérience et de recherches cliniques. — Dans les ouvrages classiques, relégués à l'arrière-plan, les pronostics n'occupent qu'une place restreinte. Ils devraient figurer en tête, la réputation du médecin étant attachée aux connaissances qu'il possède d'une évolution morbide. M. Ch. FIESSINGER a montré les variations que subissent les pronostics suivant l'âge, les symptômes, les complications, le traitement. Les difficultés étaient grandes pour l'achèvement d'une pareille tâche. Les livres de pronostic en médecine n'existent guère et depuis Hippocrate, qui a écrit le premier, la science a tout de même fait quelques progrès.

Ce que doit dire le médecin, comment il se comportera dans les cas qui filent; toutes ces règles de conduite sont exposées au cours de pages qui représentent une sorte de guide professionnel infiniment averti.

~~~~~  
**Manuel d'Embryologie Humaine**, par J. VIGNOLI, aide d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Médecine de Marseille. — A. Maloine et fils, éditeurs, Paris. — In-8, 1923, 180 pages, 196 figures, dont 62 en couleurs. — Prix : 8 francs.

Pourquoi l'étudiant en médecine ignore-t-il tout de l'Embryologie ?

C'est d'abord parce que les traités ou précis mis à sa disposition sont trop longs : il n'a pas le temps de les lire et encore moins de les étudier ou de les résumer. Il demande un *Manuel* COURT.

C'est ensuite parce que bien des chapitres sont flous, sur chargés de détails inutiles pour lui ; les figures sont des amas informes de cellules où il a peine à se reconnaître. Il demande un *Manuel* CLAIR, sans phrases, et bourré de figures schématiques qu'il peut refaire sur son tableau noir et graver facilement dans son esprit.

C'est enfin parce que dans son métier de futur médecin il n'a cure de ce qui se passe dans l'évolution des Sélaciens ou des Cyclostomes ! Les multiples ennuis du P. C. N. sont encore trop présents à sa mémoire. Comme il a un traité d'Anatomie humaine, il demande à posséder un *Manuel d'Embryologie Humaine* où il ne sera question que de l'homme.

Un *Manuel court, clair*, et ne traitant que de l'Embryologie humaine,



voilà ce qui lui est offert aujourd'hui, en un petit livre où les figures, toutes schématisques, tiennent plus de place que le texte ! L'œuf est pris à sa formation et est étudié jusqu'à terme.

Ce Manuel peut rendre de grands services, non seulement à l'étudiant de première année, mais encore à ceux qui préparent un examen d'obstétrique et aux élèves sage-femmes.

**Les glandes à sécrétion interne et leur valeur fonctionnelle.** Méthodes de recherches. Procédés de diagnostic, par Jacques PAINOT, profès cur agrégé, chargé du Cours Pathologie générale et de Médecine expérimentale à la Faculté de Nancy, Médecin de l'Hôpital Villemin, et Gabriel RICHARD, ancien interne des Hôpitaux de Nancy, médecin consultant à Royat. — Gaston Doin, éditeur, Paris. — 1 volume in-8 de 248 pages avec figures dans le texte. — Prix : 15 francs. Franco, 16 fr. 50

Les auteurs ont pensé qu'un grand pas serait fait dans l'étude des sécrétions internes si l'on possédait des moyens d'évaluer l'état fonctionnel des divers organes endocriniens.

Pour y parvenir, en même temps qu'ils cherchaient de nouvelles méthodes d'exploration, ils reprenaient en série chez l'homme tous les textes indiqués pour les différentes glandes, cherchant dans l'expérimentation l'éclaircissement des points obscurs ou contradictoires.

Tout leur travail reflète cette double pensée : fournir des méthodes pratiques, utilisables pour le praticien ; ne recommander que celles dont les résultats ont été vérifiés par la clinique et l'expérimentation.

Une 1<sup>re</sup> partie consacrée aux *bases physiologiques des méthodes de recherche*, indique l'essentiel de ce qu'il faut savoir de l'anotomio-physiologie des glandes endocrines pour pouvoir en poursuivre l'étude.

La 2<sup>e</sup> partie étudie les *méthodes générales d'examen*, les procédés d'investigation qui vont permettre de fixer pour chaque glande la technique de recherche.

La 3<sup>e</sup> partie, la plus importante, traite de l'*application de ces méthodes de recherches* à chacune des glandes ou des complexes pluriglandulaires ; thyroïde, surrénale, hypophyse, parathyroïdes, glandes génitales, épiphyse et thymus, syndromes pluriglandulaires.

Un chapitre de conclusion indique la *pratique des examens de la valeur fonctionnelle des glandes* ; il envisage les différents problèmes qui, dans la clinique quotidienne, s'offrent au praticien et il fournit les éléments de la solution à trouver.

Ce livre sera lu avec fruit par quiconque s'intéresse aux si actuelles questions de sécrétion interne.

**Les Albuminuries et leur Traitement**, deuxième édition, revue corrigée et augmentée, par le Docteur Arthur LECLERCQ, lauréat de l'Académie de Médecine, lauréat de la Faculté. — Gaston Doin, éditeur, Paris. — 1 volume in-8 carré d 192 pages. Prix : 12 francs.

Ce dernier volume représente le terme des maladies de la cinquantaine qui ont évolué depuis la goutte, l'obésité, le diabète jusqu'à l'artériosclérose, la cardiosclérose, jusqu'à la néphrosclérose. Celle-ci est au rein ce que l'arté-

riosclérose est à l'artère, ce que la cardiosclérose est au cœur. C'est par le rein que finit le cycle pathologique, c'est le rein qui ferme la marche. Mais de ce que la néphrosclérose représente le type ultime des albuminuries à la cinquanteaine, il ne s'ensuit pas qu'elle les résume toutes.

A cinquante ans il faut compter tout d'abord avec les albuminuries « fonctionnelles » de la goutte, de l'obésité, du diabète qui sont dans le début, à maximum de rétention chlorurée, mais qui, avec les progrès de l'âge ont une évolution toute marquée vers l'artériosclérose.

Dans l'ordre artériel à côté de la *néphrosclérose*, maladie endogène, il est indispensable de ranger les *néphartérites*, le *néphrathérome*, les premières étant le résultat des toxi-infections rénales, la syphilis surtout, la 2<sup>e</sup> étant la traduction anatomique du rein athéromateux dont la sénilité représente la plus haute expression clinique. Le lecteur retrouvera ainsi dans le domaine artériel, la même classification que pour l'artério, que pour la cardiosclérose.

Outre ces variétés d'albuminuries artérielles, à maximum de rétention uréique, il faut aussi compter, à la cinquanteaine, avec les lésions toxi-infectieuses du rein parenchymateux dont le maximum de rétention est hydro-chlorurique. Il faut faire état des vieilles *néphrites* mal éteintes, dont le propre est à cinquante ans, de se propager aisément au rein artériel pour provoquer avec l'âge, l'artérialisation des lésions, y compris la rétention uréique.

Enfin, il faut compter avec les albuminuries *mécaniques* venant à la suite de la stase rénale dans la période hyposystolique des cardiopathies artérielles ou valvulaires. Celles-ci offrent un maximum de rétention chlorurée, mais peuvent, comme les albuminuries précédentes, présenter des complications azotémiques au syndrome de rétention mixte en rapport avec l'âge, le degré des lésions ou leur diffusion dans le domaine artériel ou canaliculaire.

En réalité, bien que ce classement des albuminuries ait toute sa raison d'être dans le principe, il n'existe plus, dans une certaine période des affections rénales, de cloison étanche qui permette de compartimenter avec le maximum de précision une néphrite parenchymateuse et une albuminurie artérielle. De même l'expression de néphrites couramment employée pour désigner tous les modes de lésion rénale est aussi injustifiée, sauf pour les néphrites parenchymateuses d'ordre toxi-infectieux, que l'expression de myocardites appliquée confusément à la sclérose myocardique, à la myocardite pure, à l'athérome du myocarde. C'est pourquoi l'auteur, à cette dénomination de néphrites, à préféré, comme titre de son ouvrage celle plus générale « d'albuminuries », expression qui ne pré juge en rien de la nature de la maladie causale.

Cliniquement l'étude des albuminuries est dominée par trois idées maîtresses : quelles sont les substances retenues dans le milieu sanguin par suite du blocage fonctionnel ou lésionnel du rein ? pourquoi l'albumine passe-t-elle spécifiquement dans les urines alors que les autres éléments du sang sont retenus ? comment la stabiliser ? Ici l'auteur s'accroche à la théorie humorale, et place la cause de la diapédèse de l'albumine dans la rupture de l'équilibre humoral que produisent les rétentions hydrochlorurées, uréiques, etc. Et ce sera l'œuvre des diurétiques, théobromine, scille, chlorure de cal-

cium, phloridzine, d'éliminer les substances étrangères à l'organisme et, par suite d'un courant inverse, de retenir l'albumine.

Présenté de la sorte, ce dernier volume ne manquera pas, de même que les précédents, de retenir l'attention du lecteur.

---

**Consultations Médico-Chirurgicales** (Bréviaire du Praticien), par le Docteur A. DELANGRE. — Gaston Doin, éditeur, Paris. — 1 fort volume in-8 (22 x 14) de 1.200 pages. — Prix : Cartonné toile, 45 francs. Franco 47 francs.

Ces consultations ont trait aux affections ressortissant aux pathologies interne et externe et aux notions des spécialités utiles au praticiens avec leur thérapeutique médicale et chirurgicale (indications opératoires et esquisse technique des interventions).

Elles constituent en quelque sorte un *vade-mecum* de thérapeutique appliquée fixant en *style télégraphique* une synthèse médico-chirurgicale étiologique, symptomatique, diagnostique et thérapeutique de la pratique journalière à un moment de son évolution... tâche parfois bien délicat, à réaliser dans une forme condensée en raison de la multiplicité des facteurs constitutants : nouveaux moyens d'investigation ; méthodes controversée ou en voie d'évolution ; procédés créés durant ces dernières années ; progrès de la chirurgie moderne ; applications vitaminiques ou carencielles, séro et vaccinothérapiques, anti-anaphylactiques, radio et radiumthérapiques, etc

Outre la table des matières et des auteurs, ce livre comporte un index-alphabétique facilitant au praticien pressé la recherche d'une affection ou d'une intervention déterminée, d'un détail technique symptomatique ou thérapeutique, d'une cause dans une étiologie complexe ou de certains signes contribuant à tracer les directives de la diagnose ou du traitement.

Cet ouvrage, d'un format commode et dont la présentation typographique a été mise en accord avec les buts que poursuivait l'auteur, sera très apprécié par tous les praticiens (il a été écrit par un de leurs) pour lesquels il sera bientôt le livre « de chevet ».

---

**Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée.** Publié sous la direction de M. le Prof. Emile SERGENT et de MM. L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX.

Tome XXV : **Pédiatrie**, deuxième volume, en deux fascicules, par P<sup>r</sup> WEILL, PÉRU, GARDÈRE, BERTOYE, DUFOURT, P<sup>r</sup> NOBÉCOURT, MERKLEN, RIVET, HARVIER, RIBADEAU-DUMAS, MEYER, BABONNEIX, R. VOISIN, TINEL, LANGE, LAMY, TERRIEN. — A. Maloine et fils, éditeurs. — In-8, 1923, 425 figures, 2 planches couleurs. — Prix : 60 francs.

Les directeurs de cette collection ont jugé indispensable d'ajouter aux volumes déjà parus deux livres traitant tout spécialement les maladies de l'Enfance. On pourrait être surpris que la *Pédiatrie* soit réduite à deux tomes d'un format ordinaire. En réalité on ne trouvera ici que des notions ayant trait strictement à l'Enfance, les questions de pathologie générale, les affections qui n'ont dans le premier âge aucun caractère particulier sont traitées ailleurs. Ce que l'on trouvera dans ces livres, ce sont les notions concernant exclusivement l'Enfance. D'ailleurs, le programme n'a pas été réduit à la

médecine pure une large part du volume est consacrée à la chirurgie. On comprend mal en effet que le médecin réduise sa pratique aux faits médicaux et ne se soucie pas des ressources que lui offre la chirurgie dans le traitement des maladies de l'Enfance et plus spécialement de l'Orthopédie.

Ce Tome II complète l'exposé des maladies de l'Enfance dont l'introduction est faite par M. le Prof. MARFAN, dans le premier volume. Il comporte un exposé général des Infections de l'Enfance que présentent M. le Prof. WEILL et M. PÉHU, puis un exposé détaillé des Infections qui revêtent dans le premier âge des caractères particuliers telles que par exemple la diphtérie, la dysenterie, la fièvre typhoïde, etc... Une très large description est faite des maladies des nouveaux-nés et des nourrissons. Les collaborateurs, tous médecins d'enfants, ont traité les maladies des reins, du foie, de la peau, du thymus, du sang et des organes hématopoiétiques. MM. MERKLEN, RIVET, HARVIER ont apporté un soin consciencieux à des articles nécessairement brefs, mais très clairs et uniquement pratiques. MM. BABONNEIX, TINEL et VOISIN à la fois neurologistes et médecins d'enfants, ont décrit les affections nerveuses propres à l'enfance, les convulsions, les encéphalopathies infantiles, les chorées, la paralysie infantile. Ce sont des chapitres excellents où on reconnaîtra la maîtrise de ces auteurs. MM. LANCE et LAMY se sont chargés de l'orthopédie, conçue au sens le plus large. Dans cette partie, on trouvera simplement écrit, tout ce qui est nécessaire pour bien soigner une scoliose, un mal de Pott, une coxalgie, une difformité, et éviter à l'enfant par négligence, une infirmité dont il pourrait se ressentir toute sa vie.

Enfin M. TERRIEN a écrit un très bon chapitre de thérapeutique des maladies de l'enfant, avec les médicaments usuels et leur posologie. Ce livre a été traité dans un esprit nouveau, il met en relief tout ce qui est particulier aux maladies de l'enfance, il écarte la théorie et les considérations inutiles de pathologie générale. Il rendra un grand et réel service à ceux qui par les devoirs de leur profession approchent l'enfant et tiennent à le guérir.

~~~~~

**Manuel d'Obstétrique et d'Hygiène de la Première Enfance**, par J. VANVERTS, professeur, et H. PAUROT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille. — Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. — 1 volume in-8 écu de 850 pages, cart., avec 266 figur.s. — Prix : 25 francs.

L'étudiant a besoin de posséder en Obstétrique et en Puériculture des notions assez étendues et surtout précises, qui lui permettront ultérieurement de remplir le rôle si important qui lui incombera de surveiller l'évolution de la grossesse chez les femmes qui se confieront à ses soins, de prendre les précautions nécessaires pour que cette évolution s'effectue normalement jusqu'à terme, de prévoir et, si possible, de prévenir les complications qui pourront survenir au moment de l'accouchement, de surveiller la marche du travail et de la délivrance, de combattre les accidents qui se produisent parfois d'une façon brutale et inattendue et qui nécessitent l'application immédiate des moyens thérapeutiques appropriées d'où dépendent la vie de la mère et de l'enfant, de diriger enfin l'alimentation et l'élevage du nouveau-né.

cium, phloridzine, d'éliminer les substances étrangères à l'organisme et, par suite d'un courant inverse, de retenir l'albumine.

Présenté de la sorte, ce dernier volume ne manquera pas, de même que les précédents, de retenir l'attention du lecteur.

---

**Consultations Médico-Chirurgicales** (Bréviaire du Praticien), par le Docteur A. DELANGE. — Gaston Doin, éditeur, Paris. — 1 fort volume in-8 (22 x 14) de 1.200 pages. — Prix : Cartonné toile, 45 francs. Franco 47 francs.

Ces consultations ont trait aux affections ressortissant aux pathologies interne et externe et aux notions des spécialités utiles au praticiens avec leur thérapeutique médicale et chirurgicale (indications opératoires et esquisse technique des interventions).

Elles constituent en quelque sorte un *vade-mecum* de thérapeutique appliquée fixant en *style télégraphique* une synthèse médico-chirurgicale étiologique, symptomatique, diagnostique et thérapeutique de la pratique journalière à un moment de son évolution... tâche parfois bien délicat : à réaliser dans une forme condensée en raison de la multiplicité des facteurs constitutants : nouveaux moyens d'investigation ; méthodes controversées ou en voie d'évolution ; procédés créés durant ces dernières années ; progrès de la chirurgie moderne ; applications vitaminiques ou carencielles, séro et vaccinothérapiques, anti-anaphylactiques, radio et radiumthérapiques, etc

Outre la table des matières et des auteurs, ce livre comporte un index-alphabétique facilitant au praticien pressé la recherche d'une affection ou d'une intervention déterminée, d'un détail technique symptomatique ou thérapeutique, d'une cause dans une étiologie complexe ou de certains signes contribuant à tracer les directives de la diagnose ou du traitement.

Cet ouvrage, d'un format commode et dont la présentation typographique a été mise en accord avec les buts que poursuivait l'auteur, sera très apprécié par tous les praticiens (il a été écrit par un de leurs) pour lesquels il sera bientôt le livre « de chevet ».

---

**Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée.** Publié sous la direction de M. le Prof. Emile SERGENT et de MM. L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX.

Tomé XXV : **Pédiatrie**, deuxième volume, en deux fascicules, par P<sup>r</sup> WEILL, PÉHU, GARDÈRE, BERTOYE, DUFOUT, P<sup>r</sup> NOBECOURT, MERKLEN, RIVET, HARVIER, RIBADEAU-DUMAS, MEYER, BABONNEIX, R. VOISIN, TINEL, LANCE, LAMY, TERRIEN. — A. Maloine et fils, éditeurs. — In-8, 1923, 425 figures, 2 planches couleurs. — Prix : 60 francs.

Les directeurs de cette collection ont jugé indispensable d'ajouter aux volumes déjà parus deux livres traitant tout spécialement les maladies de l'Enfance. On pourrait être surpris que la *Pédiatrie* soit réduite à deux tomes d'un format ordinaire. En réalité on ne trouvera ici que des notions ayant trait strictement à l'Enfance, les questions de pathologie générale, les affections qui n'ont dans le premier âge aucun caractère particulier sont traitées ailleurs. Ce que l'on trouvera dans ces livres, ce sont les notions concernant exclusivement l'Enfance. D'ailleurs, le programme n'a pas été réduit à la

médecine pure une large part du volume est consacrée à la chirurgie. On comprend mal en effet que le médecin réduise sa pratique aux faits médicaux et ne se soucie pas des ressources que lui offre la chirurgie dans le traitement des maladies de l'Enfance et plus spécialement de l'orthopédie.

Ce Tome II complète l'exposé des maladies de l'Enfance dont l'introduction est faite par M. le Prof. MARFAN, dans le premier volume. Il comporte un exposé général des Infections de l'Enfance que présentent M. le Prof. WEILL et M. PÉHU, puis un exposé détaillé des Infections qui revêtent dans le premier âge des caractères particuliers telles que par exemple la diphtérie, la dysenterie, la fièvre typhoïde, etc... Une très large description est faite des maladies des nouveaux-nés et des nourrissons. Les collaborateurs, tous médecins d'enfants, ont traité les maladies des reins, du foie, de la peau, du thymus, du sang et des organes hématopoiétiques. MM. MERKLEN, RIVET, HARVIER ont apporté un soin consciencieux à des articles nécessairement brefs, mais très clairs et uniquement pratiques. MM. BABONNEIX, TINEL et VOISIN à la fois neurologistes et médecins d'enfants, ont décrit les affections nerveuses propres à l'enfance, les convulsions, les encéphalopathies infantiles, les chorées, la paralysie infantile. Ce sont des chapitres excellents où on reconnaîtra la maîtrise de ces auteurs. MM. LANCE et LAMY se sont chargés de l'orthopédie, conçue au sens le plus large. Dans cette partie, on trouvera simplement écrit, tout ce qui est nécessaire pour bien soigner une scoliose, un mal de Pott, une coxalgie, une difformité, et éviter à l'enfant par négligence, une infirmité dont il pourrait se ressentir toute sa vie.

Enfin M. TERRIEN a écrit un très bon chapitre de thérapeutique des maladies de l'enfant, avec les médicaments usuels et leur posologie. Ce livre a été traité dans un esprit nouveau, il met en relief tout ce qui est particulier aux maladies de l'enfance, il écarte la théorie et les considérations inutiles de pathologie générale. Il rendra un grand et réel service à ceux qui par les devoirs de leur profession approchent l'enfant et tiennent à le guérir.

---

**Manuel d'Obstétrique et d'Hygiène de la Première Enfance**, par J. VANVERTS, professeur, et H. PAUCOT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille. — Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. — 1 volume in-8 écu de 850 pages, cart., avec 266 figur.s. — Prix : 25 francs.

L'étudiant a besoin de posséder en Obstétrique et en Puériculture des notions assez étendues et surtout précises, qui lui permettront ultérieurement de remplir le rôle si important qui lui incombera de surveiller l'évolution de la grossesse chez les femmes qui se confieront à ses soins, de prendre les précautions nécessaires pour que cette évolution s'effectue normalement jusqu'à terme, de prévoir et, si possible, de prévenir les complications qui pourront survenir au moment de l'accouchement, de surveiller la marche du travail et de la délivrance, de combattre les accidents qui se produisent parfois d'une façon brutale et inattendue et qui nécessitent l'application immédiate des moyens thérapeutiques appropriées d'où dépendent la vie de la mère et de l'enfant, de diriger enfin l'alimentation et l'élevage du nouveau-né.

C'est la tâche que les deux Professeurs Lillois se sont imposés en donnant dans leur livre un exposé *simple*, clair et *exact* de l'Obstétrique et de l'Hygiène de la Première Enfance.

L'obstétrique, comme les autres branches des sciences médicales, ne peut être enseignée à l'étudiant dans tous ses détails. Il est nécessaire de limiter cet enseignement aux questions dont la connaissance est indispensable à l'exercice de la pratique médicale journalière. Aussi les auteurs ont ils laissé délibérément de côté l'historique, les discussions théorique et bien d'autres points secondaires.

La même considération leur a fait adopter pour l'impression deux caractères typographique distincts. Les notions que le futur médecin ne peut ignorer sont en gros caractères. Ce qui est en petit texte sera consulté avec fruits par l'étudiant qui désire compléter son instruction et permettra au médecin praticien de se documenter dans certains cas exceptionnels ou difficiles. De nombreuses notes enfin renferment des renseignements complémentaires ou des explications utiles.



Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois de Mai 1923

| DÉSIGNATION<br>des Contrôles Civils | LOCALITÉS<br>ou corps de Troupe | MORBIDITÉ |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------|----|----|----|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|--|
|                                     |                                 | 1         | 2  | 3  | 4  | 6 | 8 | 9 | 10 | 11 | 13 | 14 | 15 | 16 | A  | E  | F | G | H | K |  |
| Tunis                               | Tunis                           | 15        |    |    |    | 8 |   |   |    | 1  |    |    |    | 5  | 30 | 23 | 2 | 1 |   |   |  |
| Zaghuan                             | Autres localités                | 1         | 1  |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    | 11 |    |   |   |   |   |  |
| Gromballa                           |                                 | 5         | 1  |    | 1  |   |   |   |    |    | 1  |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Bizerte                             |                                 | 2         |    |    | 1  |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Béja                                |                                 |           | 21 | 2  |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Tabarka                             |                                 |           |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Souk-el-Arba                        |                                 | 1         | 6  |    |    | 1 |   |   |    |    |    |    |    |    | 1  |    |   |   |   |   |  |
| Medjez-el-Bab                       |                                 |           | 2  |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Téboursouk                          |                                 |           | 3  |    | 1  |   |   |   |    |    |    |    |    |    | 2  |    |   |   |   |   |  |
| Kef                                 |                                 |           | 8  |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Maktar                              |                                 |           | 1  |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Thala                               |                                 |           | 5  | 4  |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    | 2  |    |   |   |   | 8 |  |
| Sousse                              |                                 | 2         |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Kairouan                            |                                 |           | 29 |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Tozeur                              |                                 |           |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Sfax                                |                                 | 13        |    | 10 |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Gafsa                               |                                 |           |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Gabès                               |                                 | 1         | 5  |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    | 4  |   |   |   |   |  |
| Djerba                              |                                 |           |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Territoires Mer du Sud              |                                 |           |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Population Civile                   |                                 | 39        | 81 | 16 | 12 | * | * | * | *  | 10 | 2  | *  | *  | 5  | 62 | 29 | 1 | 9 | 1 | 4 |  |
| Population Militaire                |                                 |           |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Hôpital Militaire du Belvédère      |                                 |           |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Hôpital Militaire de Bizerte        |                                 |           |    |    |    |   |   |   |    |    | 1  |    |    |    |    |    | 2 |   |   |   |  |
| Hôpital Maritime de Sidi-Abdallah   |                                 |           |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| Hôpital Militaire de Sfax           |                                 |           |    |    |    |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |  |
| TOTAL                               |                                 | 39        | 81 | 16 | 12 | * | * | * | *  | 10 | 2  | *  | *  | 5  | 62 | 29 | 1 | 9 | 1 | 4 |  |

\* 270 Cas



**Bourse d'Etude  
de la Société des Sciences Médicales de Tunis  
à l'Institut Pasteur de Paris**

La Société ayant décidé d'envoyer chaque année aux frais du « Fonds Pasteur » un boursier au cours de l'Institut Pasteur de Paris (janvier à mai) les candidats, étudiants en médecine, *originaires de Tunisie ou domiciliés en Tunisie*, en fin d'études (n'ayant plus que leur thèse à soutenir, ou ayant soutenu leur thèse en 1923) sont invités à adresser leur demande au Président de la Société avant le 1<sup>er</sup> octobre 1923, avec toutes pièces justificatives. Le boursier recevra 4.000 francs pour son séjour à Paris et n'aura aucun droit à acquitter.

**XVII<sup>e</sup> Congrès Français de Médecine**

Le XVII<sup>e</sup> Congrès français de médecine aura lieu à Bordeaux du 27 au 29 septembre 1923.

RAPPORTS

1<sup>o</sup> *Suites éloignées du paludisme.* — Rapporteurs : M. le professeur Le Dantec, de la Faculté de Bordeaux, avec la collaboration de M. le D<sup>r</sup> Hesnard, médecin de la Marine, professeur à l'Ecole de Santé navale de Bordeaux, qui s'occupera spécialement des psychoses post-paludéens et de M. le D<sup>r</sup> Marcel Léger, médecin-major des troupes coloniales, directeur de l'Institut physiologique de Dakar, qui traitera des lésions viscérales paludéennes.

Co-rapporteur, M. le D<sup>r</sup> Broden, directeur de l'Ecole de médecine tropicale de l'Etat, à Bruxelles.

2<sup>o</sup> *Rapport du sympathique et des glandes endocrines en pathologie.* — Rapporteur : M. le professeur Pachon, de la Faculté de médecine de Bordeaux; co-rapporteur, M. le professeur agrégé Perrin, de la Faculté de médecine de Nancy.

3<sup>o</sup> *Traitement des infections à méningocoques.* — Rapporteurs : M. le D<sup>r</sup> Dopter, professeur au Val-de-Grâce, et M. le D<sup>r</sup> Boidin, médecin des hôpitaux de Paris. M. Dopter parlera spécialement de la sérothérapie et M. Boidin de la vaccinothérapie.

**L'Hygiène Mentale à la Sorbonne  
Imposante manifestation**

Le mois dernier, a eu lieu, avec un succès éclatant la manifestation organisée par la Ligue d'Hygiène mentale dans le grand Amphithéâtre de la Sorbonne, dont l'entrée a dû être refusée à plus de deux mille personnes, l'immense rotonde ayant été envahie dès l'ouverture des portes.

M. Justin Godart, député du Rhône, ancien ministre, et le docteur Toulouse, président de la Ligue d'Hygiène mentale, ont souhaité la bienvenue aux représentants des universités étrangères, et le professeur Ley (de Bruxelles) a présenté au public français M. Clifford W. Beers, le promoteur du mouvement d'organisation mondiale de l'Hygiène mentale. M. Clifford W. Beers est l'auteur d'un livre écrit après une douloureuse expérience personnelle et intitulé « A Mind that found itself » (Un esprit qui se retrouve) dont le succès, en Amérique, a été fort grand. Ce livre a eu pour la réforme de l'Assistance des Aliénés aux Etats-Unis, la même influence décisive que le célèbre ouvrage de Mme Becher-Stove : « La Case de l'oncle Tom » pour l'abolition de l'esclavage.

M. Clifford W. Beers fait actuellement une campagne en Europe pour l'Organisation d'un prochain Congrès International d'Hygiène mentale.

Le docteur Genil-Perrin, secrétaire général, après avoir lu une adresse de Paul Bourget, a exposé les buts de la Ligue d'Hygiène mentale et les résultats acquis, dont le plus important est la création d'un Service ouvert à l'Asile Sainte-Anne pour le traitement libre de malades atteints d'affections mentales légères à qui l'on peut de la sorte éviter la tare de l'internement.

Le professeur Claude a fait une Conférence fort applaudie sur les *Poisons sociaux* (Morphine et Cocaïne).

Une partie artistique très attrayante a reposé les auditeurs de la gravité des exposés scientifiques.



## ECHOS ET NOUVELLES

Nous apprenons avec plaisir que l'inspection des pharmacies qui avait été, en fait, supprimée pendant près de deux ans, vient d'être rétablie. M. Luciani, inspecteur des pharmacies, a repris ses tournées en compagnie de M. Thury, agent du service de la répression des fraudes, qui lui a été adjoint.

Ne serait-il pas possible d'obtenir de M. Luciani qu'il rappelle à MM. les Pharmaciens que les ordonnances médicales appartiennent aux clients auxquels elles doivent être rendues, après avoir été recopiées ? Ne serait-il pas possible aussi d'obliger les pharmaciens d'inscrire au-dessous des numéros d'ordre des préparations officinales, les principes actifs de ces préparations ? Cette pratique outre qu'elle éviterait aux médecins et aux clients des recherches souvent inutiles, empêcherait l'administration trop prolongée de certains produits assez toxiques tels que la digitale, le strophanthus et éclairerait le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade sur le traitement par lui suivi ou bien sur son intolérance spéciale pour certains médicaments.

E.C.



# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

JUILLET-AOUT 1923

---

## TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

---

### Un cas de Maladie de Banti

par les D<sup>rs</sup> **Gaston SFEZ** et **Maurice UZAN**

---

Le nommé David R..., 20 ans, exerçant la profession de cerdonnier, est entré à l'Hôpital Israélite le 24 janvier 1923 (lit n° 10), pour fatigue générale et surtout pour tuméfaction dans l'hypochondre gauche accompagnée de légère douleur.

Si on interroge son passé, on le trouve grevé de nombreuses intoxications : abus de boukha, abus d'absinthe, abus de chira. Mais on ne découvre aucune maladie grave. Le malade nie en particulier toute spécificité.

Dans sa famille, il n'y a point non plus d'antécédents morbides : son père et sa mère sont encore vivants, bien portants et ont, entre lui, un garçon et trois filles encore vivants et qui ne semblent présenter aucune tare, et trois enfants morts en bas âge, d'affections aiguës. Mariée depuis un an environ, la femme de notre malade semble en bonne santé.

Le malade rattache à l'affection actuelle une série de petits épisodes dont le premier remonterait à quatre ans environ. Vers cette époque, revenant de France où il était engagé comme ouvrier, il eut des selles sanglantes qui se sont améliorées spontanément au bout de six semaines environ.

Puis, au cours d'une longue accalmie, l'état général s'est bien conservé. Il y a un an et demi, quelques petites épistaxis sont survenues.

Il y a six mois enfin, notre malade a eu une petite hémorragie par la bouche, sans effort de toux ni vomissements, qui a cédé rapidement à la glace. Pendant les jours suivants, les selles furent noires.

Depuis lors, le malade aurait maigri, se serait senti très fatigué pendant toute aptitude au travail.

Il entre à l'hôpital sur le conseil de plusieurs médecins consultés.

A son entrée, le malade ne présente aucune hémorragie. Il se sent seulement un peu fatigué et se plaint de quelques douleurs dans l'hypochondre gauche survenant surtout la nuit. C'est un sujet amaigri, pâle, les muqueuses fortement décolorées.

L'examen de l'appareil digestif ne révèle rien d'anormal : la langue est nette, on ne réveille aucun point douloureux à l'exploration de l'abdomen. Le foie n'est pas augmenté de volume : son aire de matité semble normale et on le palpe difficilement sous les fausses côtes.

Dans l'hypochondre gauche, au contraire, la palpation révèle une masse superficielle peu mobile, atteignant en haut, un point situé à deux centimètres environ à gauche de la ligne médiane, descendant à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. La percussion uniformément matte, montre que la masse remonte un peu haut dans l'aisselle et en arrière. On a à faire vraisemblablement à une rate hypertrophiée.

La percussion dans les flancs ne révèle pas de matité déclive.

L'examen des poumons montre à la base gauche : une matité remontant à trois travers de doigt environ au-dessous de la pointe de l'omoplate, une diminution des vibrations, une diminution du murmure vésiculaire, pas de souffle, pas d'égophonie et une légère pectorilogine aphone. La ponction exploratrice faite à deux reprises, reste négative.

L'appareil circulatoire semble normal : le pouls bat à 84 pulsations à la minute. La tension artérielle est de 11,7.

La palpation des reins est négative.

Il n'existe aucune adénopathie notable; aucune tache purpurique ou pétéchiale sur le corps.

Les réflexes tendineux sont normaux de même que les réflexes pupillaires. Aucun trouble de la sensibilité.

Le malade n'a à aucun moment présenté de fièvre si légère soit-elle.

Le 27 janvier, un examen radiologique est pratiqué par le docteur Jaubert de Beaujeu qui nous adresse la note suivante : Poumons clairs; le diaphragme gauche est un peu plus haut que le droit (anomalie), il est encore un peu mobile. Tout l'hypochondre gauche est obscur. Après insufflation de l'estomac, on voit une masse arrondie dans l'hypochondre gauche qui semble être la rate augmentée de volume. »

Une ponction de la rate faite par les soins de l'Institut Pasteur ne montre l'existence ni d'hématozoaires, ni de corps de Leishman.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Des examens hématologiques faits à diverses reprises donnent les chiffres suivants :

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| G. R. :              | 2.900.000 |
| G. B. :              | 3.000     |
| Polynucléaires :     | 64        |
| Mono + lymphocytes : | 35        |
| Eosinophiles :       | 1         |

Le 5 février, un nouvel examen objectif du malade, montre une augmentation du tympanisme à la partie supérieure de l'abdomen, de la matité déclive sur les flancs, avec un phénomène de flot peu net. Une circulation collatérale s'est développée, circulation à type porto-cave. La rate et le foie gardent toujours les mêmes dimensions.

L'ascite a passé depuis par des alternatives d'augmentations et de diminution.

Le malade depuis son entrée avait été mis d'abord au régime lacté, puis au régime commun et à un traitement arsénico-ferrugineux (liqueur de Fordler et citrate de fer ammoniacal).

Le 3 mars 1923, nouvel examen hématologique :

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| G. R. :                   | 4.425.000 |
| G. B. :                   | 4.800     |
| Polynucléaires :          | 61        |
| Mono + lymphocytes :      | 33        |
| Eosinophiles :            | 6 (?)     |
| Hémoglobine au Talqvist : | 60 %      |

Le 7 mars 1923, dernier examen hématologique :

|              |           |
|--------------|-----------|
| G. R. :      | 4.125.000 |
| Leucocytes : | 4.260     |

La réaction de Wassermann est une fois encore négative.

Le malade a quitté le service aux premiers jours d'avril. Nous l'avons revu hier : il dit qu'il se sent mieux mais se plaint toujours de fatigue, de vertiges. Il avait suspendu volontairement son traitement. L'examen objectif clinique montre que la rate a conservé les mêmes dimensions qu'auparavant. Il n'y a pas d'ascite actuellement. Mais le tympanisme abdominal persiste. La circulation collatérale s'est estompée.

Nous voici donc en présence d'un malade qui nous montre une splénomégalie importante, quelques phénomènes hémorragiques transitoires,

une anémie, une ascite intermittente, le tout sans fièvre ou autres phénomènes généraux.

Les résultats de la ponction de la rate d'une part, et l'ensemble des symptômes d'autre part, nous permettent d'éliminer de suite, Kala Azar et paludisme.

Il n'y a pas non plus de leucémie, ni de pseudo-leucémie : la formule leucocytaire est voisine de la normale, il y a une leucopénie manifeste, il n'y a jamais eu d'adénopathies.

Nous ne croyons pas non plus à une syphilis splénique. Aucun antécédent ne permet d'y songer et à deux reprises, le Wassermann a été négatif.

Les diagnostics de kystes, tumeurs ou tuberculose de la rate ne peuvent non plus se soutenir à cause de l'ascite, des caractères mêmes de la splénomégalie, de la formule hématologique et de l'évolution de l'affection actuelle.

Deux hypothèses nous restent à examiner et toutes deux méritent d'être discutées de très près : ce sont la cirrhose atrophique de Laennec d'une part, la maladie de Banti de l'autre.

Toutes deux en effet, peuvent, et la cirrhose surtout, être rapportées aux intoxications alcooliques, absinthiques ou haschichiques; toutes deux possèdent dans leur symptomatologie, l'anémie, la splénomégalie, l'ascite, les hémorragies; toutes deux enfin peuvent évoluer lentement.

Cependant un certain nombre de petits faits permettent de faire pencher la balance vers la maladie de Banti.

Les uns, constituent des signes négatifs; ils résultent :

a) de l'étude du faciès : absence des varicosités classiques sur les pommettes;

b) de l'étude des signes digestifs : absence de constipation et de diarrhée, pas d'acholie pigmentaire des selles même intermittente, pas d'anorexie élective ou non, pas de piluités;

c) de l'étude de l'urine : absence de pigments biliaires dans l'urine, même par intermittence, pas de glycosème spontanée ou alimentaire;

d) de l'étude de l'appareil circulatoire : pas de ralentissement du pouls;

e) de l'étude des téguments enfin : aucun œdème rétromalléolaire, même fugace, aucun prurit, indice de rétention cholalique.

Les autres sont des signes positifs :

a) l'âge d'abord. Notre malade a 20 ans. Nous savons qu'il existe des cirrhoses chez les jeunes, voire même chez les tout jeunes enfants (Bar-

low). Cependant la maladie de Banti est plus l'apanage des jeunes que la cirrhose.

b) les caractères de la splénomégalie. C'est dans notre cas, une splénomégalie primitive. C'est elle qui ouvre la marche dans la série des symptômes et c'est elle qui domine la scène. Oelttinger et Fressinger, dans leur travail sur la maladie de Banti, ont insisté sur ce fait qu'il n'y a pas de cirrhose dans laquelle la splénomégalie précède les signes de cirrhose.

c) les caractères de l'ascite. L'ascite procède ici par poussées espacées d'accalmie. Cela peut se voir au cours de la cirrhose de Laennec mais rarement alors que cette évolution est fréquente dans la maladie de Banti, selon Oelttinger et Fressinger.

d) la formule hématologique. Ce qui frappe dans notre observation, c'est la leucopénie. La plupart des auteurs avec Sénator, Ribierre en particulier, considèrent la leucopénie comme un symptôme caractéristique de la maladie de Banti. Dans la plupart des cas observés en effet, la leucopénie se rencontre. Elle peut à vrai dire être peu marquée ou manquer même comme dans les cas de Souleiman Nouman Bey. Mais on n'observe pas de leucocytose dans la maladie de Banti, et d'autre part, la leucopénie est l'exception au cours des cirrhoses de Laennec.

e) l'évolution enfin de la maladie. L'évolution se montre très lente dans notre cas. De plus, l'état général se conserve identique à lui-même depuis que nous connaissons le malade : il s'améliore même un peu, peut-être sous l'action du traitement institué, comme en témoignent les sensations subjectives du malade et l'amélioration de la formule hématologique. Ces faits ne cadrent pas bien avec l'hypothèse de cirrhose de Laennec.

×

Nous voici donc amenés au diagnostic de maladie de Banti. Nous avons passé l'étape splénomégalyque pure, et celle d'anémie progressive. Nous arrivons à la troisième période classiquement décrite, celle de cirrhose ou plus exactement nous sommes au stade précirrhotique.

Quel traitement allons-nous opposer maintenant à cette affection ? Trois méthodes s'offrent à nous.

a) le traitement médical. L'association des arsénicaux et des ferrugineux en constitue la base. Ce traitement aurait pu dans certains cas être utile (Garin). C'est le seul qui ait encore été utilisé chez notre malade. Nous avons vu qu'il semble s'en trouver bien. Il faut toutefois se méfier de conclusions hâtives et attendre un plus long recul.



b) le traitement par les rayons X. Il a été tenté souvent. De rares auteurs l'auraient vu réussir. Cependant, avec Bécclère, la plupart des auteurs considèrent maintenant que la splénomégalie de la maladie de Banti n'est pas justiciable de la radiothérapie.

c) le traitement chirurgical. Banti, Chauffard, Oettinger et Fiessinger, Roch de Genève, etc., conseillent la splénectomie. Elle semble donner des améliorations, voire même des guérisons. La statistique importante de Armstrong portant sur 32 cas, donne 23 améliorations notables et neuf morts. Cholmeley a observé deux guérisons par splénectomie chez de jeunes enfants de 6 et 12 ans.

Chabrol et Bénard, dans un travail récent, ont précisé les conditions dans lesquelles l'intervention mérite d'être tentée.

1° L'opération au début de la maladie est indiquée, car, plus la suppression de la rate est précoce et plus elle est efficace avec le minimum de rexpératoire.

2° L'opération tardive est inutile et dangereuse, surtout à la période de cirrhose confirmée.

Les risques opératoires restent toujours assez élevés : 10 % de mortalité dans les meilleures statistiques.

Si nous tentons d'appliquer ces règles au cas qui nous occupe, nous nous trouvons très embarrassés pour décider de la conduite à suivre et supputer les chances de guérison de notre malade. Faudrait-il intervenir? Telle est la question que nous posons à nos confrères ici réunis.

Cependant jusqu'à présent, le malade ne veut point entendre parler d'opération, et nous serons obligés, très probablement, de persévérer dans le traitement médical.

## Quelques réflexions sur les appendicites postérieures

par le Docteur **BRUN**, Chirurgien de l'Hôpital Sadiki

Dans un récent numéro du *Journal de Chirurgie*, le professeur Lecène publiait un article ayant pour titre : « L'Incision postérieure sus-iliaque dans certaines formes d'appendicite » (1). Cette incision s'applique surtout au traitement des abcès rétro-cœcaux et rétro-coliques, à ce propos Lecène en profite pour signaler la fréquence des appendicites rétro-cœcales pour en préciser leur symptomatologie et rappeler leur complication. « Souvent, écrit Lecène, les appendicites qui se développent sur ces appendices en situation postérieure sont assez difficiles à reconnaître : la réaction péritonéale est très peu marquée, peu ou pas de vomissements, pas de douleurs abdominales vives; ce qui caractérise la maladie c'est une douleur non pas iliaque ou abdominale, mais une douleur postérieure, douleur qu'il faut savoir réveiller avec soin par le palper, car bien souvent le malade ne l'indique pas nettement lui-même. »

Ce point douloureux lombaire postérieur droit, il y a déjà bien longtemps que nous avons eu l'occasion de l'observer et de le signaler (2). Ce point associé à une contraction des muscles de la paroi postérieure, a sans doute été maintes fois observé par un très grand nombre de cliniciens, mais la plupart des ouvrages classiques ne le signalent même pas, ou bien on ne le trouve mentionné qu'incidemment sans que l'attention soit particulièrement attirée sur sa fréquence, sa valeur indubitable. Ce point lombaire inférieur n'est que l'expression clinique d'une variété souvent rencontrée d'appendicite rétro-cœcale ou rétro-colique. Si les anatomistes admettent que la position rétro-cœcale de l'appendice se rencontre dans 13 à 16 pour 100 des cas, les chirurgiens la signalent chez 25 à 30 pour 100 de leurs opérés. Cette disposition est sinon spéciale à l'enfant du moins réalisée chez lui plus souvent que chez l'adulte. Leur fréquence nous impose donc la recherche systématique du point douloureux lombaire inférieur toutes les fois que nous soupçonnons une crise d'appendicite et surtout lorsque les signes sont frustes dans la fosse iliaque droite. Ce point siège dans la région lombaire immédiatement au-dessus de la crête iliaque droite, avec maximum d'intensité à l'angle du triangle de J. L. Petit. Cette douleur est quelquefois spontanée, plus souvent provoquée, elle s'accompagne quelquefois de contraction des muscles de

(1) Dr Lecène. — L'incision postérieure sus-iliaque dans certaines formes d'appendicite. *Journal de Chirurgie*, n° 5, 1922.

(2) Dr Brun. — Le point douloureux postérieur de l'appendicite. *Presse-Médicale*, 1919,

la paroi postérieure. La palpation de la région correspondante du côté gauche, qui reste souple, permet de mieux constater encore le phénomène.

Cette douleur qui existe dès le début de la crise, s'exagère encore en cas d'abcès rétro-cœcal appendiculaire et s'accompagne quelques fois d'un léger œdème de la paroi. Il s'agit donc là d'un excellent symptôme. Au point de vue diagnostique, il permet de déceler des appendicites qui peuvent passer inaperçues par le seul examen de la fosse iliaque droite, mais encore de leur appliquer le seul traitement qui leur convienne : l'opération d'urgence. « Attendre le refroidissement de ces foyers infectieux rétro-cœcaux c'est une façon de faire qui a eu autrefois ses défenseurs mais qui me paraît aujourd'hui très critiquable, car elle est grosse de dangers très sérieux pour le malade. En effet, si ces formes exposent fort peu aux risques de l'infection péritonéale diffuse d'emblée ou progressive, par contre ce sont peut-être celles qui donnent le plus souvent naissance aux complications infectieuses à distance, et entraînent la mort, au bout de quelques semaines par septico-pyœmie-Lecène. »

Nous rappellerons à ce sujet l'observation de Gambetta, mort d'une crise d'appendicite. Lannelongue fit le diagnostic d'appendicite avec abcès rétro-cœcal et proposa de faire une incision postérieure; il ne fut pas suivi par ses autres confrères. Le malade mourut, et l'autopsie fut faite par Cornil qui trouva, en arrière du cœcum et du colon, ascendant, une collection purulente avec appendice sphacélé et gangrène.

En plus de ces complications qui sont le résultat de la temporisation, nous avons eu l'occasion d'observer après les ouvertures spontanées ou opératoires d'abcès rétro-cœcaux par la voie postérieure, la formation de fistules pyo-stercorales postérieures, très difficiles à traiter et à guérir (1).

Le principe de l'opération rapide dans les cas d'appendicite étant aujourd'hui admis par la très grande majorité des chirurgiens, tous ne sont pas d'accord sur la meilleure façon d'aborder l'appendice en situation postérieure. Lecène propose une incision postérieure sus-iliaque longue de 8 à 10 centimètres et faite à 2 centimètres environ au-dessus de la crête iliaque et de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, avec dissociation du muscle petit oblique et transverse. Nous n'avons pas encore eu l'occasion d'employer cette incision, mais bien plutôt celle que nous avons décrit dans notre thèse (1). Cette incision est moins postérieure, moins haute et moins longue que celle de Lecène. Nous la pratiquons immédiatement en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Longue de 6 centimètres; après avoir sectionné les fibres du grand obli-

---

(1) Dr Brun. -- De l'intervention d'urgence dans les crises d'appendicites aiguës (Thèse Paris).

que parallèlement à l'incision cutanée, nous pratiquons la dissociation des muscles petit oblique et transverse. Le péritoine ouvert, le doigt qui va à la recherche de l'appendice ne perd pas le contact osseux de la fosse iliaque, il contourne la face extrême et aborde la face postérieure du cœcum sans risquer d'ouvrir les adhérences qui en dedans forment une barrière pour la cavité abdominale. Cette incision en cas d'opération pour appendicite aiguë, au début, permet d'enlever l'appendice quelle que soit sa position par rapport au cœcum, et quelle que soit la situation de ce dernier, basse ou haute. C'est l'incision de choix de tous les abcès de la fosse iliaque droite, elle laisse en dedans d'elle toutes les adhérences, elle draine bien. Comme l'incision sus-iliaque, elle n'expose pas aux évntrations post-opératoires.



# Un cas de cholécystite calculeuse à syndrômes complexes

par le Dr **CIAVALDINI**.

Médecin de Colonisation à El-Arrouch

---

Le cas, dont nous résumons ci-dessous l'observation, est intéressant à cause des syndrômes complexes qui pouvaient masquer un diagnostic précis.

Le nommé X... habite Robertville, il est âgé actuellement de 54 ans. Il a été opéré en 1899, à l'hôpital de Philippeville, pour un abcès du foie qui s'est manifesté quelques mois après une dysenterie grave. Il porte encore dans le dos, à droite, au niveau de la 9<sup>e</sup> côte, une cicatrice blanchâtre, horizontale, longue de 8 cm.

Pendant la guerre, X... a été mobilisé. Se trouvant dans un camp de détenus à la frontière algéro-marocaine, il fut pris d'une nouvelle dysenterie aiguë qui céda à une série d'injections d'émétine.

Revenu chez lui, en 1919, il est repris presque chaque année, surtout à la suite d'excès alimentaires, de dysenterie avec selles muqueuses, puis nettement sanglantes. Ces poussées dysentériques cèdent chaque fois au traitement par l'émétine.

Ces crises aiguës débutent par des nausées, de la température élevée, une diarrhée glaireuse, une bouche amère et pâteuse, le ventre douloureux surtout à l'épigastre, des gargouillements iliaques droits, un teint légèrement subictérique. En deux-trois jours les selles sont sanglantes.

Entre ces crises les digestions sont normales, les selles sont colorées et moulées, le teint est clair, le ventre est plat, non douloureux à la pression.

En janvier 1923, X... est pris brusquement de vomissements bilieux avec douleurs de la fosse iliaque droite irradiant vers la région hépatique. Le foie est normal mais douloureux à la palpation et douloureux à l'inspiration profonde. La température atteint 40° le soir, avec rémission d'un demi-degré environ le matin. Il y a en plus de la diarrhée muco-biliaire.

Traitement : diète hydro-lactée; 5 gr. de sulfate de soude le matin; compresses laudanisées très chaudes sur l'hypocondre droit.

Sédation en cinq jours; l'alimentation est reprise lentement et au 15<sup>e</sup> jour, le malade est remis.

En février, le malade est repris de douleurs à l'hypochondre droit, irrisson violent, et fièvre élevée, vomissements bilieux, diarrhée muqueuse. Cette rechute cède au même traitement que ci-dessus en quelques jours.

En mars, nouvelle crise, cette fois prolongée et grave. Les douleurs hépatiques sont extrêmes avec irradiation vers l'épaule droite, vers l'ombilic, vers le cœcum. Ces douleurs sont augmentées par la pression et empêchent l'inspiration.

Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigts, la défense musculaire abdominale ne permet pas de délimiter entièrement une voussure ferme, rénitente qui occupe la région moyenne du rebord hépatique. La matité hépatique se continue avec la matité de cette voussure.

La température prend l'allure septique rémittente à grandes oscillations. L'amaigrissement et la cachexie sont rapides. Mais il n'y a pas de diarrhée et les selles ramenées par l'entéroclyse sont colorées. La bouche est empâtée, amère; il n'y a ni nausées, ni vomissements.

Enfin, cette fois-ci, le traitement médical ne donne aucune sédation, aucune amélioration même après plusieurs jours.

Nous pensons à un abcès du foie, et nous jugeons devant les accidents fébriles infectieux, devant l'inefficacité d'un traitement médical approprié et prolongé, qu'il faut recourir à une intervention chirurgicale, quelle que soit l'origine de la voussure hépatique et de la réaction péritonéale.

Le malade est envoyé à l'hôpital de Constantine, le 8 avril. Notre confrère Oulié, chirurgien, après examen et observation de quelques jours, pense à une affection purement médicale et fait entrer le malade dans un service médical.

Notre confrère Masselot, après examen, songe à des ulcérations intestinales consécutives aux poussées dysentériques. La radioscopie ne révèle aucune lésion. Les examens coprologiques ne donnent rien. Un traitement médical de plusieurs semaines reste inefficace.

Nos deux confrères décident de procéder à une laparotomie les premiers jours de juin.

Cette intervention fait découvrir une *vésicule biliaire dilatée d'où l'on extrait un calcul du volume d'un œuf de poule*, piriforme, long de 7 cm. pesant 15 gr. environ. Il existe en outre, des lésions de cholécystite et de péricholécystite.

Les suites de l'intervention sont bonnes. Le malade retourne chez lui le 9 juillet,

Était-il possible de poser un diagnostic précis de la lésion à point de départ hépatique ? Chez ce malade, qui a subi plusieurs crises de dysenterie, qui a présenté des troubles gastriques, de l'entéro-colite, qui a souffert de crises violentes de douleurs à l'hypochondre droit mais sans rétention de la bile, avec un foie parfois augmenté de volume, une fièvre septique intermittente, et qui a fait autrefois un premier abcès du foie, on devait forcément songer par ces antécédents à un nouvel abcès du foie.

La laparotomie seule pouvait fixer le diagnostic et conduire au seul traitement radical ainsi que le constatait, dans des cas semblables, J. L. Petit, dans son mémoire intitulé : « *Remarques sur les tumeurs formées dans la vésicule du fiel et qu'on a souvent prises pour des abcès du foie.* »

---

# SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 8 Juin 1928

Présidence du D<sup>r</sup> SPEZZAFUMO, président



*Sont présents* : MM. les D<sup>rs</sup> Nicolle, Masselot, Bouquet, Benmussa, Cortesi, Piraino, Durand, Vincent, Anderson, Maurice Uzan, Prof. Renstierna, Montefiore, Broc, Henry, Lemanski, Sfez, Benjamin Lévy, Emile Lévy, Rogalski, Jaubert de Beaujeu, Doméla, Lumbroso, Lalloum, Molco, Hapat, Brun, Biecheler, Minguet, Appieto.

×

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

×

**Admissions.** — Sont admis à l'unanimité comme membres titulaires MM. les D<sup>rs</sup> DURAND et ANDERSON, de l'Institut Pasteur; et comme membres correspondants, M. le docteur MARINI, du Kef et M. le Professeur RENSTIERNNA, de la Faculté de Médecine de Stockholm; MM. les docteurs SUTRINGER, de Contrexéville, et PELISSIER, de Plombières.

×

## COMMUNICATIONS DU BUREAU

Le D<sup>r</sup> *Spezzafumo*, président, rappelle une fois de plus, à l'occasion de la protestation d'un confrère, qu'il existe un comité de lecture élu, dont les décisions en matière de publication ou de refus de publication dans la revue d'un travail de l'un des membres de la Société, sont sans appel.

×

Le D<sup>r</sup> *Doméla* demande s'il n'y a pas lieu de s'opposer d'une façon collective aux nouvelles taxes sur les automobiles. L'automobile étant pour le médecin un instrument de travail et non une distraction. Il rappelle qu'en France les médecins sont exonérés de la moitié de ces taxes.

×

## PRÉSENTATIONS DE MALADES

### Luxation sterno-claviculaire

Le D<sup>r</sup> *Montefiore* présente un malade atteint de luxation sterno-claviculaire droite, luxation relativement rare.



**Discussion :**

Le Dr *Bouquet* fait remarquer qu'à son avis il s'agit plutôt d'une subluxation. A gauche, il y a une lésion presque égale. D'autre part, l'opération est inutile étant donné que le malade fait tous les mouvements.

×

Dr<sup>s</sup> SFEZ et MAURICE UZAN. — **Un cas de Maladie de Banti.**

(Voir même numéro page 281)

×

**Athrotomie du genou pour corps étranger**

**Mobilisation précoce**

par le Dr Benjamin LÉVY

Il s'agit d'un indigène de 27 ans qui a subi une arthrotomie du genou pour corps étranger (balle de revolver) intra-articulaire. Cet opéré a été soumis à la mobilisation précoce de l'articulation; levé dès la troisième journée; il sort depuis lors, et on le voit aujourd'hui après quatorze jours de l'intervention, marcher très facilement.

×

**Appendicite à oxyures**

par le Dr Benjamin LÉVY

Appendicectomie chez une jeune fille de 17 ans, opérée à l'Hôpital Israélite de Tunis, cette semaine. La malade a eu trois crises d'appendicite au cours de ces deux derniers mois. L'appendice petit, d'aspect tout à fait normal, sans aucune réaction inflammatoire et non adhérent, une fois ouvert, a été trouvé tout rempli d'oxyures.

**Un cas de Kala-Azar**

Le Dr CORTESI présente un enfant atteint de Kalaa Azar.

**Discussion :**

Le docteur *Lemanski*. Le Kalaa Azar est assez rare en Tunisie. Je me souviens d'un cas examiné par M. Nicolle à plusieurs reprises, où j'ai eu des résultats inespérés, grâce à l'Hectine. La guérison s'est maintenue. Actuellement la personne a 14 ans, et a guéri définitivement.

Le Dr *Cortesi* a essayé l'hectine sans obtenir de résultats appréciables.

Dr *Nicolle*. Il serait intéressant de savoir ce que deviennent les malades que nous voyons. Je ne connais que deux cas guéris définitivement. La grande majorité meurt, nous l'avons su. Les résultats obtenus en Italie sont bons grâce à l'émétique. Peut-être leurs malades sont-ils mieux suivis ? Le Kalaa Azar est très rare en Tunisie. Cette année nous n'avons

vu qu'un seul cas. Pour établir un diagnostic net, la ponction simple ne suffit pas, nous faisons maintenant la culture, et cela tient à ce que les ponctions ramènent tantôt du sang, tantôt du tissu splénique.

Il semble aussi que le Kalaa Azar du chien soit aussi en rétrocession. Nous en avons 250 cas par an environ.

Le Dr *Doméla* demande à M. Nicolle, si, à son avis, les adultes sont réfractaires au Kalaa Azar.

Dr *Nicolle*. Nous ne l'avons jamais rencontré que chez l'enfant, pourtant la première observation en Tripolitaine est celle d'un adulte. Chez les Français on en a signalé qu'un seul cas.

×

## PRÉSENTATION DE PIÈCES

### Kystes hydatiques du rein

Le Dr BRUN présente deux reins atteints de kystes hydatiques. Les malades ont été néphrectomisés.

#### Discussion :

Le Dr *Bouquet* rappelle un cas de kyste hydatique du rein, présenté avec Deleuil, il y a trois ans. Le malade présentait aussi des hématuries. Symptômes dont les traités classiques ne font pas mention.

Dr *Nicolle*. Nous continuons à étudier la question de la réaction de Weinberg. M<sup>lle</sup> Tiélé venue exprès de Paris pour faire la réaction à Tunis, qui fut toujours négative entre nos mains, l'a trouvée positive dans un peu moins de 30 pour 100 des cas. A Paris elle est positive dans 80 % des cas. Ici, elle ne s'est montrée positive, dans la plupart des cas, qu'après l'opération. La question n'est pas terminée, nous continuons à l'étudier, à titre purement scientifique, car elle ne peut dicter une conduite au chirurgien.

## COMMUNICATIONS

### Myélite syphilitique à forme quadriplégique

par F. MASSELOT et M. VINCENT

Médecin

Interne

à l'Hôpital Français

W... Anatole, 45 ans, agriculteur, entré à l'hôpital pour des troubles de la marche, ayant débuté quinze jours auparavant. En pleine santé, à son réveil, le malade fut pris de vertiges, il continua néanmoins son travail, mais 48 heures après, sentit ses jambes se dérober sous lui. Bientôt apparurent des sensations de picotements dans les mains, une certaine gêne dans les mouvements de préhension. Les troubles parésiques

des membres inférieurs augmentèrent en même temps qu'apparut de l'œdème de la moitié inférieure du corps.

A son entrée à l'hôpital, le sujet est confiné au lit; il ne peut marcher qu'avec peine et en étant soutenu par un aide. Lorsqu'il est couché, tous les mouvements sont possibles, mais la force musculaire semble très diminuée aux membres inférieurs, surtout au membre gauche. La force musculaire des membres supérieurs est également diminuée. Celle des muscles du tronc et de la tête n'est pas touchée. Il n'existe, au point de vue objectif, aucun trouble sensoriel; la sensibilité subjective n'est pas intéressée, en dehors de quelques sensations de picotement. Les réflexes tendineux sont abolis aux quatre membres. Il n'existe pas de troubles des réflexes cutanés. Les sphincters semblent légèrement pris; le malade urine spontanément mais perd quelques gouttes d'urine après chaque miction. L'examen des différents appareils sensoriels est négatif. L'examen somatique général ne montre rien de particulier.

La ponction lombaire donne :

Liquide moyennement tendu 38 au Claude;

Trois leucocytes par millim. cube avec prédominance des lymphocytes; 0 gr. 90 d'albumine 0/00;

Plus de 0 gr. 50 de glucose 0/00;

Wassermann négatif. (Institut Pasteur).

Le Wassermann du sang est également négatif. (Institut Pasteur).

Nous nous trouvons donc en présence de phénomènes quadriplégiques à évolution relativement rapide, développés chez un sujet sans antécédents pathologiques dignes d'être notés et se manifestant sans autres troubles de santé générale en particulier sans température.

Des phénomènes pithiatiques ne pouvaient donner ce tableau; l'âge du sujet, son sexe, et surtout la présence de signes organiques indubitables (réflexes, ponction lombaire) permettaient de ne pas s'arrêter à cette idée.

Il ne pouvait s'agir également de polynévrite toxique, la rapidité d'allure, l'absence d'éléments étiologiques, la présence de troubles sphinctériens, l'épreuve du traitement, plaident contre cette hypothèse.

L'idée d'une polyomyélite épidémique ne pouvait être retenue en raison : 1° de l'absence de tout symptôme d'infection aiguë; 2° de l'allure progressive et non régressive des phénomènes.

Nous ne pouvions donc nous arrêter qu'au diagnostic d'une myélite d'origine syphilitique et cela malgré l'absence de toutes les réactions sérologiques habituelles et d'antécédents syphilitiques.

Nous instituâmes un traitement endoveineux au cyanure de mercure à 0 gr. 02 cent. pro die et cela pendant vingt jours consécutifs, sans que le malade manifestât, le moins du monde, une intolérance au mercure.

Le résultat fut parfait. La rétrocession des troubles, quoique lente, fut complète, les réflexes tendineux réapparurent et le malade agriculteur a repris son métier.

Nous lui avons prescrit comme traitement d'entretien une série d'injections d'iodure double de quinine et de bismuth en le prévenant qu'un traitement d'entretien prolongé était indispensable pour consolider les résultats acquis.

Cette observation nous a paru intéressante à présenter en raison de la perfection du résultat actuel obtenu, qui a dépendu évidemment de la précocité du traitement institué. Il s'agissait ici d'un traitement d'urgence que nous avons entrepris en dépit de la négativité des réactions de laboratoire nous souvenant qu'« il n'y a pas de vérités négatives en science. »

×

### **Erythème noueux dans ses rapports avec la tuberculose et la syphilis**

par le Docteur HAVAT

Le malade dont il s'agit est un jeune homme de 22 ans, au facies simiesque, au corps émacié, qui est venu de Zarzis pour nous consulter pour des douleurs articulaires très tenaces et des poussées répétées tous les dix jours de fièvre accompagnées d'une éruption du type « erythème noueux » qui s'étend le long des membres supérieurs et inférieurs.

A l'examen nous notons : 1° des signes très discrets de ramollissement du sommet droit, confirmées par la radiographie : pourtant le malade affirme qu'il n'a jamais craché, ni toussé; il avait pourtant des hémoptysies survenues il y a trois ans.

2° des poly-adénites axillaires, inguinales et épitrochléennes;

3° une contracture en flexion du membre supérieur droit avec exagération des réflexes;

4° une atrophie marquée des muscles de l'avant-bras et surtout de la main du côté droit avec rétraction de l'aponévrose palmaire.

Il s'agit naturellement d'un tuberculeux qui ne cesse de faire depuis six mois des poussées successives d'erythème noueux avec des manifestations de pseudo-rhumatisme.

Les relations de la tuberculose avec l'erythème noueux sont depuis longtemps connues, mais ce qui n'est pas banal, c'est l'association de cette tuberculose à manifestation pulmonaire, si limitée, à d'autres troubles peu banals dans cette maladie, tels qu'amyotrophie, contractures, troubles trophiques et adénites épitrochléennes.

Bien que le Wassermann fut négatif, nous soumettions le malade à un traitement par le néo-salvarsan en injections intra-musculaires et à pe-

tites doses répétées 0,15 (méthode de Sicard) et plus tard, à des piqûres de Rhubyl.

Le résultat de ce traitement fut l'amélioration de l'état général, la cessation des douleurs articulaires et la disparition pendant un mois et demi, des poussées fébriles d'érythème noueux qui revenaient jusque là, tous les huit ou dix jours.

Chauffard, dans un article publié il y a quelques semaines dans le *Monde Médical*, parle des relations de l'érythème noueux avec la syphilis.

Sommes-nous en présence tout simplement d'une syphilis qui a touché à la fois le pœumon, les ganglions et le système nerveux central ou faut-il admettre que ce cas n'est qu'un vulgaire « scrofulate de vérole », autrement dit d'une tuberculose associée à une ancienne syphilis ?

×

Le D<sup>r</sup> PIRAINO lit une note sur la stérilisation organique au moyen du sel double de mercurure et d'ammonium en association médicamenteuse dont l'action curative serait puissante dans la syphilis.



L'ORDRE DES MEDECINS

Causerie d'intérêts professionnels



Ordre des Médecins !... Ce titre, je me plais à le répéter plusieurs fois de suite en faisant rouler, avec satisfaction, ses syllabes dans ma bouche ! Ce titre me plaît... Ordre des Avocats — Ordre des Médecins — comme l'on dit Chambre des Notaires... Certes, les deux grandes professions dites libérales, sont bien accouplées d'autant que dans toutes deux on est parfaitement « libre » de gagner largement sa vie ou de crever misérablement de faim — suivant les chances ou les mérites de chacun. Du reste, dans notre existence de tous les jours, elles sont étrangement associées : remontez une rue en flânant, je dis une grande rue populaire, passagère, que verrez-vous s'étalant sur les façades des maisons ? des plaques de cuivre vigoureusement passées au tripoli et qui resplendissent de ces deux titres qui font l'envie de la jeunesse studieuse et pleine d'ambition : Avocat ! — Docteur en droit ! — Médecin ! — Docteur en Médecine !

— Que font donc vos deux fils, chère madame ?

— Oh ! l'un *étudie pour être avocat*, l'autre *fait sa médecine* !

— Que deviendront donc vos deux fillettes, cher Monsieur, qui ont si brillamment enlevé leur baccalauréat ?

— L'une veut devenir avocate, et l'autre doctoresse !!!

Il me semble que, du reste, depuis quelques années, cette conversation pourrait être entendue au coin de chaque grande artère tunisoise !..... Dans quelques années on pourra dire de la Tunisie ce que l'on a dit de la Grèce : tout le monde est *d'abord* avocat ou médecin; ensuite, on fait ce que l'on trouve à faire !..

Sur ce, revenons à nos moutons, en l'espèce à l'ordre des Médecins : je disais que ce titre me plaît, et — malgré quelques ronchonnements de vieux, durs à cuire, postés çà et là dans les feuilles médicales comme des Cerbères pour empêcher les gens de danser en rond — j'ai pu me rendre compte que si l'esprit de solidarité, fille des temps n'avait pas touché la cervelle de quelques retardataires, au contraire les jeunes, les générations nouvelles avaient applaudi des deux mains à l'idée récemment éclos. On ne se fait plus gloire de cette prétendue « indépendance » restant rabougri de l'esprit romantique; on veut des précisions, des situations nettes; plus de moqueries, de ces allusions ridicules et déplacées qui atteignaient chaque proposition nouvelle : Comme par exemple de représenter le médecin conduisant son automobile et retroussant sa robe, rejetant sa chaussure, pour donner un tour de manivelle ! La robe est un costume de cérémonie que l'avocat n'emporte pas plus que le juge ou le professeur pour excursionner à la campagne ! — Bâtonnier des médecins ? Avons-nous jamais parlé de pareille sottise ? Notre pro-

fession n'a rien à voir, comme je le dirai tout à l'heure, avec le vocabulaire de l'ordre des avocats. — Et bien, d'autres plaisanteries usées, qui ne méritent plus d'attirer l'attention, encore moins de déclencher les foux-rires d'autrefois. Assez de charges, assez d'esprit discutable; on s'est assez moqué — et peut-être pas souvent sans raison — de la légèreté française, qui prend tout à la blague; on peut parfois causer sérieusement !

Donc, nos feuilles médicales, après quelques oh ! quelques ah ! d'étonnement ou de prudente expectation — sens bien médical — ont fini par considérer la question sous un jour infiniment plus favorable que les critiques d'antan. On a commencé à étudier si bien la chose que des confrères aventureux se sont même lancés sur la pente audacieuse des Statuts, des réglemens, sans oublier des droits et des avantages subéquents. C'est peut-être aller un peu vite en besogne. Je crois qu'à l'heure actuelle il est suffisant et nécessaire de répandre l'idée, de la rendre aimable et du domaine du possible, et surtout d'écarter d'elle tous les ferments d'opposition qui se fondent trop souvent sur des erreurs d'appréciation, des préjugés, de la routine, de la fausse conception d'une profession « à part » presque même hors les lois ! Du reste, les fameux syndicats médicaux qui se sont fondés un petit peu partout, ne répondent-ils pas aux mêmes besoins, aux mêmes conceptions ? Ils ont rendu d'éminents services et chacun de nous ne peut que s'en féliciter. Mais ces syndicats — dont le nom évoque ceux de la Rue Grange-aux-Belles — ont conservé de l'antique routine le caractère de particularisme, cher aux anciens de la profession; c'est un organisme local, il n'a qu'occasionnellement et sporadiquement l'occasion de nouer ses intérêts avec le syndicat d'à-côté. Il nous manque un grand syndicat général. L'Association des médecins de France est déjà un progrès, mais là, nouvelles lacunes; si bien qu'à envisager les uns et les autres, on sentirait le besoin de les fusionner les uns aux autres pour obtenir une unité, pour arriver à constituer enfin ce grand corps de près de 30.000 individus; c'est que veut être : l'Ordre des Médecins.

Et puis il y a les irréconciliables, ceux qui veulent n'être de rien, qui fuient tous rapports avec leurs semblables; ceux-là, on ne peut les pincer, ils vous fuient sans cesse dans les mains. Eh bien ! ils n'en ont pas le droit. Libres, oui, ils le sont, mais pas jusqu'à refuser leur nom et l'appui moral de leur nom à la grande famille qui les avait accueillis dans son sein pour être des enfants de cette famille. Ils y ont pris leurs grades, leur diplôme; ils doivent rester fidèles à la Faculté, leur Mère. Or, puisque les Facultés ne sont plus que — moralement — le centre de la famille, il faut constituer autre chose. Certes, la vieille Mère Universitaire n'y sera pas oubliée, elle y aura sa place, et j'espère même qu'on

lui restituera, à la tête de notre groupe professionnel, cette place d'honneur qui est son héritage des temps anciens.

Il faut donc nous constituer en Ordre Médical. Le mot est adopté, il est courant; certes, on pourrait aussi bien reprendre le nom de *Collèges* médicaux, mais le mot a perdu sa valeur sémantique et nous risquerions de voir une maman, trop peu astucieuse, nous amener quelque bambin récemment culotté pour nous prier de lui apprendre son syllabaire. Mais dans le vieux fond du vocabulaire ancien nous pouvons trouver encore des héritages : notre « bâtonnier » comme disait un confrère en mal de joyeuseté satirique, s'appellerait *Régent*, ou *Chancelier*; les élus de la profession formeraient autour de lui les *Conseillers* de l'Ordre.

Tout cela est très digne, et garde toute sa signification historique. Du reste, d'autres plus compétents pourraient trancher cette question d'appellation; en tout cas, nulle envie d'avoir un « bâtonnier ! » ce qui pour nous, ne signifie rien ! Je pense, d'autre part, que personne ne s'aviserait d'y voir une tendance à l'esprit réactionnaire ou rétrograde, de même que nous avons vu, ces derniers temps, des commissaires et des hauts commissaires renouvelés de la fin du xviii<sup>e</sup> siècle sous la Révolution ! et cela n'a point paru ridicule !

La question de la création d'un Ordre Médical n'est pas si nouvelle. Elle avait été déjà proposée à plusieurs reprises, mais chaque fois elle avait succombé sous le mépris universel, ou bien sous les quolibets de ceux qui trouvent toujours matière à faire de l'esprit. C'est que cette création n'était pas opportune. L'idée n'était pas mûre. Aujourd'hui elle se présente différemment : le public, la grande presse en parlent avec faveur; l'opinion publique, émue par des scandales récents sur lesquels nous devons — nous confrères — jeter un voile puisque la Justice en est actuellement la détentrice — l'opinion publique, dis-je, réclame des sanctions; le Parlement se met à la tête des réclamants et deux députés ont déposé sur le bureau de la Chambre, un projet de loi portant création d'un Ordre des Médecins. Du coup, personne ne rit plus. On sent que cela devient sérieux. Finies les pantalonades ! Démarqué l'esprit facile flairant les caricatures de 1835 ! On commence à jeter un coup d'œil sur la maison d'à-côté. Cette belle constitution de l'Ordre des Avocats, leur magnifique tenue, leur constante solidarité, leur solide confraternité, leur sentiment réel de la correction, le respect absolu de la profession !

Vieux et jeunes, arrivés et débutants, quelle chaude et ardente affection, quelle sincère confiance !

Mais c'est un véritable idéal ! Et nous refusons ces présents qui n'ont pourtant rien de commun avec ceux d'Arfaxercès !

Des plumes plus autorisées que la mienne ont déjà tracé tout un plan d'organisation, développé les vues diverses qui doivent s'appliquer à la



nouvelle création. Je n'y reviendrai pas; on les retrouvera dans divers journaux médicaux qui sont entre les mains de tous les confrères; je crois seulement qu'il est utile et suffisant pour le moment de créer un mouvement destiné à éteindre les préjugés qui sentent le vieux temps passé, et surtout à détruire cette idée qui est la marotte des réfractaires: notre indépendance professionnelle sera tuée! Tuée, mais est-ce que les avocats ne sont pas libres? N'ont-ils pas la plus belle indépendance qui soit au monde? Mais elle est enviable au contraire leur indépendance! D'autres disent que nous avons déjà des organismes qui répondent à l'idée d'un ordre et qu'il est inutile de fonder un ordre à l'allure désuète.

D'abord désuet, pas tant que cela! ensuite j'ai déjà répondu sur la valeur des organismes tronqués, incomplets, insuffisants. Il nous faut en effet une solidarité plus effective, et fondée cette fois sous la protection des lois et décrets, et dont l'obliation ne pourra être esquivée par personne. Cette organisation, nous laissant toute notre indépendance, permettra de plus de faire aboutir définitivement, sous le couvert de l'Ordre, des institutions de mutualisme, retraites pour les vieux médecins, secours aux familles malheureuses, protection des enfants, sécurité et défense contre les mal-intentionnés, lutte contre l'empiètement de certaines professions, etc., tout cela existe bien déjà en germe dans certaines sociétés, mais ce sont des sociétés, et l'unité de vues n'existe pas. Le médecin en entrant dans la carrière entrerait désormais dans une grande famille, sous l'aile d'une mère résolue à défendre ses enfants avec l'apreté d'une poule de basse-cour. Mais aussi si dans la couvée se révélait quelque oiseau de proie, né là, par le plus grand des hasards, le bec vengeur de la protectrice saurait faire justice et expulser l'intrus.

*Hic jacet lepus...* On a parlé de vengeance possible... d'esprit de partialité... Non! confrères, on ne me fera pas croire qu'un médecin, un médecin qui se targue d'être une des plus hautes consciences morales qui existent, puisse agir vis-à-vis d'un confrère sous l'empire de cette mentalité! Ce sont là de vilaines pensées qu'il faut éloigner avec dégoût. D'abord les présidents locaux de l'Ordre auront toujours un Conseil auprès d'eux, et ce sera le conseil qui jugera. Et si une brebis galeuse est expulsée du bercail, vous pourrez dire que ce sera toujours avec justice et sans aucun esprit de partialité!

Du reste, il faudra espérer — que comme chez les Avocats — la peine d'expulsion sera rare... *Timor Domini...*

C'est là encore un motif qui justifie la création de l'Ordre des Médecins. L'Ordre des Médecins ne sera jamais un enrégimentement, mais avec la nécessité du temps qui nous gouverne, comme elle dirige la société toute entière, cet Ordre sera pour nous la forme la plus logique et en même temps la plus digne pour manifester notre solidarité professionnelle.

(D<sup>r</sup> P. PROVOTELLE, de Mateur),

**Quelques points de pathologie vésiculaire**

par le Docteur Henry PAILLARD (de Vittel)

*Journal Médical Français*, Mai 1923

Sous ce titre très modeste, l'auteur nous révèle trois notions nouvelles de pathologie vésiculaire.

La première concerne les troubles cardiaques d'origine vésiculaire. Ces troubles consistent soit en tachycardies : tachycardie contemporaine des accès douloureux, tachycardie paroxystique, tachycardie d'effort, soit en arythmies : arythmie extrasystolique ou tachyarythmie.

La seconde concerne la sensibilité hépatique dorsale au cours des affections vésiculaires. L'auteur a en effet constaté dans 151 cas sur 170 observés, une sensibilité rétrohépatique très nette, contrastant avec la non-sensibilité du côté gauche et qu'il faut rechercher en glissant la main à plat sous la base du thorax, le sujet étant dans le décubitus dorsal. La main qui palpe doit agir exactement comme dans la recherche du ballotement hépatique.

La troisième notion enfin, est celle de la « vésicule irritable ». Ce terme de *vésicule irritable* désigne des vésicules douloureuses sans que l'on puisse faire cliniquement la preuve de la lithiasé ou de l'infection. Affection des jeunes, des femmes surtout et plus particulièrement des femmes ayant eu de nombreuses grossesses, on relève dans son étiologie encore les infections antérieures (fièvre typhoïde, pyélonéphrite colibacillaire, etc.), la pléthore biliaire, la névropathie. Cliniquement ce syndrome est caractérisé tout d'abord par la douleur vésiculaire, douleurs paroxystiques suivies d'endolorissement prolongé. La palpation révèle la douleur minima. A côté de la douleur, les troubles réflexes gastriques (généralement hypersthéniques), coliques (constipation spasmodique avec ou sans mucorrhée), cardiaques, nerveux.

Paillard pense qu'il s'agit là de lithiasé fruste, que la vésicule irritable est parfois liée à une hydropisie intermittente due, soit à un petit calcul, soit à une torsion du cystique. Enfin, pour cet auteur, certains malades peuvent faire du spasme de la vésicule comme d'autres font du spasme pylorique ou colique.

Le traitement est voisin de celui de la cholécystite lithiasique.

## Aortite abdominale à forme gastralgique

par le Docteur Albert BISMUTH

Thèse de Paris 1923

L'auteur s'attache à étudier, non pas les grandes manifestations dramatiques, gastriques ou intestinales de l'aor-

tite abdominale, mais les formes atténuées simulant les affections banales de l'estomac. Ces formes atténuées sont d'ailleurs les plus fréquentes. Elles peuvent rester ignorées parce que les malades viennent consulter le médecin pour leur estomac : c'est dire qu'elle est, dans ce cas la dominante symptomatique, c'est dire aussi à quelles erreurs diagnostiques on peut être exposé.

Il faut cependant penser à l'aortite assez souvent. Le diagnostic se fera par la palpation, l'auscultation de l'aorte abdominale et surtout par l'examen graphique et radiologique.

Il faudra se méfier chez de tels malades, du faux point appendiculaire correspondant à l'artère iliaque droite. L'examen graphique permettra la recherche de la précession du pouls fémoral sur le pouls radial selon la méthode de Laubry, Mougeot et Giroux. L'examen radiologique après insufflation colique permettra de reconnaître la saillie pulsatile, proéminente à gauche de l'aorte ectasiée.

M.U.

---

## Clinical observations of the morphology and function of the capillaries

par Ernst P. BOAS

*New-York-Medical, Journal and Medical Record*, Mai 1923 (2)

L'auteur conclut ainsi :

A la lumière des recherches récentes, nous pouvons reviser nos connaissances concer-

nant le rôle des capillaires.

Avec les artérioles, ils contribuent à maintenir la résistance périphérique. Il est possible que grâce à leur active contraction, ils puissent aider la circulation de retour. Ils répondent aux besoins des tissus par vaso-dilatation quand il y a excès de gaz carbonique, par vaso-contraction, quand il y a pénurie de gaz carbonique. Ils sont influencés par le système nerveux central et probablement par certaines sécrétions internes.

Les troubles de la circulation des capillaires apparaissent au cours d'infections diverses : dermatographie, urticaire, troubles vaso-moteurs des extrémités y compris la maladie de Raynaud. La coloration de la peau

est due au moins en partie à l'état de répletion des capillaires : une vaso-contraction produit une pâleur simulant l'anémie.

Les capillaires jouent indubitablement un rôle dans la pathogénie des crèmes.

La pression dans les capillaires joue un gros rôle et une hypertension capillaire est d'un pronostic grave.

Bien que nous ne soyons qu'au début des recherches concernant les capillaires, telles sont déjà les quelques conclusions que nous pouvons formuler, laissant au futur le soin de les compléter.

M.U.

### LIVRES REÇUS

**Les Côlites**, par les Docteurs P. CARNOT, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris; P. HARVIER, Médecin des Hôpitaux de Paris; R. FRIEDEL, Assistant de Consultation à l'Hôpital Beaujon; LARDENNOIS, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — 1 volume in-8 de 224 pages avec 34 figures; 10 fr. (ajouter 10 o/o pour frais d'envoi). — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le cours de gastro-entérologie que donne deux fois par an M. le Professeur Carnot, dans son service de l'hôpital Beaujon, nous vaut un nouveau volume très intéressant : *Les Côlites*. C'est un sujet d'actualité de première importance, car la question des côlites a beaucoup évolué ces dernières années et il était bien nécessaire que le praticien puisse avoir entre les mains un exposé clair et précis des aperçus nouveaux sur les côlites dont il a chaque jour à s'occuper dans sa clientèle.

Voici d'abord les grands syndromes colitiques, exposés par M. le Professeur Carnot. Il passe en revue les fonctions coliques, les troubles fonctionnels du colon et les grands syndromes colitiques : troubles du transit colique ; troubles de l'élaboration colique ; signes coprologiques de côlité ; réactions coliques à distance.

M. Carnot traite ensuite les côlites amibiennes et les diverses côlites parasitaires (à lamblia, à trichocéphales, à protozoaires, etc.).

Les côlites infectieuses spécifiques, traitées par M. le Docteur Harvier, comprennent la côlité à bacille de Shiga ou dysenterie bacillaire, la côlité à bacille typhique et à bacilles paratyphiques, les côlites tuberculeuses ; cet ensemble constitue un chapitre particulièrement intéressant.

Les côlites urémique, mercurielle, goutteuse, etc., forment le groupe des côlites toxiques que M. Harvier a décrites avec un soin particulier.

C'est à lui aussi que l'on doit l'important chapitre des côlites cryptogénétiques comprenant les syndromes colitiques de l'enfant et de l'adulte, le diagnostic et le traitement des côlites segmentaires et la colopathie muco-membraneuse.

Les rectosigmoidites sont clairement exposées, avec tous les détails utiles, par le Docteur Friedel.

Enfin M. Lardennois termine le volume par un chapitre à méditer tout particulièrement : Les complications chirurgicales des colites (déformations, ectasies, allongements des côlons, péricolites, rétentions coliques.

Voilà en somme un indispensable au praticien, car il ne trouvera nulle part ailleurs la question des colites aussi bien mise au point des idées actuelles.

Ce volume continue dignement et utilement la série du cours de gastro-entérologie de l'hôpital Beaujon, dont le premier volume, paru récemment ; *Les Ulcères digestifs*, faisait bien augurer de cette collection. Et maintenant souhaitons même réussite au prochain volume en cours d'impression : *Les cancers digestifs*.



**Les Problèmes actuels de Diététique**, par les Docteurs Paul CARNOT, Marcel LABBÉ, Professeurs à la Faculté de Médecine ; LEREBoullet, Pagniez, Rathery, Professeurs Agrégés à la Faculté de Médecine ; Josué, Médecin des Hôpitaux. — Un volume in-8° de 184 pages : 8 fr. — Librairie J.-B. Baillière et Fils, 15, rue Hautefeuille, Paris.

Voici un ouvrage particulièrement intéressant sur les régimes : question toujours d'actualité et toujours en évolution.

M. le Professeur Carnot, avec le concours de M. le Professeur Marcel Labbé de MM. Josué, Lereboullet, Pagniez et Rathery, a fait un cours à la Faculté de Médecine de Paris sur les processus d'équilibration nutritives et c'est ce cours qui est présenté sous une forme élégante, facile à lire et condensé en 200 pages.

M. Carnot traite les régimes d'équilibre nutritif (recettes = dépenses) les régimes de suralimentation (recettes > dépenses), les régimes de restriction (recettes < dépenses).

Il expose ce qu'ils doivent être et quelles sont leurs indications : régime de suralimentation des inanitiés, des convalescents, des tuberculeux, des maigres. Régime de restriction des maladies infectieuses aiguës, de désintoxication, de jeûne contre l'acidose, cures de réduction.

M. Rathery étudie les régimes de l'acidose. Après avoir défini l'acidose, après avoir indiqué comment on la reconnaît, il expose les différentes cures de pommes de terre, d'avoine, de farine, de légumes secs, lactées, de Guelpa, d'Allen, de jeûne, de restriction grasseuse et azotée et il termine par le régime à conseiller.

Dans un autre chapitre, M. Rathery expose les maladies par carence et après avoir passé en revue les vitamines A, B, C, il indique le régime de chaque avitaminose.

Puis voici l'étude des régimes de croissance par le Docteur Lereboullet, en commençant par l'alimentation de croissance de 2 à 15 ans, par le régime de puberté.

Et M. Josué termine cette évolution des régimes selon les âges, par l'exposé des régimes du vieillard.

L'anaphylaxie alimentaire et ses conséquences diététiques sont étudiées par M. Pagniez ; on trouvera dans ce chapitre des idées neuves et intéressantes d'applications pratiques au régime journalier.

Enfin l'ouvrage se termine par une question toute nouvelle : la cuisine de régime envisagée chez soi, dans les maisons de régime, les hôtels de régime, les hôpitaux, les stations hydrominérales, les infirmières de régime.

Elle est traitée par M. le Professeur Marcel Labbé, qui a déjà tant fait pour donner à cette question un essor nécessaire, qui a créé une cuisine de régime dans son service d'hôpital et qui avait amorcé cette étude dans son livre des régimes alimentaires, mais la question a évolué et l'exposé qu'il en fait dans cet ouvrage est au courant de tout ce qui se fait aujourd'hui et même de ce qui doit se faire demain quand le public sera bien pénétré de l'importance qu'il y a à appliquer un régime d'une façon complète et non de principe.

**Traitements Physiothérapiques des Séquelles, des Blessures et des Accidents du Travail**, par les Docteurs GUILLEMINOT, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris; DAUSSET et DUREY, Assistants de Physiothérapie à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. — *Préface*, par le Professeur A. GILBERT, Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, Membre de l'Académie de Médecine. — 1 vol. in-16 de 400 pages, avec 62 figures dans le texte, Prix : 16 fr. — Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hauteville, Paris.

La collection que dirigent MM. le D<sup>r</sup> Mouchet, Terrien, Villaret continue sa publication régulièrement et ce qui est déjà paru commence à former un ensemble intéressant où on a maintes fois à se reporter quand il s'agit de diagnostic, de traitement ou d'expertises des blessures et des accidents, aussi bien blessures et maladies de guerre qu'accidents du travail.

Le volume qui vient de paraître diffère un peu des précédents en ce sens qu'au lieu d'être spécialisé à un organe comme le volume de Terrien (séquelles ophtalmologiques) ou celui de Guisez (séquelles oto-rhino-laryngologiques) ou celui de Dufourmental et Frison (séquelles maxillo-faciales), il est consacré aux applications des traitement physiothérapiques aux différentes séquelles des blessures et des accidents du travail. Voici les principaux chapitres de ce volume :

*Électrologie et radiologie dans les séquelles des blessures et des accidents du travail*, par le D<sup>r</sup> GUILLEMINOT. — *Électrodiagnostic*. — Électrodiagnostic dans les séquelles intéressant le système neuro-musculaire. — Les nouveaux procédés d'électrodiagnostic. — Électrodiagnostic dans certaines séquelles, intéressant l'appareil auditif. *Électrothérapie* Applications du courant galvanique à son état permanent. — Technique. — Applications des courants excito-moteurs à la restauration des muscles traumatisés. — Technique. — Galvanofaradisation. — Faradisation rythmée par groupes musculaires. — Rééducation volontaire et électrique combinée. — Applications des courants de haut potentiel, en vue d'une action, soit réversive, soit sédative. — *Radiodiagnostic*. — Outillage nécessaire. — Sources d'énergie électrique. — Les tubes à rayons X, Qualité, Débit. — Manuel opératoire des examens radioscopiques et radiographiques pour les séquelles. — *Raduothérapie et radiumthérapie*. — Outillage nécessaire à la radiothérapie. — Outillage nécessaire à la radiumthérapie Résultats de la radiothérapie et de la radiumthérapie.

*Kinésithérapie et rééducation fonctionnelle dans le traitement des séquelles des blessures et des accidents du travail, par le D<sup>r</sup> DUREX. — La valeur suggestive du massage. — Description des manœuvres kinésithérapiques. — Massage. — Mobilisation passive. — Lésions du squelette. — Cals vicieux. — Cals hypertrophiques. — Pseudarthroses, — Maladies des os (après blessures). — Lésions articulaires. — Altération du tissu cellulaire sous-cutané. — Lésions des muscles et des tendons. — Séquelles des affections du système nerveux.*

*Indications et technique de la thermothérapie, de l'hydrothérapie, de l'héliothérapie dans les séquelles des blessures et des accidents, par le D<sup>r</sup> HENRI DAUSSET. — Algies, névralgies, névrites. — Raideurs articulaires. — Arthrites traumatiques. — Ostéites. — Fistules. — Œdèmes ségmentaires, suites de blessures ou d'accidents de travail. — Psychonévroses, convalescents, asthéniques. — Crénothérapie des séquelles de guerre et des accidents.*

**Diagnostic et Traitement des Retrecissements de l'Œsophage et de la Trachée**, par le Docteur Jean GUISEZ. — 1 volume de 360 pages avec 216 figures et deux planches en couleurs. — Masson et C<sup>ie</sup>, Editeurs. — Prix : 30 fr.

L'œsophagoscopie a modifié considérablement les idées qu'on se faisait jusqu'à sur la pathologie œsophagienne et en rendant possible un diagnostic *de visu*; elle a permis d'instituer, dans les cas de retrécissements de l'œsophage et de la trachée, une thérapeutique nouvelle.

Le D<sup>r</sup> Guisez était particulièrement qualifié pour familiariser le médecin avec ces méthodes et ces techniques nouvelles. Vingt ans d'examens, de soins, d'opérations sous l'œsophagoscope, un nombre total d'observations dépassant 2000 lui assurent, dans ce domaine, une autorité incontestable.

L'œsophagoscope a montré que, sur le vivant, la conformation, l'aspect de l'œsophage semblent tout à fait différents de ce qu'ils sont sur le cadavre. Ce n'est pas un simple conduit, mais une véritable cavité. Il est, en effet, nettement cavitaire à sa partie moyenne et pendant une grande partie de son trajet et tubulaire seulement à ses deux extrémités. Cette disposition donne la clef des faits pathologiques jusqu'ici peu expliqués : la fréquence de localisation des corps étrangers dans les deux portions tubulaires supérieure et inférieure, le siège de prédilection des brûlures par caustiques déglutifs et des sténoses inflammatoires en ces deux régions, c'est-à-dire en les points les plus étroits.

La physiologie enseigne, en outre, que l'œsophage est un véritable organe qui possède un rôle évident dans la déglutition des aliments, en particulier des aliments solides. Le rôle très actif de la bouche œsophagienne dans la conduite du bol alimentaire et dans son expulsion vers l'estomac est maintenant défini; l'existence d'un sphincter supérieur et inférieur d'une fermeture constante de la bouche de l'œsophage en particulier, jette un jour tout nouveau sur la pathogénie des spasmes, des diverticules et des grandes dilatations dites autrefois idiopathiques de l'œsophage.

S'appuyant sur les données fermes d'un diagnostic précis et d'une patho-

génération rationnelle, la thérapeutique des rétrécissements de l'œsophage a fait, elle aussi, de réels progrès. Il est possible, sans endoscopie, de traiter, de façon efficace, les rétrécissements cicatriciels et inflammatoires de l'œsophage et d'instituer, dans le cancer de cet organe, une thérapeutique qui a donné les résultats les plus encourageants, puisque, dans un certain nombre d'entre eux, on peut maintenant prononcer le mot de guérison.

---

**Séméiologie oculaire. La Calotte cornéo-sclérale. Anatomie. Physiologie-Pathologie**, par le Docteur Félix TEMMIX, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, ophtalmologiste de l'Hôpital Beaujon. — 1 volume de 200 pages, avec 144 figures. — Masson et C<sup>ie</sup>, Editeurs. — Prix : 25 fr.

De toutes les parties du segment antérieur de l'œil particulièrement intéressant aussi bien pour le spécialiste que pour le médecin général, en raison de sa situation, de la facilité de son examen, et des ses réactions si fréquentes, à la fois dans les maladies locales et dans les maladies générales, la calotte cornéo-sclérale est la plus directement accessible. Des lésions minuscules, qui pourraient passer inaperçues à un examen superficiel, permettraient bien souvent de dépister une tuberculose ou une syphilis latentes, uniquement caractérisées par de fines efflorescences ou de petites infiltrations de la cornée. C'est sur cette région que l'emploi du microscope cornéen associé à la lampe à fente, ces récentes conquêtes de l'ophtalmologie moderne, donnent les résultats les plus remarquables. C'est là un chapitre nouveau à ajouter à chacune des affections du segment antérieur de l'œil, et l'auteur ne pouvait manquer d'y insister.

Restant avant tout sur le terrain clinique, après avoir rappelé les repères anatomiques et physiologiques, qui naturellement règlent la pathologie, l'auteur s'attache bien moins à décrire successivement chacune des affections de la calotte cornéo-sclérale, bien étudiées dans les traités, qu'à tracer le tableau d'ensemble des différents processus qui s'y rencontrent et à en rechercher la valeur séméiologique. Ce sont les variations de profondeur de la chambre antérieure, des infiltrations et des ulcérations cornéennes, avec leurs variétés multiples, des processus cicatriciels, déformations, dégénérescences, ectasies, etc. souvent en rapport avec une affection d'ordre général.

La conjonctive, qui par sa partie tout antérieure vient s'insérer sur la calotte cornéo-sclérale, ne pouvait être négligée, car bien des conjonctivites se compliquent des lésions cornéennes.

Enfin l'ouvrage se termine par une étude approfondie des plaies du segment antérieur du globe oculaire, d'une fréquence si grande et d'une importance capitale pour le praticien puisqu'un traitement bien dirigé et institué de bonne heure pourra souvent conserver un œil utile et même une vision satisfaisante. Les expériences de la guerre, dont l'auteur a su largement profiter, ont montré tout l'intérêt de cette étude et les progrès réalisés par une technique convenable.

---



**Manuel de Neurologie oculaire**, 2<sup>e</sup> édition, par F. DE LAPERSONNE, Professeur de Clinique Ophthalmologique, et A. CANTONNET, Ophthalmologiste de l'Hôpital Cochin. — 1 volume de 416 pages avec 113 figures et 4 planches en couleurs. — Masson et Cie, Editeurs. — Prix : 20 fr.

Les acquisitions considérables de la neurologie oculaire dans ces dix dernières années, la tendance des jeunes générations médicales à approfondir davantage l'étude des problèmes qu'elle soulève, justifient la publication de cette 2<sup>e</sup> édition.

En effet, ce livre ne s'adresse pas seulement aux ophtalmologistes et aux neurologistes ; il permet aux médecins non spécialistes de reconnaître les manifestations oculaires nerveuses de telle ou telle affection générale.

Les auteurs décrivent les différents appareils nerveux de l'œil : *Appareil oculaire moteur ; Appareil oculaire sensoriel* (Appareil de la vision) ; *Appareil oculaire sensitif ; Appareil oculaire, vaso moteur et sécrétoire* ; les symptômes de leurs lésions et la séméiologie de ces symptômes. Ils passent ensuite en revue les troubles oculaires dans les différentes maladies : *Affections locales ou de voisinage ; Affections du système nerveux, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et du sang ; Affections des reins, de l'appareil génital ; Affections dyscrasiques ou par auto-intoxication. Intoxications, maladies infectieuses.*

Dans cette 2<sup>e</sup> partie, les auteurs ont créé dans cette édition de nouveaux chapitres pour exposer les connaissances récentes sur les lésions du *grand sympathique, les troubles parkinsonniens, les syndromes hypophysaires, l'encéphalite léthargique, les affections neuro-oculaires familiales, la rétinite azotémique, les avitaminoses, etc.*

~~~~~

**Chirurgie des voies biliaires**. *Travaux de chirurgie*, 5<sup>e</sup> série, par Henri HARTMAN, Professeur de Clinique Chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de Médecine, Membre de la Société de Chirurgie, avec la collaboration de MM. Boppe, Hautefort, Petit-Dutaillis, Renaud, Ulrich et Virenque. — 1 volume de 365 pages, avec 87 figures. — Masson et Cie, Editeurs. — Prix : 30 fr.

Dans cet ouvrage entièrement consacré aux voies biliaires on trouvera traitées les questions suivantes :

I. — Statistique opératoire ; II. — Anatomie microscopique de la vésicule biliaire.

La plus grande partie de ce livre est consacrée aux cholécystites et à leurs complications :

III. — Pathogénie de la lithiase biliaire et des cholécystites ; IV. — Etude de clinique de la lithiase biliaire et des cholécystites ; V. — Etude anatomopathologique et biologique des cholécystites.

Tout en tenant compte des principaux travaux publiés, tant à l'étranger qu'en France, sur cette question, l'auteur s'est principalement appuyé sur ses observations personnelles. L'anatomie pathologique des cholécystites est illustrée d'un atlas de 34 planches qui, mieux que toutes les descriptions, permet d'avoir un aperçu exact des diverses lésions rencontrées.

La technique des diverses opérations, pratiquées sur les voies biliaires, est suivie de la relation des résultats, en particulier des résultats éloignés, ce

qui permet d'avoir une base solide pour la pose des indications opératoires :

VI. — Résultats expérimentaux de l'ablation de la vésicule biliaire ; VII. — Technique des opérations sur les voies biliaires ; VIII. — Quelques opérations rarement pratiquées sur les voies biliaires ; IX. — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées sur les voies biliaires ; X. — Les indications opératoires dans les maladies des voies biliaires.

L'ouvrage se termine par l'étude de quelques maladies relativement rares :

XI. — De la maladie décrite sous le nom de kyste idiopathique du cholédoque ; XII. — Le cancer de l'ampoule de Vater.

---

**La Thérapeutique du nourrisson en clientèle**, par les Docteurs NOBÉCOURT, Prof. de Clinique Médicale des enfants à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, et M. MAILLET, Ancien Chef de Clinique Médicale des Enfants à la Faculté de Médecine de Paris. — 1 volume in 8°. — A. Maloine et Fils, Éditeurs. — Prix : 25 fr.

LA THÉRAPEUTIQUE DU NOURRISSON du *Professeur Nobécourt* et du *Docteur Marcel Maillet*, est un livre essentiellement pratique. Les auteurs, sans entrer dans le détail des théories, exposent les faits principaux capables de guider le praticien, et retiennent seulement les moyens thérapeutiques qui ont fait leurs preuves.

LA PREMIÈRE PARTIE de l'ouvrage est consacrée à l'*Hygiène* du nourrisson ; elle tient une place importante dans le traitement ; on trouve donc minutieusement décrite l'*Hygiène individuelle*. L'*Alimentation*, notamment, comporte un exposé complet des aliments et des régimes pour le nourrisson sain et pour le nourrisson malade.

Viennent ensuite les *Médications externes* : hydrothérapie, héliothérapie, électrothérapie, radiothérapie, etc...

Les *Médications internes* sont longuement étudiées. Les auteurs, précisent, à leur juste valeur, les principaux médicaments qu'on peut prescrire chez les bébés ; les plus usuels sont réunis dans un *formulaire* qui résume leurs indications, leur posologie, et contient des formules simples.

L'opothérapie, la sérothérapie, la vaccinothérapie, les Eaux Minérales, les stations marines et climatiques font l'objet de chapitres spéciaux.

LA SECONDE PARTIE est réservée au *traitement des symptômes*.

Sans doute il faut, autant que possible, instituer un traitement étiologique ; mais dans beaucoup de cas, le diagnostic reste en suspens et il importe de soulager le malade ou d'arrêter l'évolution du mal ; les *traitements symptomatiques* ont donc une utilité incontestable et le médecin sera heureux de trouver la conduite à tenir en présence de la fièvre, des vomissements, de la diarrhée, de la dyspnée, des convulsions, des hémorragies, etc...

LA TROISIÈME PARTIE est consacrée au *traitement des affections et des maladies*.

Les auteurs font précéder l'étude thérapeutique d'un *exposé clinique* qui résume les symptômes, le diagnostic et l'étiologie, éléments nécessaires pour établir le traitement.

Les affections et les maladies sont classés par organes. Les auteurs étudient dans le détail celles que le médecin a chaque jour l'occasion de soi-

gner ; nous citerons les affections du rhino-pharynx, des voies digestives, des voies respiratoires, des affections du sang, des maladies de la nutrition, du système nerveux, etc.

Le traitement des *maladies infectieuses* est minutieusement précisé ; celui de la syphilis est exposé selon les données récentes.

Enfin dans un chapitre consacré aux *affections de la peau* on trouve les données essentielles pour faire le nécessaire, en attendant, le cas échéant l'examen du spécialiste.

La THÉRAPEUTIQUE DU NOURRISSON est donc un livre clair, précis et simple étayé sur une solide base scientifique et sur une documentation approfondie ; le plan adopté et l'esprit dans lequel il a été écrit, le rendent éminemment pratique ; le médecin y puisera facilement les renseignements qui lui permettront de faire œuvre utile dans l'art délicat d'élever et de soigner les Tout-Petits.

---

**Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse**, par P. NOBECOURT, Professeur de Clinique Médicale des enfants à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades. — 4 volume in-18. — Ernest Flammarion, Editeur. — Prix : 10 fr.

Les glandes endocrines ou glandes à sécrétions internes jouent un rôle important dans les phénomènes de la vie, à tous les âges. Dans l'enfance et la jeunesse, elles président, en outre, à la croissance somatique, au développement intellectuel, à l'évolution pubertaire. Leurs altérations et leurs troubles fonctionnels ont toujours des conséquences fâcheuses particulièrement chez les jeunes sujets en pleine période de développement ; ils se traduisent notamment par des anomalies physiques, intellectuelles et morales, par des dystrophies. Leur groupement réalise des *syndromes endocriniens*. Ces syndromes tiennent une place importante dans la pathologie et la clinique chez l'enfant et les jeunes gens.

La physiologie et la pathologie de certaines glandes endocrines sont établies sur des données précises. Mais il n'en est pas ainsi pour toutes. Parmi les syndromes dits endocriniens il en est dont l'origine glandulaire semble certaine il en est d'autres pour lesquels elle est moins évidente et même discutée. Dans l'état actuel de nos connaissances, des réserves s'imposent encore dans bien des cas.

En écrivant ce livre sur *Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse*, le D<sup>r</sup> NOBECOURT s'est placé sur le terrain de la clinique. Il décrit des types cliniques dépendant soit des troubles de telle ou telle glande, *syndromes thyroïdiens, parathyroïdiens, hypophysaires, épiphysaires, thymosurrénaux, sexuels*, soit des troubles de plusieurs glandes, *syndromes poly-endocriniens ou pluriglandulaires*. Puis, à propos de chacun d'eux, il expose et il discute les faits donnés à l'appui de leur origine endocrinienne ; il les examine sans parti pris, met en valeur ceux qui sont acquis et dégage la part de l'hypothèse, en tenant compte de l'anatomie pathologique, de la physiologie et de la pathologie. Il montre qu'un certain nombre de syndromes endocriniens ne méritent pas, en réalité, une telle appellation.

Ce livre comporte donc, d'une part, un élément positif, d'autre part, un élément critique. A ce double titre, il doit retenir l'attention des médecins ; il leur permettra d'observer leurs malades, d'analyser les symptômes qu'ils présentent, de découvrir les facteurs étiologiques et pathogéniques, en dehors de toute idée préconçue et de conceptions trop exclusives, et, par suite d'apprécier les indications de l'opothérapie et les résultats qu'il est légitime d'en attendre.

La lecture du livre est facilitée, même pour les personnes peu au courant de l'Endocrinologie, par le plan qu'a suivi l'auteur. Dans les premiers chapitres, avant de décrire les syndromes endocriniens, il a, en effet, étudié les *glandes endocrines* et les *sécrétions internes*, puis les modalités de la *croissance* et de la *puberté*, dont la connaissance est indispensable pour pouvoir aborder avec fruit la pathologie.

~~~~~  
**Les Anémies**, par le Docteur Léon TIXIER, Médecin des Hôpitaux. -- 1 volume in 18. — Ernest Flammarion, Editeur. — Prix 7 fr. 50.

Cet ouvrage est à la fois une mise au point de toutes les questions concernant les anémies et le résultat de vingt ans d'expérience des maladies du sang.

L'auteur s'est surtout attaché à préciser les modalités et les causes des nombreuses variétés d'anémie ; la thérapeutique occupe une large place, puisque le tiers de l'ouvrage lui est consacré.

L'étude clinique comprend les anémies infantiles et les anémies de l'adulte. Les anémies des nourrissons, avec leurs particularités cliniques et hémalogiques, sont étudiées avec le plus grand soin. Une longue et fructueuse collaboration avec le Dr Hutinel a permis à l'auteur de traiter ce sujet avec toute l'ampleur qu'il comporte.

Les anémies de l'adulte sont divisées en anémies graves de type pernicieux et anémies symptomatiques.

Quelques données schématiques résument les notions d'anatomie pathologique, de diagnostic et de pathogénie indispensable à connaître.

Le lecteur trouvera, par contre, exposé d'une façon claire et précise, tout ce qui concerne la thérapeutique des anémies et la conduite à tenir en présence de telle ou telle variété d'anémie ; et des nourrissons, et de la seconde enfance, et de l'adulte, traitement du syndrome anémie, traitement de la cause : déperdition du sang, parasites intestinaux, paludismes, infections aiguës, tuberculose, syphilis, intoxication gravidique, maladies du sang et des organes hématopoïétiques, etc...

L'auteur a mis au point, dans un langage facile à comprendre même pour les personnes qui ne sont que peu initiées aux questions médicales, les thérapeutiques modernes ; opothérapie, sérothérapie, transfusion du sang, agents physiques, splénectomie, etc...

En terminant, l'auteur a eu l'heureuse idée de dresser la liste alphabétique des termes médicaux avec lesquels le public médical lui-même n'est pas toujours familiarisé, en accolant à chacun d'eux une explication aussi succincte et claire que possible.

~~~~~

**Crénothérapie et Climatothérapie suivies d'une étude des principales stations hydrominérales et climatiques françaises.** par le Dr R. VEILLET,

Médecin Consultant de la Station Thermale de La Bourboule. — Préface de M. le Prof. Paul CARNOT, Paris. — Vigot Frères, Editeurs. — 1 volume in-8° écu de VIII-248 pages. — Prix : 10 fr.

Dans la Préface qu'il a écrite pour présenter au public médical l'ouvrage du Docteur Veillet, M. le Professeur Carnot dit : « Tout médecin doit connaître les indications thérapeutiques de chaque station pour y diriger les malades susceptibles d'en bénéficier ». Mais, dans l'état actuel des choses, avec nos stations thermales et climatiques encore souvent peu spécialisées, le médecin praticien est parfois fort embarrassé pour conseiller à un malade une station plutôt qu'une autre. Le but de l'auteur, en écrivant ce livre, a été de donner à ses confrères les possibilités de trouver vite les indications qui pourraient leur manquer à ce sujet.

La *première partie* comprend les notions générales sur les cures créno-et climatothérapiques.

La *Deuxième partie* est consacrée à l'étude des eaux minérales et des climats, étude dirigée dans un but pratique sans développements exagérés.

Dans la *troisième partie*, l'auteur passe en revue les principales stations.

Enfin la *quatrième partie*, qui a pour titre : *Quelle station hydrominérale ou climatique choisir, étant donné une affection morbide et un malade bien déterminé*, est en quelque sorte la synthèse de l'ouvrage qui permettra au médecin de savoir de suite où il doit envoyer un malade.

---

**Æsculape**, Grande Revue Mensuelle Illustrée. — *Lettres et Arts dans leurs Rapports avec les Sciences et la Médecine*. — Abonnement : 25 francs (Étranger : 30 fr.). — Le n° 3 fr. 15, rue Froidevaux, Paris (XIV<sup>e</sup>).

*Sommaire du numéro de juin 1923*

Les Réflexions de Philippe Hecquet sur l'usage de l'Opium (8 ill.), par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, prof. agr. de la Fac. de Méd. de Paris et Jean VINCHON. — La « Trépanation » de Gersdorf (1 ill.).

— Le Dr Ravallec, de Moëlan, sculpteur imagier (4 ill.), par Maurice ASSÉLIN. — La Danse et Jeanné Ronsay (5 ill.), par le Dr Albert FOURNIER. — L'Hippocratisme Montpelliérain (suite, 4 ill.), par le Prof. Paul DELMAS et M. Ch. GUÉRIN-VALMALE, agrégé de la Fac. de Méd. de Montpellier. — A Travers « Les Essais de la Nature qui apprend à faire l'Homme », de J.-B. ROBINET (3 ill.). — Livre d'Alchimie en Islam (3 illustr.), par GENCYAL. — Un sonnet inédit de Baudelaire (1 illustr.). — Supplément (7 illustr.).

*Sommaire du numéro de juillet 1923*

Les Besicles de nos ancêtres (5 ill.), par le Dr BOURGEOIS. — Le Talisman de Pascal (6 ill.), par Marcel Fosseyeux. — Deux œuvres de Bourdelle : le Dr Kœberlé et le Centaure mourant (2 ill.).

— Un Médecin graveur : le Dr Honoré Broutelle (5 ill.), par le Dr RABIER-LABICHE. — L'Hippocratisme Montpelliérain (fin, 3 ill.), par le Prof. Paul DELMAS et M. Ch. GUÉRIN-VALMALE, agr. de la Fac. de Méd. de Montpellier. — Chansons de Salle de Garde (2 ill.). — Un tableau Médical de VAN SCHOREL (1 ill.). — Supplément 8 illustrations.

---

# NOTES DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

## Une nouvelle préparation argentique

Le docteur Escoffier vient de consacrer sa thèse (1) à l'étude d'une nouvelle préparation argentique qui semble devoir retenir l'attention des cliniciens. Cette préparation résulte de l'association de l'argent colloïdal avec les sels biliaires.

Les sels biliaires jouissent de la propriété d'abaisser considérablement la tension superficielle des solutions aqueuses où ils se trouvent; c'est sur cette propriété qu'est fondée la réaction de Hayn, et elle a pour conséquence que les acides biliaires sont des agents intenses de cytolyse. Ryswosch a montré depuis longtemps que les solutions de sels biliaires, même très diluées, dissolvent et détruisent en quelques instants les êtres organisés, globules rouges ou blancs, infusoires, parasites, etc.

L'action antiseptique de ces corps a été utilisée par divers auteurs : par Calmette et Guérin, contre le bacille tuberculeux, par Vallée contre la rage, et surtout par Lohlein en ophtalmologie.

Cet auteur constata par hasard que la conjonctivite blennorrhagique du nouveau-né était favorablement influencée par la présence d'un ictere, il eut l'idée d'employer les sels biliaires pour combattre l'ophtalmie gonococcique, et ses essais furent couronnés de succès.

Gabriélidès et Morax ont également employé la bile dans le traitement des affections superficielles de l'œil avec de bons résultats.

C'est en partant de ces données théoriques que M. Escoffier a étudié le complexe d'argent colloïdal et des sels biliaires que les laboratoires des Usines du Rhône ont préparé sous le nom de « *Felargent* ». Ce corps est une poudre brune, renfermant 12,5 % d'argent, facilement soluble dans l'eau froide et même dans l'alcool. Le *Felargent* est remarquable par l'absence de tout caractère irritant, par son action cytolytique et bactériolytique qu'il est facile de constater sur les éléments les plus divers, en particulier dans les pus de l'uréthrite blennorrhagique, ou sur les cultures microbiennes.

M. Escoffier a essayé longuement le *Felargent* dans les diverses affections où l'argent colloïdal trouve son emploi.

En vénéréologie, pour le traitement abortif de la blennorrhagie (2) : miction, lavage de l'urèthre antérieur avec la solution à 2 %, expulsion du liquide, injection dans l'urèthre antérieur de 6 à 7 cc. de la solution à 1/20<sup>e</sup> ou 1/10<sup>e</sup> que l'on conserve 5 minutes. On fait deux injections le

(1) Thèse de Lyon, 1923.

(2) Ma'sia et Pillon. — *Journal de Médecine de Lyon* 1923.

1<sup>er</sup> jour, trois le second jour, deux le 3<sup>e</sup> jour à 3 ou 1 % et progressivement avec des solutions plus faibles.

Ce traitement a sur les concurrents le grand avantage de ne pas amener d'irritation du canal, et de gêner en rien le traitement ultérieur.

Dans l'urétrite aiguë, M. Escoffier emploie des injections bi-quotidiennes avec des solutions à 1/100<sup>e</sup> ou 1/200<sup>e</sup> gardées 5 minutes, ou le grand lavage à 1 ou 2 %.

En oculistique, les instillations à 2 % réunissent dans les infections superficielles, la pommade à 10 ou 20 % dans les blépharites.

Sur les pyodermites infantiles, on emploie le badigeonnage à 2 ou 5 % ou même s'il y a lieu, 10 et 20 %. C'est le traitement à employer dans tous les cas d'impétigo en particulier.

### La Fréquence de l'Infection Tuberculeuse

Il semble actuellement démontré que la tuberculose de l'adulte est une tuberculose de réinfection. L'inoculation première se fait au cours de la première enfance. A l'autopsie de jeunes sujets morts d'affections intercurrentes, il n'est pas rare de trouver le chancre d'inoculation, un tubercule cru-caséux qu'accompagne une réaction ganglionnaire et qui, cliniquement, ne s'est révélé par aucun signe. Chez les sujets plus âgés, à côté de lésions qui ont déterminé la mort : ramollissement du sommet, cavernes — on trouve des lésions de tout âge qui marquent les étapes successives de l'infection. On peut même par un examen attentif dans certains cas découvrir la lésion ancienne, discrète, souvent cicatrisée qui fut la porte d'entrée du bacille de Koch. Souvent, du reste, les vestiges d'une lésion osseuse, d'adénite cervicale sous-maxillaire signalent cette première attaque bacillaire d'un organisme qui s'est mal défendu.

Mais, en dehors de ces faits, la notion de réinfection s'appuie encore sur les données de la cuti-réinfection.

27 % d'enfants de 3 à 4 ans

51 % d'enfants de 5 à 6 ans

71 % d'enfants de 7 à 10 ans

91 % d'enfants de 10 à 14 ans

ont une cutiréaction positive.

Tels sont les chiffres qui ressortent des statistiques de Ganghofmer et Pirquet.

D'autre part, Diel a pu, en pratiquant des cutiréactions en série chez des enfants, saisir l'époque à laquelle celles-ci cessent d'être négatives pour devenir positives.

A partir de 14 ans, on ne trouve que 3 % de réactions négatives chez des sujets qui cliniquement sont indemnes de tuberculose.

Sur 10.000 autopsies de sujets morts d'affections diverses, 9.800 révè-

lent l'existence de lésions tuberculeuses guéries, en sommeil ou évolutives. Nous empruntons ces chiffres d'un très intéressant travail de MM. Cain et Hillemand, paru dans les Annales de Médecine sur « La tuberculose de primo infection chez l'Adulte ».

La proportion des sujets bacillifères est donc énorme et l'importance de cette notion au point de vue social ne peut échapper.

Pratiquement, on peut considérer que tout individu adulte est porteur d'une lésion tuberculeuse. Cette lésion est guérie cliniquement dans la plupart des cas. Mais cette guérison clinique est loin d'être une guérison bactériologique. Dans les foyers qui depuis longtemps n'évoluent plus et semblent éteints, des bacilles de Koch sommeillent bien souvent. Depuis longtemps on s'est préoccupé du sort de ces bacilles. On peut trouver des bacilles de virulence atténuée dans certaines lésions, comme par exemple le lupus. Mais fréquemment, dans les ganglions du cou qui sont sclérosés, on trouve encore des bacilles en pleine virulence qui, inoculés au cobaye, le tuberculiseront rapidement.

Ces faits doivent toujours être présents à l'esprit. Si on ne peut guère se défendre contre les adultes bacillifères dont le foyer est central, ignoré cliniquement, il faut se protéger contre les porteurs de tuberculose osseuse, ganglionnaire, qu'elle soit ouverte ou fermée.

Certains pensent que l'ancien tuberculeux osseux ou ganglionnaire est à l'abri d'une localisation pulmonaire. Il ne serait dangereux que pour les autres. Mais en fait, il n'est pas douteux qu'une tuberculose ganglionnaire du jeune âge endormie ne puisse engendrer plus tard une tuberculose pulmonaire. Et si les conditions hygiéniques de la vie sociale rendent le contact inévitable avec des tuberculeux, il faut retarder la date de la contagion de l'enfant. Il faut que ce chancre d'inoculation survienne le plus tard possible pour qu'il trouve un organisme plus résistant avec l'âge.

Pour désolante qu'elle soit, cette notion de lésion bacillaire inévitable, presque obligatoire ne saurait effrayer outre mesure. Tout d'abord, cette première infection, si elle est jugulée, met à l'abri par une immunisation relative, des réactions aiguës du bacille de Koch (pneumonie caséuse, phthisie galopante, granulie). Et si, tardivement, il y a un réveil de tuberculose, celle-ci évoluera suivant le mode chronique et permettra d'engager la lutte avec profit pour le malade.

Pratiquement, de ces faits, il résulte qu'il faut assurer aux adultes et aux enfants, des conditions d'alimentation et de salubrité les plus favorables à la constitution d'un état réfractaire à la tuberculose, qu'il faut aider d'un organisme touché par le virus tuberculeux à construire de lui-même une barrière efficace à l'invasion tuberculeuse.

Les facteurs de limitation, de réparation, de cicatrisation des foyers



sont nombreux : abondance des réactions phagocytaires, énergie des proliférations sécrétoires, résistance des cellules aux produits toxiques, multiplication des fibroblastes. On pourra efficacement soutenir l'organisme dans cette lutte en lui fournissant l'appoint nécessaire en sels de chaux.

L'importance des substances inorganiques et notamment de la chaux, est de premier ordre. L'ensemble de ces substances minérales constituent en quelque sorte une armature à laquelle s'appuieront les substances organiques de défense.

Aussi la médication récalcifiante de Ferrier qui a déjà fait ses preuves dans la tuberculose pulmonaire, nous apparaît ici comme le soutien nécessaire aux organismes dont on soupçonne la moindre résistance à la réinfection tuberculeuse. Il est suffisamment connu pour qu'il soit inutile de le développer. En ces grandes lignes, il consiste en un régime où sont exclus les graisses, les aliments acides et fermentescibles et en l'administration d'une poudre composée de sels de chaux dont l'exacte formule est réalisée heureusement par la tricalcine.



Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois de Juin 1923

DÉSIGNATION DES CONTRÔLES CIVILS	FIEVRES TYPH. et paratyph.													K				
	1	2	3	4	6	8	9	10	11	13	14	16	18					
	Typus	Variole	Scarlatine	Diphthérie	Choléra	Peste	Rièvre jaune	Dysentéries amb. et bacill.	Méningite cérébro-spinal	Poliomyélite antérieure aiguë	Oreillons	Fièvre méditerranéenne	Lèpre	Rougeole	Tuberculose ouverte	Cogélique	Paludisme	Trachome
Tunis . . . . .	7	15	1	1	7			6				4	18	56	33	1		
Zaghouan . . . . .																		
Gromballa . . . . .	1	1																
Bizerte . . . . .	6	3	1	4														
Béja . . . . .																		
Tabarka . . . . .																		
Souk-el-Arba . . . . .	1			1											1			
Medjez-el-Bab . . . . .																		
Téboursouk . . . . .		6																
Kef . . . . .																		
Maktar . . . . .			2															
Thala . . . . .	3	2																
Sousse . . . . .		1		1														
Kairouan . . . . .																		
Tozeur . . . . .																		
Sfax . . . . .	3																	
Gafsa . . . . .																		
Gabès . . . . .	1	2																
Djerba . . . . .	1																	
Territoires M <sup>rs</sup> du Sud . . . . .																		
<b>TOTAUX</b> . . . . .	24	30	18	2	14	2	2	6	2	2	1	4	2	62	42	1	3	2

Population  
 Hôpital Militaire du Belvédère  
 Hôpital Militaire de Bizerte  
 Hôpital Maritime de Sidi-Abou-Tab.  
 Hôpital Militaire de Sfax.

### Distinctions honorifiques

Nous adressons nos félicitations sincères à nos confrères militaires, les médecins majors SURIN, chirurgien de l'hôpital de Bizerte, et BENDON, ex-médecin-chef du centre d'appareillage de Salammbô, actuellement en Syrie, qui viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

### Agrégation

Nos félicitations vont aussi à notre ex-confrère tunisois, le D<sup>r</sup> POROT, qui vient, à la suite du dernier concours, d'être nommé professeur agrégé de pathologie médicale à la Faculté de Médecine d'Alger.

### Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu

Un cours de perfectionnement sous la direction de M. le Professeur agrégé M. VILLARET, commencera à l'Hôtel Dieu de Paris, le 10 septembre 1923.

Ce cours traitera des *Notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du Tube digestif* : l'exploration, les symptômes, les maladies et les traitements généraux. Ces questions seront traitées par des spécialistes, professeurs agrégés ou chefs de laboratoires.

La durée du cours entier sera de 12 jours.

Un voyage d'études sera organisé les 21, 22 et 23 septembre à Vichy. S'inscrire auprès de M. DEVAL, à la clinique de l'Hôtel Dieu, Paris.

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales

et Tunis-Médical réunis

SEPTEMBRE-OCTOBRE 1923

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

---

### ULCÈRE D'ESTOMAC

#### Gastro-Entéro-Anastomose

Guérison constatée après décès par tuberculose

Persistance 67 jours après l'opération, au niveau de la bouche gastrique d'un fil de suture moitié inclus dans la paroi, moitié libre dans la bouche. Absence d'accidents infectieux locaux ou généraux.

Par le Docteur René BROC

—•••—

J'ai présenté, à la séance de juillet de notre Société, une pièce d'autopsie intéressante à un double titre, d'une part par la guérison complète d'un ulcus de l'antra pylorique, d'autre part, par la longue durée de l'élimination des fils de suture flottant dans la nouvelle bouche sans aucun accident de ce fait.

Voici l'observation :

Le malade Salem ben Bozam, âgé de 30 ans, originaire de Ghadamès, s'était présenté à la consultation de Sadiki et avait été admis le 16 février 1923. Salle 12 lit 4. Le début de l'affection remontait à 4 ans environ : marqué par des douleurs dans le creux épigastrique survenant surtout en hiver pendant la nuit ou deux heures après le repas quand celui-ci comportait du piquant. Le malade se faisait vomir spontanément pour se soulager. Passé en chirurgie le 21 mars 1923 avec le diagnostic d'ulcère d'estomac. Radio par le D<sup>r</sup> Jaubert de Beaujeu : Estomac petit, transversal ; contractions très vives ; déformation légère de la petite courbure ; douleur constante à ce niveau. Après 6 heures résidu notable. Lésion probable de la petite courbure, région prépylorique.

Opération le 24 mars 1923 par le D<sup>r</sup> Brun.

On tombe sur un ulcus de la région de l'antra pylorique, adhérent au lobe gauche du foie. Gastro-entéro-anastomose.

Sorti guéri le 9 avril 1923. Wassermann négatif à la sortie du malade.

Le malade se représente à la consultation de l'hôpital le 4 juin. Admis dans mon service pour tuberculose bilatérale cavitaire il y est décédé le 10 juin. Il n'avait plus jamais souffert de son estomac, s'était mis à tousser, cracher, maigrir, avait la fièvre tous les jours et était devenu incapable de travailler.

×

A l'autopsie, lésions tuberculeuses des 2 poumons, cavernes multiples de moyen volume aux deux sommets, infiltration généralisée du reste des poumons.

Estomac adhérent au bord inférieur du foie au niveau de la petite courbure dans la région pylorique. Au niveau de la région cœliaque, grosse masse ganglionnaire caseifiée.

L'ouverture de l'estomac montre que « l'ulcère est complètement guéri, sans induration, rétrécissement ou rétraction des parois, la muqueuse s'est complètement reformée avec son aspect normal, épaisseur, plis, mobilité, de telle sorte qu'il n'est plus possible de voir où siégeait l'ulcère. Résultat remarquable au regard des cicatrisations survenant spontanément. »

En regardant la bouche opératoire nous avons été surpris de voir, en voie d'élimination dans la cavité, encore à moitié inclus dans la paroi, un fil de suture à moitié libre 67 jours après l'intervention. Cette élimination si prolongée par la cavité intestinale n'a donné lieu à aucun accident soit local, soit général. Aucune trace d'abcès, de nouvel ulcus ou de réaction inflammatoire autour de la nouvelle bouche, qui a toujours parfaitement fonctionné. Cette tolérance parfaite de l'organisme nous a paru d'autant plus intéressante qu'il y a quelques mois, nous avons eu l'occasion de faire avec le D<sup>r</sup> Biecheler l'autopsie d'un malade opéré un mois avant environ pour un ulcère d'estomac, et nous avons trouvé au niveau de la nouvelle bouche, un fil de un centimètre 1/2 environ de long, libre dans la cavité et fortement adhérent dans la profondeur de la paroi. Il n'y avait aucune réaction locale au niveau de la nouvelle bouche, mais le malade avait fait une embolie pulmonaire et un foyer de gangrène avait entraîné la mort.

D'après les résultats de l'autopsie que nous vous présentons aujourd'hui, il ne nous semble pas que l'élimination de fils de suture par la lumière intestinale puisse donner lieu à des accidents infectieux de ce genre, et nous devons admirer la tolérance remarquable de l'organisme pour un corps étranger dans un milieu aussi peu aseptique que le milieu gastro-duodénal.

## A propos de l'emploi des fils non résorbables dans les opérations sur l'estomac

Par le Docteur **BRUN**

Chirurgien chef de l'Hôpital Sadiki

---

La pièce d'autopsie (estomac avec bouche de gastro-entéro-anastomose) présentée par le D<sup>r</sup> Broc, (1) provenant d'un malade mort de tuberculose dans son service, et opéré antérieurement pour une sténose du pylore est intéressante au double point de vue ; 1° du diagnostic étiologique de l'ulcus pour lequel une opération a été pratiquée, 2° du matériel de suture employé.

Le diagnostic d'ulcus a été posé par le D<sup>r</sup> Broc dans son service, ce diagnostic est confirmé radiologiquement par le D<sup>r</sup> Jaubert de Beaujeu. Le malade est alors passé dans le service de chirurgie. A l'opération on tombe sur une tumeur de la région de l'antra pylorique, l'état assez précaire du malade d'une part, les adhérences de cette tumeur avec le foie d'autre part écartent toute possibilité d'erradication de la tumeur. Une simple gastro-entéro-anastomose transmesocolique est pratiquée. Les suites opératoires sont apyrétiques et normales. Le malade meurt 67 jours après de tuberculose. A l'autopsie on trouve des lésions cavitaires des 2 sommets du poumon, l'estomac est adhérent au bord inférieur du foie, constatation consignée dans le protocole opératoire, mais en plus il existe au niveau de la région coeliaque une grosse masse ganglionnaire caséifiée, cette masse n'existait pas ou est passée inaperçue au cours de l'intervention. Par contre l'ouverture de l'estomac et l'examen attentif de sa muqueuse dans la région du pylore ne montre plus aucune trace d'ulcère. Doit-on alors conclure qu'il s'agissait d'une tuberculose de l'estomac avec ganglions correspondant au territoire infecté, ou simplement d'une tuberculose des ganglions coeliaques avec périadénite ayant plus ou moins infiltrée l'antra pylorique et ayant pu faire croire à un ulcère au moment de l'opération ? Nous pensons que sans preuve histologique il est bien difficile de confirmer ou d'infirmer pareilles hypothèses. Enfin la fréquence des ulcères de l'estomac

---

(1) Voir dans le même numéro l'article précédent page 321.

et de la tuberculose est telle chez les indigènes qu'on peut très bien admettre, hypothèse la plus vraisemblable, qu'il s'agissait d'un ulcère de l'estomac chez un tuberculeux.

L'opération quelque soit l'hypothèse admise était-elle indiquée ? Evidemment oui, puisque le malade avait une tumeur sténosante et que l'état d'innanition dans lequel il se trouvait par le fait de sa sténose ne pouvait qu'activer l'évolution de sa tuberculose. On sait en effet combien est fréquente la tuberculisation des sténosés du pylore. Par contre, l'opération a rendu l'alimentation possible puisque les vomissements ont cessé, elle a soulagé le malade en supprimant les douleurs. Les résultats fonctionnels obtenus d'une part, les constatations anatomiques présentées par le D<sup>r</sup> Broc d'autre part justifient d'une façon péremptoire les avantages de la gastro-entéro-anastomose, opération bénigne et d'une technique très simple.

Le deuxième point intéressant de la communication du D<sup>r</sup> Broc est la constatation d'un fil de suture en voie d'élimination au niveau de la bouche anastomotique. Elle pose la question du matériel de suture dans les opérations sur l'estomac. Cette question a préoccupé et préoccupe encore tous les chirurgiens, en Amérique les Mayo (Surgery, bynecology and Obst Mars 1910), William Mayo (70<sup>e</sup> Congrès de l'Americ Association City Juin 1920), en Angleterre Moynihan (British Medical Journal Juille. 1919). En France la Société de Chirurgie en 1913 met cette question à l'ordre du jour, à laquelle prennent part Delbet, Cuneo, Tuffier, Walther, Ricard, et tandis que Delbet incrimine les fils non resorbables dans la pathogénie des ulcus peptiques après gastro enterostomie, Cuneo, Ricard, Hartmann restent fidèles à la soie ou au fil de lin. En janvier 1920 Gosset et Lœwy reprennent la question dans un mémoire à la Société de Chirurgie ; pour eux l'emploi de fil non resorbable (soie ou fil) pour les opérations sur l'estomac doit être évité et ils apportent à l'appui de leur opinion deux faits qui ont trait à l'influence de ces fils non resorbables sur la formation de certains ulcus gastro-jejunaux après gastro-entéro-anastomose.

Dans leur première observation il s'agit d'un homme de 46 ans chez qui le D<sup>r</sup> Gosset pratique en 1919 une gastro-enterostomie postérieure pour un ulcus duodéal non stenosant. Les

deux surjets sont faits à la soie. Cinq mois après, malgré le régime, les douleurs réapparurent avec les mêmes caractères. L'examen radiologique montre que la bouche fonctionne. Gosset réopère son malade. Extérieurement la bouche paraît en excellent état. On ouvre l'estomac, la bouche paraît en bon état, la muqueuse gastrique et jejunaie est satisfaisante, avec un *peu de rougeur* sur la partie droite de la bouche, ce qui attire l'attention, et à ce niveau on voit pendre, libre dans la cavité par une extrémité et rattaché par l'autre à la muqueuse, le fil de soie qui a servi à faire le surjet sero-séreux. Le surjet total ayant déjà été éliminé. Le fil est enlevé. Les suites opératoires sont normales le malade désormais n'aura plus de douleurs. Il est évident que dans ce cas le fil doit être incriminé dans les douleurs ressenties par le malade, mais il ne nous paraît pas absolument certain que la petite rougeur constatée au cours de la deuxième intervention puisse être étiquetée « ulcus peptique même à son début, sans preuve histologique.

Dans la seconde observation de Gosset il s'agit d'un homme opéré en Allemagne, à Hambourg, une gastro-enterostomie antérieure est pratiquée pour hémasesméses et vomissements, 18 jours après à cause de vomissements incessants on pratique un jéjuno-jéjunostomie. Le malade de retour à Paris continuant à souffrir est admis dans le service de Gosset, voici ce qui est fait : « Etant donné l'état du malade et le temps écoulé depuis le début de l'opération on se contente de libérer les adhérences, de reséquer l'épiploon en se promettant de refaire une seconde intervention ».

Celle-ci est pratiquée 6 mois plus tard. Il existe une perforation au niveau de l'anastomose et sur le pourtour de l'ulcère gastro-jejunal on voit l'extrémité d'un surjet à la soie pendant dans cette cavité. On retire ce fil, puis après resection de l'ulcère, on implante le bout inférieur au niveau de l'ancienne bouche ; « l'implantation de ce bout se fait par un *surjet sero-séreux à la soie* par un surjet muqueux au *catgut chromé 000* ».

Ainsi donc dans ce cas M. Gosset qui pourtant connaissait les inconvénients du fil de soie n'a pas hésité à faire son surjet *sero-séreux à la soie*. Or dans sa première observation n'est-ce pas ce surjet sero-séreux qui a été cause de tout le mal ? Le surjet interne doit très vite s'éliminer, c'est le sero-séreux



qui tarde à prendre le chemin du premier. Du reste Gosset écrit « la premier pas que l'on puisse faire est d'employer sur la muqueuse du catgut, et pour le surjet sero-sereux de la soie. Est-ce logique ? Absolument pas ?..... Car il est facile, par la disposition des nœuds de voir que c'est le surjet sero-sereux qui petit à petit avait cheminé, à travers ces tuniques gastriques et intestinales ».

Le catgut chromé est-il à l'abri de pareils reproches ? Moynihan (British Med. Jour. 12 Juillet 1919) a constaté la présence d'un gros *catgut chromé* pendant de la ligne anastomique 3 ans et 9 mois après une gastro-entérostomie, aussi se sert-il maintenant de catgut le plus fin possible, et en même temps le plus résistant.

Il est évident que le jour où on pourra fournir aux chirurgiens du catgut ayant la finesse de la soie ou du fil, leur résistance et la même facilité de stérilisation il ne sera plus permis d'employer un autre matériel de suture non seulement pour les opérations portant sur l'estomac, mais pour toutes les opérations intestinales et nous serions tenter d'ajouter même pour les autres, puisqu'il en aura tous les avantages sans en posséder tous les inconvénients. Les fils non resorbables sont de véritables corps étrangers qu'il vaut mieux supprimer. Cependant il est permis de penser qu'ils sont bien souvent admirablement supportés ; l'observation de Broc en fait foi, quant à leur rôle dans la pathogénie des ulcus peptiques il est bien loin jusqu'à présent d'être démontré de façon peremptoire.

---



## SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 13 Juillet 1923

Présidence du D<sup>r</sup> GERARD

En l'absence du docteur Spezzafumo et du docteur Cassuto, président et vice-président excusés, la séance est présidée par le secrétaire général.

*Sont présents* : MM. les D<sup>rs</sup> Broc, Brun, Rogalski, Masselet, Soria, Gérard, Biecheler, Disegni, Benjamin Lévy, Bouquet, Cortesi, Henry, Hayat, Doméla, Delamarre, Vincent, Gontier et Appietto.

×

Les docteurs AUDEBERT, médecin de colonisation à Sbeitla et R. LACLAVETINE, de Tunis, sont admis à l'unanimité membres de la Société.

×

### PRÉSENTATIONS DE MALADES

#### Séminome à dégénérescence sarcomateuse

Les docteurs BRUN et BIECHELER présentent un malade opéré de séminome avec dégénérescence sarcomateuse; il s'agit d'un homme de 35 ans, et la fréquence de ces cas est assez grande puisque c'est le troisième opéré à l'hôpital Sadiki en 1923.

×

#### Un cas d'arthropathie tabétique chez une femme arabe

par les Docteurs BRUN et DELAMARRE

Il s'agit d'une femme indigène de 30 ans environ qui a été atteinte brusquement, il y a environ 14 mois, de faiblesse progressive des membres inférieurs, accompagnée de douleurs peu violentes. La coordination fut déficiente aux mêmes membres inférieurs et la gêne de la marche plus marquée au genou gauche. Le sens musculaire était, par contre, assez bien conservé. Il y a cependant ébauche de Romberg, et des troubles sensitifs marqués : abolition du sens du tact, de la piquûre, de la chaleur et du froid.

La vision est distincte mais la pupille droite est en myosis. Le signe de Argyll-Robertson est fraîchement positif. Il n'y a pas de paralysie des muscles moteurs. Les réflexes achilléens, plantaires, patellaires sont *complètement abolis*.

A l'examen la malade présente un volumineux « genu valgum » le choc rotulien est perceptible; la radioscopie montre une raréfaction osseuse surtout marquée sur le condyle externe; genou de polichinelle. On ne note ni crises viscérales, ni aucun trouble fonctionnel des réservoirs.

La malade présente, de plus, une insuffisance aortique nette. Sa tension artérielle est 8-19.

Le Wassermann du sang est ++ et il est +++ dans le liquide céphalo-rachidien; dans ce liquide on note 33 lymphocytes par millimètre cubes à la cellule de Nageotte et le taux de l'albumine de 0 gr. 30 par litre.

B. et D. attirent l'attention sur ce cas qui serait le 3<sup>e</sup>, signalé chez les Arabes de l'Afrique du Nord. Lacapère en a cité deux cas dans un travail récent. Broc-Jamin ont réussi successivement 3 ou 4 cas de tabès, sans arthropathie.

×

#### PRÉSENTATION DE PIÈCES

Les D<sup>rs</sup> BOUQUET et APIETTO présentent un **Myome utérin enlevé par la voie vaginale chez une Israélite vierge.**

×

Les D<sup>rs</sup> BROC et BIECHERER présentent la pièce d'un **cancer secondaire du cœur.**

×

Le D<sup>r</sup> Broc présente l'estomac d'un malade mort de tuberculose pulmonaire et antérieurement opéré par le D<sup>r</sup> BRUN pour un **ulcère gastro-pylorique.**

(Voir en tête de ce numéro page 321).

×

#### COMMUNICATIONS

##### Mélitococcie avec hémoptysies

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

La communication, dans une de nos dernières séances, d'un cas de mélitococcie avec endocardite par notre jeune et sympathique confrère le docteur Benmussa, nous valut une très savante et intéressante dissertation du docteur Nicolle sur la ressemblance des caractères pathologiques des cocco-bacilles mélitensiques d'avec les bacilles tuberculeux. A ce moment je fis la remarque au docteur Hayat, présent à la séance, qu'en 1921, j'avais soigné une jeune fille atteinte de fièvre méditerranéenne et qui à deux reprises avait fait des hémoptysies avec examen négatif des crachats pour le B.K. « Suivez votre malade et vous verrez qu'elle est tuberculeuse », me répondit mon excellent confrère. Depuis une grippe fortuite m'a permis de revoir la malade, de la réexaminer et

je viens aujourd'hui apporter la preuve de l'étiologie non tuberculeuse des hémoptysies, en vous présentant une radiographie faite tout récemment par le docteur Jaubert qui verbalement m'a assuré qu'il n'y avait aucun soupçon de tuberculose chez la jeune demoiselle.

Je passerai rapidement sur l'évolution clinique de la fièvre mélitensique qui n'a présenté rien de saillant et ne m'attarderai que sur les symptômes qui ont précédé les hémoptysies ou leur ont succédé.

*Observation.* — Mlle B..., 21 ans, fut prise, le 25 mars 1921, d'accès violents de fièvre continue 39° à 40°, fort semblables à des accès de paludisme, diagnostic resté abandonné vu l'absence d'hématozoaires et l'insuccès du traitement intensif à la quinine et hectine. Un examen sérique fait le 1<sup>er</sup> avril par le docteur Burnet, fut positif pour le M. mélitensis; au bout de 40 jours de fièvre, le 3 mai 1921, la malade commença à se plaindre d'une douleur aiguë à la fosse sous-claviculaire droite avec irradiation à l'épaule droite; la pression aux régions sus-nommées est douloureuse. A l'auscultation comme à la percussion, rien à noter. Une révulsion influença peu la douleur, la courbe de la température qui oscillait entre 37°8 et 38°5 se releva à 38°9 et deux jours après survinrent une toux avec expectoration hémoptoïque, laquelle le lendemain devint franchement sanguinolente, 4 à 5 cuillerées à soupe de sang. L'examen du sang fait à l'Institut Pasteur le 10 mai, fut négatif pour le B.K. Quelques injections de chl. d'émétine eurent raison de cette hémoptysie et la fièvre revint à 37°5 et 38°.

Le 22 mai, la température remonta légèrement et réapparition de crachats hémoptoïques avec silence clinique à l'examen de la poitrine. Même traitement et même succès; le 2 août, au bout de 70 jours de maladie, la fièvre disparut pour ne plus réapparaître.

*Réflexions.* — Dans ce cas de mélitococcie, rien ne me semble intéressant à relever hormis les hémoptysies et les algies, ces dernières quoique fréquentes dans la fièvre méditerranéenne et souvent si tenaces, n'ont paru dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, avoir plutôt de la prédilection pour une localisation dorso-lombaire et le long des nerfs sciatiques. Chez Mlle B..., la localisation thoracique avec apparition d'hémoptysies ainsi que la reprise simultanée de la pyrexie, pouvaient faire soupçonner un foyer congestif sous-jacent aux zones douloureuses et une étiologie tuberculeuse aux hémoptysies. Les examens cliniques réitérés de la poitrine, comme aussi le résultat négatif des recherches microscopiques, m'autorisent à éliminer avec certitude le facteur tuberculeux sans toutefois me permettre de soutenir avec une vigueur scientifique l'origine mélitensique de l'expectoration sanguine, le micrococcus de Bruce n'ayant été ni recherché ni décelé dans les crachats. Néanmoins, il me semble qu'il ne serait pas téméraire d'incriminer le micrococcus de Bruce dans les hémoptysies. L'épreuve radiogra-

phique que vous êtes en train d'examiner et prise deux ans après la maladie, ne montre aucune induration tissulaire séquelle d'une sclérose post-congestive, laquelle se traduit sur le cliché par un pommelé très net. On pourrait donc en déduire que les hémorragies ont été consécutives à la friabilité des artérioles et à leur vaso-dilatation due aux toxines mélitensiques, dont le rôle hypotenseur est nettement accusé dans le pouls. C'est, je dois l'avouer, une vue de l'esprit, avec raisonnement par accalogie d'avec ce qui se passe quelquefois dans la tuberculose, et que seules les recherches ultérieures pourront infirmer ou étayer. Je serai très heureux si les confrères qui ont eu l'occasion de faire des autopsies soit humaines, soit animales, pouvaient apporter quelque lumière sur le caractère hémorragipare des cocci ou des toxines mélitensiques. Jusqu'à plus ample informé je me contente d'étiqueter mon observation: « mélitococcie avec hémoptysies » en attendant qu'un autre cas me permette d'apporter une preuve microscopique positive de l'étiologie mélitensique des hémoptysies.

#### Discussion :

D<sup>r</sup> MASSELOT. La preuve n'est pas donnée de l'inexistence de tuberculose dans le cas présente par le docteur Rogalski. Ni la radio négative, ni l'analyse de crachats négative, ni même la clinique négative ne permettent d'éliminer d'une façon absolue le diagnostic de tuberculose. Il existe des formes, décrites par Bard, (formes hémoptoïques) qui ne se manifestent que par des hémoptysies.

Le D<sup>r</sup> ORTONA a observé des cas de tuberculeux dont le sang agglutinait le *mélitensis*.

D<sup>r</sup> ROGALSKI. Je n'apporte évidemment aucune preuve de non tuberculose, mais je n'ai jamais soutenu que les hémoptysies soient dues au *mélitensis*.

D<sup>r</sup> MASSELOT. Mais vous dites qu'il n'y a pas de tuberculose. Or, je dis qu'il n'y a aucune preuve scientifique permettant de faire pareille affirmation.

D<sup>r</sup> GÉRARD. D'ailleurs, l'absence de bacilles tuberculeux dans les crachats hémoptoïques ne peut constituer un critérium, puisque même en cas de tuberculose avérée leur présence peut manquer aux périodes d'hémoptysie. Il eût fallut sans doute une répétition fréquente de l'examen bacilloscopique des crachats.

Le D<sup>r</sup> ROGALSKI demande à nouveau la parole pour exposer que l'hémoptysie est toujours suspectée d'être de nature tuberculeuse, puisque l'on admet que 90 à 95 pour 100 des individus sont tuberculeux. Mais il ne pense pas que chez sa malade il ait pu s'agir de tuberculose.

Le D<sup>r</sup> Masselot a parlé avec raison des formes hémoptoïques de Bard.

Ce sont en général des hémoptysies de malades hypertendus, or, ma malade était hypertendue ; dans les formes de Bard il s'agit d'hémoptysies secondaires profuses; celles de ma malade ont constitué un symptôme prémonitoire, elles furent discrètes (2 à 3 cuillerées à soupe tout au plus). Les malades de Bard sont en général apyrétiques; ma malade avait de la fièvre.

La radiographie chez les abortifs de Bard est positive, montre des lésions qu'on cherche en vain dans les radios de ma malade. Je persiste à penser que rien, ni cliniquement, ni radiologiquement, ni bactériologiquement ne décelait une tuberculose chez ma malade. Il y a donc beaucoup de chances pour que ces hémoptysies n'aient pas été de nature tuberculeuse.

Le D<sup>r</sup> Ortona a ajouté que le sérum sanguin des tuberculeux agglutine le *m. méliensis*, cela est vrai et a été confirmé. Le D<sup>r</sup> Burnet a bien voulu me communiquer les travaux de la commission anglaise. Il ne paraît pas démontré que le *m. méliensis* soit hémorragipare. Et cependant j'ai observé un cas d'épistaxis d'une fièvre méditerranéenne et un autre cas qui lui fut signalé par le D<sup>r</sup> Eichmüller dans sa clientèle.

D<sup>r</sup> GÉRARD : Je me permets de rappeler au docteur Rogalski l'objection que je lui ai faite à la précédente séance, que les examens bactériologiques des crachats hémoptoïques ne paraissent pas avoir été faits assez fréquemment. L'absence de bacille tuberculeux dans un seul examen ne peut être retenue et il aurait fallu, semble-t-il, faire des examens multiples et procéder à l'enrichissement ou à l'inoscopie. <sup>9</sup>

D<sup>r</sup> MASSELOT : Je ne conteste pas au docteur Rogalski le diagnostic de fièvre de Malte, mais ce qui est ici à savoir, c'est si les hémoptysies constatées au cours de cette fièvre méditerranéenne sont ou ne sont pas de nature tuberculeuse. L'analogie des deux maladies est grande aussi bien cliniquement que bactériologiquement et il n'y a pas, dans la communication du docteur Rogalski d'argument convaincant devant éliminer la nature tuberculeuse des hémoptysies constatées. Il y a très peu de réaction chez les abortifs de Bard, c'est entendu, mais un travail récent de Lemaire d'Alger, a confirmé que la fièvre méditerranéenne réveille considérablement les tuberculoses latentes, notion déjà ancienne.

Les radiographies ne constituent pas non plus un critérium et je peux vous citer (après Piéry disant que souvent les tuberculoses de Bard ne se révèlent par rien radiologiquement) un cas personnel que le D<sup>r</sup> Minguet connaît bien. Il s'agit d'un malade vu récemment par nous et pour lequel la radiographie pratiquée par le confrère Minguet ne montrait absolument aucune lésion du poumon gauche. Un pneumothorax artificiel fut pratiqué très prudemment sur le poumon droit à la suite duquel le pou-

mon gauche paraissant jusqu'alors absolument indemne fut pris de haut en bas !

Au sujet de l'examen bactériologique des crachats, le D<sup>r</sup> Gérard a fait l'objection qui s'impose au sujet de la répétition des examens, il eut fallu aussi faire une inoculation au cobaye.

Les sérodiagnostics ont des valeurs discutables, il semble même que l'intradermo-réaction jusqu'alors considérée comme plus sûre soit en défaut et chez des tuberculeux de mon service à l'hôpital, deux au moins ont réagi indubitablement au *mélitensis* avec érythème, œdème précoce, avant la sixième heure, disparu à la 14<sup>e</sup> ou 16<sup>e</sup>.

Il est juste de dire d'ailleurs qu'il s'agissait de deux cas de tuberculose curable, tandis que chez tous les tuberculeux graves, évolutifs, l'intradermo-réaction au *mélitensis* a été négative.

En définitive, le D<sup>r</sup> Rogalski apporte un phénomène insolite, nouveau, constituant un symptôme inattendu anormal dans une méliotocécie pour lequel il faudrait réunir un faisceau de preuves scientifiques.

Le D<sup>r</sup> HAYAT n'a jamais noté de manifestations hémorragiques dans la fièvre méditerranéenne (ni épistaxis, ni hémoptysie) dans sa clientèle depuis une dizaine d'années. Au début, cependant, l'erreur a pu être commise quand on se trouvait en présence d'agglutinations à un taux très faible, et il cite le cas d'un jeune homme, étiqueté fièvre de Malte et qui fit une tuberculose évolutive.

Le D<sup>r</sup> DOMELA rappelle une discussion ouverte, il y a de nombreuses années, à la Société sur un sujet analogue (il s'agissait alors d'hémoptysies signalées par le docteur Schoull chez des paludéens).

×

La séance est levée à 19 h. 30 et la prochaine réunion aura lieu en octobre 1923.

## L'INSULINE

Maurice UZAN  
Docteur en Médecine

par

Paul JARMON  
Docteur en Pharmacie

Depuis que, avec les travaux de Lancereaux, von Mering et Minkowski (1889), Hédou (1891), Sandmeyer (1895), Thiroloux, Lepine, Chauveau et Kaufmann, Gley, etc., le rôle du pancréas dans la pathogénie du diabète sucré est bien établi, l'idée de traiter les diabétiques par des extraits pancréatiques était venue à un grand nombre d'auteurs. La plupart d'entre eux ne connaissent que des échecs : tels Sandmeyer, Hédou, Gley, Lepine, etc. Cependant quelques cas favorables disséminés çà et là dans la littérature avaient été déjà notés et Lassance (1) dans sa thèse en 1905, en pouvait réunir un nombre assez considérable : cas de Rémard et Rispal (1893), de Sibley (1893), de Ralfe (1893), de Ausset (1895), de Bormann, de Thesen, de Battistini, de Lauritzen, de Blumenthal, de Spillmann, de Gilbert, de Laffitte (1903), les siens propres. Ces auteurs avaient employé surtout du pancréas frais, cru, ou des extraits pancréatiques desséchés.

Lorsque, avec Laguesse, on admit que la sécrétion interne du pancréas incombaît aux îlots de Langerhans, quelques auteurs allèrent même plus loin.

C'est ainsi que Gley, dans un mémoire resté inédit et déposé à la Société de Biologie en 1905, relatait les résultats favorables obtenus à la suite d'administration d'extrait de pancréas, dont le canal excréteur avait été injecté avec un corps gras du vivant de l'animal.

Les recherches de John Rennie et Thomas Fraser (2) en 1909, pleines d'originalité, trop injustement oubliées aujourd'hui, devaient presque atteindre le résultat actuel. Rennie avait montré que chez les poissons téléostéens, les îlots de Langerhans sont nettement séparés, constituant pratiquement des organes distincts. Avec Fraser, il prépara des extraits d'îlots de poissons, les uns bouillis, les autres non, et les employa dans le traitement du diabète soit en ingestion soit en injections. Les résultats furent favorables.

(1) LASSANCE : *Les opothérapies dans le diabète sucré*. Thèse de Paris, 1905.

(2) J. RENNIE et A. FRASER : « Les îlots de Langerhans en rapport avec le Diabète », *Brochamische Journal*, 1906, t. II, 401 et 2.



En 1910, Crofton (1) de Dublin utilisa le jus pressé de pancréas frais de porc, chauffé à 80°. A cette température, les protéines et la sécrétion externe se trouvent détruits mais la sécrétion interne serait encore intacte. Cette préparation se serait montrée très active selon l'auteur.

L'expérience de Laguesse enfin, montrant que lorsque chez un animal on résèque le canal de Wirsung, les acini-exocrines dégénèrent et que seuls les îlots de Langerhans persistent, permit à cet auteur de suggérer l'idée de se servir de l'extrait de pancréas d'animaux ainsi préparés, en un mot de préparer un extrait insulaire pur, « l'insuline » comme l'avait baptisée avant sa découverte dès 1913, Sir Edward A. Shaefer (2).

C'est à l'école canadienne de l'Université de Toronto avec Banting, Best, Collip, Mac Leod, Noble, Campbell, Fletcher, que revient l'honneur en 1922, en exploitant méthodiquement la voie ainsi ouverte, d'avoir préparé une insuline active (3).

Leurs travaux ont trouvé un écho dans différents pays. En Angleterre, Mackenzie Wallis, Thomson, Cammidge, etc., en France, Léon Blum, Chabanier, Lobo O'Neill et Lebert, Achard, Gilbert, Beaudoin et Chabrol, Lerehoullet, Marcel Labbé, Desgrez, Bierry et Rathery, Hallion et Delezeune, etc., ont repris leurs expériences et les ont confirmé pour la plupart (4).

Achard a rappelé, à la tribune de l'Académie de Médecine, que, avec ses élèves Desbouis, Bouillard, Ribot, Léon Binet, Ch. Gardin, il avait effectué des recherches reproduites dans un mémoire pour le prix de l'In-

---

(1) CROFTON : « Un nouvel extrait pancréatique pour le traitement du diabète », *Dublin Journal of Medical Science*, mai 1910.

(2) Sir E. A. SHAEFER : *Les Secrétions Internes*.

(3) Cf. BANTING, BEST, COLLIP, MAC LEOD et NOBLE : « L'effet de l'insuline sur les lapins normaux », *The American Journal of Physiology*, 1<sup>er</sup> septembre 1922, n° 1, p. 163, t. LXII.

BANTING, BEST, COLLIP, MAC LEOD et NOBLE : « Effets de l'insuline sur l'hyperglycémie expérimentale du lapin », *The American Journal of Physiology*, novembre 1922, t. LXII, n° 5.

BANTING, CAMPBELL et FLETCHER : « Résultats obtenus avec l'insuline dans le traitement du diabète sucré », *The British Medical Journal*, n° 3236, 6 janvier 1923.

MAC LEOD : « Insuline et diabète », *The British Medical Journal*, 4 novembre 1922.

HEPBURN et LATCHFORD : « Action de l'insuline sur la combustion du sucre sur le cœur isolé d'un lapin », *The American Journal of Physiology*, 1<sup>er</sup> septembre 1922, t. LXII, n° 1.

(4) Cf. Les deux bonnes revues générales suivantes :

Ph. PAGNIEZ : « Hormone pancréatique et diabète », *Presse Médicale*, 17 janvier 1923.

LINOSSIER et MONOD : « Les maladies de la nutrition en 1923 », *Paris-Médical*, 5 mai 1923.

ternat en 1921, resté inédit et dû à Ch. Gardin, analogues à celles des auteurs américains et qui l'amènèrent à des conclusions semblables (1)

Ces points d'histoire étant fixés, passons en revue les différentes questions qui se posent à propos de l'insuline.

×

*Mode de préparation de l'insuline.* — Nous avons déjà parlé de la technique de Rennie et Fraser, permettant l'emploi d'îlots de Langerhans de poissons téléostéens.

Les expérimentateurs de Toronto, ont d'abord employé un extrait de glande pancréatique dont on avait ligaturé quelques semaines auparavant le canal de Wirsung.

Puis, se basant sur ce fait, découvert par Ibrahim, que le pancréas fœtal ne contenait point ou presque point de ferments protéolytiques, ils se sont servi d'un extrait de pancréas de fœtus.

Enfin, revenant à une technique ancienne de Zulzer et Scott, ils ont employé un extrait qui est essentiellement le résultat de la macération du pancréas de bœuf dans l'alcool-acide.

Collip a perfectionné la technique et a obtenu par précipitations successives une substance beaucoup moins irritante.

En France, outre les insulines américaines, il existe des insulines préparées par différents auteurs. L. Blum emploie une insuline semblable à celle des Américains. Chabanier, Lobo Onéll et Mlle Lebert ont préparé un extrait alcoolique de pancréas de cheval (2). Le 18 juin 1923, Desgrez, Bierry et Rathéry ont annoncé à l'Académie des Sciences qu'ils avaient obtenu par précipitations fractionnées sous forme de poudre un principe actif qui possède les propriétés de l'insuline et qui serait moins toxique.

*Titrage de l'insuline.* — Les auteurs canadiens ont pris pour unité la quantité d'insuline qui peut faire tomber en 4 heures à 0 gr. 45 o/oo la glycémie d'un lapin de 2 kg à jeun depuis 16 à 24 heures. Chabanier insistant sur la variabilité de la glycémie du lapin rejette ce mode de titrage et choisit une unité environ 7 à 8 fois plus grande, unité correspondant à la quantité d'extrait alcoolique de pancréas qui peut abaisser de 50 à 70 % la glycémie d'un lapin à jeun (3). Delezeune ne trouve pas ce mode de titrage encore satisfaisant : l'action de l'insuline sur le lapin sain est très irrégulière et certains animaux s'y montrent réfractaire (4).

(1) *Académie de Médecine*, séance du 16 juin 1923.

(2) *Société de Biologie*, 24 février 1923.

(3) *Société Médicale des Hôpitaux*, 22 juin 1923.

(4) *Académie de Médecine*, 27 mars 1923.

Les recherches de Chabanier, cependant, tendent à montrer que le test de l'injection au lapin à jeun est pour étalonner l'activité d'une insuline. Cet auteur n'aurait jamais rencontré les animaux réfractaires dont parle Delezeune. Si tout-fois, il s'en présentait, il suffirait de recommencer l'essai sur un ou plusieurs autres lapins afin de décider si le produit dont on dispose est actif ou non (1).

Les marques anglaises sont titrées à 20 unités américaines par centimètre cube, les marques américaines et françaises à 10 de ces unités par centimètre cube.

*Toxicité de l'insuline.* — L'injection d'insuline n'est pas suivie des réactions vives qui suivent habituellement l'injection d'extraits organiques et qui sont dues à la présence de protéines. L'insuline dépourvue de protéines ne les provoque pas. On aurait observé parfois des éruptions urticariennes.

Mais l'injection peut être suivie parfois d'accidents consistant en faim, fatigue, anxiété, écarvément, tressaillements, incoordination des petits mouvements, pâleur puis rougeur, sucurs profuses, parfois troubles mentaux. Les auteurs canadiens les rendent imputables à l'hypoglycémie brusque qui suit l'injection, car ils ont constaté que ces réactions peuvent être empêchées par l'administration de jus d'orange, de glucose, et par l'injection d'adrénaline. Chabanier, Lobo Onell et Lebert sont du même avis.

Delezeune met en garde le clinicien contre les accidents convulsifs possibles et pour cet auteur, il n'y a pas de relation nécessaire entre la chute de la glycémie et les accidents. Hallion partage la même opinion (2).

*Action expérimentale.* — Voici les résultats expérimentaux des auteurs canadiens :

L'injection sous-cutanée d'insuline abaisse le taux de la glycémie chez le lapin normal à jeun.

Elle s'oppose aussi à l'apparition d'hyperglycémie artificiellement provoquée par piqûre du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule, par asphyxie mécanique ou par injection d'adrénaline.

L'injection d'insuline supprime l'excrétion de corps acétoniques chez le chien diabétique.

Elle relève le taux du glycogène hépatique du chien diabétique.

(1) Académie de Médecine, 15 mai 1923.

(2) Cf. HALLION : « Sur l'insuline dans le traitement du diabète », *Revue pratique de Biologie appliquée*, avril 1923.

Elle abaisse la teneur en graisse du foie du chien diabétique.

Elle active la consommation du sucre d'un cœur isolé de lapin (Heppburn et Latchford).

*Résultats thérapeutiques.* — Appliquée à l'homme diabétique, l'insuline permet d'obtenir les résultats suivants :

- 1° Abaissement de la glycosurie;
- 2° Augmentation de la tolérance du sucre;
- 3° Suppression de l'acidose;
- 4° Augmentation du quotient respiratoire.

A ces quatre actions observées par les auteurs canadiens, Chabanier, Lobo Onell et Mlle Lebert ajoutent une cinquième qui consiste en l'abaissement de la glycémie critique (1).

Mais ces actions restent momentanées.

Les études des Américains reposent sur un grand nombre de cas (plusieurs centaines). Leur premier cas concernait un jeune diabétique de 14 ans. L'injection d'insuline abaissa sa glycosurie de 25 %. Récemment Banting, Campbell et Fletcher rapportaient 50 cas nouveaux. Ces auteurs disent ne pas avoir observé de cas de diabète dans lequel une dose convenable d'insuline n'ait pas supprimé la glycosurie malgré un régime hydrocarboné assez riche.

Parmi les malades qu'ils ont observés, dix étaient atteints de coma confirmé. L'un est mort parce qu'il n'a pas reçu une insuline assez active. Trois sont morts, bien que sortis de leur coma, de gangrène ou de collapsus. Les six autres sont guéris.

En France, de nombreuses observations ont déjà été publiées. Dès le 16 janvier 1923, le professeur Léon Blum de Strasbourg qui, au cours d'un séjour aux Etats-Unis, assista aux premiers essais de traitement par l'insuline, publiait à l'Académie de Médecine, deux observations démonstratives de l'action favorable de cet extrait pancréatique sur le diabète humain. Depuis, il a publié de nouvelles observations à la Société de Médecine du Bas-Rhin.

Un jeune homme de 17 ans, atteint de diabète, a eu une seconde attaque de coma en mars 1923, il reçut deux fois 50 unités d'insuline le 9 et vit disparaître le coma. Depuis, il se maintient en très bon état, recevant de temps en temps 100 à 110 unités par jour (en trois piqûres). Il a pu supporter un voyage à Strasbourg et facilement monter sur la plate-forme de la cathédrale. Blum a soigné six cas de coma diabétique, tous avec succès.

(1) *Société de Biologie*, 24 février 1923.

Chabanier, Lobo Onell et Mlle Lebort ont préparé un extrait qui s'est montré très actif dans de nombreux cas (31 cas au 22 juin 1923) (1). Parmi ces cas, plusieurs ont été vus par Apert, Lereboullet, Nobécourt, Laignel-Lavastine, etc. Ils se décomposent en :

Diabète de l'enfance avec acétonurie	5 cas;
Diabète gras	8 cas
Diabète avec dénutrition sans acétonurie	4 cas
Diabète maigre avec dénutrition et acétonurie	9 cas
Précoma	2 cas
Coma confirmé	3 cas

Le coma céda à 24 heures d'insuline : Deux fois on eut recours à l'injection intraveineuse. Deux des malades survécurent et guérirent.

La somnolence, la céphalée, l'oppression du précoma disparurent très vite et les malades se rétablirent.

Dans les cas de diabète sans coma, l'acétonurie disparut, la glycémie fut réduite, la glycosurie tomba (dans un cas de 300 gr. à 0). En même temps, augmentation de poids; reprise des forces, disparition de la polydipsie, de la polyurie, du prurit.

Après suppression de l'insuline, l'amélioration se maintient plus ou moins longtemps (parfois trois mois).

M. Labbé emploie un autre extrait qui lui aurait donné un résultat brillant au cours d'un coma imminent chez un enfant de 13 ans, en état d'acidose considérable (2).

Gilbert, Beaudoin et Chabrol ont employé trois variétés d'insuline anglaise, française et américaine et publient une observation où ils ont pu conjurer un coma diabétique déclaré (3).

*Posologie et conduite du traitement.* — M. Léon Blum est partisan de fortes doses : 100 à 150 unités dans les 24 heures; un malade reçut ainsi 130 unités par voie veineuse en trois heures et 70 unités par voie hypodermique cinq heures plus tard (4).

Gilbert, Beaudoin et Chabrol, au contraire recommandent de ne recourir qu'à titre exceptionnel aux doses supérieures à 60 unités (5).

Il faut avant d'administrer l'insuline, prendre les précautions suivantes :

(1) *Société Médicale des Hôpitaux*, 22 juin 1923.

(2) *Société Médicale des Hôpitaux*, 15 juin 1923.

(3) *Société Médicale des Hôpitaux*, 15 juin 1923.

(4) *Société de Médecine du Bas-Rhin*, 26 mai 1923.

(5) *Société Médicale des Hôpitaux*, 15 juin 1923.

1° Administrer en même temps un régime hydrocarboné;

2° Rechercher la glycosurie. On ne devra pas faire d'injection d'insuline si les urines ne renferment pas de sucre (Chabrol) (1).

Aux yeux de la plupart des auteurs et surtout de Chabanier et ses collaborateurs (2), l'insuline constitue non seulement le traitement de choix des incidents aigus au cours du diabète, mais aussi un traitement de fond. Des injections en série d'insuline réparties sur 15 à 20 jours pendant lesquels *le malade aura une ration hydrocarbonée normale*, constitueront des *cures d'insuline* dans l'intervalle desquelles on soumettra les sujets à un régime de réduction hydrocarbonée tel qu'il puisse maintenir les résultats acquis par la cure.

*Mode d'action et nature de l'insuline.* — Le mode d'action de l'insuline est encore peu connu. On pense qu'elle agit par stimulation de la glycolyse. Les expériences déjà citées de Hepburn et Leteliford sembleraient le prouver. Cependant MacLeod et Eadie ont constaté que, *in vitro*, la glycolyse n'est pas accélérée sous l'action de l'insuline.

Hallion et Delezeune (3) pensent qu'il s'agit d'une action, non *hormonique*, mais *diastasique*. Cependant l'insuline est sans action sur la glycosé *in vitro*.

*Conclusions.* — En somme, l'insuline constitue un progrès évident. Mais elle ne repose point sur une conception nouvelle.

Elle constitue une arme excellente pour juguler les incidents aigus qui surviennent au cours du diabète.

Elle n'est cependant pas exempte de dangers et ne semble pas pouvoir à elle seule guérir complètement et définitivement le diabète.

Beaucoup de points restent à éclaircir : la nature de ce produit, le mécanisme de son action; beaucoup de détails pratiques sont à préciser : titrage de l'insuline, répartition des doses, conservation du produit, etc.

Cette thérapeutique est encore nouvelle et a la phase d'expérimentation, L'avenir dira ce que le praticien pourra en attendre (4).

(1) Société Médicale des Hôpitaux, 15 et 22 juin 1923.

(2) Académie de Médecine, 25 mars 1923.

(3) HALLION : *Revue pratique de Biologie appliquée*, avril 1923.

(4) Nous n'avons pu faire état dans cet article des deux articles suivants dont nous n'avons eu connaissance qu'après la rédaction de cette revue. Nous y renvoyons le lecteur. Ce sont :

BLUM et SCHWAB : « Le traitement du diabète sucré par l'Insuline », *Presse Médicale*, 21 juillet 1923.

CHABANIER, OBE ONELL et LEBERT : « Etude expérimentale et clinique d'un extrait alcoolique de pancrée (insuline) en vue de son application au traitement du diabète humain. Les cures d'insuline », *Bulletin Médical*, n° 21, mai 1923.

# La cryothérapie en dermatologie

par le Docteur E. COHEN HADRIA

La cryothérapie — ou traitement par le froid — fut préconisée contre les dermatoses, par White (de New-York), en 1899. Mais elle ne fit son apparition en France qu'en 1916 dans le service de Sabouraud, qui tenait la méthode du professeur Jadassohn. Depuis, la technique s'est considérablement améliorée et les publications de Sabouraud, Pautrier, Bécélère et surtout de Lortat Jacob, contribuèrent à faire entrer cette méthode dans la pratique dermatologique courante.

**L'agent réfrigérant. — Son mode de production.** — On emploie pour la cryothérapie la neige carbonique ( $80^{\circ}$  au-dessous de zéro) obtenue par détente brusque à l'air libre de l'acide carbonique comprimé à 50 atmosphères. L'acide carbonique comprimé se trouve dans le commerce en obus de 10 kilos pour l'usage des brasseurs; son prix est relativement peu élevé; seul le tube lui-même est relativement onéreux.

Dans la première technique de Sabouraud, on utilisait directement la neige obtenue dans une peau de chamois à l'orifice latéral de détente de l'obus. Cette neige recueillie à l'aide d'une spatule, était tassée dans un moule en bois, en forme de crayon. C'est ce crayon ressemblant à un morceau de craie que l'on appliquait directement sur les régions à traiter.

Cette technique simple avait plusieurs inconvénients : septicité du crayon (car le froid ne tue pas les microbes), difficulté pour l'opérateur de tenir ce crayon, très froid et très friable, détermination imparfaite de la pression employée, phénomène de caléfaction à la suite duquel, une couche de gaz carbonique se formant entre la neige et la peau, celle-ci n'est pas toujours portée à la même température de  $80^{\circ}$  au-dessous de 0, etc. Aussi maintenant emploie-t-on surtout l'appareil de Lortat Jacob qui évite la plupart de ces inconvénients.

Cet appareil se compose :

1<sup>o</sup> d'un tube central en métal terminé par une pointe en cuivre rouge; l'autre extrémité comporte un pas de vis auquel s'adapte un bouchon perforé en son centre d'un orifice crénelé; il existe de nombreux tubes qui ne diffèrent entre eux que par la forme de leur pointe;

2<sup>o</sup> d'un manchon de toile métallique, détendeur central, qu'on introduit dans le tube de cuivre rouge;

3<sup>o</sup> d'un ressort à boudin permettant, d'après Lortat Jacob, de mesurer

la pression employée; à notre avis cette mesure est sujette à caution, étant donné la section variable des pointes employées;

4° d'une enveloppe isolatrice en fibre;

5° d'un embout cylindro-conique permettant le raccord avec la bonbonne de CO<sub>2</sub>.

La détente se fait directement dans l'appareil. Lortat Jacob recommande, pour éviter la caléfaction, d'employer non la neige mais le mélange pâteux neige-acétone obtenu en ajoutant de l'acétone à l'intérieur du cryocautère chargé de neige; ainsi le cryocautère « mord » sur la peau.

Lortat Jacob distingue l'action de la *pointe givrée* de celle de la *pointe noyée*. Voici ce que signifient ces expressions : Quand on ne verse que peu d'acétone, la pointe du cryocautère reste couverte d'un givre fin; si au contraire on ajoute un excès d'acétone, ce liquide débordant noie pour ainsi dire la pointe qui mord mieux encore. Lortat Jacob emploie surtout la pointe noyée pour le traitement des affections hyperkératosiques : verrues, etc.

Nous employons de préférence la technique de Giraudeau : nous utilisons systématiquement la pointe bien noyée, quelle que soit l'application que nous avons à faire, et pour cela après avoir chargé l'appareil en neige et en acétone, au moment de l'application, nous trempions encore la pointe dans l'acétone. Le cryocautère mord mieux et de plus, il glisse plus facilement sur la peau, ce qui est un avantage énorme quand on veut estomper les applications pour obtenir un meilleur résultat esthétique.

**Action physiologique du froid.** — A la suite de l'application du cryocautère, la région traitée prend l'aspect et la consistance d'un bloc de porcelaine enchassé dans la peau. Au bout de quelques secondes, il se produit une vasodilatation et une hyperémie considérables, et, dans certains cas, quand l'application a été trop forte, une phlycténie. Si on prend la précaution de percer cette phlycténie avec une aiguille flambée sans enlever l'épiderme, et de badigeonner les surfaces traitées avec du néol pur, sans autre pansement, la cicatrisation s'obtient en dix à quinze jours au maximum. A la vérité, si l'application n'a pas dépassé vingt-cinq ou trente secondes, on peut à peine parler de cicatrice; en cas d'application forte, il se produit à sa place une escarre, avec consécutivement une cicatrice visible. L'application n'est pas douloureuse étant donné l'effet anesthésique du froid; mais le lendemain la région traitée est assez sensible et un peu œdémateuse; il faut en prévenir le malade surtout quand on a traité une région à tissu cellulaire très lâche, une paupière par exemple.

Quels sont les phénomènes qu'on observe histologiquement dans une ré-



gion traitée par le froid ? Il se produit un double processus de gonflement œdémateux et nécrose des cellules et de thrombose vasculaire. C'est surtout à ces deux phénomènes : thrombose vasculaire et cicatrice inappréciable que l'on doit se rapporter pour l'emploi de la neige carbonique. Les affections qui dépendent de la cryothérapie sont surtout les dermatoses congestives et les dermatoses inesthétiques.

**Applications dermatologiques de la neige carbonique.** — La première et la principale application de la cryothérapie dans les services dermatologiques de France est le *lupus erythémateux*; actuellement, c'est pour ainsi dire la seule méthode appliquée dans le traitement de cette affection. Les séances doivent être répétées tous les 10-15 jours et la durée d'application doit être de 20 à 30 secondes. Les résultats sont remarquables; les placards erythémato-squameux sont remplacés par une cicatrice blanche assez souple, qui ressemble beaucoup à la cicatrice produite par la guérison spontanée du *lupus erythémateux*.

La *Couperose* — que l'École viennoise considère comme très voisine du *lupus erythémateux* au point de vue clinique et étiologique — est, elle aussi, très améliorée par la neige. Sabouraud employait les frictions énergiques des joues et du nez par le crayon saisi par le travers. La durée de la friction pour tout le visage ne doit guère excéder 15 à 20 secondes. Lortat Jacob a fait fabriquer pour ces applications une pointe à estomper dont l'emploi est très pratique. La difficulté de cette technique consiste, d'une part, à bien répartir l'effet décongestionnant; d'autre part, à ne pas trop décolorer les téguments et à ne pas obtenir des joues trop blanches pour un cou trop rouge. Mais ce sont là petites finesses qu'il est facile d'acquérir avec un peu de pratique.

Les *naevi vasculaires* sont grandement améliorés, même parfois complètement guéris par la neige carbonique; les plus faciles à traiter sont les *naevi stellaires* et les *naevi tubéreux* de peu d'étendue. L'angiome plan nécessite le plus souvent un traitement très long; et la neige, en général, le fait pâlir sans parvenir à le faire disparaître complètement. Mais la cryothérapie n'en demeure pas moins à l'heure qu'il est, de beaucoup le moins mauvais traitement de l'angiome plan. De plus certains *naevi* de ce type guérissent très facilement et très complètement par une seule application sans qu'on sache exactement pourquoi.

Les *naevi pigmentaires* sont détruits par la neige carbonique; une bonne application de vingt secondes fait disparaître sans cicatrice une « tache de café »; la guérison est totale en moins d'un mois.

Le *chloasma*, le *lentigo*, le *xanthome* sont aussi détruits par la neige.

Signalons encore l'action remarquable du froid sur les chéloïdes et les cicatrices chéloïdiennes quoiqu'à notre avis, les scarifications et la radiothérapie lui soient préférables.

La neige sert encore à détruire certains épithéliomas baso-cellulaires surtout ceux du type plan cicatriciel.

Les *radiodermites* qui sont en général si douloureuses qu'elles ne supportent pour ainsi dire aucune thérapeutique, se trouvent très bien de la cryothérapie; les télangiectasies disparaissent et même dans certains cas on peut guérir ces nodules cornés, grains d'épithéliomas qui rendent le pronostic de la radiodermite si fâcheux.

La neige carbonique est également un procédé de détatouage (Bernay).

La cicatrice quoique visible est bien plus esthétique que celle obtenue par la diathermie. Mais ces gelures profondes que l'on est obligé de faire pour supprimer des tatouages importants guérissent assez lentement, et le procédé n'est pas sans reproches.

En résumé, les lésions congestives, pigmentaires et verruqueuses fixes, contre lesquelles un traitement local peut être indiqué, relèvent de la cryothérapie; les applications de cette méthode sont donc très nombreuses; il n'y a pour ainsi dire, aucune contre-indication à son emploi, si ce n'est qu'il ne faut pas lui demander de destructions trop profondes.

**Addendum. — La cryothérapie utérine.** — Bizard et Rabut ont fait construire deux pointes longues avec un détenteur approprié qui s'adaptent à l'appareil de Lortat Jacob, l'une endocervicale plus longue et plus fine, l'autre exocervicale légèrement plus courte à large embout sphérique destinée à être appliquée sur les ulcérations de la surface vaginale du col.

Les applications utérines du cryocautère doivent être plus longues; en effet, la pression exercée par la pointe gynécologique est pour ainsi dire nulle, et, d'autre part, les exsudats du col s'interposant entre la muqueuse et l'agent réfrigérant, absorbent et neutralisent une partie de l'action de ce dernier.

Le froid ne présentant pas d'action bactéricide, la cryothérapie n'a pour ainsi dire pas d'utilité dans les métrites aiguës gonococciques ou post-partum, ni dans les affections anciennes avec réactions salpingiennes à répétition. Seules en relèvent les métrites chroniques anciennes sans propagation aux annexes, et dont la seule manifestation est la persistance de pertes visqueuses et adhérentes, avec col ectropionné, hypertrophié et ulcéré.

Nous renvoyons pour la technique un peu spéciale du chargement de

la pointe gynécologique et de son application aux nombreuses publications de Bizard et Rabut à ce sujet. Mais nous tenons à dire en concluant que nous avons vu nous-même cette méthode qui n'est pas encore entrée dans la pratique courante, donner entre les mains de Rabut des résultats excellents.

---

BIBLIOGRAPHIE

---

- BIZARD et RABUT : . *Bulletin et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 17, séance du 8 décembre 1922.  
*Paris Médical*, 16 décembre 1922.  
*La Médecine*, avril 1923.
- L. LORTAT-JACOB : *Cryologie* (Coll. Léauté).  
*Progrès Médical*, 31 mai 1919.  
— 7 juin 1919.  
— 10 juillet 1920.  
*Paris Médical*, 18 mars 1922.  
*La Médecine*, 9 juin 1922.  
*Cryothérapie* (in *Traité Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, Thérapeutique*, tome I).  
*Entretiens dermatologiques*, Doin, 1913.
- SABOURAUD : *Entretiens dermatologiques*, Doin, 1913.
- THIBIERGE et LEGRAIN : *Précis de thérapeutique des maladies de la peau*  
Doin, 1922.
-

**Méthode spectroscopique d'estimation  
du métabolisme fondamental**

par A. C. GUILLAUME

(*Journal Médical Français*, juin 1923)

Le calcul du métabolisme basal, notion d'actualité sur laquelle ont insisté ces dernières années

les auteurs américains, commence à devenir une recherche de plus en plus courante dans les cliniques et en France, de nombreux auteurs, tels Nobécourt, Henri Janet, Achard et Binet, Marcel Labbé, Stevenin et Nepveux, etc., se sont attachés à son étude. Jusqu'à présent, cependant, l'instrumentation compliquée que nécessitait cette mesure, s'opposait à son application par le praticien.

M. A.C. Guillaume nous donne un moyen simple, élégant, assez concordant comme résultats avec les autres procédés d'estimation du métabolisme fondamental.

Il consiste à :

1° Estimer d'une part le taux de l'oxyhémoglobine directement sur les tissus vivants. L'examen des tissus vivants à l'aide d'un spectroscope révèle l'existence d'une raie ou bande noire dans la partie jaune du spectre. Un verre bleu interposé entre le spectroscope et les tissus la renforce, un verre jaune la diminue d'intensité. En graduant les verres par tonalités progressives, on peut connaître le taux d'oxyhémoglobine.

2° Estimer l'activité réductrice des tissus.

Lorsqu'on établit une constriction du membre observé à sa base, la raie du spectre se fonce d'abord, puis s'atténue jusque à disparaître, par réduction de l'oxyhémoglobine.

Le temps nécessaire à cette réduction mesurera l'activité réductrice des tissus.

Le rapport entre ces deux facteurs :

$$C = \frac{\text{Taux de l'oxyhémoglobine}}{\text{Vitesse de réduction}}$$

donnera une estimation suffisante du métabolisme fondamental. C peut varier de 1 à 8.

M. U.

## Méthodes d'examen chez les arthritiques

par Henri PAILLARD (de Vittel)

(*Journal Médical Français*, juin 1923)

Il n'est pas aisé de parler de nos jours d'arthritisme et cependant l'arthritisme, terrain

pathologique, a une existence que l'on ne peut nier, et on est souvent amené à poser ce diagnostic chez des malades de la nutrition : diabétiques, lithiasiques biliaires ou rénaux, obèses, rhumatisants chroniques. D'autres malades sont des arthritiques simples sans localisations fixes. D'autres enfin, sont des arthritiques héréditaires.

Comment se révèle aux yeux du médecin ce terrain arthritique ? Les faits suivants en marquent les principaux caractères.

1° L'arthritique présente des troubles du métabolisme nutritif et en particulier du métabolisme azoté (hyperuricémie, hyperuricurie).

2° L'arthritique est apte aux rétentions précipitantes : calculs rénaux, biliaires, tophigoutteux, arthrites goutteuses, cellulite.

3° L'arthritique est apte aux réactions anaphylactiques : migraines, asthme, crises congestives localisées, accès de goutte (?).

4° L'arthritique présente des troubles fonctionnels viscéraux en particulier des troubles hépatiques et rénaux.

De là, peuvent résulter quelques déductions thérapeutiques :

1° Régularisation de la nutrition par le régime, l'exercice musculaire, la physiothérapie.

2° Cure diurétique et désintoxicante.

3° Thérapeutique anti-anaphylactisante : peptone, calomel à très petites doses quotidiennes, auto-hémothérapie.

4° Thérapeutique des troubles viscéraux : opothérapie biliaire ou cholagogue.

M. U.

---

## Incidents et Accidents de l'Autohémothérapie

par François MOUTIER et Jean RACHET

(*Presse Médicale*, 15 août 1923)

L'autohémothérapie est depuis ces dernières années, devenue une méthode courante de traitement.

Elle peut exposer à quelques accidents, peu graves en vérité, mais qu'il s'agit de connaître.

Les uns sont immédiats. Ils peuvent être impressionnants : syncope, crise épileptiforme, cyanose. Les auteurs pensent que l'injection ne jouait dans ce cas qu'un rôle déchainant, accessoire, chez un sujet prédisposé

et susceptible de reproduire le même accident sous des causes multiples et variées.

Les autres sont plus éloignés et reviennent en propre au mode de traitement. Ils revêtent deux aspects différents; les premiers ne rappellent en rien ceux que l'on cherche à combattre : céphalées, vertiges, petites élévations vespérales de la température, arthralgies, douleurs lombaires pouvant rappeler les réactions sériques. Les seconds concernent les cas où l'autohémothérapie déclenche des accidents analogues au syndrome morbide contre lequel elle a été instituée, ou aggrave les accidents en cours : eczéma, urticaire, migraine. L'effet déchaînant ou intensifiant ne se produit toujours qu'après la 3<sup>e</sup> ou la 4<sup>e</sup> injection de sang total.

---

### Le Syndrome génito-colique

par le Dr Maurice UZAN

(*La Médecine Pratique*, 30 juillet 1923)

L'auteur a essayé de réunir sous le nom de « syndrome génito-colique » un certain nombre

de réactions coliques de cause génitale chez la femme. Il classe ces réactions sous deux chefs :

1<sup>o</sup> Lésions organiques utéro-annexielles. Elles peuvent provoquer des troubles coliques par divers mécanismes : compression, traction, propagation de l'infection par contiguïté, par voie lymphatique ou sanguine;

2<sup>o</sup> Troubles fonctionnels de l'ovaire. L'ovaire, envisagé en tant que glande close, peut par insuffisance sécrétoire ou dysfonctionnement, provoquer des troubles coliques, moteurs ou sécrétoires (constipation de la puberté, diarrhées de la puberté, atonie des hypogénitales, constipation menstruelle dans l'insuffisance ovarienne, diarrhée menstruelle des tuberculeuses et des basedoviennes, troubles intestinaux de la grossesse et de la ménopause). Cette action reconnaît plusieurs mécanismes :

a) action directe de la sécrétion ovarique sur les glandes et muscles de l'appareil digestif (expériences d'Itaki et de Gonlons);

b) action indirecte par l'intermédiaire des nerfs;

c) action indirecte par l'intermédiaire d'autres organes : foie, thyroïde.

---

### Un cas de tuberculose médiastino-péricardique de l'adulte

par les Drs F. MASSELOT, JAUBERT DE BEAUJEU et AUGÉ  
(*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, juillet 1924)

Les auteurs rapportent une observation très complète et présentant beaucoup d'intérêt

d'un marin martiniquais de 36 ans atteint de péricardite tuberculeuse qui semble être secondaire à une tuberculose ganglionnaire médiastine.

Cliniquement le seul signe positif était l'augmentation de la matité cardiaque.

Radiologiquement, les signes n'étaient point non plus au complet : seules l'augmentation globale de l'image cardiovasculaire et l'atténuation des battements cardiaques furent notés. L'image était même déformée par la présence des ganglions hypertrophiés.

L'autopsie tout en confirmant le diagnostic, a montré en outre un type assez spécial de généralisation tuberculeuse : infiltration nodulaire du foie et de la rate à l'exclusion de tout autre organe.

Cinq belles figures radiographiques et quelques photographies des pièces nécropsiques illustrent cette belle observation.

~~~~~

### Les caractères initiaux de l'accident primitif de la Syphilis

par M. CADÉAC

(Th. de Lyon, décembre 1922)

---

C. étudie d'abord les chancres expérimentaux obtenus sur l'homme et sur les animaux (singes

anthropoïdes, singes inférieurs, etc...). Le chancre syphilitique expérimental de la peau est d'abord papuleux; l'accident primitif des muqueuses chez l'animal a des caractères d'autant plus voisins de celui de l'homme que le sujet inoculé est plus élevé dans l'espèce animale.

C. publie dix observations cliniques de chancre syphilitique aux premiers jours chez des gens instruits (5 médecins) ou chez des sujets en surveillance médicale (deux malades en cours de blennorrhagie, une femme mariée à un individu porteur d'un chancre du doigt, etc.). Il a pu déterminer les caractères de ce chancre, qui sont, d'après lui, assez importants pour faire soupçonner la syphilis. C'est une érosion minime comme une petite portion avivée de muqueuse, dont l'apparition est dans certains cas accompagnée d'un léger prurit, d'une couleur variant entre le rose et le gris jaune, le plus souvent jaune ocre comme si l'on avait déposé une goutte d'acide chromique sur la peau, à surface lisse et unie, à contour net, sans bordure saillante, complètement indolente, suintant toujours légèrement, mais produisant surtout par irritation mécanique la *rosée séreuse* (Nicolas et Favre) qui ne se différencie de l'*expression du suc herpétique* de Leloir que par la présence de tréponèmes. D'ailleurs l'herpès est douloureux, et il est creusé, cupuliforme; le polycyclisme des lésions n'est pas un bon signe de diagnostic différentiel.

Un examen ultra-microscopique précoce devra toujours être fait. Il sera toujours positif en cas d'accident primitif.

Le traitement sera très énergique; il n'y a pas à craindre la réaction d'Herxheimer, et, s'il n'y a aucune contre-indication viscérale, on pourra commencer d'emblée par une injection de 0,45 ou 0,60 de novarsénobenzol suivie trois jours après d'une nouvelle injection à 0,60 ou 0,75, puis d'une fin de série normale.

E. C.-H.

**Le traitement de la Syphilis  
par le Bismuth**

par Clément SIMON

(*Journal Médical Français*, mars 1923)

Dans cet important article, S. résume les résultats de son expérience déjà grande de

la thérapeutique bismuthique (plus de 300 malades).

Il a employé dans ses expériences deux tartrobismuthales insolubles (Trépol et Tarbisol), un soluble (Luatol), deux hydroxydes (Curalues et Spirillan), un iodobismuthate de quinine (Quinby). Les sels insolubles en suspension aqueuse (Spirillan) ou solubles en solution aqueuse (Luatol) ne présentent pas les inconvénients des suspensions huileuses, mais les sels solubles sont très toxiques s'il vient à en passer directement dans une veine, ce qui limite leur emploi.

Les titrages des ampoules sont très variables, la teneur de ces diverses préparations en Bi métal aussi.

Cl. Simon employait au début, trois fois 0,30 soit 0,90 de sels par semaine; il a eu des accidents d'intoxication. A deux injections à 0,10, par semaine, il a observé des Herxheimer graves. Aujourd'hui il fait deux fois 0,30 soit 0,60 centigr. de sels par semaine. La série optima lui paraît de douze injections, soit six semaines.

Le B.-W. souvent positif à la fin de la série, devient négatif sans traitement nouveau. En général, comme traitement d'assaut, S. fait des séries de douze piqûres avec six semaines de repos jusqu'à ce que le B.-W. soit négatif.

La guérison du chancre demande un temps variable suivant son volume; son épidermisation nécessite en moyenne treize jours, soit quatre injections. On observe assez fréquemment le phénomène d'Herxheimer.

Les accidents secondaires muqueux guérissent très vite mais les lésions cutanées sèches sont plus rebelles. Contrairement à beaucoup d'autres auteurs, S. a vu disparaître les tréponèmes dès la première ou la deuxième injection. Les récidives sont rares; un seul cas chez une malade qui n'avait subi qu'un traitement insuffisant (0,20 cg. par semaine). S. rappelle les



observations publiées de syphilis maligne précoce guérie par le bismuth, mais il n'en a pas observé lui-même.

Les syphilides tertiaires sont améliorées par le bismuth surtout après adjonction d'iode de potassium. Echec de la thérapeutique bismuthique dans un cas d'aortite. Résultats inconstants et à étudier encore dans la syphilis oculaire. Le bismuth, inopérant dans la P. G., améliore les tabétiques au moins autant que les arsénobenzols. Les céphalées syphilitiques sont sérieusement améliorées par le bismuth.

D'après Cl. Simon, l'action du bismuth sur le B.-W. est supérieure à celle des autres médicaments. Si la réaction reste positive dans un très grand nombre de cas, jusqu'à la fin de la série, il n'en est pas moins vrai qu'un B.-W. négatif se maintient plus longtemps négatif après une cure bismuthique et sans traitement nouveau.

Le bismuth aboutit parfois à des échecs complets : Cl. Simon a observé deux cas où survinrent en cours de série des accidents syphilitiques graves (névrite optique et méningo-myélite). Le bismuth s'est montré inopérant dans la leucoplasie buccale, dans un cas de syphilome anorectal, et dans un cas d'épilepsie hérédo-syphilitique.

Les inconvénients du bismuth sont d'une part le liseré et la stomatite qui sont plus fréquents à l'hôpital qu'en ville (10 lisérés p. 100 malades à l'hôpital, 4 p. 100 seulement en ville) et qu'on observe beaucoup moins depuis qu'on a réduit les doses, et d'autre part les lésions rénales, qui sont d'ailleurs rares et bénignes. Les éruptions bismuthiques sont rares; elles revêtent le type d'érythème scarlatiniforme desquamatif.

La grippe bismuthique comparable à la grippe mercurielle avec ses courbatures, ses coliques sèches, ses nausées est peut-être l'accident le plus impressionnant dû au bismuth. Elle dure trois à quatre jours.

Cl. Simon croit qu'il faut employer le bismuth en cas de syphilis arséno-résistante ou arséno-récidivante, ou de malade intolérant aux arsénobenzols.

Quand rien n'empêche de faire un choix entre les trois médicaments, Cl. Simon propose, surtout chez les prostituées, un traitement combiné en cas de syphilis cutanée ou muqueuse primaire ou secondaire : une injection hebdomadaire de 914, une autre dans l'intervalle de Bismuth (au moins 0,17 centigr. de Bimétal par semaine).

Pour les accidents tertiaires, il faut faire un choix suivant les convenances du malade et du médecin.

Le traitement d'entretien sera plutôt bismuthique que mercuriel (0,25 centigr. de bismuth métal par semaine).

E. C. H.

## Herpès uréthral et urétrite herpétique

par MM. NICOLAS, GATÉ et PAPACOSTAS

(*Journal de Médecine de Lyon*, 20 mars 1923)

L'herpès génital, en plus de ses manifestations cutanées et muqueuses, semble pou-

voir porter son action sur la muqueuse uréthrale. Parfois, en effet, au cours des manifestations éruptives de l'herpès génital, on voit se produire une urétrite caractérisée par :

1° un suintement séro-gommeux à formule cytologique épithélio-poly-nucléaire, sans agents microbiens spécifiques constatés;

2° des douleurs spontanées ou à la miction. Les douleurs spontanées sont localisées par les malades, surtout au niveau de l'urèthre glandaire, mais peuvent, soit s'étendre à toute la longueur de l'urèthre, soit se cantonner au niveau de l'urèthre postérieur. Elles peuvent même s'irradier, comme les douleurs de l'herpès pur, au périnée, à l'anus, dans les cuisses, voire même exceptionnellement jusqu'aux derniers segments des membres inférieurs. Les douleurs à la miction existent plutôt au début de celle-ci, mais peuvent se prolonger plus ou moins durant son cours, sans les douleurs terminales et paroxystiques de l'urétro-cystite;

3° La répétition de ces manifestations uréthrales et leur coïncidence avec les poussées éruptives;

4° leur disparition et guérison sans traitement spécial, parallèlement à celles de l'herpès génital, en quelques jours.

Si dans les cas typiques et caractéristiques, cette urétrite coïncide avec la poussée herpétique, elle peut dans certains cas alterner avec elle. Cette alternance, ainsi que les caractères des douleurs et l'évolution, tout à fait identiques à ce qu'elles sont dans les cas de coïncidence, en signalent la nature.

Quelquefois, tout peut se borner à des douleurs uréthrales, sans éruption ni suintement.

E. C.-H.

---

## La question des intertrigos-mycoses

par M. SABOURAUD

(*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*,  
juillet 1923, p. 425)

A propos du récent rapport de Petges au Congrès de Dermatologie, S. reprend avec beaucoup d'esprit criti-

que la question des affections intertrigineuses. Après avoir rappelé l'existence d'intertrigos microbiens suintants, qui ne sont que des impetigos streptococciques des plis, et avoir montré que dans ces lésions, seule la

culture anaérobie permet d'éliminer tous les saprophytes et les microbes d'infection secondaire et d'obtenir le streptocoque à l'état pur, il étudie les intertrigos mycosiques. Le mieux connu est l'eczéma marginé de Hebra dont les lésions sont squameuses; l'agent causal en est bien déterminé; c'est l'*Epidermophyton inguinale*. Quant aux intertrigos mycosiques à levures, S. met en garde les auteurs contre des conclusions trop hâtives; il ne faut pas oublier que les levures saprophytes sont très nombreuses et peuvent masquer l'agent causal. Au nom des règles pastoriennes, S. demande pour éviter la confusion qu'avant d'attribuer une maladie à un parasite nouveau, on cherche avec soin s'il ne s'agit pas d'un parasite ancien qu'on n'a pu isoler; si cette dernière recherche est négative, il faut essayer par inoculation de prouver le rôle pathogène de ce nouveau parasite.

Agir autrement, c'est aller au-devant de l'erreur et marcher vers une confusion progressive qui n'aura plus moyen d'être éclaircie.

E. C.-H.

---

### Le traitement des boutons d'Orient par la diathermie

par M. HOULOUSI BEHJET (de Constantinople)  
(*Annales de Dermatologie*, juin 1923, page 374)

---

A propos de quatre cas de Leisemaniose cutanée guéris par la diathermie en 20 à 30 jours par deux applica-

tions à cinq jours d'intervalle, H. B. passe en revue tous les autres traitements préconisés; les traitements généraux (914, tartre stibié) sont douloureux ou d'une application difficile et paraissent n'avoir qu'un effet incertain. Des méthodes locales de traitement, la diathermie paraît la meilleure; la cryothérapie ne donne pas de mauvais résultats.

E. C.-H.

---

**La Pratique microscopique**, par A. JULLET, professeur à la Faculté de Pharmacie de Montpellier, et L. GALAVIELLE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier. — Gaston Doin, éditeur, Paris. — Un vol. in-8° de 730 pages avec 128 figures dans le texte et 50 planches en couleurs hors texte. — Prix : 65 francs. Franco 67 francs.

Cet ouvrage des professeurs Juillet et Galavielle est essentiellement pratique. Il n'était pas dans l'intention des auteurs de dresser la liste complète des différentes méthodes employées en technique microscopique. Mais voulant surtout faciliter la tâche de l'étudiant et du praticien, ils ont choisi le matériel indispensable à un laboratoire, les méthodes essentielles qui sont à la base de toutes les études de microscopie appliquée au diagnostic : méthodes classiques d'une valeur éprouvée, ou méthodes nouvelles sortant à peine du domaine des spéculations théoriques, mais d'un avenir certain et d'une importance chaque jour plus grande. Ces techniques sont presque toujours sommairement expliquées, et une rapide esquisse est tracée des hypothèses émises pour les justifier. L'emploi de chaque technique est exposé clairement, le plan de chaque étude microscopique est détaillé ; l'interprétation des résultats est elle-même indiquée dans ses grandes lignes.

En réalité le débutant ne saurait se méprendre sur la facilité apparente de certaines recherches. Son attention est maintes fois appelée sur les difficultés qu'il peut rencontrer et sur la gravité des erreurs qu'il peut commettre. Les auteurs lui rappellent la responsabilité qu'il assumera en abordant certaines recherches, devenues banales par leur large emploi en clinique, mais qui exigent de la part du praticien des connaissances et une habileté que la simplicité apparente de certaines techniques pourrait lui faire oublier.

C'est dans cet esprit que le lecteur trouvera exposée l'étude microscopique du sang et des principales manifestations pathologiques de l'organisme, au point de vue de la cytologie, de la sérologie, de la bactériologie et de la parasitologie. Seules sont retenues les espèces bactériennes et parasitaires les plus fréquemment observées, ou dont le rôle pathologique peut devenir intéressant.

L'illustration est copieuse ; les auteurs proposent au débutant le dessin comme méthode d'éducation scientifique : ils lui donnent en exemple 50 planches en couleurs, dont 45 originales, accompagnant le texte. Étudiants et praticiens y trouveront une documentation nouvelle qui ne peut manquer de leur être utile.

Les auteurs ne considèrent pas leur guide comme un but et une fin ; ils signalent au lecteur les périodiques et les journaux qu'il devra consulter pour étudier plus à fond les questions qui l'intéressent et qui peuvent développer chez tous le goût de la recherche scientifique.

**Cancers du rein, de la glande surrénale et des voies urinaires supérieures**, par P. LECÈNE, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et G. WOLFFHOMM, ancien interne des hôpitaux. — Gaston Doin, éditeur, Paris. — 1 volume in-8° de 212 pages avec 32 figures. — Prix : 15 francs. Franco 16 fr. 50.

Quelle place convient-il d'assigner aux tumeurs d'origine surrénale, aux « hypernéphromes », parmi les tumeurs primitives du rein ? Est-il possible

d'apporter un peu de clarté dans l'étude des tumeurs primitives de la glande surrénale, en distinguant celle du cortex et celles de la substance médullaire de cet organe ? Quel appoint au diagnostic apporte l'emploi des méthodes modernes d'investigation, telles que la radiographie, le cathétérisme des urètres, les dosages d'adrénaline dans le sang ? Quelles peuvent être les curieuses relations qui existent entre le système général et les glandes surrénales, puisque des caractères sexuels secondaires peuvent apparaître prématurément et même temps que des tumeurs des glandes surrénales et régresser lors de l'ablation de ces tumeurs ! Quelle est la valeur exacte du traitement chirurgical de ces tumeurs et quel est celui qu'il faut leur appliquer de préférence ? Telles sont à côté des faits classiques de la séméiologie et du diagnostic de ces tumeurs les questions particulières dont traitent les auteurs. Il est bien certain qu'il ne prétend pas les résoudre toutes, tâche impossible jusqu'au jour où nous saurons réellement quelle est la nature intime du cancer et sa cause véritable.

~~~~~

**Cancer de l'Intestin**, par J. OKINCZYK, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. — Gaston Doin, éditeur, Paris. — 1 vol. in-8° de 240 pages avec 78 figures dans le texte. — Prix : 15 fr. Franco 16 fr. 50.

Ce livre s'adresse à tous ceux, chirurgiens et médecins, qui se trouvent chaque jour aux prises avec les difficultés du diagnostic et du traitement de cette localisation du cancer sur le tractus digestif. Tant qu'il n'y aura pour traiter et guérir le cancer, qu'une intervention chirurgicale précoce et complète, la collaboration médico-chirurgicale restera l'élément le plus efficace de la lutte actuellement engagée contre le cancer. Le cancer de l'intestin, qui reste longtemps une maladie localisée, bénéficiera, plus que tout autre, d'un diagnostic et d'un traitement chirurgicaux précoces.

On trouvera dans ce livre, l'état actuel de la question, envisagée au point de vue de la séméiologie, perfectionnée par les moyens modernes de la radiologie et du laboratoire ; l'auteur n'a pas voulu cependant négliger les chapitres d'histologie, qui peuvent parfois éclairer le pronostic ; enfin le traitement, actuellement chirurgical, exclusivement, est étudié minutieusement à la lumière des résultats ; c'est dire qu'il reste dans le domaine de la pratique consacrée par l'expérience et les discussions les plus récentes.

De nombreuses figures, les unes inédites, les autres empruntées aux auteurs les plus autorisés, facilitent la lecture de ce livre, qui tend avant tout à être clair et pratique.

~~~~~

**Les Défenses de l'Organisme**, par F. D'HERELLE, de l'Institut Pasteur. — Ernest Flammarion, éditeur, Paris. — 1 volume in-18° — Prix : 10 francs.

Cet ouvrage est en somme un exposé critique des moyens de défense mis en œuvre par l'être vivant pour résister à toutes les causes de destruction qui agissent sur lui à tout instant. Une large place est faite à l'étude de l'immunité, c'est-à-dire à l'exposition des phénomènes réactionnels provoqués par la présence de microbes dans l'organisme.

A la suite de la publication, en 1921, de l'ouvrage dans lequel l'auteur a exposé ses recherches sur le Bactériophage et montré le rôle de cet ultravirus, parasite des microbes, dans les phénomènes de défense, plusieurs savants ont regretté qu'il n'ait pas cru devoir donner un ensemble de ses conceptions touchant le problème de l'Immunité. C'est ce qu'il a réalisé dans le présent volume.

Il ne faudrait pas en déduire que seuls les spécialistes soient en mesure de lire ce livre : bien au contraire, il est à la portée de tout homme cultivé, car il n'est nullement impossible d'exposer les questions les plus complexes d'une manière simple et compréhensible pour tous.

**Diagnostic et Traitement des Sciatiques.** par H. ROGER, professeur de Clinique Neurologique, et G. AYMÉS, chef de Clinique à l'École de Médecine de Marseille. — A. Maloine et fils, éditeurs, Paris. — 1 volume in-8°, 1923, 164 pages, 15 figurés. — Prix : 8 francs.

La Sciatique... Quelle affection met plus souvent à l'épreuve la sagacité du Clinicien, abreuvé d'avantage de déception le thérapeute ! MM. Henri Roger et Gaston Aymés publient sur ce sujet une intéressante étude, où ils se sont donné la tâche d'ôter à cette formule un pessimisme déprimant.

Dans cet ouvrage, concis et clair, que l'on sent être le fruit d'une sûre expérience personnelle, et où la part bibliographique n'est cependant pas sacrifiée, les auteurs adoptent un plan original et pratique.

Après une étude, d'ensemble, où les nombreux petits signes dont s'est récemment enrichie la sémiologie des sciatiques sont appréciés à leur juste valeur, les étapes d'un diagnostic méthodique sont nettement définies dans une série des chapitres concernant : les sciatiques simulées ou exagérées, — les fausses sciatiques (algies des membres inférieurs n'ayant pas leur origine dans ce nerf), — les parasciatiques, ou sciatiques de cause extrinsèque par lésion de voisinage, — les sciatiques symptomatiques d'origine infectieuse, toxique, etc., — en dernier lieu, et seulement par exclusion, les sciatiques dites essentielles envisagées dans leurs variétés hautes ou basses, funiculaires ou radiculaires.

Le traitement de ces divers types, la thérapeutique chimique et physique sont exposés de telle façon qu'ils répondent aux nécessités de la pratique journalière : une série de paragraphes de petite chirurgie neurologique expose minutieusement la technique des injections épidurales, des injections d'air, etc., que, grâce à cette description, tout praticien est à même d'exécuter.

**Les Hépatites Amibiennes Autochtones et Coloniales et leur traitement.** par F. FRANÇON, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Aix-les-Bains, et J. HUTINEL, interne des hôpitaux de Paris. — Avec une préface de M. le professeur CHAUFFARD. — 1 volume de VIII-132 pages, 1923. — Prix : 10 francs.

La rapidité et la fréquence des communications entre les races les plus éloignées, entre les climats les plus différents, ont singulièrement élargi les cadres de la clinique journalière et l'on pourrait presque dire que, de même qu'il n'y a plus de distances, il n'existe plus de maladies exotiques. *L'ami-*

*biase* est un des exemples les plus frappants de cette diffusion, de cet acclimatement parmi nous d'une maladie longtemps considérée comme étrangère à notre pays. Déjà avant 1914, le fait avait été prévu et annoncé : mais la guerre, avec le formidable mélange de races qu'elle a suscité, a brûlé les étapes et considérablement augmenté la fréquence des cas autochtones. C'est ce qu'exposent avec une grande précision les docteurs F. Françon et J. Hutinel, interne des hôpitaux, dans le très intéressant ouvrage qu'ils viennent de publier chez Gauthier-Villars et C<sup>o</sup> : *les Hépatites amibiennes autochtones et coloniales et leur traitement* (10 fr.).

« On peut dire avec MM. Françon et J. Hutinel, qu'il existe un péril amibien » écrit le professeur Chauffard dans la préface qu'il a bien voulu faire pour cet ouvrage « mais heureusement à côté du mal, il y a le remède de, nous le devons aux expériences de Vedder, aux observations cliniques de L. Roggers, c'est l'admirable médication par le chlorhydrate d'émétine.

« Mais là aussi, il faut être averti, savoir manier le médicament, connaître la nécessité des cures successives. Dès lors, le pronostic de la dysentérie amibienne, et surtout de sa plus redoutable complication, l'hépatite amibienne, se trouve changé du tout au tout. Un dysentérique bien soigné a toutes les chances de ne pas avoir d'abcès du foie, ou s'il est atteint d'hépatite et soigné à temps, d'échapper à l'intervention opératoire, et de guérir complètement par le seul traitement médical.

« Voilà les notions nouvelles, encore trop peu connues et dont il y a le plus grand intérêt à assurer la diffusion médicale. Le livre de F. Françon et de J. Hutinel vient donc à son heure et il se présente à nous appuyé à la fois sur l'expérimentation clinique que les années de guerre ont longuement donnée aux deux auteurs, sur leurs recherches personnelles, et aussi sur la documentation la plus riche et la plus scrupuleusement exacte. J'ose dire que F. Françon et J. Hutinel nous donnent ainsi vraiment une monographie modèle et je suis convaincu que leur Livre trouvera auprès du grand public médical le meilleur accueil. Il le mérite, et ce sera pour le plus grand bien de nos malades atteints d'hépatite amibienne. »

~~~~~

**Le Radiodiagnostic par les Insufflations abdominales**, par le Docteur I. LACAYO

— Préface de M. G. MAINGOT, électro-radiologiste de l'Hôpital Laënnec, Paris. — Vigot frères, éditeurs, Paris. — In-8° de IV-268 pages et 62 figures. — Prix : 22 francs.

Les distensions gazeuses et les injections opaques sont les deux moyens mis à profit pour créer des contrastes radiologiques artificiels.

Dans l'abdomen, les insufflations les plus couramment pratiquées se font les unes sans effraction dans les côlons et l'estomac (insufflations gastro-côliques), les autres avec effraction dans la cavité péritonéale (pneumopéritoïnes) ou dans la loge périrénales (insufflations périrénales). Chacune de ces méthodes a sa technique et son objet propre. Le livre du Docteur LACAYO, écrit au Laboratoire de Radiologie de l'hôpital Laënnec, rentre, au point de vue de la précision, dans la catégorie des manuels ; de nombreuses figures schématisques illustrent le texte De la première à la dernière page

l'insufflation gastro-colique le pneumopéritoine et l'insufflation périrénaie sont sans cesse en parallèle: les avantages, les inconvénients, les indications propres, les contre-indications sont l'objectif permanent quoique inavoué, de l'auteur.

*Le Radiodiagnostic par les insufflations abdominales* expose ce que doit savoir un spécialiste radiologiste pour guider sa main et étayer son diagnostic et ce qui peut intéresser le praticien non radiologiste en quête de connaissances générales.



**Esculape.** Grande Revue Mensuelle Illustrée. — *Lettres et Arts dans leurs Rapports avec les Sciences et la Médecine.* — Abonnement : 25 francs (Etranger : 30 francs). — Le numéro 3 francs. — 15, rue Froidevaux, Paris (XIV<sup>e</sup>).

*Sommaire du numéro de septembre 1923*

Le Mal des Ardents (fin, 18 ill.), par M. Victor FOROT — La Consultation difficile (1 ill.). Commentaire du D<sup>r</sup> DARTIGUES. — Théophile de Bordeu, clinicien et hydrologue (4 ill.). Par le D<sup>r</sup> L. CORNET. — La Grand<sup>e</sup> Pitié des Vèrolés au XVI<sup>e</sup> siècle (2 ill.), par Jean AVALON. — Les Pots de Pharmacie (5 ill.), par le D<sup>r</sup> Paul DORVEAUX. — La curieuse figure du D<sup>r</sup> Gachet. Un ami et un amateur de la première heure de Cézanne, Renoir, Pissaro, Van Gogh (suite, 5 ill.), par le D<sup>r</sup> Victor DOITEAU — Supplément (9 ill.)

---

---

## INFORMATIONS

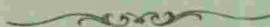
### SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Au cours de sa séance de rentrée tenue le 12 Octobre, la Société a procédé à l'élection de son bureau pour l'année 1923-24.

Ont été élus :

- Président* : D<sup>r</sup> CASSUTO
- Vice-Président* : D<sup>r</sup> SORIA
- 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> MINGUET
- D<sup>r</sup> MONTEFIORE
- D<sup>r</sup> SFEZ

Il a été procédé ensuite à la désignation des membres du Comité de lecture et d'Administration de la Revue qui est composé de MM. les Docteurs : CASSUTO, *Secrétaire Général*; BENMUSSA et HENRY, *Secrétaires de Rédaction*; SORIA et JAUBERT DE BEAUJEU, *Administrateurs*; BRUN, BOUQUET, GOBERT, MASSELOT, ORTONA et Maurice UZAN, *Membres*.





### Vie et Miracles du Sulfate de Magnésie

---

Après l'emploi du sulfate de magnésie dans le tétanos, voici que ce même produit est employé comme hypnotique. Deux confrères américains Wesler et Howard ont récemment démontré l'action sédative de ce produit cristallisé en solution à 50 pour 100 dans l'eau distillée.

Cette solution a été employée en injections hypodermiques ou intra-musculaires à la dose de 2 centicubes. L'action sédative en est rapide, immédiate. Dans la plupart des cas le sommeil survient après 15 à 30 minutes et dure de 5 à 10 heures. Les auteurs ont eu de si rares succès qu'ils considèrent que l'action du sulfate de magnésie est comparable à celle de la morphine.

La *Vie Médicale* en rapportant ces faits se demande si l'on ne doit pas attribuer cette action du sulfate de magnésie à une faible déshydratation du cerveau. Ceci se peut au moins pour ceux qui admettent que l'ictémie cérébrale amène le sommeil. Mais la proclamation du sulfate de magnésie comme un merveilleux agent de déshydratation de l'organisme n'est nullement nouvelle. Il y a beau temps qu'on l'utilise par voie orale ou rectale dans les violents traumatismes crâniens accompagnés de ralentissement du pouls et de la respiration, ou dans l'œdème du poumon. Ce sont là des faits que l'on peut éviter d'importer d'outre-Atlantique. Il est vrai que sur ces choses on ne paie pas de droits de douane.

(*La Lettura Medica*)

---

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois d'Août 1923

DÉSIGNATION DES CONTRÔLES CIVILS	POPULATION CIVILE																		
	Fièvres typh. et paratyph.	Typhus	Varole	Scarlatine	Diphthérie	Choléra	Peste	Fièvre jaune	Dysentéries amib. et bacill.	Méningite cérébro-spinale	Poliomyélite antérieure aiguë	Oreillons	Fièvre méditerranéenne	Lèpre	Rougeole	Tuberculose ouverte	Couqueluche	Paludisme	K
Tunis . . . . .	32			2	2				5	1			5		17	28	1		
Zaghouan . . . . .					1														
Gromballa . . . . .	1																		
Bizerte . . . . .	3	1			1														
Béja . . . . .																			
Tabarka . . . . .																			
Souk-el-Arba . . . . .	9				1														
Medjez-el-Bab . . . . .																			
Téboursouk . . . . .		12							4										
Kef . . . . .		1	5												6				
Maktar . . . . .																			
Thala . . . . .																			
Sousse . . . . .	6		4																
Kairouan . . . . .			1																
Sfax . . . . .	6		8		1				1										
Gafsa . . . . .																			
Tozeur . . . . .																			
Gabès . . . . .	1																		
Djerba . . . . .																			
Territoires Més du Sud . . . . .	1		19																
Hôpital Militaire du Belvédère . . . . .					5														
Hôpital Militaire de Bizerte . . . . .	2																		
TOTAUX . . . . .	61	15	37	2	11				11	4			5		23	58	1		



ROYAUME DE TUNISIE  
 République Tunisienne  
 Hôpital Militaire du Belvédère  
 Hôpital Militaire de Bizerte

## ECHOS ET NOUVELLES

### Nécrologie

Le Corps Médical de Tunisie vient d'être cruellement éprouvé par la perte de deux confrères de l'Intérieur.

Le 26 août dernier décédait à Neuilly-sur-Seine, après une longue et douloureuse maladie, le D<sup>r</sup> VISMARD, un de nos plus anciens médecins de colonisation, médecin municipal de Bizerte.

Fixé à Bizerte depuis 1902, le D<sup>r</sup> Vismard avait fait preuve dans ses diverses fonctions d'une activité et d'un dévouement qui lui avaient valu la sympathie et l'affection des populations auprès desquelles il se prodiguait généreusement. La médaille de vermeil des épidémies avait récompensé le dévouement inlassable de ce clinicien émérite au cours de diverses épidémies.

Nous adressons notre hommage ému à la mémoire de ce médecin du bled que jouissait de l'estime de tous ses confrères et nous prions sa famille éplorée de trouver ici l'expression des condoléances sincères des médecins de Tunisie.

×

Quelques jours après la mort du D<sup>r</sup> Vismard nous apprenions le décès du D<sup>r</sup> MOREAU, médecin de colonisation à Sousse et médecin chef de l'hôpital de cette ville.

Venu en Tunisie comme assistant du regretté D<sup>r</sup> Brunswick-Le Bihan à l'hôpital Sadiki, le D<sup>r</sup> Moreau fut chargé pendant la guerre de la direction de cet important établissement hospitalier. Pendant cinq années consécutives il y fit preuve des plus grandes qualités d'abnégation et de sacrifice, assurant seul les services chirurgicaux de Sadiki avec une compétence et une activité auxquelles nous rendons hommage.

Tous ceux de nos confrères qui l'ont connu à Tunis gardent un souvenir ému de l'accueil toujours souriant qu'il leur réservait.

Depuis 1919 le D<sup>r</sup> Moreau assurait la direction de l'hôpital de Sousse auquel il sut donner un large développement. Moreau disparaît sans avoir pu parachever la tâche qu'il avait entreprise vaillamment malgré les progrès d'une maladie qu'il supporta avec un admirable stoïcisme.

En nous inclinant avec émotion devant cette tombe prématurément ouverte nous adressons à Madame Moreau et à ses enfants l'hommage des condoléances sincères du Corps médical tunisien.

E. C.

### Distinctions honorifiques

Le D<sup>r</sup> BONAN, médecin de l'état civil à Tunis, est nommé officier d'académie à titre étranger.

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

NOVEMBRE 1923

---

---

*La Société des Sciences Médicales de Tunis, dans sa séance du 19 Octobre 1923 a décidé de mettre à l'ordre du jour de ses travaux la question de la **Fièvre typhoïde en Tunisie.***

*Un premier travail fort intéressant dû au Dr Masselot et publié ci-dessous servira d'amorce à une discussion générale sur cette question qui aura lieu lors d'une séance extraordinaire le 14 Décembre prochain.*

*Le Bureau de la Société invite tous les confrères de Tunisie à apporter leur contribution personnelle à l'étude des formes cliniques de la fièvre typhoïde en Tunisie, de ses complications, de son traitement, etc.*

*Les confrères sont priés d'apporter à cette séance leurs notes écrites. Après discussion générale, un rapport sera élaboré et publié dans cette Revue après son adoption.*

## Notes cliniques sur la Fièvre typhoïde en Tunisie

(Observée en milieu hospitalier)

par le Docteur **MASSELOT**

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Médecin Chef de Service à l'Hôpital Civil Français

---

Nous avons eu, depuis trois ans, l'occasion de traiter à l'Hôpital Français 74 typhiques. Il nous a semblé intéressant de revoir nos observations et d'en tirer quelques conclusions relatives à l'allure clinique de l'infection éberthienne en Tunisie. Si dans l'ensemble en effet on retrouve ici les grands caractères cliniques de la typhoïde européenne : fièvre de longue durée, hypertrophie splénique, taches rosées, etc., il s'en faut qu'il y ait identité symptomatique et évolutive entre les fièvres typhoïdes de France et celles de Tunisie. Seules nous a-t-il semblé, les infections éberthiennes évoluant sur des sujets

fraichement débarqués, sont calquées sur celles que l'on observe de l'autre côté de la Méditerranée.

Nos 74 malades se décomposent en : 35 cas masculins soit 47 % et 39 cas féminins soit 52 %. Ces chiffres sont à peu près identiques, mais ne permettent aucune conclusion car les pavillons d'hommes de l'Hôpital ont un recrutement plus large et plus facile que ceux de femmes. Il est vraisemblable au contraire que dans l'élément européen la fièvre typhoïde est moins souvent rencontrée chez l'homme que chez la femme. Cette différence est certainement due à la fréquence de la vaccination prophylactique chez l'homme depuis la guerre. Nous n'avons retenu que les cas ne prêtant pas à discussion, c'est-à-dire ceux confirmés par un sérodiagnostic ou une hémoculture positive ou ceux caractérisés par un signe clinique de certitude. Dans 52 cas, les résultats de laboratoire sont venus corroborer l'examen clinique, c'est-à-dire dans un peu plus de 70 % des cas. Dans les cas où le séro-diagnostic a été négatif il est rare qu'en répétant cet examen de 8 jours en 8 jours nous n'ayons pas fini par obtenir un résultat positif. Quelquefois ce n'est qu'au bout d'un mois ou de cinq semaines que les réactions agglutinantes se sont manifestées. On conçoit donc combien il serait hasardeux de rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde en se basant sur la négativité des réactions de laboratoire. Celles-ci pouvant ne donner de résultats que très tardivement et même dans un petit nombre de cas n'en point donner du tout. (Quelquefois dans les formes les plus graves, sans d'ailleurs qu'il y ait parallélisme entre la gravité des typhoïdes et la négativité de la réaction de Widal).

Notre chiffre de décès s'élève à 5, soit 6,7 %. Les dernières statistiques publiées dans le récent traité de Widal donnent en milieu hospitalier de 9 % chiffre le plus faible (statistique Glénard de Lyon) à 18 % (statistique Chantemesse) et même 22 % (statistique Chomel. Langlet et Eyrignac distinguent la mortalité pendant la saison tempérée qui serait de 5 % et celle pendant la saison chaude qui atteindrait 12 % donc en moyenne 8,5 %. Nous pensons que les résultats assez satisfaisants que nous avons obtenus ne sont ni le résultat d'une série de cas heureux, ni la conséquence d'une thérapeutique particulièrement efficace, mais qu'ils tiennent plutôt à l'allure en général plus

bénigne de la typhoïde dans nos pays lorsqu'elle évolue sur des individus d'âge moyen, acclimatés et non particulièrement débilites.

Tous nos décès sont dus à des hémorragies intestinales, l'une compliquée de perforation.

En voici le détail :

- 1 après 15 jours de maladie et au 8<sup>e</sup> jour d'hospitalisation.
- 1 après 18 jours de maladie et au 9<sup>e</sup> jour d'hospitalisation.
- 1 après 21 jours de maladie et au 14<sup>e</sup> jour d'hospitalisation.
- 1 après 41 jours de maladie et au 27<sup>e</sup> jour d'hospitalisation.
- 1 après 42 jours de maladie et au 13<sup>e</sup> jour d'hospitalisation.

Nous reviendrons plus loin sur la fréquence des hémorragies intestinales qui nous paraît être un des caractères de la fièvre typhoïde de ces pays.

L'âge de nos malades se répartit de façon irrégulière :

22 cas de 13 à 20 ans	soit 29,8 %
24 cas de 20 à 30 ans	soit 32,4 %
19 cas de 30 à 40 ans	soit 25,6 %
8 cas de 40 à 50 ans	soit 10,8 %
0 cas de 50 à 60 ans	
1 cas de 60 à 70 ans	soit 1,3 %

Ces chiffres confirment les données classiques et démontrent une fois de plus que la fièvre typhoïde peut se déclarer chez les gens d'âge avancé.

Nos malades sont entrées à des périodes d'évolution très variables.

Le plus grand nombre (46) avant le 10<sup>e</sup> jour (15) avant le 20<sup>e</sup> jour ; (6) avant le 30<sup>e</sup> jour (4) avant le 40<sup>e</sup>. Ce chiffre relativement élevé d'entrées tardives nous fait penser que nous avons observé, dans un nombre assez important de cas, une évolution, plus sévère qu'elle n'aurait dû l'être, des phénomènes morbides, car ces malades avant leur hospitalisation s'étaient souvent peu soignés ou mal soignés.

Les fièvres typhoïdes tunisiennes nous ont semblé plus traînantes, plus prolongées d'une façon générale que les typhoïdes européennes.

La durée d'hospitalisation des malades a été :

Durée = ou inférieure à un mois	13 cas	soit 10 %
— à 45 jours	17 cas	soit 25 %
— à 2 mois	17 cas	soit 25 %
De plus de deux mois	21 cas	soit 30 %

La durée d'hospitalisation dans quelques cas comprend une partie de la convalescence et dans d'autres cas au contraire ne comprend pas l'évolution complète, le malade ayant quitté l'hôpital d'une façon prématurée.

Si nous ne tablons plus sur elle mais sur la durée de la courbe thermique nous trouvons :

Durée inférieure ou = à 15 jours	1 cas	1,5 %
— — — à 1 mois	19 cas	29,2 %
— — — à 45 jours	31 cas	47,6 %
— — — à 2 mois	9 cas	13,8 %
Plus de mois	5 cas	7,6 %

Les auteurs sont assez imprécis sur la durée d'une fièvre typhoïde de type ordinaire.

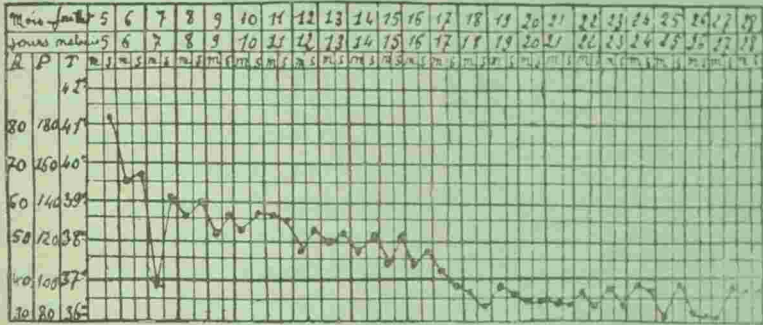
Enriquez compte une moyenne de 3 semaines, Chantemesse une moyenne de 3 à 4 semaines ; Lenglet et Eyrignac de 20 à 30 jours ; or d'après notre statistique dans 50 % des cas environ la fièvre excède un mois de durée, dans 21 % des cas 45 jours. Il nous semble qu'il y a là une particularité qui mérite d'être soulignée.

Le début de l'infection éberthienne tel que nous l'observons en Tunisie est assez souvent atypique. Certes, l'aphorisme de Wunderlich qui dénie toute possibilité de début brusque à la typhoïde n'est plus admis aujourd'hui. Il n'en demeure pas moins établi qu'habituellement dans la typhoïde européenne le malade « passe insensiblement de l'état de santé à celui de maladie ». Or dans notre statistique nous relevons pour 36 % de nos malades un début brusque ou rapide des phénomènes morbides. Le début brusque est donc noté dans 1/3 des cas. Ceci vient compliquer encore le diagnostic des états typhoïdes si nombreux qui s'offrent à notre observation journalière.

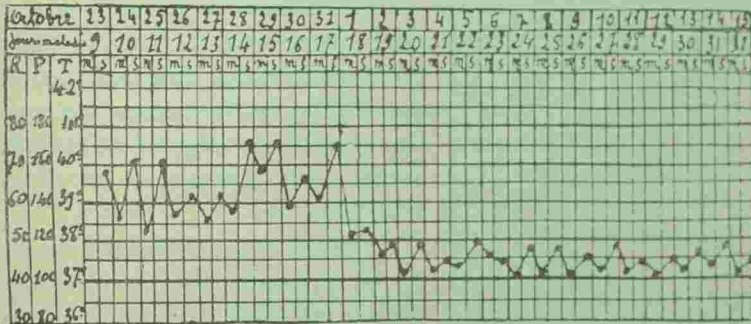
Un des caractères les plus frappants de la typhoïde tunisienne est l'absence presque habituelle de tufos chez les malades. Il est rare en France que « le sujet assiste en pleine conscience à l'évolution progressive de son affection ». Or parmi les malades que nous avons traités le contraire nous semble exact. Seules les fièvres typhoïdes des immigrés ou quelques cas de haute gravité se sont accompagnés des troubles psychiques et sensoriels qui caractérisent le tufos.

Le syndrome digestif de la typhoïde ne présente dans nos

Typho-malaria



Fièvre typhoïde à défervescence brusque



Fièvre typhoïde à courbe ondulante et à défervescence brusque





pays rien de particulier ; la diarrhée jus de melon ainsi que

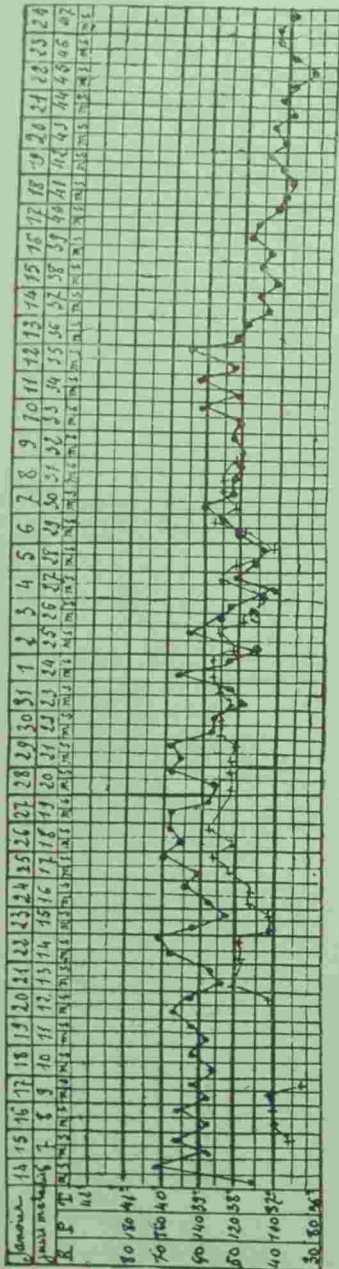
le météorisme ici comme en France, ne sont observés que dans les formes graves. La splénomégalie n'est pas plus accentuée, sauf s'il s'agit d'un individu impaludé antérieurement. Dans ce dernier cas cet élément de diagnostic si précieux entre la typhoïde et le paludisme se trouve forcément en défaut.

Nous avons relevé dans nos observations les taches rosées dans 44 % des cas. Celles-ci nous semblent assez souvent être papuleuses.

Chez aucun typhique nous n'avons rencontré d'herpès labial alors qu'il est si fréquent dans le paludisme ou les états grippaux. Ce symptôme négatif nous paraît avoir une certaine importance diagnostique.

La fièvre est le symptôme majeur de la typhoïde. Les lois de Wunderlich ne sont plus acceptées aujourd'hui. Il n'en est pas moins vrai que dans l'immense majorité des cas la fièvre est chez les malades soignés en Europe « élevée en plateau continu et à oscillations stationnaires ». Or dans nos observations nous ne notons que dans 30 cas soit 41 % des cas une courbe thermique se rapprochant de la courbe classique et dans 42 cas, c'est-à-dire dans 57 % des cas une courbe à allure irrégulière. Dans 9 cas à la période d'état, sans que les antithermiques soient à incriminer nous

Fièvre typhoïde à courbe atypique et prolongée



voyons la température matinale tomber à 37.

Nos courbes se sont tenues :

Aux environs de 40	dans 40 cas,	soit 54 % des cas
—	de 39 dans 21 cas,	soit 28 % des cas
—	de 38 dans 4 cas,	soit 5 % des cas

La durée de nos courbes thermiques a été rapportée plus haut. Elle est comme nous l'avons vu plutôt trainante et cela même dans les formes légères. Nous venons de soigner le mois dernier deux typhoïdettes dont les températures atteignaient à peine 38 et dont la courbe s'est pourtant prolongée pendant un mois. La défervescence s'est rarement produite de façon brusque. Les rechutes ont été exceptionnelles (1 cas).

En somme : ascension souvent rapide de la fièvre, atypie de la période d'état, longueur de la courbe qui dans 5 % des cas n'a pas dépassé 38°, tels sont les caractères les plus marquants nous a-t-il semblé de la fièvre.

Le pouls est également un symptôme majeur de la typhoïde. Bien qu'accélééré, classiquement il est dissocié et dicrote ; avec une température à 40° le pouls bat à 100. Voici ce que nous donnent à ce sujet nos chiffres :

Pouls entre 60 et 80	9 cas
— 80 et 100	28 cas
— 100 et 120	16 cas
— 120 et 150	7 cas

Ces 7 cas comprennent des malades atteints de complications pulmonaires, cardiaques ou intestinales. Les données classiques se sont donc trouvées vérifiées chez le plus grand nombre de nos malades, notons en passant que ce caractère du pouls n'est malheureusement pas particulier à la fièvre typhoïde mais sa valeur diagnostique n'en est pas moins considérable.

Parmi les symptômes secondaires de la fièvre typhoïde l'albuminurie est donnée comme presque constante. Nous n'avons trouvé d'albumine que chez 22 malades, soit 21,9 % des cas. Ce symptôme nous semble donc ici sans grande valeur.

L'épistaxis a été rencontrée une fois sur deux environ. Elle s'observe fréquemment en dehors de la typhoïde. Elle nous a paru de faible valeur pratique.

Nous n'essayerons pas sur un si faible chiffre d'observations, d'individualiser des formes cliniques. Pourtant de ce que nous

avons vu, deux types morbides bien tranchés semblent émerger. D'une part la fièvre typhoïde classique à grand fracas, avec typhos et symptomatologie riche analogue à celle de France; c'est celle que nous avons rencontrée chez les nouveaux débarqués dans les premiers mois qui ont suivi leur arrivée. D'autre part et chez un nombre élevé de malades la fièvre typhoïde monosymptomatique réduite simplement à de la fièvre. Toute l'histoire clinique se résume dans la lecture de la feuille de température. Les facultés intellectuelles du malade sont absolument normales, son état général est bon, il existe même une certaine euphorie qui le rend impatient et lui fait mal supporter le lit et la diète. L'anorexie est en effet souvent de peu de durée dans ces cas. Le fonctionnement intestinal est normal, les selles simplement fétides. Si l'on supprime la fièvre qui par ailleurs est souvent vive il ne reste en somme rien. On conçoit combien ces cas sont d'un diagnostic difficile. Ces formes ne peuvent être assimilées aux formes ambulatoires, dans lesquelles le typhique peut « rester levé et vaquer à ses occupations ». La fièvre dans les formes ambulatoires peut être absente, lorsqu'elle existe elle est modérée ne dépassant pas 38,5 à 39.

Ici comme partout on trouve des typhoïdes abortives, des formes prolongées sans qu'une complication vienne en expliquer la longueur. Nous avons observé quelques associations morbides; les unes sans intérêt théorique lorsqu'il s'agit d'une affection telle que la tuberculose, la fièvre de Malte ou des accès palustres évoluant pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, les autres plus dignes d'attention, véritables intrications morbides par exemple évolution simultanée, microscopiquement confirmée de fièvre typhoïde et de paludisme. Fort de ce que nous avons lu en particulier dans le traité de Widal, nous pensions que les typhomalarias authentiques devaient présenter un certain caractère de gravité. Or chez les malades que nous avons soignés, l'allure morbide n'a rien eu d'inquiétant. Nous avons d'emblée traité le paludisme comme nous avons coutume de le faire, la typhoïde a évolué ensuite pour son propre compte, sans incidents fâcheux. Notre chiffre de typhomalarias est certainement trop minime pour en tirer une conclusion quelconque mais nous pensons néanmoins que la gravité de

cette association tient avant tout à la méconnaissance prolongée de l'un des deux états morbides, méconnaissance facilement évitable si l'on recherche dans tous les cas douteux soit par les frottis sur lames soit par l'épreuve des trois jours de quinine en injection la présence d'hématozoaires.

D'aucuns pourront penser que la pratique des injections de quinine au début des fièvres typhoïdes lorsque le diagnostic est douteux est nocive pour le malade et qu'elle peut entraîner des hémorragies intestinales. Nous répondrons d'une part que l'hémorragie intestinale n'est pas à craindre en général dans le premier septenaire de la typhoïde ; on peut même à cette période purger les malades à peu près sans aucun danger. D'autre part les faits sont là pour nous donner raison.

Nous avons eu 17 cas d'hémorragies intestinales :

2 le 2 <sup>e</sup> jour d'hospitalisation	(17 <sup>e</sup> et 21 <sup>e</sup> jour de maladie)		
2 le 3 <sup>e</sup>	—	(10 <sup>e</sup> et 36 <sup>e</sup>	—
1 le 4 <sup>e</sup>	—	(23 <sup>e</sup> —	—
3 le 5 <sup>e</sup>	—	(12 <sup>e</sup> , 18 <sup>e</sup> et 34 <sup>e</sup>	—
1 le 7 <sup>e</sup>	—	(16 <sup>e</sup> —	—
1 le 9 <sup>e</sup>	—	(13 <sup>e</sup> —	—
1 le 10 <sup>e</sup>	—	(19 <sup>e</sup> —	—
1 le 13 <sup>e</sup>	—	(20 <sup>e</sup> —	—
2 le 16 <sup>e</sup>	—	(21 <sup>e</sup> —	—
1 le 18 <sup>e</sup>	—	(26 <sup>e</sup> —	—
1 le 26 <sup>e</sup>	—	(40 <sup>e</sup> —	—
1 le 30 <sup>e</sup>	—	(35 <sup>e</sup> —	—
1 le 37 <sup>e</sup>	—	(41 <sup>e</sup> —	—

La lecture de ce tableau est instructive, elle montre que nous avons eu 8 hémorragies intestinales avant le 7<sup>e</sup> jour d'hospitalisation contre 10 après le 7<sup>e</sup>. Or lorsque nous pratiquons des injections de quinine dans un but diagnostique c'est à l'entrée même du malade que nous instaurons le traitement d'essai. C'est donc immédiatement que nous devrions avoir le plus grand nombre d'hémorragies intestinales ce qui n'est point. D'autre part sur nos 74 malades 33 ont reçu des injections de quinine (6 gr. au maximum) ; sur ces 33, 8 ont eu des hémorragies intestinales, soit 24 % sur 41 non traités par la quinine, 9 ont eu des hémorragies intestinales soit 21,9 % ; les chiffres sont à peu près comparables et nous dispensent de rappeler qu'il fut un temps où il était classique de traiter la fièvre typhoïde par la quinine.

Ce chiffre de 17 hémorragies intestinales nous a semblé considérable. La proportion donnée par les auteurs est infiniment moins forte. 5 % environ au lieu de 22 %. Nous avons d'abord pensé que ce pourcentage élevé nous était imputable. Or nous traitons les typhiques comme notre maître Chantemesse nous a appris à le faire, c'est-à-dire : diète lactée et hydrique, balnéothérapie à 28° minimum chaque fois que celle-ci est possible, petit lavement frais, abstention de médicaments dits désinfectants, usage des plus modérés de la thérapeutique tonocardiaque. Ce qui donne de bons résultats en France ne pouvait en donner de mauvais ici. Il fallait chercher ailleurs. Nous avons alors pensé à la quinine. Les chiffres donnés plus haut montrent que ce médicament n'y est pour rien puisque nous avons autant d'hémorragies intestinales parmi les malades qui n'en ont point reçu que parmi ceux qui y ont été soumis. Nous ne pouvions incriminer non plus un génie épidémique particulier, car notre statistique se répartit sur 3 ans pendant lesquels il n'y a eu à Tunis que des cas sporadiques de typhoïde. Force nous est donc d'admettre que la fréquence des hémorragies intestinales est un des caractères de la typhoïde de nos climats. Nous avons d'ailleurs compté, comme hémorragies toute selle hémorragique même quand il s'agissait de mœlenas peu accusés et fugaces. D'ailleurs sur 17 hémorragies nous n'avons eu que 5 décès, 4 plus exactement le 5<sup>e</sup> étant dû à une perforation. Or d'après les auteurs les plus récents, Homolle, corroboré par Lenglet, le pourcentage des morts par hémorragies est de 44 % presque de un sur deux. Une pareille différence de résultat ne peut s'expliquer que par une différence de classification, les auteurs ne comptant sans doute comme hémorragies que les grandes hémorragies intestinales.

Nous mentionnerons simplement en un tableau les autres complications de la fièvre typhoïde que nous avons rencontrées, celles-ci n'ayant rien présenté de particulier.

#### Myocardites :

Dans 17 cas nous avons eu atteinté du myocarde souvent de façon légère puisque nous n'avons eu à nous servir de médications énergiques, telles que la digitale, que dans 10 cas.

#### Perforations intestinales :

Deux cas, dont un guéri à la suite d'intervention du Docteur Bouquet.

Bronchite :

Plutôt symptôme que complication 19 cas soit 25,6 %.

Complications nerveuses :

Délire, tremblement accusé, polynévrite 4 cas.

Phlébite :

2 cas.

Ictère :

1 cas le 26<sup>e</sup> jour de la maladie.

Le chiffre des complications que nous avons observé est plutôt minime si nous en exceptons la bronchite qui est plus un symptôme qu'une complication. Il vient à l'appui de ce que nous disions plus haut relativement à l'allure moins sévère de la fièvre typhoïde en Tunisie.

Nous ne parlerons point du traitement celui-ci ne présentant ici aucune indication particulière, réserve faite des associations avec les pyrexies tunisiennes, complexes morbides sur lesquels nous avons déjà insisté.

Le problème du diagnostic de la typhoïde en Tunisie est incomparablement plus difficile que celui du diagnostic de ces fièvres en Europe. Le Paludisme, la Fièvre de Malte, le typhus, voire même les fièvres récurrentes viennent singulièrement l'obscurcir.

Le diagnostic avec le Paludisme est de beaucoup le plus important, car c'est le plus fréquent et souvent le plus délicat. Hormi le cas de fièvre franchement intermittente à accès isolés séparés par des périodes d'apyrexie, la fièvre en elle-même ne permet pas le diagnostic : Les stades classiques de l'accès peuvent manquer ou échapper à l'observation ; le mode de début de la fièvre peut également prêter à erreur. Il y a des paludismes précédés par des malaises fébriles, il y a par contre des typhoïdes à début brusque. Nous avons vu que le typhus manque souvent dans la fièvre typhoïde, par contre on peut l'observer chez certains paludéens sidérés par leur affection. Les troubles gastro-intestinaux manquent souvent dans la fièvre typhoïde, au contraire on observe assez fréquemment des vomissements dans le paludisme. Le meilleur symptôme différentiel comme nous l'écrivions en 1921 est tiré des caractères de l'hypertrophie splénique. La rate de la fièvre typhoïde est une rate percutable, difficilement palpable, elle ne dépasse jamais beaucoup le rebord des fausses côtes, elle reste toujours molle. La rate du Paludisme s'hypertrophie extrêmement vite.

Elle est très rapidement perçue à la palpation, son bord libre donne l'impression d'un bourrelet épais. Dès que le paludisme vieillit la rate devient dure et résistante donnant au doigt un contact caractéristique, de plus elle s'hypertrophie de façon considérable. Malgré tout, il existe des paludismes sans rate palpable précocement 17 % des cas dans notre statistique de 1921 et on rencontre des typhoïdes évoluant chez des sujets porteurs d'une grosse rate. Cliniquement dans un nombre assez important de cas le problème nous a semblé insoluble et dans ces cas le flair du clinicien ressemble singulièrement à la chance du joueur qui mise sur le bon numéro ! C'est pourquoi l'examen précoce systématique du sang sur lame nous semble obligatoire au début de toute pyrexie dont la symptomatologie n'est pas nettement caractérisée. Il évite bien des tâtonnements et cause parfois de réelles surprises. Si pour une raison matérielle quelconque cet examen est impossible et si les données de la clinique ne sont pas suffisantes pour étayer un diagnostic raisonné l'épreuve des trois jours de quinine en injection, parfaitement inoffensive, vient nous tirer d'embarras.

Le typhus, est-ce peut-être parce qu'il est moins souvent rencontré nous a paru plus aisé à différencier. L'allure de haute gravité de la maladie, sa symptomatologie bruyante contraste avec l'allure plus modeste de la typhoïde tunisienne. Nous ne voulons point reprendre un sujet qui a été si bien traité par Conseil dans le *Tunis Médical* de Mai 1921. Nous rappellerons simplement les 3 ordres de symptômes que cet auteur mentionne en débutant dans son article et qui font du typhus une maladie assez bien caractérisée :

- 1° Fièvre à 40° d'une durée de 11 à 14 jours ;
- 2° Etat d'intoxication des centres nerveux donnant d'abord une céphalée violente puis de l'excitation et du délire et enfin de la dépression avec somnolence, de la stupeur ;
- 3° Exanthème apparaissant dès le 5<sup>e</sup> jour rubeoliforme avec congestion de la face et injection des conjonctives.

La Fièvre de Malte est souvent fort difficile à différencier de la typhoïde. C'est une affection tellement protéiforme qu'elle semble échapper à tout essai de classification. Elle ne nous intéresse ici bien entendu que dans sa forme typhoïde qui est fréquente. Il n'y a rien à attendre de l'allure de la fièvre dans

ces cas, la première ondulation pouvant durer aussi longtemps qu'une typhoïde normale. La rate est hypertrophiée d'une façon plus accusée que dans la fièvre typhoïde mais cette splénomégalie n'est souvent pas précoce. La constipation est très fréquente mais elle se voit presque aussi souvent dans la fièvre typhoïde. Il est classique de rechercher les sueurs et les douleurs articulaires, mais elles ne sont souvent pas notées au début de l'affection. L'asthénie semble être un des meilleurs symptômes et des premiers en date. Dans les cas extrêmes elle permet un diagnostic aisé. Quoiqu'il en soit surtout dans les premiers jours de l'évolution morbide le tableau peut-être si peu différencié que le médecin en est réduit à demander secours au laboratoire.

En dehors de l'hémoculture dont la valeur est absolue et du sérodiagnostic dont les résultats sont plus discutables, nous sommes heureusement en possession à l'heure actuelle d'une épreuve qui doit entrer dans le domaine de la clinique courante. La rapidité et la sûreté de ses résultats en font un élément de diagnostic de premier ordre. L'intradermo-réaction de Burnet est en effet très rarement en défaut. Un résultat franchement positif donne une certitude presque absolue que l'infection melitococique est en cause.

Nous n'avons pas eu l'intention de discuter du diagnostic de la typhoïde mais des problèmes plus particuliers qui se posent à notre esprit en Tunisie. Nous n'avons donc mentionné dans notre étude que les affections auxquelles nous n'étions point accoutumés de penser lorsque nous traitons des cas européens. Nous n'avons d'ailleurs fait qu'ébaucher cette étude nous réservant d'y revenir plus tard et c'est à dessein que nous ne parlons ni des embarras gastriques fébriles qui n'existent pas seulement sur les nomenclatures de l'armée mais que l'on rencontre fréquemment en clientèle, ni des fièvres indéterminées dont nous avons déjà fourni deux observations à la Société.

Notre but en écrivant ces lignes a été très modeste. Nous désirions qu'il soit ouvert devant notre Société une discussion sur l'importante question de la fièvre typhoïde en Tunisie afin que chacun d'entre nous puisse bénéficier de l'expérience des autres. Ce but sera pleinement atteint si nos confrères veulent bien nous suivre nombreux dans cette voie.

---



# SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

---

Séance du 12 Octobre 1923

---

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

---

*Sont présents* : MM. les D<sup>rs</sup> Minguet, Eichmuller, Rogalski, Soria, Cohen-Hadria, Lalloum, Uzan Maurice, Constantino, Montefiore, Cortesi, Nunez, Jaubert de Beaujeu, Aldo Debache, Guido Lévy, Entiquez, Guy Debache, Bonan, Hayat, Lumbroso, Benmussa, Salvo, Emile Lévy, Gérard, Chatenier, Solal, Conseil, Ghemla, Bouquet, Sfez, Durand, Lemanski, Henry, Comte, Halfon, Massélot, Doméla, Spezzafumo, Cassuto.

×

*Le docteur SPEZZAFUMO, président sortant, prononce le discours suivant*

MES CHERS CONFRÈRES,

Au moment de laisser cette Présidence à laquelle vous m'avez appelé, permettez-moi de vous exprimer mes sentiments de cordiale confraternité en même temps que mes remerciements pour votre précieuse collaboration empreinte toujours de la courtoisie la plus exquise. Notre Société a montré plus que jamais sa vitalité intellectuelle traitant des questions les plus intéressantes, qui ont contribué pour beaucoup au progrès de certains chapitres de la Pathologie exotique; et l'esprit qui l'anime est bien celui qui doit présider à la réunion de ceux qui ont pris à tâche de guérir ou, tout au moins, de soulager l'humanité souffrante. Notre revue, considérablement transformée, grâce à l'initiative éclairée de son Comité de Rédaction et, aussi, à l'activité de notre bon confrère, le docteur Cassuto, qui l'aimant comme une fille chérie, cherche à la parer des plus beaux atours, cependant que le Comité en fait l'expression des questions du plus grand intérêt, est digne de prendre place parmi les publications scientifiques les plus importantes. Elle est lue au dehors et ses articles sont souvent reportés dans la presse médicale française et étrangère. Sa partie financière, dont s'occupe avec succès, l'infatigable docteur Soria, est très florissante. A tous ces confrères, nos remerciements qui vont aussi à notre Secrétaire général qui a su si bien collaborer avec les Autorités à l'organisation du Centenaire de Pasteur qui restera une des plus belles affirmations de solidarité médicale. Notre Secrétaire adjoint, le sympathique docteur Benmussa, dont l'intelligent enthousiasme juvénile nous a été si précieux, vous fera, tout à l'heure.

la relation de nos travaux avec cette compétence que nous lui connaissons.

Notre Société, voulant dignement commémorer la grande figure de Pasteur, a voulu, grâce à la générosité publique, fonder des bourses : les unes, pour aider ceux d'entre nous qui se consacrent aux recherches de laboratoires sous la savante direction de notre éminent confrère le docteur Nicolle et dont le traitement de misère est insuffisant pour subsister avec dignité en notre triste époque où les champions du coup de poing sont couverts d'or et où les chevaux de courses voyagent comme des souverains, cependant que les savants languissent dans l'oubli et la nécessité ! Mais les nouveaux riches ne peuvent être accusés d'ignorer la poésie de l'intellectualité qu'ils n'ont jamais connue. Ces bourses que vous avez accordées aux collaborateurs de l'Institut Pasteur de Tunis démontrent la solidarité professionnelle des médecins de la Tunisie et vous font, Messieurs, le plus grand honneur. Les autres bourses ont été créées pour permettre aux jeunes médecins de toutes nationalités, d'aller se perfectionner à l'Institut Pasteur de Paris. Ainsi le grand nom de Pasteur aura été une fois de plus le trait d'union entre les races, ainsi qu'il appartient à tout génie. Avant de terminer ces quelques mots, veuillez, chers confrères, donner votre pensée émue à nos confrères disparus : à notre maître, au bon et courtois professeur Braquehay, un des fondateurs, un des présidents de notre Société à laquelle il portait un intérêt tout particulier. Nous le voyons encore plein de cet esprit qui provenait de sa forte culture classique et de son âme d'artiste cultivée à la belle école paternelle, au milieu de nous, porter le précieux appoint de son savoir et de sa science. Courtois et loyal, il entretenait, avec nous tous, les rapports de la meilleure confraternité. Sa disparition a laissé un grand vide dans nos rangs et son souvenir vivra toujours en nous. Au docteur Sbrana, esprit fin et cultivé, qui recherchait dans les manifestations littéraires, la consolation à tous les déboires dont est riche notre profession. Il avait été président pendant les années de la grande tourmente et ce fut à lui que revint la tâche douloureuse de commémorer nos glorieux morts au champ d'honneur. Au docteur Moreau, victime du devoir et que nous connûmes peu parce qu'il appartenait à cette généreuse phalange des médecins de colonisation qui portent dans le bled les bienfaits de la science. Au docteur Vismart, terrassé par le mal, loin de Tunis, là où il aurait espéré trouver le soulagement à ses souffrances.

Et maintenant, mes chers confrères, au travail fécond pour le progrès de notre patrimoine intellectuel, pour le bien de nos malades, pour le prestige de notre Société.

Ce discours est unanimement applaudi.

Le docteur BENMUSSA lit ensuite le compte rendu des travaux de l'année:

MESSIEURS,

Il y a un an, le docteur Bouquet, président sortant, nous disait : « Je vous rappelle, messieurs, qu'au début de l'année, vous avez mis à l'étude la vaccinothérapie de la fièvre de Malte. Cette question a eu le temps d'être réfléchi. Il est l'heure peut-être de la sortir du sommeil où elle dort. Je la rappelle à votre nouveau bureau. »

Le bel exemple des travaux encore récents sur le paludisme et sur l'échinococcose permettait tous les espoirs. Ils furent tous déçus. La question a continué un sommeil long encore d'une autre année, mais cette fois en compagnie d'une seconde question également mise à l'ordre du jour : Le syphilo-brigitisme. Mais il ne s'agit pas de faire un compte-rendu de ce qui n'a pas été fait, mais bien de ce qui a été fait. Sans atteindre l'importance des travaux de l'année dernière où le paludisme et l'échinococcose ont nécessité plusieurs séances supplémentaires et un chiffre important de communications, les travaux de cette année furent intéressants par leur diversité. Il n'y eut pas de séries, sauf peut-être quelques cas successifs de pathologie nerveuse. Les chiffres atteints sont :

Trente-neuf présentations de malades et de pièces;

Vingt-quatre communications.

De ces soixante-trois observations, trente-neuf sont d'ordre médical. Et vingt-quatre d'ordre chirurgical.

Il serait certainement inutile et fastidieux d'énumérer des titres et des noms, le compte-rendu deviendrait à la lecture, aussi agréable qu'une table des matières. Mais il est un nom que l'on ne peut passer sous silence. M. le docteur Nicolle a bien voulu cette année nous honorer à plusieurs reprises de sa présence. Ses causeries furent toujours du plus haut intérêt scientifique, sous une forme dont le caractère agréable est universellement connu. Nous a-t-il pas fait un jour une véritable conférence sur la fièvre méditerranéenne ? Elle fut pleine d'observations personnelles et inédites. En voici quelques extraits :

« La fièvre méditerranéenne est sans doute une infection générale mais ce n'est pas, à proprement parler, une septicémie. Le microbe ne pullule pas dans le sang. Il circule en petites quantités et les hémocultures sont souvent négatives. Il a des organes de prédilection comme les ganglions. Ces ganglions peuvent suppurer. Il a encore des foyers locaux d'où partent des bouffées d'infection qui font l'onde de la courbe de température. »

M. Nicolle esquisse ensuite un large tableau du caractère évolutif de la fièvre méditerranéenne. Il la compare à la tuberculose et fait remarquer sa tendance à la chronicité.

« La fièvre méditerranéenne deviendra, par ses localisations, sa gravité et sa chronicité, un fléau de l'humanité. »

M. Nicolle nous parle ensuite du Laboratoire et de la façon dont nous devons comprendre son rôle. A la séance que nous avons consacré à M. le professeur Devé et à l'échinococcose, il nous a entretenu de Weirberg, de sa réaction, et des infidélités tunisiennes de celle-ci.

Voici, messieurs, un compte-rendu bien succinct des travaux de l'année qui furent tous, ou à peu près, reproduits dans notre revue. C'est au nouveau bureau d'établir un programme, de mettre sur le chantier une ou deux questions intéressantes. Peut-être exhumera-t-il la vaccinothérapie de la fièvre méditerranéenne.

×

Les rapports financiers présentés par le docteur SALVO, trésorier de la Société et le docteur SORIA, administrateur de la Revue, sont approuvés à l'unanimité.

Des félicitations sont votées à ces deux confrères.

×

**Bibliothèque.**— Le D<sup>r</sup> Bouquet demande si nous ne pourrions pas aider la bibliothèque du Souk-El-Attarine à former une bibliothèque médicale importante, d'autant plus que la Société aura, au mois de mars prochain, suffisamment d'argent.

L'idée est unanimement approuvée.

×

**Admissions.** — Sont admis à la Société, comme membres titulaires, MM. SBRANA, vétérinaire; ALDO DEBACHE et ALBERT PÉREZ, docteurs en médecine.

×

#### **Elections du Bureau**

L'assemblée procède ensuite à l'élection du nouveau bureau (année 1923-24), qui est définitivement constitué comme il suit :

*Président* : D<sup>r</sup> CASSUTO

*Vice-Président* : D<sup>r</sup> SORIA

*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> MINGUET

— D<sup>r</sup> MONTEFIORE

— D<sup>r</sup> SFEZ

### Comité de lecture de la Revue

Enfin le Comité de lecture et d'administration de la Revue subit quelques modifications.

Le docteur Jaubert de Beaujeu prend la place du docteur Caillon, comme co-administrateur de la revue, et le D<sup>r</sup> Maurice Uzan, celle du D<sup>r</sup> Lançon, démissionnaire.

En définitive, le Comité est composé de la façon suivante :

MM. les Docteurs CASSUTO, Secrétaire général; SORIA et JAUBERT DE BEAUJEU, Administrateurs; HENRY et BENMUSSA, Secrétaires de Rédaction; BOUQUET, BRUN, GOBERT, MASSELOT, ORTONA et UZAN MAURICE, Membres.

---

### Séance du 19 Octobre 1923

---

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

---

*Sont présents* : MM. les D<sup>rs</sup> Durand, Uzan Maurice, Cortesi, Cohen-Hadria, Monteliore, Lemanski, Soria, Rogalski, Aldo Debasch, Jamin, Pérez, Marzouk, Lalloum, Sfez, Brun, Morpurgo, Salvo, Raméry, Hayat, Gérard, Minguet, Masselot, Disegni, Benmussa, Doméla, Daireaoux, Lumbroso.

×

En ouvrant la séance, le Président prononce le discours suivant :

« Je vous remercie, mes chers confrères et amis, de m'avoir confié pour cette année la présidence de notre Société. Si par tradition, cette charge est, hélas, un privilège de l'âge, il n'en est pas moins vrai qu'elle constitue aujourd'hui un véritable honneur dont votre ancien Secrétaire général, celui qu'en blaguant, on avait surnommé secrétaire perpétuel saura, n'en doutez pas, se rendre digne.

« Vous savez combien je suis attaché à notre compagnie; vous savez tous mes efforts depuis plus de vingt ans, pour faire régner l'union et la concorde au sein du corps médical tunisien. Grâce à l'esprit confraternel et plein de dignité des médecins de Tunisie, le corps médical de la Régence, si hétéroclyte, offre un modèle de bonne entente et de camaraderie que nous envient plusieurs groupements similaires au nôtre.

« La collaboration précieuse de beaucoup d'entre vous a permis à notre Revue de se développer et de devenir un périodique régulier et assez lu par nos confrères de France et de l'Etranger.

« J'estime que nous pourrions faire mieux encore en groupant tous nos

efforts et en continuant à travailler en commun dans les réunions plus nombreuses encore.

« Soyez convaincus que vous trouverez en moi, un Président annuel qui suivant l'exemple de ses prédécesseurs, fera tous ses efforts pour conduire nos débats avec toute l'autorité mais aussi avec toute l'impartialité, qui sont nécessaires au maintien de la réputation d'union cordiale que s'est acquise notre chère Société. »

×

#### COMMUNICATIONS DU BUREAU

Le Président communique à l'assemblée la demande d'admission du docteur ALDO COHEN, adjoint à l'hôpital italien.

Le docteur Cohen est admis à la Société comme membre titulaire,

×

#### PRÉSENTATIONS DE MALADES

##### **Forme prolongée d'encéphalite épidémique avec syndrome akinétique et myoclonique**

par le Dr RAMÉRY, Médecin Major de 2<sup>e</sup> classe

Knassieff, sujet russe, soldat au 1<sup>er</sup> Régiment étranger de cavalerie, âgé de 28 ans, entre le 11 juillet 1923 à l'hôpital militaire du Belvédère pour des troubles nerveux consistant en des mouvements rythmiques de grande amplitude, généralisés aux quatre membres.

Les seuls renseignements que nous possédons sur les antécédents et sur l'histoire de la maladie, nous ont été fournis par une observation succincte, prise à l'hôpital de Sousse. Voici ce qu'elle nous apprend :

Le malade aurait eu au cours de la guerre, une affection analogue à début brusque et à disparition complète. Incorporé en janvier 1923, il fait son service régulièrement, puis est atteint de paludisme, est traité par la quinine et le cacodylate de soude. Le 8 juin, le malade est pris brusquement de tremblements, généralisés choréiformes. La marche et la station debout sont à peu près impossibles. Tremblements de la langue, grande excitabilité avec colères violentes. Insomnie, rêves, cauchemars et cris. Violents accès fébriles influencés par la quinine. (Wassermann douteux).

« En raison des antécédents et du mode de début de l'affection, il est possible qu'il s'agisse de troubles nerveux avec astasie abasie de nature pithiatique ». Le malade est envoyé à l'hôpital du Belvédère pour complément d'examen et essai de traitement électrique.

Dès que nous voyons le malade, nous sommes frappés par l'aspect figé du visage; pas une ride au front ni à la face. Il parle à un de ses cama

rades sans aucune mimique expressive, les mouvements des lèvres sont lents et très réduits, les globes oculaires immobiles accusent encore l'air ahuri du sujet.

Tous les mouvements volontaires sont extrêmement lents; qu'il s'agisse de ramener la couverture sur ses membres inférieurs, ou de chasser les mouches qui l'assaillent; le geste est interminable.

Dans l'acte de boire, s'ajoute un autre élément, c'est le tremblement du type intentionnel quand le verre arrive aux lèvres du malade. C'est avec peine qu'il exécute l'ordre de se lever du lit; il décompose le mouvement de la façon suivante : il soulève ses jambes l'une après l'autre pour les porter en dehors du lit, incline le torse du côté où il va descendre, s'appuie sur le coude et finalement s'assied et se repose en faisant deux ou trois mouvements de déglutition. Après avoir saisi ses cannes, il descend du lit mais dès que ses pieds touchent le sol, il se produit des mouvements rythmiques d'extension et de flexion des pieds, des jambes et des cuisses, en même temps que des mouvements alternatifs d'extension et de flexion des membres supérieurs, si bien que le malade ne peut se tenir debout sans être soutenu; d'ailleurs si l'on persiste à le maintenir dans la station verticale, les mouvements prennent une amplitude plus grande et deviennent de plus en plus désordonnés. Ces phénomènes moteurs involontaires disparaissent lorsque le malade est assis ou lorsqu'il est couché. Nous avons donc ici le tableau clinique de l'astasia abasia trépidante.

La force musculaire est conservée, mais le malade se fatigue très rapidement.

Les réflexes tendineux ou ostéo-périostes sont vifs sans être exagérés; le signe de Babenski est négatif. Nous notons un peu d'incoordination au niveau des membres inférieurs, un léger tremblement des mains et du tremblement de la langue. Il existe un peu de rigidité de la nuque et de la raideur dans les mouvements de latéralité de la tête. Le réflexe pharyngé est aboli; le réflexe cornéen persiste. Les réflexes oculaires sont normaux.

Rien à signaler au point de vue de la sensibilité. La respiration est du type diaphragmatique régulière, mais de temps à autre les mouvements d'inspiration ont une amplitude plus grande et se terminent par un soupir.

Rien à signaler aux poumons.

	mx = 14	
Le cœur est normal -- la tension		I = 5
	mn = 9	

Le foie est normal, la rate n'est pas perceptible à la palpation mais la matité splénique s'étend sur quatre travers de doigt; urines normales.

Pendant la semaine qui suivit son hospitalisation, le malade eut des

accès de fièvre à type tierce; l'examen du sang nous montra la présence de *plasmodium vivax*. Le traitement par la quinine et l'hectine fit disparaître rapidement les accès.

Le malade est très irritable, menace les infirmiers de la canne lorsque ceux-ci s'approchent de lui. Enfin, il est impossible de lui faire une ponction lombaire.

Le 30 juillet, la marche est devenue possible et nous pouvons examiner plus facilement les mouvements. En s'aidant avec deux cannes, le malade avance le tronc en avant, les jambes écartées, ses membres inférieurs sont animés de mouvements rythmiques par myoclonie des jumeaux et peut-être aussi des quadriceps.

Le diagnostic ne nous paraît pas douteux : Il s'agit d'une séquelle ou d'une forme prolongée d'encéphalite de forme akinétique et myoclonique.

Les antécédents du malade, quoique très mal connus, avaient amené les médecins qui l'avaient examinés à Soussé, à conclure à des troubles pithiatique. Mais ne savons-nous pas que l'encéphalite est une maladie à reprises. Gabrielle Lévy écrit qu'il ne faut appliquer qu'avec une extrême prudence le diagnostic de pithiatisme à des phénomènes moteurs rythmés, que leur seul caractère de rythmicité tendait auparavant à faire qualifier de pithiatique et que l'encéphalite a démontré pouvoir être indiscutablement, dans certains cas, de nature organique. Il existe des mouvements rythmiques involontaires, d'origine organique, accompagnés parfois d'une symptomatologie neurologique extrêmement pauvre et pouvant subir l'influence des excitations extérieures et psychiques qui les accentuent, du sommeil qui les fait disparaître; or, ici la symptomatologie neurologique est d'une richesse relative; syndrome akinétique du début, tremblements des lèvres et de la langue, salivation abondante; s'il n'y a pas eu de troubles oculaires nets, il semble qu'il existe encore un ptosis bilatéral et une diminution des mouvements d'élévation des yeux.

Nous ne ferons que mentionner la chorée de Bergeron et de la chorée de Dubini qui actuellement sont rangées dans le cadre de l'encéphalite. Quant à la chorée chronique de Hughtinton, il semble bien qu'elle puisse bien être déterminée par l'encéphalite. Les lésions anotomo-pathologiques montrent des lésions cortico-striées.

Le traitement quininique en injections intramusculaires institué contre le paludisme a-t-il agi favorablement ? Certains auteurs ont signalé une amélioration de leur malade par la quinine intramusculaire mais en parcourant la liste des médications qui ont été utilisées avec plus ou moins de succès, nous restons un peu septique. Quoiqu'il en soit, notre malade est légèrement amélioré et si la marche n'est pas d'une élégance exquise, elle est du moins devenue possible. Les mouvements volontaires des mem-



bres supérieurs sont aussi devenus plus rapides, presque normaux. Seuls trois symptômes persistent : l'aspect figé de la face, le léger ptosis bilatéral, et les myoclonies des jumeaux.

Quel sera l'avenir de notre malade ? Si nous croyons Alajouanine, les formes prolongées avec mouvements involontaires myocloniques ou bradycynésics sont généralement fort rebelles au traitement. Cependant Cl. Vincent et Krebs ont obtenu des succès avec l'association scopolamine et luminal (injection chaque jour de 1/4 de milligramme de bronchhydrate de scopolamine pendant trois semaines, cessation de la scopolamine et remplacement immédiat par le luminal (15 centigr.). Radovici et Nicolesco ont obtenu une sédation temporaire par injection sous-cutanée d'atropine.

#### Discussion :

Le Dr Gérard demande si l'on ne pourrait lui faire du cacodylate intraveineux.

Raméry. Le malade a eu un traitement par l'hectine.

×

### Un cas de Xéroderma pigmentosum

par le Dr JAMIN

Dix-septième cas tunisien. Fillette de dix ans, née dans le caïdat de Tadjérouine, de parents non consanguins, sans autres cas familiaux. Début dans l'enfance par des éphélides de la face. Admise à l'Hôpital Sadiki pour ulcération du nez qui est un épithélioma mutilant. Deux autres lésions de même nature probable sur le menton. Bariolage typique des téguments de la face, des bras et mains, jambes et pieds, aux points exposés à la lumière. Prédominance des lésions pigmentaires allant de l'éphélide au lentigo. Presque pas d'atrophie cutanée, ni de xérodermie proprement dite. Rares télangiectasies. Absence presque totale de sueurs. Prurit modéré des régions atteintes.

L'observation complète, avec examen histologique, paraîtra dans les *Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord*.

×

### Deux cas d'exstrophie vésicale

par le Docteur SFEZ

Il s'agit de deux petits garçons, Zeitoun, âgé de 4 ans; Strouï, âgé de trois mois, qui présentent cette anomalie très rare qu'on appelle exstrophie de la vessie; on en rencontre un cas sur 50.000 naissances.

Cette malformation congénitale consiste en une absence des parois antérieures de la vessie et de la région sous-ombilicale de l'abdomen et la hernie au dehors de la paroi vésicale postérieure refoulée comme un sac

herniaire par l'intestin. Elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles dans la proportion de 1 sur 7 ou 8.

Les organes génitaux externes sont malformés, le pénis est court, aplati de haut en bas, creusé d'une gouttière supérieure en continuité avec la muqueuse de la paroi vésicale exstrophée. Cette gouttière représente l'urètre dont la paroi supérieure fait défaut. Au-dessous du gland pendent un tablier prépatial très développé. Au milieu de cette surface muqueuse on voit les orifices des deux urètres par où l'urine coule goutte à goutte; celle-ci peut quelquefois déterminer, en s'écoulant à l'extérieur, des excoriations douloureuses extrêmement pénibles pour le malade; le port d'un appareil collecteur étanche est impossible.

Les vêtements sont sans cesse souillés, l'odeur ammoniacale due à la rapide décomposition de l'urine contribue à rendre cette affection insupportable tant aux malades qu'à leur entourage.

Par les orifices urétraux il se produit souvent une infection ascendante déterminant une pyélo-néphrite qui emporte le plus souvent les malades, aussi la mortalité est-elle grande et précoce. On a cependant signalé des cas de survie particulièrement longs où des malheureux ont traîné jusqu'à 50 et même 70 ans cette épouvantable infirmité.

L'ombilic chez ces malades est abaissé et se trouve au pôle supérieur de la paroi vésicale exstrophée. Les pubis sont souvent très écartés, cet écartement est plus notable chez notre malade Z... L'ectopie testiculaire double est fréquente, c'est le cas également du petit Z... Chez lui également la partie supérieure de la paroi vésicale est épidermée.

#### Discussion :

Le D<sup>r</sup> Hayat demande au docteur Brun son avis chirurgical sur la question.

D<sup>r</sup> Brun.— Les deux enfants présentés par le D<sup>r</sup> Sfez sont atteints d'exstrophie vésicale complète. L'opération idéale consisterait à pouvoir : 1<sup>o</sup> fermer la vessie ouverte et à muqueuse éversée; 2<sup>o</sup> donner à cette vessie une capacité suffisante; 3<sup>o</sup> la rendre continente; 4<sup>o</sup> combler l'écartement du pubis; 5<sup>o</sup> reconstituer une paroi abdominale sous-ombilicale.

Des méthodes autoplastiques, cutanée ou muqueuse, je n'ai aucune expérience — mais parmi ces nombreux reproches que l'on peut faire à ces méthodes, la persistance de l'incontinence n'est pas le moindre. Etant interne dans le service des enfants de l'Hôpital Saint-Louis, à Paris, j'ai eu l'occasion de voir pratiquer le procédé de *Cunéo* qui crée une vessie aux dépens d'une anse intestinale grêle exclue, et le procédé d'*Heitz-Boyer-Hovelacque* qui n'est en somme que le procédé de *Gersuny* perfectionné. L'S iliaque sectionné est abaissé en avant du rectum et abouché au périnée; quant au rectum, désormais isolé du reste de l'intestin, il va servir de réservoir urinaire dans lequel on plantera les deux urètres.

Ces opérations, théoriquement très belles, sont d'une exécution laborieuse, longue et pénible, non exempte de danger. Ce résultat n'était pas très satisfaisant et le petit malade a dû être reopéré dans le service du docteur Marion, je crois — et je ne sais pas quel a été le résultat définitif.

Dans le procédé d'Heitz-Boyer, l'implantation des urétères dans le rectum ne semble pas devoir être sans inconvénients non immédiats, mais tardifs traité en faisant aboucher les urétères au rectum. Le résultat fut satisfaisant mais le fait semble être d'exception.

Le D<sup>r</sup> SORIA a vu un malade opéré par Legueu. Il s'agissait d'une tuberculose très douloureuse de la vessie, que le professeur Legueu avait traité en faisant aboucher les urétères au rectum. L'infection ascendante fatale compromet le résultat.

Le D<sup>r</sup> MARZOUK rappelle que Marion a complètement abandonné tous ces procédés pour la néphrostomie postérieure.

×

### Ulcère du duodénum

Le D<sup>r</sup> BRUX présente un malade atteint d'un *ulcère du duodénum*. Chez ce malade, comme la plupart de ceux qui se présentent à Sadiki, le diagnostic peut être fait rien qu'à l'importance et au siège des pointes de feu dont ils se lardent l'épigastre et souvent le point douloureux dorsal correspondant. Celui-ci a une pointe de feu profondément ulcérée au niveau de la 12<sup>e</sup> vertèbre dorsale et légèrement à droite de la ligne médiane. Une autre dans le dos au même niveau.

×

Le D<sup>r</sup> DOMELA présente des radiographies d'une *fracture de la tête humorale*. Fracture curieuse avec un séquestre osseux externe et la tête humorale retournée en arrière.

×

### COMMUNICATIONS

D<sup>r</sup> RAMÉRY. — **Compression Médullaire par kystes hydatiques du corps vertébral de la 9<sup>e</sup> vertèbre dorsale.**

Cette observation très intéressante est trop importante pour entrer dans le cadre de ce numéro déjà surchargé. Elle paraîtra en tête du prochain numéro.

×

D<sup>r</sup> MASSELOT. — **Notes cliniques sur la fièvre typhoïde en Tunisie.**

(Voir en tête de ce numéro page 361)

Le D<sup>r</sup> CASSUTO met aux voix la proposition du docteur Masselot, de mettre à l'ordre du jour cette question.

La proposition est acceptée à l'unanimité.

Le travail du docteur Masselot, une fois publié, la discussion sera ouverte et les travaux lus en une séance supplémentaire spéciale qui aura lieu le deuxième vendredi du mois de décembre.

Le D<sup>r</sup> LEMANSKI rappelle, au sujet du travail de Masselot, qu'il eut l'occasion d'observer bien des typhoïdes pendant les vingt-deux ans qu'il fut médecin de l'Hôpital Civil Français. Il est d'accord avec Masselot sur l'absence de typhos ou prostration dans les typhoïdes tunisiennes. Pour Lemanski, on devrait abandonner le terme devenu impropre de typhoïde pour ces maladies sans typhos. Il propose de les appeler : « infection éberthienne » et réserver le terme typhos pour des états de prostration qui peuvent être observés tout aussi bien dans le paludisme ou la fièvre méditerranéenne.

D'autre part, les hémorragies intestinales sont fréquentes sans doute, mais il ne lui semble pas qu'elles fussent pour lui aussi fréquentes que pour Masselot.

Le docteur Lemanski fait aussi un traitement quinique au début, sans qu'il ait observé le moindre inconvénient pour le malade, sauf les abcès, abcès en doigt de gant.

Il traite par la balnéation et se rappelle avoir fourni à M. Nicolle, 33 à 40 observations « d'infections éberthiennes » traitées par la balnéation et à la vaccinothérapie.

Le D<sup>r</sup> MASSELOT fait remarquer à propos de la vaccinothérapie qu'elle ne lui a jamais donné le moindre résultat. Certains médecins, dit-il, en disent beaucoup de bien. Il serait bon que tous les confrères apportent les résultats de leur expérience. On pourrait peut-être alors se faire une opinion sur la question.

Le D<sup>r</sup> RAMÉRY demande au docteur Masselot, qu'elle dose de vaccin curatif il a employée.

Le D<sup>r</sup> MASSELOT. Très faible d'abord, puis progressivement croissante : de 1/4 de cm<sup>3</sup> jusqu'à 1 cm 1/2.

Les D<sup>rs</sup> CASSUTO ET HAYAT ont employé le vaccin à doses massives sans plus de résultats.

Le D<sup>r</sup> MASSELOT rappelle que certains médecins conseillent qu'il faut employer le vaccin tout au début, mais la chose est difficile, étant donné que l'on ne voit pas, en général, les malades tout à fait au début de leur infection.

Le D<sup>r</sup> DOMELA demande à Masselot, si dans sa statistique il y a des malades qui furent vaccinés préventivement.

Le D<sup>r</sup> MASSELOT. Aucun.

## Occlusion intestinale chez une jeune primipare enceinte de huit mois

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

Le 6 juin dernier, j'étais appelé auprès de M<sup>me</sup> X..., âgée de 24 ans, enceinte de quatre mois environ. Cette jeune femme, pour des raisons de famille, devait quitter prochainement Tunis, pour se rendre à Paris. Je fis quelques observations sur les dangers de la traversée et du voyage en chemin de fer, pour une femme enceinte.

A Paris, sur mon conseil, M<sup>me</sup> X... consulta un jeune accoucheur des hôpitaux. Notre confrère trouva la jeune femme en parfait état, à tous points de vue, et augura bien de l'évolution de cette grossesse, tout à fait normale.

A noter qu'au cours de son séjour à Paris, M<sup>me</sup> X... s'aperçut de la présence du ver solitaire. Un remède, demandé à un pharmacien, fut absorbé : il sembla bien que le ténia fut expulsé en entier.

M<sup>me</sup> X... était de retour à Tunis, dans la première quinzaine de septembre. Traversée excellente, aucun malaise.

Le 19 septembre, j'étais appelé auprès de la jeune femme qui se plaignait, d'une part, d'une diarrhée très violente, et d'autre part, ressentait des mouvements spontanés très violents du fœtus. Les selles étaient liquides, impérieuses. Je pus, moi-même, constater que le fœtus manifestait une réflexivité motrice anormale, par sa fréquence et sa violence. L'utérus était dur, contracté, douloureux.

J'avais tout lieu de craindre un accouchement prématuré. J'ordonnais le repos absolu au lit, de l'élixir parégorique, des lavements laudanisés, un régime approprié.

Pendant deux ou trois jours, l'entérite parut se calmer. Le ventre était plus souple, moins douloureux à la pression. L'utérus restait très contracté.

Pour donner à la mère quelque repos et pour écarter le danger d'un accouchement prématuré, qui semblait menaçant, je fis faire une injection quotidienne d'une ampoule de sédol. Il y eut une accalmie notable.

Le vendredi soir, j'étais de nouveau appelé; les mouvements du fœtus étaient redevenus très violents. La malade était allée à la selle, le matin. A la palpation du ventre, on trouvait un léger météorisme, sans douleur aux fosses iliaques droite ou gauche.

Le samedi matin, pas de selles : météorisme augmenté; la région abdominale est fortement distendue par les gaz. La malade n'a pas été à la selle. Elle ne rend ni matières, ni gaz, toute la journée du samedi; tympanisme très gênant pour la malade. Légère détente le dimanche : le météorisme semble moins violent. Ni gaz, ni selles. Pas de température; pouls

à 80; état nauséux sans vomissements, langue saburrale; état général satisfaisant, pas de facies grippé.

Le lundi matin, la situation s'est aggravée. Pouls à 120; température 38°5; dyspnée due au refoulement du diaphragme. Météorisme considérable. Ni selles, ni gaz; quelques vomissements simplement bilieux; le visage se grippe.

Le diagnostic d'occlusion intestinale ne peut plus être écarté. Je communique mon diagnostic au mari, et je le mets complètement au courant de la situation, l'ayant déjà préparé la veille et la surveillance.

Je demande une consultation avec un chirurgien, indiquant l'urgence et la nécessité d'une intervention, *si la malade n'était pas allée à la selle dans la soirée*. Je m'abstiens de toute purgation. Une entéroclyse très discrète d'ailleurs, était restée sans résultat.

Je prends rendez vous pour 8 heures du soir, avec mon confrère, le docteur Lehucher. Suivant les conseils du Prof. Lejars dans sa *Chirurgie d'urgence*, je ne m'attarde pas à rechercher la cause de l'occlusion, mais je crois, avec lui, qu'une tentative doit être faite, avant d'en arriver à la laparotomie critique et délicate, chez une femme enceinte, qui sera presque sûrement exposée à la césarienne, en état de toxo-infection stercorhémique. Je demande à mon excellent et très dévoué confrère, le docteur Jaubert de Beaujeu, par téléphone, de bien vouloir prendre ses dispositions pour administrer d'urgence vers 5 heures, un lavement électrique à ma jeune malade. Ce qui fut fait avec une heureuse célérité.

Une heure après, débâcle abondante de gaz et une selle importante est obtenue environ deux heures après.

Le docteur Lehucher et moi, réunis vers 8 heures, nous nous félicitons de ce résultat. Mon confrère examine avec attention la malade et nous tombons d'accord pour réserver notre pronostic, tant que les selles ne seraient pas renouvelées, craignant encore une récurrence.

Dès le lendemain, les selles et les gaz furent copieusement évacués; l'action du lavement électrique fut aidée, sur la suggestion du docteur Lehucher, par une injection de péristaltine Ciba.

Des jus de raisin frappés donnèrent également un résultat satisfaisant.

Les journées de mardi et de mercredi furent bonnes. La malade revêtit la vie : le météorisme diminuait notablement. Les selles furent d'une abondance considérable, dans la journée de jeudi et de vendredi.

Le pouls était bon, bien frappé à 80; la température était retombée aux environs de 37°; le facies était bon; la langue redevenait humide.

L'utérus était moins contracté, mais les mouvements du fœtus toujours très violents.

La nuit du vendredi au samedi est mauvaise. Dès huit heures du soir, les contractions utérines redeviennent gênantes.

Comme des douleurs sont accompagnées de coliques intestinales, l'en-

tourage ne s'alarme pas de suite. Mais vers 2 heures du matin, le doute n'est plus possible : la jeune femme va accoucher. L'alerte m'est donnée par téléphone.

L'enfant franchit rapidement et aisément la filière pelvienne, sans déchirure périnéale. Quelques frictions énergiques raniment, en peu d'instant, une petite fille bien constituée, pesant 1 kg. 700 au début du huitième mois de la vie utérine.

La délivrance, malgré les massages constants de l'utérus, ne peut être obtenue qu'au bout d'une heure trois quarts. Suite de couches excellentes.

×

La jeune accouchée, cependant, ne se remet pas rapidement de son atteinte d'entérite. Je constate encore nettement, le 10 octobre, une S iliaque dure et résistante. Aucune douleur dans la fosse iliaque droite; plus de traces de météorisme, le ventre est redevenu très normalement souple. Les selles sont moins fréquentes. L'enfant est en excellent état. Poids 1 kg. 975 au 10 octobre, et 2 kg. 850 le 12 novembre.

Sans vouloir, je le répète, chercher la cause précise de l'occlusion intestinale qui a été observée, on peut se demander, si la grossesse, dans le cas particulier, a pu jouer quel rôle que ce soit dans cet incident grave. Les traités d'obstétrique sont muets sur l'occlusion intestinale chez la femme enceinte. Moi-même, dans une carrière de près de quarante ans, dont deux ans passés à la Clinique de la rue d'Assas où enseignait alors, le Prof. Tarnier, je ne me rappelle aucun cas de ce genre. On peut admettre qu'il n'y ait, en l'espèce qu'une simple coïncidence comparable à l'appendicite évoluant au cours de la gestation.

Cependant, en même temps que continuait chez M<sup>me</sup> X., une entérite indéniable, l'utérus et le fœtus, par leurs contractions et leurs mouvements spontanés très violents, étaient l'aboutissant d'irritations réflexes dont le point de départ, quoique difficile à préciser, paraît cependant d'origine intestinale.

L'épine en déclanchant le processus réflexe par la voie du système neuro-végétatif du sympathique, plus particulièrement du sympathique pelvien, maintenait l'éréthisme utérin et, à sa suite, les mouvements fœtaux désordonnés. L'accouchement prématuré fut un aboutissant qui était facile à prévoir, et que nous avions redouté dès le début.

Quant au siège de l'occlusion il a pu être assez bas et se trouver dans le colon descendant ou l'S iliaque, volvulus, comme semblerait le prouver la sigmoïdite persistante. Le peu de fréquence des vomissements au cours de l'occlusion semblerait conforme à cette hypothèse. J'ai revu le 12 novembre cette jeune femme : état actuel excellent, sans plus aucun signe d'entérite.

En dehors des traumatismes, de la syphilis, de l'albuminurie, des infections aiguës, des intoxications, les causes de l'accouchement prématuré,

sent difficiles à préciser. Comme traumatisme dans notre cas, on peut invoquer les deux traversées; comme intoxication, le ténia et ses toxines produisant ultérieurement de l'entérite aiguë.

×

### Une famille à appendicites

par le Dr LEMANSKI

Il n'est pas absolument rare de noter plusieurs cas d'appendicites dans une même famille. Ce qui me pousse à vous lire les observations, que j'ai recueillies, c'est la marche assez particulière d'une de ces affections et surtout la pathogénie probable des troubles qui se produisent.

M. et M<sup>me</sup> Z..., sont de souche coloniale. Ils vivent depuis vingt-quatre ans en Tunisie. Le père de M. Z... séjourna de longues années à la Réunion. Le mari et la femme ont l'aspect cholémique. Il y a nettement chez eux de l'hépatisme, au sens que l'entendait Fitzz Glénard.

M. et M<sup>me</sup> Z... ont été atteints d'appendicite, entre quinze et vingt ans : ils n'ont pas été opérés. La chirurgie d'il y a une trentaine d'années, malgré les efforts et la croisade de Dieulafoy, n'était pas très interventionniste à *chaud*.

L'orage passé, si les atteintes n'étaient pas, ultérieurement, très violentes, on s'en remettait quelque peu au hasard d'un traitement médical qui pouvait être, exceptionnellement, et momentanément, heureux. Ce fut le cas pour M. et M<sup>me</sup> Z...

En 1919, la fille aînée de M. et M<sup>me</sup> Z..., jeune fille d'environ 19 ans, fut prise brusquement de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, au point de Mac Burney, avec température élevée. L'examen de la malade ne laissait aucun doute sur le diagnostic d'appendicite aiguë. Dans la même journée, je demandais une consultation avec mon ami et bien regretté collègue le docteur Braquchaye. Toujours, je me suis montré disposé à présenter au chirurgien, rapidement, les sujets atteints de syndromes, fournissant une indication opératoire. J'étais souvent plus interventionniste que le chirurgien lui-même. En l'occurrence, le docteur Braquchaye préféra l'opération à *froid*. Elle fut pratiquée six ou huit semaines après. Diagnostic confirmé par la pièce anatomique. Suites apyrétiques.

×

En août 1922, M<sup>me</sup> Z... m'amenait sa seconde fille, âgée de 16 à 17 ans, qui, quelque peu anémique, pâle, anorexique, souffrait de la région du foie, se plaignait de douleurs stomacales, de digestions lentes et pénibles, de selles irrégulières (alternatives de diarrhée et de constipation). Un long et minutieux examen révélait une légère augmentation de volume du foie, une hypéresthésie de la zone vésiculaire, un lobe gauche sensible. Le ventre était souple : aucune douleur dans les fosses iliaques;



malgré la pression profonde, aucune défense musculaire. Je prescrivis un traitement approprié au déficit hépatique, sans grands résultats. D'août à décembre, la situation ne se modifia pas sensiblement. Je suivais la jeune malade régulièrement, la voyant et l'examinant chaque semaine. La température était irrégulière, atteignant parfois 38°5.

Dans la seconde quinzaine de décembre, M<sup>me</sup> Z... m'amena sa fille, qui se plaignait de souffrir davantage du foie, et cette fois, en plus, très nettement du ventre. L'examen fut très positif. La fosse iliaque droite, qui, au cours de nombreuses palpations, n'avait jamais été douloureuse, présentait, pour l'instant, une défense évidente, la pression profonde réveillant l'hypéresthésie caractéristique. Je n'hésitais pas à communiquer mes craintes à M<sup>me</sup> Z..., je posai nettement le diagnostic d'appendicite aiguë, succédant à l'hépatisme évoluant depuis le mois d'août précédent. J'écartai l'idée d'une irradiation douloureuse du foie à l'appendice.

Au cours du syndrome hépatique, M<sup>me</sup> Z..., comme je l'ai indiqué, avait eu quelques élévations thermométriques irrégulières. Son appendicite aiguë présentait les mêmes caractères fébriles. M<sup>me</sup> Z... me demanda de nous adresser au docteur Brun dans la possibilité d'une intervention. Celle-ci fut aussitôt décidée par mon confrère, dont on connaît la doctrine et les idées qu'il a exposées brillamment dans sa thèse, (Des avantages de l'opération systématique d'urgence dans les appendicites aiguës, Paris, 1918), que les médecins, non chirurgiens, liront avec fruit. L'intervention eut lieu le 5 janvier 1923, dans les meilleures conditions de netteté et de rapidité. Au cours de l'opération, on reconnut un léger exsudat péritonéal, circonscrit à la région : l'appendice était hyperhémé, volumineux, sans traces de suppuration.

Deux ou trois jours avant l'opération, la jeune fille avait eu de la fièvre qui persista environ 24 heures après l'exercice; à partir du 4<sup>e</sup> jour les suites furent apyrétiques. Je revis la malade quinze ou vingt jours après l'opération. La cicatrice opératoire était parfaite. Mais la région hépatique, la zone de la vésicule, et la fosse iliaque droite restaient nettement douloureuse, comme avant l'opération. Pendant plusieurs mois, malgré toute la thérapeutique instituée, rigoureusement suivie, malgré un régime sévère, strictement observé, la situation critique douloureuse resta sans changement. La température de temps à autre se maintenait élevée. Je dus penser au paludisme : un traitement spécifique énergique resta sans effet. Il ne s'agissait pas, non plus, de ces cas, signalés par Dieulafoy, d'entéro-colite muco-membraneuse et sableuse; aucun signe de ce syndrome, surtout pas de sable dans les matières fécales. Le diagnostic de péritonite localisée, à la suite d'appendicite, restait basé sur le fait matériel de l'exsudat, constaté par le docteur Brun, et moi-même, au cours de l'opération.

Des coupes, minutieusement pratiquées sur les pièces, par M<sup>me</sup> Brun, ne décélérent aucune lésion bacillaire.

On pouvait donc convenir que le *primum movens* avait été le foie, qui, malgré l'intervention, suivait la voie morbide pour son propre compte encore.

Au cours des mois de juin et juillet, M. Brun et moi, en consultation, nous revîmes à plusieurs reprises la jeune malade. Au cours d'un de ces examens, mon confrère prononça, devant M<sup>me</sup> Z..., cette phrase caractéristique :

— Madame, si le docteur Lemanski et moi, nous n'avions pas eu sous les yeux l'appendice malade de votre fille, nous dirions, encore aujourd'hui, qu'elle est atteinte d'appendicite aiguë.

Le docteur Brun rechercha avec soin si l'uretère et le rein droits n'étaient pas atteints d'un début de tuberculose. Des recherches, du côté des urines, l'examen clinique auquel se livra le docteur Deleuil, furent négatifs.

En présence de ces faits, je conseillai fort à M<sup>me</sup> Z... de tenter la cure thermale de Vichy. Tous les soins y compris le repos prolongé et l'héliothérapie, avaient échoué. Cependant M. Z..., alarmé à juste titre, demandait si une intervention nouvelle sur la région hépatique et vésiculaire ne démontrerait pas l'existence d'une épine insoupçonnée.

Les radiographies faites avec le plus grand soin par le docteur Jaubert de Beaujeu, n'étaient pas décisives quoique présentant des ombres dans la région de la vésicule.

Le docteur Brun et moi nous hésitions devant une nouvelle intervention, après laquelle la situation et le syndrome douloureux pouvaient à nouveau persister. Devant l'insistance de M. Z... et en présence de la continuité de la douleur, une laparotomie arrivait à présenter une indication nette. M. le docteur Brun la pratiqua le 25 juillet.

La vésicule ne contenait aucun calcul; ne présentait rien d'anormal; au niveau du lobe médian du foie une large tache échyмотique apparaissait, nettement semblable au reliquat d'une inflammation ancienne du tissu hépatique. Suites apyrétiques. Diminution légère des douleurs. Meilleur état général. Bonne convalescence. On décida alors le départ pour Vichy.

La malade fut confiée au docteur Parturier, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant à Vichy, avec lequel je me trouvais, alors en correspondance.

Dans une première lettre, le docteur Parturier m'écrivait, à la date du 9 septembre qu'il espérait que la cure de Vichy « pourrait rendre service en améliorant les fonctions hépatiques et en favorisant la nutrition. A la date du 29 septembre, le résultat du traitement thermal était ainsi indiqué par notre confrère :

3 septembre : Toute la région sous-hépatique tendue et douloureuse;

Rate perceptible sur quatre doigts; Pouls, 60; Tension artérielle 12/7; Température, 37°-37°5.

29 septembre : Douleur moindre; Région souple; palpation possible; Foie débordant de un doigt, paraît douloureux dans toute sa masse; Rate diminuée d'un travers de doigt; Pouls, 80; Tension artérielle 11/6; Température, 37°2, 38°. Mais la courbe semble cyclique, quelles que soient les conditions thérapeutiques.

×

Il semble bien que l'intérêt de ces observations réside dans ce fait que dans cette famille à appendicites, c'est la déficience hépatique qui précède l'écllosion de l'infection appendiculaire. Cet hépatisme n'est plus discutable dans la souche et la descendance coloniale. La dernière jeune fille dont l'observation nous a paru particulièrement à retenir, marque le point de départ hépatique qui n'est pas douteux. Même après l'exérèse de l'appendice, l'hépatite, la périhépatite persistent. L'enseignement de Dieulafoy, auquel il faut souvent revenir dans pareil ordre de faits, précise cette pathogénie. Le célèbre clinicien avait déjà fait remarquer la fréquence de l'infection ascendante de l'appendice au foie; il avait marqué ces faits dans son *schéma du foie appendiculaire*. Dans la séance de l'Académie de Médecine du 17 juin 1903, Dieulafoy présentait une communication sur *l'association de l'appendicite et de la cholécystite*, faisant remarquer qu'il s'agissait alors d'*infection descendante* de la vésicule à l'appendice. Cette nouvelle conception clinique était, à cette époque, basée sur une trentaine de cas.

« Je pense, écrit Dieulafoy (Path. int. 11, page 967), que dans la grande majorité des cas, ce n'est pas l'appendicite qui provoque la cholécystite, mais c'est la cholécystite qui provoque l'appendicite. L'infection n'est pas ascendante; elle est descendante. »

Pour les observations qui nous occupent, la déficience hépatique semble bien avoir permis, sinon provoqué l'appendicite. Roger Glénard dit dans son récent et très intéressant *Traité de l'hépatisme* :

« Tout démontre actuellement, écrit-il, l'existence des *synergies inter-viscérales*. Nous en avons vu des exemples à propos de l'estomac : la démonstration pour l'intestion est encore plus frappante. » (page 284). Roger Glénard appuie son opinion sur l'autorité des travaux de Marcel Labbé, Cannon, Alvarez, Keith, Lane et Barclay.

Il insiste sur le rôle excito-moteur de la bile sur l'intestin, sur le rôle anti-coagulant de la *bile sur la mucine* (le mucus intestinal coagulé est un des facteurs de l'entérite muco-membraneuse).

Roger Glénard écrit encore : « En n'accomplissant pas son rôle anti-toxique et anti-putride sur les fermentations intestinales et les pullulations microbiennes, la bile peut entraîner l'apparition de l'appendicite. » (Hépatisme, 1923, p. 288).

C'est sur cette pathogénie que nous voulions, en publiant ces faits, attirer l'attention des médecins. Dans l'hépatite avec modification physiologique, d'abord, puis pathologique de la cellule, on peut admettre une déficience de sécrétion biliaire, une hypochole, favorisant les infections intestinales et parfois l'écllosion de l'appendicite.

×

#### Rectifications

Le D<sup>r</sup> MASSELOT demande l'insertion de la rectification suivante au procès-verbal de la séance du 13 juillet 1923.

Le procès-verbal de la réunion du 13 juillet donne la substance d'une discussion qui a eu lieu entre le docteur Rogalski et moi. Il s'y est glissé des inexactitudes. En particulier, si j'ai fait observer à propos de deux intradermo-réactions de Burnet faiblement mais nettement positives chez des tuberculeux, que nul symptôme n'avait de valeur absolue, je n'ai jamais entendu jeter le moindre discrédit sur une réaction dans laquelle j'ai une grande confiance. Il sera facile de s'en convaincre en lisant un de mes articles qui paraît en tête de ce numéro.

×

Le D<sup>r</sup> BOUQUET relève une erreur dans le même procès-verbal du 13 juillet. Au lieu de « Myome utérin enlevé par la voie vaginale chez une Israélite vierge » lire : *Myectomie par voie abdominale chez une Israélite vierge.*

(Voir numéro de septembre-octobre 1923, page 328 et suivantes)



## L'Encéphalite léthargique

*L'encéphalite léthargique est une maladie épidémique à recrudescence surtout l'hiver (Achard).*

*Quelques cas ayant été déjà observés en Tunisie, et l'hiver approchant, nous avons cru devoir publier dans l'intérêt de nos lecteurs, quelques analyses de travaux parus récemment sur cette question.*

(N.D.L.R.)

Le professeur ACHARD, dans le *Progrès Médical* du 12 mai 1923, fait un tableau général de la maladie :

L'auteur rappelle l'histoire de l'encéphalite léthargique. Ce n'est pas une maladie nouvelle, sans doute elle existait, mais confondue avec d'autres états morbides. Il note son caractère épidémique à recrudescence surtout l'hiver. L'encéphalite léthargique est une maladie protéiforme, même chez le même malade où elle prend successivement des aspects très différents. Il s'agit d'un virus névrophile qui, à peine entré dans l'organisme, se fixe dans le système nerveux, s'y déplace, y sommeille parfois pour se réveiller subitement et s'y éternise plus souvent qu'on ne le croyait tout d'abord.

Ce virus est répandu surtout par les sécrétions de la bouche et du naso-pharynx. C'est un virus filtrant non cultivable jusqu'ici, inoculable au lapin, à la souris, aux singes inférieurs. Il se propage par la voie nerveuse. Netter a montré que l'incubation de cette affection dure un à deux mois.

Au point de vue anatomo-pathologique, il semble que le virus se fixe principalement sur le méso-éphale. Il se propage dans les centres nerveux en suivant les petits vaisseaux.

A l'autopsie, les méninges sont congestionnées, le locus niger est décoloré.

Les symptômes habituels d'invasion sont : l'atteinte catarrhale des premières voies respiratoires et la fièvre.

Ensuite, les symptômes les plus fréquents sont : la somnolence qui a valu à la maladie l'épithète de « léthargique », ressemble au sommeil naturel, avec cette différence que le mal semble comprendre ce qu'on lui dit mais fait effort pour répondre. Les troubles psychiques, les myoclonies,

Elles ont un caractère « explosif » qui les a fait comparer à des secousses électriques; le hoquet épidémique; les mouvements choréiques; les bradycinésies; les troubles oculaires : le Ptosis n'est qu'une paresse musculaire, les paralysies oculaires sont fréquentes, diplopie passagère, nystagmus. A ces symptômes fondamentaux s'ajoutent des symptômes accessoires. On peut voir des paralysies notamment celle du facial. Leur durée est brève, et peuvent ne consister qu'en une hypotonie.

La raideur parkinsonienne peut exister à l'état d'ébauche dès la phase des accidents aigus, mais elle s'accroît et devient durable à une phase plus avancée. Le facies est atone ou grimaçant à cause des myoclonies. Les troubles des réflexes sont extrêmement variables; les douleurs sont fréquentes. A la période des accidents aigus, on observe quelques troubles de l'état général. La fièvre ordinairement modérée, peut atteindre 39° et 40°. Dans le sang, les globules rouges sont souvent diminués. Le liquide céphalo-rachidien peut présenter assez souvent, comme l'a montré l'auteur en 1920, une réaction leucocytaire assez abondante et une dissociation de l'albuminose et de la lymphocytose.

×

Dans le même journal, le 21 juillet 1923, M. le professeur ACHARD traite la question de l'évolution de l'encéphalite, ses reprises et ses manifestations tardives :

L'auteur rappelle que d'après la dernière épidémie, aucun médecin ne peut risquer à déclarer la maladie guérie, même après plusieurs mois. M. ACHARD cite l'observation d'une femme soignée puis paraissant guérie, qui refait des accidents myocloniques deux ans après. Suit une deuxième observation d'un malade dont les signes prémonitoires légers (sommolence particulièrement) avaient été observés un an avant l'évolution de la maladie qui fut sévère (sommolence, douleurs, myoclonies, parkinsonisme, etc.) et qui dura plus de six mois.

Troisième observation : Encéphalite débutant par des phénomènes de catarrhe, et en même temps par une céphalée violente qui va persister dans la suite.

Après une longue période d'atténuation, survient brusquement 2 ans et 4 mois après le début de la maladie, une reprise caractérisée surtout par des manifestations nouvelles, excito-motrices, mouvements choréo-athétosiques et myoclonies, les douleurs persistant toujours avec des alternatives. Il est à noter à cette reprise, des troubles sécrétoires peu communs : crises sudorales et polyurie, durant environ trois semaines.

L'auteur est d'avis qu'on ne peut employer le mot séquelle pour les accidents lointains de l'encéphalite, car il n'est nullement prouvé que le virus soit mort.

Mlle G. Lévy, dans sa thèse a rapporté des observations de ces manifestations tardives. Ce sont : La puberté précoce, l'obésité, dystrophie génitale, frigidité sexuelle, les troubles psychiques, les troubles du sommeil, les douleurs, paralysies (rares), quelques mouvements choréiques, les mouvements bradycinétiques, myoclonies.

×

Dans un troisième article paru, toujours dans le *Progrès Médical* (25 août 1923), M. le prof. ACHARD étudie les rapports de l'encéphalite avec la maladie de Parkinson :

Si l'on compare, écrit l'auteur, les deux symptomatologie, on remarque que le tremblement existe dans la maladie de Parkinson et fait défaut dans l'encéphalite, par contre la somnolence qui caractérise l'encéphalite manque à la première. Or, ces deux symptômes sont caractéristiques de chacune des deux maladies.

Les deux maladies apparaissent à des âges différents.

L'étiologie de la maladie des Parkinson est par trop vague pour qu'on puisse en tirer un élément d'appréciation.

L'auteur passe en revue tous les travaux anatomo-pathologiques publiés sur les lésions que peut provoquer la maladie du Parkinson et s'arrête plus particulièrement aux travaux ayant trait aux lésions du locus niger et du noyau lenticulaire, travaux nombreux.

L'auteur note encore les auteurs ayant décrit des lésions du locus niger dans l'encéphalite léthargique avec syndrômaparkinsonien. Les données anatomo-pathologiques montrent une grande analogie entre les lésions, du moins quant à leur siège et leur nature, sinon leur évolution.

Leur évolution est nettement différente, mais si toute la maladie de Parkinson, écrit l'auteur, avec son tableau classique, ne peut revenir à l'encéphalite léthargique, il est permis de croire qu'un certain nombre de cas, du moins, peuvent être revendiqués par l'encéphalite.

×

Le syndrôme parkinsonien de l'encéphalite a permis à M. Sicard, dans un article précédent celui de M. ACHARD, (*Journal Médical Français*, avril 1923), de scinder les encéphalites des para-encéphalites, comme les para-typhoïdes des typhoïdes. Si le laboratoire ne le permet pas encore, la clinique le permet, écrit l'auteur.

Les encéphalites possèdent un symptôme prolongé qui est l'akinésie ou

parkinsonisme. Ce symptôme, n'est pas d'après l'auteur, l'apanage des para-encéphalites.

L'absence de ce signe permet le diagnostic des para, lequel pourrait s'étayer sur la constatation de deux signes qui accompagnent souvent le parkinsonisme de l'encéphalitique; ces deux signes sont : la chorée et le hoquet. Tandis que la chorée ou le hoquet ne sont que des symptômes satellites du parkinsonisme dans l'encéphalite. Ils acquièrent dans les para-encéphalitiques une valeur doctrinale.

De ce fait, l'auteur range dans les groupes des para-névrites, la chorée aiguë des adolescents et le hoquet dit épidémique. Il y range encore ce qu'il appelle les mésocéphalites à rechute, caractérisés par un syndrome d'ictus qui disparaît au bout de quelques jours mais qui peut brusquement réapparaître.

S... pense que ces maladies s'apparentent à l'encéphalite sans qu'il s'agisse du même virus.

×

Dans le même ordre d'idées, citons un article du docteur BABONNEIX, dans le *Paris Médical* du 6 octobre 1913, intitulé : *La Chorée de Sydenham doit-elle être considérée comme une province de l'Encéphalite léthargique ?*

L'auteur rappelle rapidement quelle fut l'histoire de la chorée, rappelle en outre la théorie rhumatismale de Roger et se demande s'il ne faut pas bientôt l'abandonner pour faire rentrer la chorée dans le cadre de l'encéphalite léthargique. A l'appui de cette thèse l'auteur cite les arguments suivants : Analogies très grandes entre les secousses de la chorée et les mouvements involontaires de l'encéphalite léthargique. Apparition possible au cours de la chorée, de paralysies flasques, de parésies rappelant celles que l'on observe si souvent dans l'encéphalite. Existence, dans certaines chorées aiguës, de troubles mentaux. Présence, dans la chorée, comme dans l'encéphalite léthargique, de modifications portant, et sur la formule sanguine, et sur la composition du liquide céphalo-rachidien.

Début de certaines chorées franches par de la somnolence. Identité d'allures des chorées graves et de certaines encéphalites. Fréquence des rechutes dans les unes comme dans les autres. Existence de chorées gravidiques de tous points superposables aux encéphalites gravidiques.

Au point de vue anatomique, l'auteur rappelle que les lésions ont le même siège général et le même aspect histologique.

Enfin, la chorée comme l'encéphalite a une prédilection pour la période gravidique.



Ce dernier argument est pour l'auteur, le plus important. De différences les séparent, dont la plus importante est que la chorée apparaît en général après une crise de rhumatisme articulaire aiguë, accompagnée d'endopéricardite. On ne voit, pour ainsi dire, jamais d'endopéricardite accompagnant l'encéphalite.

Se basant sur ce dernier argument, l'auteur croit que les chorées précédées d'athropathies et accompagnées ou suivies d'endopéricardite n'ont rien à faire avec l'encéphalite. Il faut donc admettre que l'on doit distinguer : 1

1° Des chorées indépendantes de l'encéphalite léthargique avec athropathies et sans syndrome parkinsonien ce serait les chorées rhumatismales des anciens auteurs.

2° Des chorées liées à l'encéphalite léthargique à ce groupe sont liées les chorées gravidiques et les chorées de Sydenham ne s'accompagnant d'aucune manifestation rhumatismale.

×

Les troubles mentaux de l'encéphalite furent étudiées par un grand nombre d'auteurs. Jean Camus et Noël Péron, dans le *Paris Médical* du 20 octobre 1923, les passent tous en revue. Ces auteurs étudient d'abord les troubles psychiques de la période aiguë de l'affection. Ces troubles apparaissent dans la forme mentale de l'affection, forme décrite par Marcel Briand et Rouquier.

Dans cette forme, l'élément confusionnel et onérique s'oppose à la somnolence particulière de l'encéphalite normale. Le délire n'y est pas en rapport avec la température.

Les auteurs étudient ensuite les troubles psychiques, séquelles de l'affection. Ces syndromes mentaux tardifs s'accompagnent en général de gros troubles du tonus musculaire, d'hypertonie ou d'akinésie. Les auteurs envisagent successivement :

1° La bradyphrémie ou troubles de ralentissements psychiques. (Navelle).

2° Les syndromes à type hétéphréno-catatonique, syndrome caractérisé par de l'indifférence, de la torpeur, de la difficulté de l'alimentation, de la catalepsie.

3° Les formes qui revêtent le masque dépressif à type mélancolique ou hypocondriaque.

4° La forme mentale de l'enfant, qui ne porte ni sur l'intelligence, ni sur la mémoire, mais sur l'être moral. Ce sont les invalides moraux de Euzière.

On est frappé, concluent les auteurs, de la co-existence si fréquente des troubles moteurs en fonction de lésions surtout mésocéphaliques avec des troubles psychiques. S'appuyant sur ces faits, Jean Camus envisage l'existence de centres régulateurs des fonctions psychiques siégeant en dehors de la corticalité.

×

Enfin, nous avons relevé dans le *Journal Médical Français* (avril 1923), un article de Alajouanine, sur le traitement de l'encéphalite.

L'auteur en rappelant les notions cliniques, anatomiques et bactériologiques connues, montre les raisons des échecs de la thérapeutique spécifique qui a consisté en : 1° injection de sérum ou de plasma de convalescents; 2° l'auto-hémothérapie; 3° l'injection intraveineuse du propre liquide céphalo-rachidien. Tous ces essais furent négatifs. On est donc conduit à tenter une thérapeutique générale.

a) Antiseptiques et modificateurs de la nutrition. Le plus employé est l'uroformine. On peut employer en injection intraveineuse, une solution de 25 %, 1 gr. 50 à 2 gr. En dépassant cette dose, on peut craindre les hématuries.

Carnot et Blamoutier ont préconisé le salicylate de soude en injection intra-veineuse. Ces auteurs ont employé 6 à 8 gr. en injection intraveineuse par jour, sous forme de solution à 4 p. 100.

Von Economo emploie l'iodure de sodium, intraveineux.

La quinine a été employée.

Il semble que ce soit l'uroformine qui ait donné les meilleurs résultats.

*Thérapeutique symptomatique* : Contre le parkinsonisme, l'auteur préconise le chlorhydrate de scopolamine par ingestion; on peut donner un demi milligramme et aller jusqu'à un milligramme; ou en injection sous-cutanée, commencer par 1/4 de mmgr. et arriver à 3/4 de mmgr.

La teinture d'Arnica (1, 2 et 3 gr. par jour) a été employée.

(BENMUSSA.)

---

---

## ECHOS ET NOUVELLES

### Distinctions honorifiques

Notre excellent confrère et administrateur le docteur SORIA vient de recevoir, du Gouvernement italien, la médaille de bronze des épidémies pour services rendus comme médecin militaire lors de la terrible épidémie de grippe de 1918.

Nos sincères félicitations.

---

### Les récents progrès dans l'étude du cancer

par le Prof. BAYET (de Bruxelles)

*Bruxelles Médical*, 27 Septembre 1923

A l'occasion du récent Congrès International du Cancer (Strasbourg 1923), l'Auteur met au point les connaissances nouvelles ac-

---

quises en cancérologie.

La principale leçon d'ordre général à tirer du récent Congrès, est la nécessité de la collaboration du laboratoire et de la clinique et l'importance du rôle du laboratoire dans les recherches modernes : comme l'a dit le prof. Delbet, « l'avenir, dans l'étude du cancer, appartient au laboratoire ».

D'ailleurs le mot *cancer* est un vieux mot qui désigne des choses très diverses, comme étiologie et comme nature. Le mot *cancer* n'a pas une signification scientifique plus précise que le terme, aujourd'hui tombé dans l'oubli, d'esthiomène.

Il semble aussi résulter des travaux du Congrès que le cancer est, contrairement aux opinions anciennes, une maladie générale : un état préliminaire de trouble général précède l'apparition des tumeurs cancéreuses (Maisin de Liège).

A propos de la production expérimentale du cancer, les résultats obtenus sont très intéressants.

C'est d'abord, le cancer spiroptènes des rats de Fibiger, dû à un nématode, le spiroptère, parasite du cardia de ces animaux. Cette première preuve expérimentale précise de l'origine parasitaire de certains cancers, vient à l'appui des idées exprimées depuis longtemps par Borrel. Il est à noter que la souris et le mulot ne contractent pas ce cancer.

C'est aussi le cancer du goudron d'Ichikansa obtenu par badigeonnages répétés de coaltar. Contrairement à la plupart des auteurs qui pensent, conformément à la théorie de Virchow, que ce cancer est dû à une irritation chronique, le docteur Maisin pense qu'il y a prédisposition de l'animal et modification de l'état général antérieures aux tumeurs. Bayet et Slosse, confirment les idées de Maisin en démontrant que le cancer du goudron n'est autre qu'un cancer arsenical. D'après ces auteurs, la production du cancer n'est jamais la conséquence d'une intoxication en

masse par l'arsenic, mais d'une action lente, prolongée, de quantités très faibles, « ioniques » d'arsenic.

La deuxième question à l'étude, « des réactions locales et générales de l'organisme à l'égard du cancer », reste encore, après le Congrès, complètement obscure. Cependant, l'école française de Roussy attache une grande importance à ces réactions.

Le traitement des épithéliomas spino-cellulaires de la bouche par les rayons X ou le radium, dernière question à l'ordre du jour, était l'objet des rapports de Regaud et de Bayet. Cancer très grave et très radio-résistant, le spino-cellulaire de la langue nécessite, d'après Bayet de nombreux foyers de faibles doses répartis dans la tumeur avec filtrage fort. Pour pouvoir faire un aiguillage correct, il est nécessaire de faire avant l'application une opération chirurgicale *d'accès*. Les résultats ne sont pas encore ce que l'on pourrait désirer.

D'après Regaud, dont la statistique est meilleure, la chirurgie d'accès est inutile. Il préconise des foyers extérieurs très puissants soutenus dans des moules de cire et s'adaptant étroitement aux surfaces à traiter. Ces irradiations en surface furent vivement combattues par Bayet et par le prof. Proust.

La question des longueurs d'onde à employer fut effleurée. Regaud supprime les rayons  $\beta$  par un filtrage fort. D'autres auteurs, surtout à l'étranger, timent peu et n'utilisent guère ainsi que les rayons  $\beta$ . Il n'y a pas encore sur cette question de règle générale.

E. C.-H.

---

### Le Fenugrec

par Henri LECLERC

*Presse Médicale*, 29 Septembre 1923

Nos clients tunisiens sont par trop amis du fenugrec pour que ce remède nous laisse in-

différents. Que de fois notre œil de clinicien a-t-il découvert sur le marbre d'une commode ou à l'angle d'une fenêtre, le verre, ou mieux le « halab » où macère la petite graine jaune à l'odeur si... délicate que la femme de ménage de Henri Leclerc a pu, en la sentant, se demander « sous quel meuble le chat de la concierge avait laissé traitreusement des traces de sa visite ! »

Cependant, malgré le dédain de cette parisienne, les médecins de l'antiquité, les médecins arabes, et nos... amis tunisiens, ont toujours eu une haute opinion des vertus de la « holba » et l'ont élevée au rang de panacée

Appliqué à l'extérieur, le fenugrec guérit les inflammations, cicatrise les crevasses et les brûlures, fait mûrir les phlegmons, embellit le teint (Avicenne); bouilli dans l'eau avec des roses et appliqué sur les paupières, c'est un topique excellent pour soigner les yeux pochés (Arnaud de Villeneuve) et la faiblesse de la vue (Montant); cuites en eau miellée avec sein de pourceau, ses graines sont souveraines contre les tumeurs et « enflures des génitoires » (Matthiolo); appliqué sur le cuir chevelu, le suc de fenugrec guérit la teigne et les ulcérations (Dioscoride), rend les cheveux crépus et fait disparaître les furfures (Ibn Massouih).

A l'intérieur, tout l'organisme en tire profit. Il clarifie la voix, adoucit la poitrine et le gosier, nourrit le poumon (Masserdjouih), guérit les toux invétérées alors même « qu'elles causent des ulcérations au dedans » (Matthiolo); il guérit la dysentérie (Dioscoride), assainit l'odeur des renvois (Ibn Massouih), chasse les vents, la pituite et supprime les hémorroïdes (El Farecy). Il augmente la masse du sang (El Khouz). Il guérit les maladies des femmes (Dioscoride), favorise l'écoulement des règles et stimule l'appétit vénérien (Ibn Massouih, El Farecy). Depuis la plus haute antiquité égyptienne, les femmes s'en nourrissaient pour engraisser.

Que reste-t-il de tout cela. Deux indications :

1<sup>o</sup> A l'extérieur le fénugrec est un topique émollient à utiliser dans tous les cas où il y a lieu de combattre un état inflammatoire : abcès, érysipèle, lymphangites, phlegmons, plaies contuses, vaginites, métrites, etc. On se servira dans ces cas d'un mucilage préparé en mettant au contact d'un litre d'eau bouillante 60 grammes de semences de « holba » (Henri Leclerc).

2<sup>o</sup> A l'intérieur, c'est un bon analeptique qui peut rendre l'embompoint à des débiles, convalescents, **tuberculeux**, etc. (L. Rénou, Henri Leclerc). On pourra alors employer soit la macération aqueuse de fort mauvais goût, soit la poudre qui a le même inconvénient, soit la poudre épuisée préalablement par l'alcool à 90° selon le procédé de Wunschen-dorff. Leclerc prescrit les paquets suivants :

Poudre de semences de fénugrec : 2 grammes;

Essence de bergamote : 2 gouttes.

(Pour un paquet : prendre un de ces paquets 4 à 5 fois par jour dans un peu de miel).

Ou encore une formule de pâte un peu compliquée analogue au rahat-loukoum.

M. U.

**Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile**, par L. OMBREDANNE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades. — 1 volume de 1140 pages avec 584 figures (*Collection de Précis médicaux*). — Masson et C<sup>o</sup>, éditeurs. — Broché, Prix : 40 francs. — Cartonné toile, Prix : 45 francs.

Le *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile* est destiné aux étudiants et aux médecins. — Comme tous les livres de la *Collection de Précis médicaux* il est simple et aussi bref que possible ; pourtant c'est, en la matière, un livre complet.

Complet ne veut point dire qu'il contienne tous les chapitres de la Pathologie externe applicable à l'enfant. C'est un exposé de *Notions complémentaires*, notions qui, destinées à s'adjoindre à la connaissance générale de la pathologie externe, constitueront à proprement parler la chirurgie infantile.

Quelques chapitres de la PATHOLOGIE GÉNÉRALE de l'enfant apparaissent comme des synthèses qui jusqu'alors n'avaient été qu'ébauchées. Nous citerons les Dyschondroplasies, étude d'ensemble de la pathologie du cartilage de conjugaison ; la maladie ostéogénique etc.

Des chapitres de PATHOLOGIE INFANTILE sont esquissés qui jusqu'ici ne figuraient pas dans les ouvrages classiques : tels sont l'étude de la fragilité du nourrisson vis-à-vis de l'acte opératoire, le groupement des accidents de tous ordres consécutifs aux défauts de la coalescence mésocolique.

Sont complètement exposées les affections particulières à l'enfance, entre autres : la sténose congénitale du pylore, l'invagination intestinale, les orchites aiguës primitives de l'adolescence, la coxa vara, la coxa plana, la scaphoïdite tarsienne, etc.

La partie TECHNIQUE OPÉRATOIRE est largement développée ; c'est l'anesthésie générale par insufflation, c'est l'ostéosynthèse temporaire, avec ses indications et ses modalités :

La restauration des malformations congénitales est surtout affaire d'*autoplasties*. Avec prédilection, ces autoplasties sont longuement étudiées, qu'il s'agisse soit des fissures congénitales de la face, de la voûte et du voile, soit des aplasies génitales qui constituent l'hypospadias, l'épispadias, l'exatrophie vesicales.

Considérables sont les progrès en matière d'*ostéoplastie*, et les interventions très spéciales visant la correction des pieds bots congénitaux et paralytiques sont exposées avec détails et précision.

La FORME de ce Précis a été particulièrement soignée.

Depuis longtemps il était classique d'employer comme mode d'enseignement, le *schéma d'anatomie*. Pour permettre la compréhension du mode de constitution des malformations congénitales, l'auteur a largement usé des *schémas d'embryologie*, d'usage beaucoup moins courant, et pourtant fort instructif.

Nombreux sont les documents photographiques et aussi radiographiques.

---

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois d'Octobre 1953

Désignation des Contrôles Civils	Population Civile																		
	Fèvres typh et paratyph	Typhus	Variole	Scarlatine	Diphthérie	Dysentéries amib ébaucill	Méningite cérébro-spinale	Poliomyélite antérieure aiguë	Fiev. récurrente	Fèvre mollaréenne	Lèpre	Kongole	Kocpharite lefarique	Tuberculose	Oreillons	Téignes	Paludisme	Trachome	Kala-Azar
Tunis . . . . .	79	1	3	4	0	11	13	14	15	16	18	A	D	E	G	I	J	K	L
Zaghoun . . . . .					20	4				7		9	1	44	2		1		
Gromballa . . . . .	2				1														
Bizerte . . . . .	9	1			3														
Béja . . . . .	2																		
Tabarka . . . . .																			
Souk-el-Arba . . . . .						7						2		1					
Medjéz-el-Bab . . . . .																			
Téboursouk . . . . .	2																		
Kef . . . . .		17				3													
Maktar . . . . .																			
Thala . . . . .																			
Sousse . . . . .	1	2	3															3	
Kairouan . . . . .																			
Sfax . . . . .	2																		
Gafsa . . . . .																			
Tozeur . . . . .																			
Gabés . . . . .																			
Djerba . . . . .																			
Territoires Mre du Sud . . . . .			2																
Hôpital Militaire du Belvédère . . . . .	1			1	10														
Hôpital Militaire de Bizerte . . . . .	1		1											1		2	4	1	1
Hôpital Maritime Sidi-Abdallah . . . . .	1				1														
TOTAUX . . . . .	103	20	8	4	35	14	14	14	14	7	11	1	1	46	3	2	6	4	1

285 Cas

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

DÉCEMBRE 1923

## TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

### Compression Médullaire

par kystes hydatiques du corps vertébral de la 9<sup>me</sup> vertèbre dorsale

par le Dr **RAMÉRY**, Médecin Major de 2<sup>e</sup> Classe

Mustapha ben Amor, 28 ans environ, jardinier, domicilié à Tébourba, soldat de 1<sup>re</sup> classe au 26<sup>e</sup> Escadron du train, classe 1918, entre le 3 avril 1923 dans le service de médecine à l'Hôpital militaire du Belvédère avec le diagnostic de parésie des membres inférieurs.

Les parents du malade sont morts il y a plus de vingt-cinq ans. Il a deux frères en bonne santé, un autre est mort à sept ans, de la variole.

Mustapha ben Amor jouissait d'une santé parfaite depuis son jeune âge, n'avait contracté aucune maladie vénérienne. Il n'était pas marié, peut-être parce qu'il était affligé d'une atrophie testiculaire bilatérale.

A son entrée, au début d'avril, le malade nous dit qu'il y a un mois, il a ressenti des fourmillements dans les pieds, fourmillements, surtout accusés à gauche. Trois jours plus tard, il souffre de douleurs en ceintures assez vives, dans la région dorsolombaire, douleurs qui s'irradient jusque dans les deux aines. Le malade garde le lit huit jours, à cause de ces phénomènes pénibles qui disparaissent d'ailleurs au bout de ce laps de temps. Lorsqu'il veut ensuite se lever, il ne peut plus marcher qu'avec des béquilles; peu à peu les mouvements des membres inférieurs deviennent plus difficiles; six jours avant son hospitalisation, il ne peut plus remuer ses cuisses et ses jambes. Nous apprenons encore que le malade n'est pas allé à la selle depuis cinq jours et qu'il n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures.

A l'examen du système nerveux, nous constatons que le malade ne peut pas se tenir debout, il ne peut plus mouvoir ses membres inférieurs. Ses membres inertes retombent brusquement lorsqu'on les soulève au-dessus du plan du lit.

Les réflexes achilléens, médio-plantaires, sont normaux;



Les réflexes rotuliens sont vifs sans être exagérés;

Les réflexes contro-latéraux sont normaux;

Le signe de Babinski est très net à gauche; il existe cependant aussi à droite.

Au point de vue de la sensibilité, nous constatons l'abolition de la sensibilité thermique et douloureuse et la persistance de la sensibilité tactile aux deux membres inférieurs. Cette dissociation dite syringomyélique s'étend en hauteur jusqu'à une ligne horizontale assez nette à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Il n'existe pas de douleurs subjectives.

Les réflexes crémastériens et abdominaux intérieurs sont abolis. Le réflexe épigastrique est conservé. Les réflexes cutanés de défense sont exagérés et persistent jusqu'à la racine de la cuisse, des deux côtés. Il existe du refroidissement et une légère cyanose au niveau des pieds et des jambes.

Rien à signaler aux membres supérieurs.

La colonne vertébrale est souple et indolore. Les pupilles égales réagissent à la lumière et à l'accommodation. L'examen du poumon et du cœur ne révèle rien d'anormal. Le foie et la rate sont normaux.

La vessie globuleuse est distendue et le malade urine par regorgement, enfin, dans la fosse iliaque gauche on sent des matières dures; le malade n'étant pas allé à la selle depuis cinq jours.

Le lendemain, 4 avril, nous pratiquons une ponction lombaire. Le liquide, eau de roche, s'écoule goutte à goutte sans qu'il paraisse y avoir d'hypertension; l'analyse chimique donne : albumine 0,60 (tube de Sicaud); sucre 0,45.

L'examen bactériologique indique qu'il n'y a pas de réaction cellulaire, enfin la réaction de Wassermann est faiblement positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

La radiographie de la colonne vertébrale ne montre rien d'anormal.

Il s'agit en somme d'une paraplégie flasque-spasmodique ou à tendance spasmodique dont la lésion paraît intéresser les premiers segments médullaires lombaires. Quelle en est la cause ?

Nous avons écarté le syndrome de compression médullaire et nous pensions à ce moment-là aux cas les plus fréquents c'est-à-dire au mal de Pott et aux tumeurs.

La pachyméningite bacillaire détermine en effet dans ses formes les plus communes, un syndrome radiculaire douloureux précédant de longtemps la paraplégie et celle-ci installée, les crises douloureuses persistent

ou tout au moins sont réveillées par les mouvements, l'effort, la toux, l'éternuement, etc. Il n'existait ici aucun signe du côté de la colonne vertébrale, le liquide céphalo-rachidien ayant une cytologie normale.

Dans les compressions par tumeurs, le syndrome douloureux est encore plus accusé et donne lieu au tableau classique de la paraplégie douloureuse des cancéreux de Cruvelier Charcot. Enfin, ces tumeurs sont généralement secondaires.

La syringomyélie à siège dorso-lombaire est extrêmement rare quand elle existe la paraplégie s'installe lentement et revêt alors la forme spasmodique typique.

Le diagnostic le plus vraisemblable nous paraissait être celui de myélite transverse et étant donné la réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang, nous pensions à une myélite spécifique.

En tout cas, cette conclusion permettait d'instituer un traitement spécifique sur lequel nous pouvions espérer obtenir quelques résultats. Le traitement consista en une série de vingt injections de bi-iodure de mercure à deux centigrammes et huit injections de néosalvarsan billon, mais sans amener la moindre sédation des phénomènes.

Le 19 avril, les urines du malade sondé deux fois par jour, sont purulentes; le 24, le médecin-major Costa pratique la cystostomie; le 28, apparition d'une escarre sacrée.

Au cours du mois de mai, deux escarres fessières surviennent et s'étendent progressivement. Les membres inférieurs enflés par un œdème dur sont refroidis, la peau à leur niveau est sèche et écaillée, enfin, symptômes plus alarmants; la perte de la sensibilité est devenue totale; les réflexes tendineux sont très diminués et le malade perd ses matières.

Au mois de juin, la face postérieure du corps depuis la XII<sup>e</sup> dorsale jusqu'à mi-cuisse, n'est plus qu'une seule plaie.

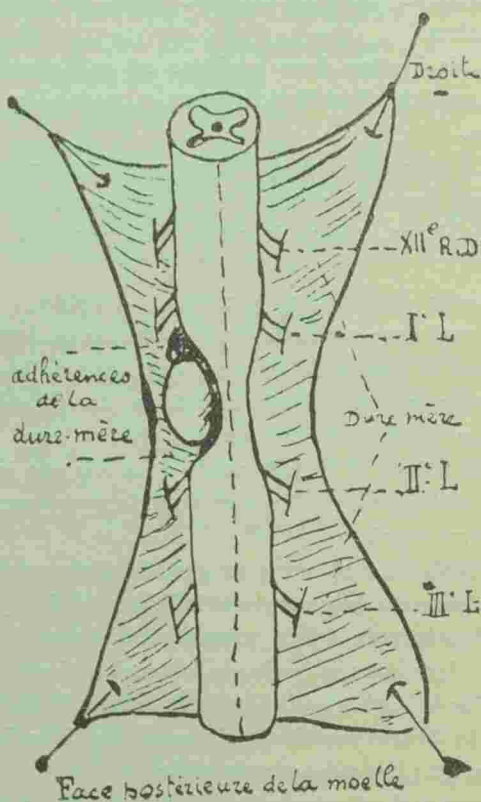
Le malade meurt cachectique en état d'euphorie, le 23 juillet.

### Autopsie

L'autopsie montra qu'il s'agissait de kystes hydatiques multiples du corps vertébral de la 9<sup>e</sup> vertèbre dorsale. Le kyste le plus volumineux, de la grosseur d'une noisette, avait perforé en avant et à gauche la dure mère et détruit, comme vous pourrez le voir sur cette pièce, toute la moitié gauche de la moelle (cordon latéral et cordons postérieurs), dans tout le segment médullaire compris entre la XII<sup>e</sup> racine dorsale et la première lombaire. La moitié droite est très atrophiée et la dure mère est adhérente

à la face antérieure de l'hémi-moelle droite à ce niveau. Nous avons noté en même temps, une congestion veineuse intense au niveau des vaisseaux pie-mériens dans toute la portion médullaire au-dessous de la lésion.

Nous n'avions pas songé à ce diagnostic et ceci bien à tort. Trois symptômes cependant étaient en faveur d'une compression. Le plus im-



portant était l'exagération des réflexes de défense qui sans être pathognomonique d'une compression, est un symptôme presque toujours lié à elle. Cl. Vincent considère ce phénomène clinique comme le plus caractéristique des compression médullaires. Babenski et Jarkowski y ajoutent un élément important de localisation. L'examen de ces réflexes permettrait en effet de déterminer la limite inférieure de la compression à condition toutefois que ces réflexes soient très exagérés et qu'ils s'étendent en hauteur au-dessus de la racine de la cuisse. Ici, ce n'était pas le cas, les réflexes cutanés de défense s'arrêtaient aux deux aines.



Le deuxième symptôme important était la limite supérieure assez nette des troubles sensitifs suivant une ligne horizontale à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Enfin, il existait une dissociation albumino-tytologique, faible il est vrai, mais qui selon Nonne, Sicard et Foix, est caractéristique des compressions médullaires. Nous ajouterons encore que d'après Foix, la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien n'a pas une valeur absolue au cours des compressions médullaires.

Dans le compte-rendu de la IV<sup>e</sup> Réunion de Neurologie internationale annuelle de Paris, du 8 et 9 juin 1923, M. Bériel note que les kystes, comme cause de compression médullaire, ne sont pas aussi rares qu'on le croit; sur vingt cas de néoplasie introracmienne il a observé deux cas d'hydatides. M. Souques souligne également la fréquence et la gravité des hydatides. M. E. Monitz, de Lisbonne, en a observé un cas. Etant donné la fréquence des hydatides en Tunisie, nous croyons donc qu'il faut penser à elles devant un syndrome de compression médullaire. Pourrions-nous tirer une conclusion pratique? M. Bériel pense qu'il faut opérer, mais dit-il le pronostic est sévère, même après libération de la

moelle, ces sujets succombent comme des tuberculeux. Souques a observé un cas d'hydatide unique qui étranglait complètement la moelle et où l'intervention eut guéri le sujet. Enfin Monitz cite un succès opératoire pour kyste hydatique unique.

# SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 9 Novembre 1923

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

*Sont présents* : MM. les D<sup>rs</sup> Soria, Rogalski, Spezzafumo, Guinet, Cohen-Hadria, Lumbroso, Cortesi, Disegni, Salvo, Pérez, De Laguennère, Raméry, Benmussa, Gérard, Minguet, Brun, Aldo Debasche, Guido Lévy, Nunez, Daiveau, Jaubert de Beaujeu, Ortona, Deleuil, Masselot, Maurice Uzan, Henry.

×

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

×

## COMMUNICATIONS DU BUREAU

Le Président fait part à l'assemblée de la démission du docteur Adda.

A l'unanimité est admis comme membre titulaire M. le médecin-major DE LAGUONÈRE.

×

## PRÉSENTATIONS DE MALADES ET DE PIÈCES

### Mort subite par thrombose du cœur droit

par les

Docteur DAIREAUX

Médecin-Major de 1<sup>re</sup> classe

Docteur RAMÉRY

Médecin-Major de 2<sup>e</sup> classe

Salah ben Mohamed, sergent à la garde beylicale, classe 1921, entre le 31 octobre 1923 à l'Hôpital du Belvédère pour une bronchite banale. Il est malade depuis trois jours, touse et crache beaucoup, la température prise à l'infirmierie est de 39°,1 le 29 octobre au soir; le 30 octobre 38°,9 le matin et 39°,7 le soir.

Cet homme n'aurait jamais été malade en dehors de quelque accès de fièvre survenant tous les automnes depuis l'âge de 10 ans.

A son entrée à l'hôpital, l'état général du malade paraît bon : aux poumons on trouve quelques ronchus aux deux bases et de gros râles humides au poumon gauche au-dessous de la pointe de l'omoplate; obscurité respiratoire à droite.

Le cœur paraît normal à l'auscultation.

L'appareil digestif ne présente rien de particulier si ce n'est une constipation légère, le foie et la rate paraissent normaux, les urines sont normales.

La température était tombée à 37 et se maintenait à ce taux depuis cinq jours. Le malade se levait et se promenait même dans le jardin de l'hôpital, lorsque le 6 au soir, le malade présenta un accès fébrile à 40°,3; étant donné les antécédents, on pense à un accès paludéen et on lui fait une injection intra-musculaire de quatre ampoules de quinine uréthane. Le lendemain matin, le malade se plaint d'une faiblesse extrême, pendant la nuit, il n'a pu se lever pour aller à la selle. La température reste élevée à 39°6; quelques minutes après la visite, le malade meurt brusquement d'une syncope pendant qu'on le nettoyait des matières fécales qui l'avaient souillé.

### AUTOPSIE

A l'ouverture du thorax, nous trouvons qu'il existe de fines adhérences pleurales à la partie postérieure du poumon gauche et une symphyse pleurale totale, à droite. La décortication du poumon est très difficile. Nous retirons de la plèvre gauche une cuillerée à soupe d'un liquide saïnieux et fétide.

Le poumon droit est atelectasié mais reprend sa forme après décortication.

Le poumon gauche présente dans son lobe inférieur à la portion moyenne et postérieure, une cavité de la grosseur d'une noix qui communique par un orifice arrondi à bords nets avec la grande cavité pleurale. Les parois sont noires, dures, mamelonnées, tout autour en coupe il existe une zone congestive de la grosseur d'une orange. Il paraît s'agir d'un in-fractus qui a suppuré et s'est ouvert dans la cavité pleurale.

Le cœur est gros, pèse 437 gr. L'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche. La valvule mitrale présente sur ses bords quelques fines granulations inflammatoires, il n'existe pas de rétrécissement, la valvule permet largement le passage de l'index.

Le cœur droit est complètement oblitéré par un caillot fibrineux organisé, ayant la forme d'un champignon dont la tête occupe l'oreillette droite, le pied, le ventricule droit. Le caillot est fortement adhérent à la pointe du cœur et envoie une grosse digitation dans l'infundibulum de l'artère pulmonaire.

Le foie gros congestionné pèse : 2.450 gr.;

La rate est normale en coupe, pèse : 430 gr.

Les reins présentent une ébauche de lobulation mais sont normaux, les capsules surrénales n'offrent rien de particulier, le tractus intestinal est normal.

Si nous essayons de rétablir maintenant la filiation des phénomènes morbides, nous pensons qu'à la faveur de la gêne circulatoire du poulmon droit atéléclasié par une symphyse ancienne, il s'est formé à la pointe du cœur droit des caillots entre ses colonnes charnues; ces caillots se sont réunis aux voisins et ont formé ce coagulum volumineux et épais que les anciens auteurs dénommaient polypes du cœur et que Laennec appelait végétations globuleuses. Entre temps un caillot s'est détaché et a créé l'infarctus du poulmon gauche survenu avant l'entrée du malade à l'hôpital et qui s'est traduit par l'élévation thermique constatée et de gros râles humides sans point de côté violent. La phase congestive passée, le sujet a continué à mener son existence de petit malade dans l'hôpital jusqu'au 6 octobre où, l'infarctus désagrégé s'est ouvert dans la plèvre en déterminant l'accès fébrile à 40°,6. Le lendemain, le malade mourait de syncope cardiaque à l'occasion d'un mouvement un peu violent.

L'observation nous a paru intéressante par la divergence entre les phénomènes cliniques et les lésions constatées, par la tolérance d'une thrombose aussi volumineuse, qui certainement étant donnée l'organisation du caillot devait dater d'un mois et enfin par la rareté relative de ces caillots aussi volumineux.

#### Discussion :

A ce sujet, le docteur Cassuto rappelle le fait suivant : Au cours de la guerre, à l'Hôpital Militaire du Belvédère, un Sénégalais fut admis avec le diagnostic de « mauvais état général ». Le malade se promenait et ne présentait rien de spécial, sinon les bruits du cœur un peu voilés. Il mourut brusquement le lendemain, au cours de la visite.

A l'autopsie on découvrit une énorme péricardite, le cœur était perdu dans une véritable gangue fibreuse. Les feuillets du péricarde étaient remplacés par une coque épaisse. Il est curieux de noter la résistance énorme de cet homme qui avait toujours fait son service sans un jour de maladie.

×

Le D<sup>r</sup> JAUBERT DE BEAUJEU présente des radios remarquablement claires du crâne, du bassin et de l'estomac.

Le D<sup>r</sup> LUMBROSO fait remarquer à propos de la radio du crâne que le septum médian n'arrive pas jusqu'à la base du crâne, ce qui est assez fréquent sans qu'il y ait lésion.

## A propos de la Prostatectomie

### Les adénomes qui disparaissent après la cystostomie

par le Docteur DELEUIL

Nous savons que les adénomes prostatiques diminuent très souvent, dans de notables proportions, après la sonde à demeure, le cathétérisme journalier, (Guyon, Pasteau) et surtout après la cystostomie, lorsqu'on opère le malade en deux temps; diminution due, selon toute vraisemblance, à une forte décongestion locale.

Le docteur Oraison présentait à la *Société Française d'Urologie*, le 9 janvier 1922, les observations de trois cas de disparition complète d'hypertrophie de la prostate après cystostomie.

Beyer, de Gand, a publié des observations semblables.

La discussion de ces cas a été faite lors de la présentation d'Oraison. Les conclusions d'Oraison et celles de Pasteau nous ont semblé donner sur la question un jugement logique et solide; à savoir que :

1° Ces disparitions *cliniques* des adénomes prostatiques sont dues à la décongestion post-cystostomique, et ne sont en somme qu'une modification plus ou moins considérable de l'adénome;

2° La conduite à tenir en pareil cas est « qu'il faut détruire aussi complètement que possible le tissu fibreux qui englobe le col vésical, susceptible de redonner les accidents ». (Oraison).

On se trouve en somme ramené à ces cas de cols vésicaux fibro-ligneux que M. Escat enlève aux ciseaux.

Nous n'aurions pas eu l'idée, Messieurs, de remettre devant vous cette question que vous connaissez comme nous, si le travail d'un de nos confrères belges, paru récemment dans le journal le *Bruxelles Médical* (1), n'avait semblé donner à une des conclusions ci-dessus, une interprétation différente.

Le docteur Brigotte, de Jumet, intitule son intéressant travail, avec de belles observations, « Les Adénomes prostatiques *inopérables* ». Faut-il donc penser que dans les cas d'Oraison, l'opération a été inutile ?

Est-ce que dans tous les cas où il y a plutôt, comme le dit Escat, *atrophie* de la prostate, l'excision aux ciseaux du col fibreux ne guérit pas entièrement de vrais et lamentables malades ?

Le docteur Brigotte voit dans ces cas une preuve de la nature conges-

---

(1) *Bruxelles Médical*, 27 Septembre 1923.



tive de l'adénome ou du fibre-adénome; mais la dilacération du col préconisée par Oraison, empêche jusqu'à un certain point une tumeur congestive de se reproduire, tout comme la destruction de quelques ampoules hémorrhoidaires suffit à faire fondre un gros bourrelet.

Notre honorable confrère, dans ses deux observations laisse refermer la vessie après la cystostomie sans toucher au col vésical, ayant constaté la disparition de l'adénome. Dans une de ses observations, la prostate reprend après la fermeture, son volume primitif.

Nous pensons que la technique suivie par Oraison est meilleure que celle qui consiste à laisser tout simplement se refermer une vessie cystostomisée.

Nous avons opéré un malade, il y a près de trois ans qui, pour un très volumineux adénome avait été cystostomisé par notre confrère le docteur Brun. Je ne me souviens plus pour quelle raison je fus amené à faire moi-même le second temps. Quel ne fut point notre ennui de constater la disparition absolue d'une tumeur qui d'après Brun était très grosse. Je dilacérai un col fibreux qui semblait une petite pierre, et convaincu de cet évanouissement, je fis ce que j'avais vu faire à notre maître M. Escat, j'enlevai aux ciseaux les débris du col avec des difficultés que connaissent ceux qui ont pratiqué des prostatectomies difficiles. Les suites furent ordinaires; l'état fonctionnel ultérieur fut bon.

Il nous semble très logique de croire qu'en pareil cas l'existence de ce col fibreux eût suffi à réveiller tous les accidents du prostatisme.

Mais la question est plus importante.

Voici l'observation d'un de nos malades que nous avons opéré à Sadiki, il y a quatre mois :

El Hadj M. B..., 72 ans, de Béja, entre le 27 août 1923, salle I.

Il a une rétention d'urine depuis huit jours; il a été sondé plusieurs fois par le docteur de Béja. A l'examen on touche un adénome souple de la grosseur d'un petit œuf d'oie. La sonde que nous laissons à demeure ramène une urine sanguinolente.

Nous le cystostomisons le 10 septembre 1923, avec une azotémie de 0,93. L'état général mauvais redevient bon, le malade engraisse. Nous l'opérons de son deuxième temps, le 27 septembre, avec une azotémie de 0,53.

Or, quand nous eûmes mis notre doigt gauche dans le rectum, et l'index droit dans sa vessie, nous eûmes de la peine à reconnaître le col vésical. Ce dernier repéré et forcé, il nous fut absolument impossible de sentir entre nos doigts un adénome aussi mince eut-il été.

Nous fûmes extrêmement contrarié de la chose ayant annoncé au ma-

lade le but de l'opération ! Prenant la branche d'une paire de ciseaux, nous nous mîmes en devoir de pénétrer quand même dans la loge et d'enlever au moins en partie le col, cause certaine des accidents.

Or, en dilacérant la loge, nous finîmes par découvrir brusquement un plan de clivage et par arracher avec quelques difficultés un petit adénome pur, du volume d'une noisette aplatie, extrêmement souple. Les suites furent bonnes. Le malade sortit cicatrisé et guéri, le 20 octobre 1923.

Et bien, si dans ce cas nous nous étions contenté selon la technique de notre confrère le docteur Brigotte, de laisser cicatriser le méat hypogastrique, nous aurions laissé un noyau d'adénome, et un col congestif, double raison de voir réapparaître les accidents à bref délai.

Cette observation nous montre que même lorsqu'on est parfaitement sûr de ne rien trouver dans la loge prostatique, il peut arriver qu'on abandonne un noyau d'adénome imperceptible aux doigts qui semblent les plus avertis.

Cela est une raison majeure pour que la technique d'Oraison, comme celle de notre maître, M. Escat, soit suivie, et qu'on ne laisse jamais sans l'ouvrir et le dilacérer un col vésical même très souple.

Dans l'une comme dans l'autre de nos observations, un col fibro-ligneux, coriace, un infime noyau d'adénome à consistance de lipome, eut rendu illusoire l'opération, donné un résultat fonctionnel rapidement médiocre, eut laissé en place, les causes vraies de la rétention.

Nous pensons que notre deuxième observation est une démonstration évidente que ces adénomes qui disparaissent ne sont qu'une apparence.

La cause anatomique subsiste, et il faut savoir l'enlever.

×

## Résultats obtenus dans le traitement des cancers par les radiations

par le Dr GUINET

Depuis deux ans j'ai employé le radium et mon contact tournant Dault pour traiter les cancers. Je les ai employés tantôt séparément, tantôt en semble. J'ai traité :

- 12 cancers de la peau : 11 guérisons;
- 5 cancers du sein : 1 guérison;
- 2 récidives de cancer du sein : 1 guérison;
- 2 lymphadénomes du cou : 2 guérisons;
- 1 sarcome de l'amygdale : 1 guérison;
- 3 cancers de la langue : 1 guérison (cas récent);

- 5 cancers de l'utérus : 2 guérisons;
- 2 cancers de la lèvre : 1 guérison;
- 1 lymphosarcome du cou : 1 échec;
- 1 sarcome abdominal : disparu puis récidivé;
- 1 cancer du larynx : amélioré puis le malade a cessé le traitement;
- 1 cancer de la vessie : 1 échec;
- 1 cancer du rectum : en traitement;

Au total, j'ai donc traité : 37 cancers;

J'ai obtenu : 20 guérisons; 13 échecs; 1 récidive, 1 traitement interrompu; 1 malade en traitement.

Naturellement par guérison j'entends guérison locale, la récidive étant toujours possible. Pour certains cas, la guérison se maintient depuis deux ans, pour d'autres elles est plus récente. Quand j'ai employé la radiothérapie, mon ampoule « Coolidge Standard » a marché au régime de 93.000 volts, 3 milliampères, filtre de 7 millimètres ou de un centimètre d'aluminium suivant l'épaisseur ou la profondeur de la lésion. J'ai employé une à cinq portes d'entrée suivant les dimensions et la profondeur de la tumeur. J'ai employé de grands champs pour les lésions profondes.

Chaque jour j'ai donné la dose utile en une semaine avec repos un jour sur deux.

Quand j'ai employé le radium, j'ai cherché à employer la dose utile. Au début, en 1921, j'avais un tube de 50 milligr. de bromure de radium. Je me suis vite aperçu qu'il était impossible de faire du bon travail avec un seul tube et qu'il fallait varier les doses suivant les cas, tenant compte ainsi des principes enseignés par Regaud.

#### CANCERS DE LA PEAU

*Cancer du nez.* — Tumeur occupant la face droite du nez, obstruant complètement la narine. Deux portes d'entrée, disparition de la tumeur en six semaines.

*Cancer de la peau des joues.* — Cliniquement il s'agissait d'ulcérations à fond induré et saignant, probablement baso-cellulaires (en clientèle il est difficile de faire consentir le malade à un examen histologique).

J'ai fait une seule séance, disparition en 5 à 6 semaines.

*Cancer en chou-fleur de l'oreille.* — Tumeur assez étendue du pavillon de l'oreille. Application de 50 milligr. de bromure de radium pendant 24 heures; guérison en 45 jours.

*Ulcus Rodens.* — Trois cas, l'un très étendu, les autres plus petits. Le premier a été traité par 50 milligr. de radium pendant 48 heures; la cicatrisation a été complète en 5 semaines, mais la récidive s'est produite

# MIDY

## POMMADE SUPPOSITOIRES

### MIDY

### MIDY

**4**  
principes actifs  
d'une efficacité  
certaine



ADRENALINE  
STOVAÏNE  
ANESTHÉSINE  
EX<sup>ts</sup> DE MARRONS D'INDE  
FRAIS, STABILISÉ.

ECHANTILLONS: 4, RUE

DU COLONEL MOLL, PARIS

# HEMORROIDES

ECZÉMAS - ULCÈRES - PRURITS

# INOTYOL

du D<sup>r</sup> DEBAT

et toute irritation de la Peau

*Echantillons: 35 Rue des Aulx-Champs - Paris*  
*Dépôt Général: V. BOCCARA, 15, Rue St-Charles Tunis*

# L'Assurance Médicale Française

Société Mutuelle d'Assurances à cotisations fixes  
administrée et dirigée exclusivement par des médecins  
(Ancienne « ANCRE MEDICALE »)

Reassurances : la « SOCIÉTÉ LYONNAISE DE REASSURANCES »  
et Compagnies consortiées, Capitaux sociaux : SEPT MILLIONS

Siège Social : 1, Quai de la Pêcherie — LYON

Adr. Télég. : SOLYONASSUR-LYON

TÉLÉPH. BARRE 36-86

## BRANCHES PRINCIPALES :

### Responsabilité Professionnelle

#### Accidents - Maladies

#### Locomotion - Incendie

L'Assurance Médicale Française, garantit les Médecins contre :

1° les actions en responsabilité auxquelles ils sont exposés du chef de l'exercice de leur profession.

2° Les accidents et les maladies, par des capitaux et des indemnités temporaires.

3° Les dommages qu'ils peuvent occasionner à des tiers et subir de leur fait ou du fait d'autrui, dans l'usage d'un mode de locomotion.

4° Les conséquences de l'incendie de toutes propriétés mobilières et immobilières, y compris les automobiles.

Pas d'actionnaires, pas de dividende à servir : ristournes aux assurés sur les bénéfices de chaque exercice.

Indemnités réglées : environ un million (à fin décembre 1922).

Fonds de Réserve et de Prévoyance dépassant 1.000.000 de francs.

Délégué Régional : M. NORBERT DESCHAMPS

14, Rue de Russie — TUNIS

un an après, je l'ai traité par la radiothérapie qui ne l'a pas améliorée; j'attribue cet échec à l'emploi d'une dose insuffisante. Chez les autres malades, la guérison s'est produite en six semaines.

Sarcome de l'index; guérison en deux mois après une seule séance de radiothérapie.

Les deux derniers cas se rapportent à un groupe de trois petites ulcérations résistant aux autres traitements et à une petite tumeur du pavillon de l'oreille.

La guérison s'est produite en peu de semaines.

### CANCERS DU SEIN

J'ai traité cinq cas : trois inopérables et deux opérables; un a été traité par la radiothérapie seule, la tumeur et les ganglions ont disparu en deux mois et demi (ce cas était opérable); les autres ont été traités, un, par des aiguilles de radium dans la tumeur, les derniers, par radium et radiothérapie associés; les résultats ont été mauvais, après une amélioration temporaire la maladie a repris sa marche et le décès est survenu. Dans le cancer du sein, il faut irradier d'abord, soit avec les rayons, soit avec des aiguilles de radium et opérer un mois après.

### RECIDIVES DU CANCER DU SEIN

Dans un cas j'ai employé les rayons X seuls, trois séances à six semaines d'intervalle ont amené la guérison locale mais la malade est décédée d'une autre métastase. L'autre cas a été traité par le radium et les rayons, aucun résultat n'a été obtenu.

### LYMPHADENOME DU COU

Deux cas, les tumeurs étaient l'une de la taille d'une orange; l'autre plus petite. La première a été traitée par la radiothérapie, trois portes d'entrée, une seule séance; guérison en deux mois, se maintient depuis 15 mois. La seconde a été traitée par un tube de radium placé sur la peau, 24 heures à un endroit, et 24 heures à un autre, filtration par deux millimètres d'aluminium et un centimètre de compresses; guérison en six semaines; il y a eu une légère réaction de la peau.

Depuis l'année dernière à l'Institut de Barium, ils placent des tubes sur la peau; la radiothérapie est plus simple.

### LYMPHOSARCOME DU COU

Dans ce cas, j'ai eu un échec complet. Il s'agissait d'un malade de 65 ans; le début de la tumeur datait de trois mois, elle était grosse comme une grenade; j'ai irradié par quatre portes d'entrée; trois semaines la tu-

meur avait un peu diminué mais un mois plus tard, elle se mit à grossir rapidement et le malade mourut. A quoi attribuer cet échec : il me semble avoir donné la dose suffisante, peut-être la tumeur s'étendait-elle plus loin et plus profondément que je croyais; peut-être aussi s'agissait-il d'un sarcome à marche rapide, si un cas semblable se présente, j'emploierai des champs plus étendus.

Pour les lymphosarcomes il semble que la radiothérapie guérisse la tumeur, mais qu'elle n'empêche pas la récurrence, c'est ce qui se passe pour les sarcomes en général, ils sont radiosensibles, mais la récurrence est le plus souvent radio-résistante. D'ailleurs, dans ces cas la chirurgie est le plus souvent impuissante.

#### SARCOMÉ DE L'AMYGDALE

Irradiations par deux champs, dose érythème à chaque champ. Disparition en un mois. Il y a eu un fort gonflement de la peau et un peu de rougeur.

#### CANCERS DE LA LANGUE

J'ai traité trois cas inopérables, l'un était sublingual, l'autre latéral et le troisième à gauche de la base très profondément. Tous les trois ont été traités par des tubes de radium sur la lésion et par l'irradiation des ganglions. Dans les deux premiers cas, la cicatrisation a été rapide, mais la récurrence l'a été autant, malgré la forte dose employée, la radiothérapie a été sans action sur les ganglions. Dans le dernier cas traité, il y a quatre mois, les ganglions ont disparu, la tumeur placée sur la base de la langue a été très difficile à soigner, je ne pouvais pas mettre d'aiguilles, j'ai dû placer deux tubes de 25 milligr. de bromure de radium très filtrés, je les ai laissés 60 heures; la réaction locale a été violente, mais la cicatrisation s'est faite en deux mois environ. Le cas est trop récent pour que je puisse présager de l'avenir.

Pour les cancers de la langue et du plancher de la bouche, Regaud vient de publier une statistique qui montre bien les progrès obtenus avec l'amélioration des techniques. Sa proportion de malades vivants après un an, a passé de 5,5 % en 1919, à 29,6 % en 1920 et à 58,5 % en 1921.

Récemment, à la suite de communications de Proust, Mallet, et Joly, on a adopté pour les cancers de la langue opérables la technique suivante :

- 1<sup>er</sup> temps, irradier les ganglions;
- 2<sup>o</sup> appliquer des aiguilles de radium dans le cancer;
- 3<sup>o</sup> enlever les ganglions.

### CANCERS DE L'UTERUS

J'ai traité cinq cas dont deux opérables et trois inopérables à un stade très avancé. Les deux premiers ont très bien guéris, les autres sont décédés après une survie plus ou moins longue. Les cas qui ont guéris ont été traités par des tubes intra-utérins et par deux tubes vaginaux; je pensais faire ensuite opérer les malades, mais se trouvant bien, elles ont refusé, la guérison se maintient pour l'une, depuis 18 mois; l'autre, depuis 15; j'ai irradié le paramètre aux rayons.

Voici la statistique de Regaud :

La statistique porte sur 234 cas dont 226 cancers du col et 8 du corps.

1° *Récidive post-opératoire* : 16 décès; 3 non guéries ont eu des survies prolongées; 2 guéries.

a) Cas inopérables : 114 cas :

15 survies avec guérison complète : 13 %;

14 opérations : 12,4 %.

b) Cas d'opérabilité douteuse : 67 cas :

24 survies, guérison complète : 35,8 %;

24 améliorations prolongées : 35,8 %.

c) Cas opérables : 24 cas :

11 guéris : 45,8 %;

6 améliorés : 25 %.

Regaud fait remarquer l'amélioration graduelle des résultats :

Le pourcentage a passé de :

9,3 à 26,3 % pour les inopérables;

36,8 à 43,7 % pour les cas à limite d'opérabilité;

50 à 63 % pour les cas opérables.

Au sujet de la conduite à tenir, Regaud écrit :

La curiéthérapie intentionnellement post-opératoire est une faute professionnelle.

Dans les cas avancés préférer la radiothérapie.

Quand il y a envahissement du paramètre, il faut employer d'abord les rayons X puis le radium.

Ne considérer comme à opérer que les cas limités strictement à l'utérus, sans la moindre extension au paramètre et aux culs-de-sacs vaginaux.

Il n'y a pas de cas réservés à la chirurgie seule, l'hystérectomie abdominale simple ne souffre d'aucune difficulté ni d'aucun danger imputable à la curiéthérapie.

### CANCERS DE LA LEVRE

J'en ai traité deux; l'un était accompagné d'adénopathie, l'autre était



à son début. J'ai irradié les ganglions et appliqué du radium sur la lésion, le premier a récidivé au bout d'un an, le second se maintient guéri.

#### SARCOME DE L'ABDOMEN

Il s'agissait d'un très volumineux sarcome abdominal développé aux dépens du rein droit. Irradié par quatre portes d'entrée, le sarcome a complètement disparu en cinq semaines, mais six semaines plus tard, une récidive s'est produite, que j'ai dû irradier de nouveau, je crains que une nouvelle récidive ne survienne et que les radiations ne donnent alors aucun résultat.

#### CANCER DU LARYNX

Je l'ai irradié par trois portes d'entrée, le résultat a d'abord été très bon, les hémorragies avaient disparu, le malade pouvait s'alimenter, je lui fis une séance, six semaines après, l'examen du larynx montra une amélioration notable, mais un mois et demi plus tard une hémorragie s'étant produite, le malade a cessé le traitement, il est décédé trois mois plus tard.

Dans un travail de l'année dernière, Portmann, de Bordeaux, a publié les résultats intéressants obtenus avec un appareillage de 100.000 volts.

Je cite pour mémoire un cancer de la vessie, la maladie étant très avancée.

Quoique je n'ai pas eu à traiter de cancers de l'œsophage, je crois utile de signaler les résultats remarquables obtenus par Guisez qui ont été publiés dans la *Presse Médicale* et qu'il a communiqué au Congrès de chirurgie. Nogier a également fait une intéressante communication. Ce cancer étant incurable il faut se déclarer heureux de disposer d'un traitement qui permet d'entrevoir la guérison.

Pour les cancers de l'estomac et de l'intestin tout le monde est d'accord. Je cite cependant une observation récente de Gosset qui dit avoir trouvé stérilisé, au cours d'une opération, un cancer du colon qui avait été traité par la radiothérapie.

Les cancers du rectum doivent être traités comme ceux de l'utérus, c'est-à-dire irradiés par des tubes de radium et les rayons X, puis opérés.

La question des cancers de la vessie est très discutée, il ne semble pas possible encore de fixer la conduite à tenir.

Ces résultats montrent qu'avec un appareil à pénétration moyenne on peut obtenir des résultats très bons dans le traitement des cancers.

Je me propose de doser les rayons en profondeur avec l'ionomètre de So-

lomon et d'étudier aussi le rendement avec un filtre d'un demi millimètre de zinc.

Au sujet de la ligne de conduite à tenir dans le traitement du cancer il faut s'en rapporter au rapport de Regaud fait le 19 janvier à la Commission du cancer.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1923 la Commission du Cancer a adopté un rapport de Regaud dont voici les conclusions.

Nécessité de faire un diagnostic précoce avec vérification histologique. Recourir suivant le cas, soit à la chirurgie, soit à la radiothérapie, soit au radium; souvent il faudra associer ces divers traitements.

Nécessité de posséder un poste radiologique suffisant et un assortiment de tubes et d'aiguilles de radium permettant de varier les doses suivant les cas.

Dans ce rapport Regaud écrit la phrase suivante :

Les indications respectives de ces procédés de traitement, dans les cas curables, ne peuvent pas actuellement faire l'objet de préceptes durables parce que, si la chirurgie du cancer paraît désormais bien réglée, la radiothérapie ne l'est pas encore, ses techniques et ses résultats étant en transformation continue.

Cette phrase a permis à certains de dire : vous voyez qu'un des maîtres de la curie-thérapie reconnaît lui-même que la radiothérapie n'était pas au point, il vaut donc mieux employer la chirurgie et ne réserver les radiations aux cas inopérables. Ce n'est certainement pas ce que Regaud a voulu dire puisque lui-même publie les statistiques que j'ai citées plus haut, qui montrent bien que, comme il le dit, la thérapeutique par les radiations est en progression constante. Puisque les chirurgiens envoient au radiothérapeute les cas qu'ils ne peuvent pas opérer, ou les récidives, pourquoi pensent-ils qu'ils peuvent se passer de la radiothérapie quand le cas est opérable. Dans cette question il ne faut pas avoir de parti pris, il faut que les chirurgiens et les radiothérapeutes collaborent, et que la thérapeutique jugée la meilleure dans l'état actuel de la science soit choisie d'un commun accord.

#### Discussion :

Le docteur CORTESI demande s'il a été fait des examens histologiques pour chacun des cas présentés.

Le docteur GUINET affirme que malgré qu'il n'y ait pas eu de biopsie, fort difficile en clientèle, les diagnostics ne peuvent pas faire de doute.

Le docteur GURBO LEVY demande s'il y a eu une ou plusieurs applications de radium pour les cas de cancers utérins.

Le docteur GUINET répond que suivant les principes de Regaud, il a tâché de donner en une seule fois la dose utile.

Docteur DEBBASCH. — Il serait nécessaire de fixer quelques points de technique qui nous paraissent insuffisants. Il est reconnu aujourd'hui que l'effet des rayons X augmente quand leur longueur d'onde diminue; aussi l'évolution actuelle est d'utiliser des appareils pouvant donner des rayons de longueur d'onde très petite. (On sait que le radium a un pouvoir de pénétration intense à cause des rayons X de très petite longueur d'onde). Il est reconnu qu'on y arrive en augmentant la tension; aussi m'est-il permis de dire qu'une tension de 93.000 volts est insuffisante dans le traitement des tumeurs profondes.

La filtration de 7 millimètres d'aluminium est insuffisante, il faut au moins 1 cm.

Il n'a pas été tenu compte du taux de transmission : on augmente le nombre de portes d'entrée non pas seulement suivant la grosseur de la tumeur à irradier, mais surtout pour améliorer la dose reçue en profondeur.

Le docteur GUINET emploie un filtre de un centimètre pour les tumeurs profondes, les portes d'entrée servent aussi bien pour irradier toute la tumeur que pour augmenter la dose en profondeur. Le Docteur Guinet est d'accord avec le docteur Debbasche, pour reconnaître qu'un appareillage de 200.000 volts donne des rayons plus pénétrants qu'un de 100.000 mais il fait remarquer que les résultats qu'il a obtenus n'en sont pas moins intéressants et que une communication récente de Draulot Lapointe a montré qu'avec leur appareil, le rendement en profondeur mesuré avec l'ionomètre de Solomon et le fantôme de Joly a donné avec un champ de 12/12, 39 % à 8,5 centes de profondeur et 26,5 % à 11, chiffres qui montrent que l'on put obtenir un excellent rendement avec un poste comme le sien. Le docteur Guinet ajoute que jamais il n'a eu de radiodermite.

Le docteur COHEN-HADRIA demande quelques précisions sur la nature des cancers traités et présentés comme guéris. Tous les cancers de la peau ne présentent pas le même caractère malin. Les uns guérissent les basocellulaires presque tout seuls et d'autres, les spinocellulaires, sont très rebelles au traitement.

Le docteur GUINET fait remarquer que ces observations détaillées paraî-

trouvé dans le bulletin et que la plupart de ces cancers étaient des basocellulaires.

Le docteur PEREZ estime que la question du traitement du cancer par les rayons X est un sujet trop vaste pour être exposé et discuté en si peu de temps. Il eut été très intéressant de connaître avec plus de détails les techniques employées et les doses administrées.

La biopsie est d'une utilité incontestable, le laboratoire permet de préciser la nature du néo, cette indication est un guide important pour la technique à suivre; la dose à administrer et pour établir un pronostic. Avant Proust et Mallet, le docteur Nogier préconisait l'association des irradiations et de l'exérèse chirurgicale, mais les radiations doivent toujours précéder l'exérèse. Il n'est pas nécessaire pour traiter avec succès les cancers de posséder des appareillages donnant 200.000 volts; avant l'apparition de ces appareils on obtenait de très bons résultats dans le traitement du cancer. Nogier pour augmenter le rendement avait imaginé un ingénieur dispositif adapté à l'amputé lui permettant d'obtenir au moins cinq centimètres d'étincelles de plus. Ce modèle n'étant pas déposé, la maison Ropiquet fabrique un appareil semblable désigné sous le nom de para-étincelle système Nogier.

Le docteur DEBBASCH propose à la Société de voter un vœu invitant les Pouvoirs publics à créer un centre de traitement du cancer.

Le docteur MASSELOT estime que la proposition est intempestive. On ne peut parler d'un institut du cancer dont les services ne peuvent être qu'accessoirement, la question n'étant pas encore au point; dans un pays qui n'a encore ni sanatorium, ni asile d'aliénés.

Le docteur GUINET fait remarquer que le poste de radiothérapie servirait aussi pour le traitement des tuberculoses locales, des fibromes, etc.

Le docteur MASSELOT estime que le bon soleil tunisien est un excellent thérapeute des tuberculoses locales.

Le docteur SORIA fait remarquer que l'on traite et que l'on peut encore continuer à traiter les cancers dans les hôpitaux.

Le docteur GUINET déclare retirer le vœu déposé par Debbasch et lui, pour la création de l'Institut du cancer.

---

### Que doit-on opérer

#### Quand doit-on opérer

#### en gastro-entérologie ?

par le Dr Maurice DELOBT

Un volume de la collection *Les Actualités Thérapeutiques*, 1923

L'excellent clinicien de l'hôpital St-Michel, qui voulut bien nous honorer de son amitié, vient de publier un petit ouvrage qui répond à un véritable besoin.

En effet, de plus en plus, en gastro-entérologie plus peut-être que dans les autres branches de la médecine, le problème de l'opportunité opératoire se pose au médecin et c'est lui qui devra être juge en matière de décision opératoire. Mais pourquoi pas le chirurgien ? Parce que, répond Delort, c'est le médecin qui connaît le malade le plus en détail : « Il l'a conduit à la chimie, à la radioscopie, à l'endologie. Il a enfin posé le diagnostic. Il a étudié l'état général, il a pesé et mesuré son malade. Il peut apprécier sa résistance. Il sait mieux que personne sa chance opératoire. Le chirurgien ne peut pas remplacer le médecin dans cette tâche. Il est presque toujours beaucoup moins mêlé à la médecine que le médecin à la chirurgie. »

Pour décider de l'opération, il faut d'abord un diagnostic. La laparotomie exploratrice doit avoir vécu : elle est « sinon un malheur du moins une extrémité. »

Le diagnostic reposera sur l'interrogatoire, l'examen objectif clinique, l'examen chimique, radioscopique, endoscopique.

De la précision du diagnostic dépendra la conduite à tenir. L'auteur passe en revue ainsi toutes les affections du tube digestif et donne les indications concernant chacune d'elles.

Mais le diagnostic posé ne représente qu'une considération *locale* qui commande l'opérateur. Il faut de plus ajouter dans la balance des considérations *générales* qui sont fonctions d'un certain nombre de facteurs qui sont :

- 1° les antécédents personnels;
- 2° les antécédents héréditaires;
- 3° l'appréciation de la valeur fonctionnelle de différents organes;
- a) Appareil circulatoire. Les lésions valvulaires ne constituent qu'un petit obstacle. Les altérations de la pression artérielle sont beaucoup plus **importantes**;

b) Appareil respiratoire. L'obstacle à l'opération a son importance en raison directe de la surface du champ pulmonaire supprimée.

c) Foie. L'histoire du malade, la glycosurie alimentaire, l'étude du choc hémoclasique décideront.

d) Rein. La constante d'Ambard est le meilleur critérium.

e) Nutrition générale, glandes closes et système neuro-végétatif. Le diabète reste un gros obstacle. Les troubles marqués des surrénales ou de la thyroïde sont rares. On n'a jamais encore mis en ligne de compte comme contre-indication opératoire, les réactions exagérées du sympathique ou du pneumogastrique.

f) Système nerveux. Les maladies organiques ne sont pas des obstacles à opération.

g) Etat psychique. Etat émotif. C'est là un facteur considérable sur lequel on n'insiste pas assez.

L'auteur conclut ainsi : « Il (le médecin) ne doit appliquer la thérapeutique sanglante, autant que possible, qu'à coup sûr. La chirurgie fait partie des remèdes qui ne s'essayeront pas sans danger. C'est pourquoi, on ne fera jamais assez d'efforts, pour l'éclairer pour déterminer son rôle, pour lui présenter tous les malades qu'elle doit guérir, mais rien que les malades qu'elle doit guérir. »

M. U.

---

### Récentes acquisitions d'ordre médical sur la péritonite tuberculeuse

par Pierre PRUVOST

Journal Médical Français, Juillet 1923

On décrivait classiquement une forme ascitique, une forme fibreuse et une forme fibro-adhésive de la péritonite tuberculeuse. Les

recherches cliniques récentes ont montré qu'il faut leur ajouter deux formes nouvelles :

1° Des formes diffuses, anascitiques (Armand Delille 1913), apparaissant surtout chez des enfants ou des adolescents, se manifestant par des crises douloureuses abdominales affectant l'aspect clinique d'accidents péritonéaux, de typhus bacillose, des réactions douloureuses de tout l'abdomen prédominant à la région cystique ou appendiculaire, diagnostiquables grâce à la localisation des algies, indépendantes des organes sous-jacents, à la co-existence de signes de pleurite et des signes d'imprégnation tuberculeuse.

2° Des formes limitées ou partielles. Toutes les régions du péritoine

peuvent être le siège de processus inflammatoire tuberculeux, sans participation des organes sous-jacents, et prendre de masque de toutes les réactions régionales de l'abdomen. On a ainsi décrit tour à tour une péritonite à syndrome appendiculaire (Lejars, Broca, Brun, Routier, Anénu), une péritonite à syndrome de pérityphlite (Pariot), une péritonite à type de colopathie chronique (Durand et Cade), à type de fausse entérite (Joltrain et Bauffe), à type de syndrome sigmoïdien, à forme phrénique (Løper), à forme de pelvi-péritonite surtout chez la femme (Brouardel, Talamon, Leuret, Merry), mais pouvant s'observer chez l'homme (Duvergey).

Le diagnostic n'est pas rendu ainsi bien facile. Il faut d'abord s'assurer qu'il s'agit bien d'une péritonite plastique et non d'une affection viscérale avec réaction plus ou moins importante du péritoine. L'idée de péritonite devra naître toutes les fois qu'il existe ces entéropathies ou gastropathies qu'on a trop souvent tendance à regarder comme primitives (Pariot). Les caractères de la douleur rendront grand service : la douleur survient d'emblée, spontanément, elle est fixe et durable, accrue par la pression, la palpation profonde et surtout par la décompression brusque, exagérée par la fatigue. La douleur réveillée par la palpation sous l'écran ne se juxtapose pas au siège de l'organe incriminé, elle n'est pas mobile avec cet organe. L'immobilité de l'organe, par contre, si elle est isolée, serait plutôt en faveur de la péritonite.

Lorsqu'on est certain qu'il s'agit bien de péritonite plastique primitive, il faut éliminer la syphilis qui peut donner les mêmes réactions que la tuberculose, en particulier les polysérosites, la forme pleuropéritonéale. C'est encore là un diagnostic très délicat.

Il faut enfin faire la preuve de la nature tuberculeuse de la péritonite, par la clinique (existence de signes de pleurésie ou de pleurite antérieures (loi de Godelier) présence de manifestations d'emprégnation tuberculeuses) par le laboratoire (recherche de bk dans l'exsudat péritonéal qu'il faut préférer aux réactions humorales qui ne sont pas d'un grand secours diagnostique), enfin exceptionnellement par la laparotomie exploratrice.

A côté des traitements anciens, il sied de rappeler l'action souvent favorable des injections de gaz dans la séreuse péritonéale : Air (Moretig Moorhof, Duran et Follet et, récemment, P. E. Weillet J. Loiseleur) ou éther (Guillaumont), de l'héliothérapie autant que possible totale (Armand Delille) qu'on pourra associer à la laparotomie (Témoin), de la ra-

diothérapie enfin qui convient aux formes ascitiques et fibreuses quand il n'y a pas la généralisation pulmonaire ou de cachexie (E. Albert Weill).

M. U.

---

### Traitement de la gale

par le bisulfite de sodium

par E. LÉPINAN

*Société de Romestologie et de Lyphiliographie, 14 Juin 1923*

---

Emploi d'une des  
pommades suivantes :  
Solution Codex de bi-

sulfite de soude : 600 grammes;

Lanoline anhydre : 400 grammes.

ou

Bisulfite de soude anhydre : 200 grammes;

Eau distillée : 200 grammes;

Vaseline : 200 grammes;

Lanoline : 400 grammes.

Faciles à préparer, peu coûteuses, non irritantes, ces pommades sont parfaitement supportées même dans les grandes compliquées d'eczéma ou de pyodermites. Sans savonnages, ni bains, application de la pommade le soir pendant deux ou trois jours consécutifs. Pas de désinfection de vêtements ou seulement leur nettoyage à la benzine.

H. J.

---

### Quelques nouveaux traitements

du typhus exanthématique

*Bulletin Sanitaire de l'Algérie, 15 Septembre 1923, n° 314*

---

Le Dr L. Raynaud  
passe en revue les trois  
nouveaux traitements  
proposés.

Le premier, dû à  
Derrieu et Camatte,  
consiste à injecter dans les veines 5 à 6 gr. de salicylate de soude en solution au 1/10 c. par jour. Sur 19 cas, 16 guérissent. Trois moururent, deux par asthénie cardiaque, l'autre par azotémie élevée. D'où l'importance de soutenir le cœur et de doser au préalable l'urée sanguine.

Le second, dû à Bridré et Senevet, est dénommé par ces auteurs « pyothérapie aseptique ». Il consiste à injecter chaque jour 2 cc. d'un produit obtenu en provoquant un abcès aseptique chez un cheval par injection d'essence de térébenthine. Les leucocytes rassemblés dans la poche sont dilués à l'eau phénolée à 5 o/oo. Sur 49 malades soignés par ces auteurs et par Le Bourdellès, il n'y eut que deux décès.

Le troisième traitement enfin, a été expérimenté par Modinos d'Alexan-



drie. Il consiste dans l'emploi d'un vaccin contenant 3 milliards de Proteus  $\times$  19 par centimètre cube. On injecte de 1/10 à 1/2 centimètre cube. Il ne se produit pas de réaction. Douze cas traités de la sorte ont guéri.

Voici les références bibliographiques de ce travail :

Derrieu et Camatte. *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord*, mars 1923.

Bridré et Senevet. *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord*, avril 1923.

Bridré et Senevet. *Société de Biologie*, 7 juin 1919.

Le Bourdellès. *Société de Pathologie exotique*, 14 juin 1922.

Modinos. *Paris-Médical*, 12 mai 1923.

M. U.

### Lymphogranulomatose inguinale subaiguë

d'origine vénérienne

### Ulcère vénérien adénogène

par J. NICOLAS et M. FAVRE

Rapport au 1<sup>er</sup> Congrès de Dermatologistes de langue française

Décrite en 1913, par Durand, Nicolas et Favre, puis par leur élève Gaté, la lymphogranulomatose inguinale fut étudiée depuis par de nombreux auteurs.

L'adénite débute par un petit ganglion, d'abord isolé et peu douloureux, puis plus volumineux, plus douloureux, un peu empâté. Au bout de quinze jours, la lésion est constituée par une nappe infiltrée, dure, mobilisable sans grande douleur au-dessus des plans profonds (signe de l'ébranlement ganglionnaire). Il se forme enfin une suppuration parcellaire, à petits foyers multiples isolés, disséminés dans le parenchyme, et fistulisés, qui est très caractéristique.

La maladie évolue ainsi progressivement; elle est toujours accompagnée d'une adénite iliaque interne qui ne suppure jamais.

Cette affection est le plus souvent unilatérale, parfois bilatérale. Le pus est filant, glaireux, difficile à aspirer dans une pipette ou à étaler sur lame.

Il existe un chancre d'inoculation, très difficile à constater car il est fugace. C'est une lésion herpétiforme. Parfois on ne trouve qu'un peu de balanite ou un écoulement urétral non gonococcique.

Les localisations extra-génitales sont rares. Nicolas relate le cas d'une adénite lymphogranulomatose axillaire chez un chirurgien à la suite de la piqure d'un doigt; ce fait a la valeur d'une véritable expérience.

Quelques phénomènes généraux existent à la période d'installation de la maladie. Ravaut signale une hépatomégalie et une splénomégalie que n'ont pas constatées N... et F...

La formule leucocytaire se caractérise par une légère leucocytose se manifestant par une augmentation considérable du nombre des moyens et des grands mononucléaires.

Ravaut a constaté sur trois de ses malades non syphilitiques, un BW positif passagèrement.

Ces phénomènes généraux paraissent trop peu importants pour que, suivant les idées de Ravaut, on appelle cette maladie poradénolymphite suppurée bénigne à forme septicémique.

L'anatomie pathologique est assez caractéristique. Les ganglions et leur atmosphère cellulaire sont transformés par places en un tissu conjonctif rappelant le tissu de granulation du bourgeon charnu, riche en plasmocytes. Dans ce tissu, on observe des gommes et des abcès stellaires à bordure épithélioïde renfermant, à côté des polynucléaires, de grosses cellules acidophiles à protoplasme bourré de granulations chromophiles, que certains auteurs ont pris pour des parasites. On voit des cellules géantes et des amas épithélioïdes.

Cette maladie s'observe surtout chez l'homme adulte; elle est rare chez la femme. Il existe quelques cas connus de lymphogranulomatose inguinale simultanée chez mari et femme. L'inoculation varie de 10 à 25 jours.

Aucun microbe connu n'a pu être mis en évidence dans le pus, Ravaut a cru voir des amibes. Favre a trouvé en culture sur milieu à l'œuf des mycobactéries auxquelles il attache une certaine importance.

L'auto-inoculation est négative. David et Dumas ont obtenu par inoculation dans la chambre antérieure de l'œil des lésions oculaires avec iritis reproductibles en série.

L'inoculation accidentelle d'un chirurgien signalée plus haut a la valeur d'une véritable expérience.

Le pronostic est bon, la gravité est surtout locale.

Le traitement a d'abord été seulement chirurgical. L'exérèse totale du paquet inguinal donne d'excellents résultats. Il est inutile de toucher à l'adénite iliaque qui se résorbe seule. La radiothérapie a une action excellente.

Des traitements médicaux, le g<sup>14</sup> et le mercure échouent toujours; le meilleur est celui de Ravaut (éméline et Lugol).

Il s'agit là d'une maladie bien autonome, ce n'est ni une adénite sup-

purée banale, ni un bubon pesteux, ni une adénite chancrèlleuse, ni un bubon syphilitique d'emblée d'Audry. Il ne semble pas non plus que ce soit une adénite tuberculeuse ou une adénite chancrèllo-tuberculeuse de Gougerot.

On doit rapprocher cette maladie du bubon climatique décrit par Muller et Justi en 1914, bubon dont la description clinique est calquée sur celle de la lymphogranulomatose de Nicolas et dont l'origine vénérienne apparaît certaine à ces auteurs.

Nicolas et Favre proposent d'abandonner leur première dénomination de lymphogranulomatose inguinale subaiguë qui peut prêter à confusion avec la lymphogranulomatose de Hodgkin pour celle d'*ulcère vénérien adénogène*.

E. C.-H.

---

#### LIVRES REÇUS

**Les sécrétions internes, leur influence sur le sang.** Par les Docteurs Maurice PERRIN, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy, et Alfred HANNS, Chargé de cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg. — Préface du Professeur A. GILBERT. — *Deuxième édition 1923.* — 1 volume in-8° de VIII - 284 pages. — Prix : 12 francs. — *Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.*

Plusieurs sécrétions internes apparaissent comme douées d'une influence sur l'hématopoïèse et sur le sang considéré comme tissu, M. Maurice Perrin a exposé en 1910 l'état de ses recherches personnelles et de celles faites tant en France qu'à l'étranger par de nombreux hématologistes sur l'influence des glandes endocrines et des tissus sur le sang. Ce livre, préfacé par le Professeur Gilbert, a été rapidement épuisé, mais la guerre a retardé la publication de la 2<sup>e</sup> édition, rédigée et mise à jour avec la collaboration du Docteur Alfred Hanns, également qualifié pour traiter cette question.

Les documents forts nombreux et importants que les auteurs passent en revue, confrontent et discutent, les amènent à confirmer les conclusions formulées en 1910 et à affirmer que les processus hématopoïétiques sont soumis, comme les autres actions glandulaires, à des influences humorales, et que l'hématopoïèse physiologique ne se fait pas tout entière en dehors de l'action des sécrétions internes. L'influence humorale de celles-ci intervient pour activer ou ralentir les processus histologiques formateurs ou destructeurs dont les organes hématopoïétiques sont le siège. Les organes hématopoïétiques eux-mêmes paraissent s'influencer réciproquement et même s'auto-influencer par voie humorale. Toutes les glandes endocrines et tous les tissus étudiés se sont montrés doués d'une influence à distance sur les processus hématopoïétiques de formation et de destruction, ou sur les éléments constitutifs du sang. Celui-ci étant très exposé aux influences altérantes ou destructives, on ne s'étonnera pas de voir que l'action des sécrétions internes

sur l'hématopoïèse est pour la majorité d'entre elles activante ou favorisante; l'hématopoïèse a plus besoin d'être stimulée que ralentie pour compenser les influences fâcheuses. La système d'hormones dont M. Perrin et A. Hanns affirment et décrivent l'existence constitue un élément primordial du mécanisme régulateur de l'hématopoïèse.

**Les Ulcères de l'Estomac et du Duodénum, Diagnostic clinique radioscopique et radiographique.** Par les Drs ENRIQUEZ, Médecin de l'hôpital de la Pitié, et Gaston DURAND, assistant de consultation des maladies de l'appareil digestif à l'hôpital de la Pitié. — 1 volume de 184 pages avec 12 figures et 8 planches en héliogravure. — *Collection Médecine et Chirurgie pratiques.* — Masson et Co, éditeurs. — Prix: 10 francs.

Malgré les progrès réalisés depuis 20 ans et les perfectionnements apportés dans les méthodes d'exploration, le diagnostic des *Ulcères de l'Estomac et du Duodénum* demeure une œuvre souvent difficile, présentant dans nombre de cas des difficultés apparemment insurmontables aussi bien pour le diagnostic de l'affection que pour celui du siège de l'Ulcère. Ces difficultés intéressent spécialement la période initiale de l'évolution de l'Ulcus, où qu'il siège, tout au moins les cas où l'ulcère n'est pas compliqué; c'est d'ailleurs dans ces conditions que le diagnostic offre le plus d'intérêt puisque de sa précocité dépend la curabilité de la lésion par le traitement médical.

Si le problème diagnostique de l'Ulcère n'est pas résolu de façon définitive comme en témoignent les discussions de récents congrès de médecine, les auteurs de ce livre veulent permettre au praticien de se reconnaître au milieu d'affirmations souvent contradictoires et de méthodes d'investigation variées. Ils veulent éviter cette schématisation excessive des éléments de ce diagnostic qui, sous prétexte de simplifier la tâche du praticien, ne s'accorde ni avec le polymorphisme clinique de l'ulcère gastrique du duodénum, ni même dans les cas les plus typiques avec la stricte réalité des faits.

Une brève partie historique expose d'abord l'évolution des idées touchant les critères du diagnostic et les étapes de ce diagnostic sont traitées ensuite en deux chapitres: *Diagnostic de la lésion — Diagnostic du siège.*

Loin de chercher à opposer les mérites des diverses méthodes d'investigation: tubage, radioscopie, radiographie, les auteurs soulignent l'aide réciproque que ces méthodes peuvent se donner et la nécessité fréquente de leur contrôle réciproque.

**"Médicus 1924", Guide-Annuaire des Praticiens,** in-8° raisin, relié pleine toile, 1500 pages, Prix: 20 francs. — Aimé ROUSAUD, 41, Rue des Ecoles, Paris (5<sup>e</sup>).

Ce Guide-Annuaire d'une documentation des plus soignée est incontestablement le plus complet qui existe. Sa division en 5 parties, divisées en chapitres, l'emploi de papiers de couleurs, un sommaire et une table des matières détaillés, en font le Guide-Annuaire le plus précieux et le plus facile à consulter.

Paraissant régulièrement chaque année — en Octobre-Novembre — il est

indispensable aux Médecins comme aux Pharmaciens, donnant à chacun tout ce qui peut les intéresser, car tout ce qui touche, de près ou de loin, à la profession médicale se trouve dans *MEDICUS*.

Quant à sa partie annuaire, grâce aux documents puisés aux sources officielles et aux nombreux correspondants que *MEDICUS* a su s'adjoindre, tant en France qu'aux Colonies, elle est aussi exacte que possible.

---

**Esculape**, grande Revue Mensuelle Illustrée. Lettres et Arts dans leurs Rapports avec les Sciences et la Médecine. — Abonnement: 25 francs (Etranger: 30 francs) — Le numéro: 3 frs 15, Rue Froidevaux, Paris (XIV<sup>e</sup>).

*Sommaire du numéro de Décembre 1923*

Les origines morbides de la sensibilité de Flaubert (7 ill.), par LOUIS BERTRAND. — La Mandragore: son image, sa légende (5 ill.), par JEAN AVALON. — Sur deux anatomies du Démon (2 ill.). — La curieuse figure du Docteur Gachet. Un ami et un amateur de la première heure de Cézanne, Renoir, Pissarro, Van Gogh (suite, 6 ill.); par le Dr VICTOR DOTTEAU. — Dissections clandestines au XIV<sup>e</sup> siècle (3 ill.), par Dr G. PORTIGLIETTI, de Gènes. — A propos de Buffon, de ses maladies, et de sa mort (1 ill.), par le Prof. J. SABRAZÈS, de Bordeaux. — supplément (11 ill.).

---

**Les Jumeaux**, par le Dr APERT, Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades. — Un volume in-18. — Prix: 7 fr. 50. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

L'étude des jumeaux offre un grand intérêt. La façon dont se constitue une grossesse gémellaire, tantôt par développement simultané de deux œufs humains, indépendants dès leur origine, tantôt par fragmentation d'un seul et unique œuf, est des plus curieuses. La croissance de deux jumeaux côte à côte dans la matrice maternelle entraîne éventuellement des conséquences dont l'étude biologique est très suggestive. L'observation des jumeaux nés d'un œuf, et dont l'identité physique et intellectuelle est presque parfaite, permet de mieux poser et de bien résoudre un certain nombre de problèmes qui ont depuis toujours fait l'objet des réflexions et des théories des philosophes, des psychologues, des pédagogues, des médecins: tels l'importance relative de l'hérédité et du milieu, des tendances natives, et de l'éducation, du tempérament et des causes extérieures de maladie. Il en résulte des applications pratiques fondées sur une base solide.

M. Apert a envisagé toutes ces questions du point de vue le plus général, mais en s'appuyant sur des documents précis tirés tant des statistiques que des enquêtes engéniques et de la pratique médicale. Il y joint de précieuses indications sur les causes immédiates de la gémellité, sur l'influence de certaines maladies, sur l'élevage des jumeaux et sur les maladies gémellaires.

---

**Les Syndromes Endocriniens dans l'Enfance et la Jeunesse**, P. NOBÉCOURT  
— Un volume in-18, Ernest Flammarion, Editeur, Paris.

Les glandes endocrines ou glandes à sécrétions internes jouent un rôle important dans les phénomènes de la vie, à tous les âges. Dans l'enfance et la jeunesse, elles président, en outre, à la croissance somatique, au développement intellectuel, à l'évolution pubertaire. Leurs altérations et leurs troubles fonctionnels ont toujours des conséquences fâcheuses, particulièrement chez les jeunes sujets en pleine période de développement; il se traduisent notamment par des anomalies physiques, intellectuelles et morales, par des dystrophies. Leur groupement réalise des *syndromes endocriniens*. Ces syndromes tiennent une place importante dans la pathologie et la clinique chez l'enfant et les jeunes gens.

La physiologie et la pathologie de certaines glandes endocrines sont établies sur des données précises. Mais il n'en est pas ainsi pour toutes. Parmi les syndromes dits endocriniens, il en est dont l'origine glandulaire semble certaine; il en est d'autres pour lesquels elle est moins évidente et même discutée. Dans l'état actuel de nos connaissances, des réserves s'imposent encore dans bien des cas.

En écrivant ce livre sur **Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse**, le P<sup>r</sup> NOBÉCOURT s'est placé sur le terrain de la clinique. Il décrit des types cliniques dépendant soit des troubles de telle ou telle glande, *syndromes thyroïdiens, parathyroïdiens hypophysaires, épiphysaires, thymiques, surrénaux, sexuels*, soit des troubles de plusieurs glandes *syndromes polyendocriniens ou pluriglandulaires*. Puis, à propos de chacun d'eux, il expose et il discute les faits donnés à l'appui de leur origine endocrinienne, il les examine sans parti pris, met en valeur ceux qui sont acquis et dégage la part de l'hypothèse, en tenant compte de l'anatomie pathologique, de la physiologie et de la pathologie. Il montre qu'un certain nombre de syndromes endocriniens ne méritent pas, en réalité, une telle appellation.

Ce livre comporte donc, d'une part, un élément positif, d'autre part, un élément critique. A ce double titre, il doit retenir l'attention des médecins; il leur permettra d'observer leurs malades, d'analyser les symptômes qu'ils présentent, de découvrir les facteurs étiologiques et pathogéniques, en dehors de toute idée préconçue et de conceptions trop exclusives, et, par suite, d'apprécier les indications de l'opothérapie et les résultats qu'il est légitime d'en attendre.

La lecture du livre est facilitée, même pour les personnes peu au courant de l'Endocrinologie, par le plan qu'a suivi l'auteur. Dans les premiers chapitres, avant de décrire les syndromes endocriniens, il a, en effet, étudié les *glandes endocrines et les sécrétions internes*, puis les modalités de la *croissance et de la puberté*, dont la connaissance est indispensable pour pouvoir aborder avec fruit la pathologie.



**LE MEDECIN DANS LA RUELLE**

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'adapter, 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 Pallice, 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 au lit du malade.

Ne craignez pas le reproche, vite et tôt formulé, d'*érudition livresque*:

au chevet du patient, c'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 désagègent, 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 du 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 pronostique, 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 destinai 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 devant 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.

×

Quelques confrères, animés du seul esprit scientifique, exclusif et rébarbatif, se sentent horripilés par la seule évocation d'un vocable : le *roman*. Pour ma part, j'y trouve matière à instruction véritable, en même temps que repos véritable de l'esprit qui a besoin de diversion.

Malgré tout votre mépris pour certaine littérature, je suis bien certain que vous avez lu « La Garçonne ». Aussi y avez-vous trouvé quelques faits d'inversions sexuelles qui ne dépareraient pas les pages d'un traité de psychiatrie. Et quel style ! Il faut regretter cependant qu'un beau talent d'écrivain se ravale à la description de pareilles misères humaines, et, peut-on le penser, dans un but trop pratique de spéculation commerciale.

Passons. Dans un autre ordre d'idées, vous auriez tout intérêt à lire les *Ombres*, de Pérochon, l'heureux auteur de Nèc, qui eut le *Prix Goncourt*, en 1920. Vous y trouverez un joli cas d'hallucinations mystiques, allant jusqu'à l'homicide, chez une femme émotive, se laissant égarer aux entraînements du spiritisme, des matérialisations, des photographies d'esprits, d'émissions d'ectoplasmes. C'est, dans les *Ombres*, une saisissante description des milieux de médiums en trances, de liseurs de pensées, de communications télépathiques. La toxicité psychique de ces



habitudes spiritistes apparaît notable et indiscutable et la prestigieuse affabulation de l'écrivain ajoute tout son attrait littéraire à l'intérêt du sujet de psychologie morbide.

Les romanciers ont toujours été tentés par les cas morbides de médecine mentale : il suffit de citer Balzac, avec le *Lys dans la vallée*, *Pierrette*, *Maître Cornélius*, *La Fille aux yeux d'or*, *Séraphitus-Séraphita*; Théophile Gauthier, *Mlle de Maupin*; Péladan, *Androgyne*, *Gynandre*, le *Vice suprême*; de Francis Carco, *L'Homme traqué*; de Paul Reboux, le *Phare*, les *Demi-Fous*, etc., etc. Et enfin Bourget.

Les tendances du célèbre auteur de *Cruelle énigme*, de *Crime d'amour*, de *Mensonges*, lui ont valu la critique médicale de M. le docteur Reine H. Louge qui lui consacre une thèse très étudiée : *Monsieur Paul Bourget psychiatre*. L'auteur a analysé scrupuleusement quelques psychopathes constitutionnels pris dans les romans du maître.

M<sup>me</sup> Louge, elle-même psychiatre, étudie la conception du roman chez M. P. Bourget qui dit, un jour, au docteur Voiversel : « j'ai râté ma vocation, j'aurais dû être médecin »; elle passe en revue les « émotifs » constitutionnels et les pervers dont notre grand romancier a campé superbement les silhouettes. L'influence du prof. Dupré s'y avère indéniable surtout dans les *Anomalies*. Dupré et Bourget, également célèbres, étaient très liés.

En lisant la thèse de M<sup>me</sup> Louge, vous retrouverez toute la doctrine de Dupré sur les *Déséquilibres constitutionnels du système nerveux*, si bien exposée dans une leçon recueillie par le *Paris Médical* du 11 janvier 1919, exposée brillamment par un de ses meilleurs élèves, le docteur Maurice Fourcade, dans la *Constitution émotive* (thèse de Paris, 1911).

Et cela vous donnera le désir de relire bien des romans de Bourget : *André Cornélis*, *Lazarine*, *Némésis*, le *Sens de la Mort*, *Anomalies*, le *Disciple* et enfin un des derniers parus, *La Géole*.

D<sup>r</sup> LEMANSKI

---

---

## ECHOS ET NOUVELLES

Notre confrère le docteur GUINET vient d'être élu, après exposé de ses titres et travaux, membre de la Société de Radiologie de France.

Toutes nos félicitations.

### Nécrologie

Nous avons appris avec tristesse la mort presque subite, le 25 novembre 1923, de notre confrère le docteur NADAL, de Souk el Arba. En trois mois, c'est le troisième médecin de colonisation de Tunisie qui disparaît.

Le docteur NADAL, un des plus anciens de ce cadre de vaillants médecins du bled, a disparu « à l'âge où l'effort déjà donné permet de juger qu'il n'a pas été inutile, à l'âge où la contemplation de ce qu'on a déjà fait met au cœur la joie de ce qu'on va faire encore. »

Le docteur NADAL avait fait de son hôpital un établissement parfait. Au milieu de ces races diverses où il pratiqua avec une ardeur et un dévouement sans bornes, cet excellent praticien sut se faire accepter par tous parce que, psychologue averti, ancien interne des asiles de la Seine, il avait su dégager ces nuances de mentalités parfois frustes, parfois compliquées si différentes de la nôtre.

NADAL voulut surtout s'attaquer à la lutte contre la mortalité des enfants et des femmes en couches. Esprit pratique, il ne vit que la solution suivante qu'il mit en exécution : pendant des années il donna avec une persévérance admirable « aux matrones ignorantes auxquelles le fellah se confie et continue à se confier des notions élémentaires d'hygiène et de propreté, ouvrit leur esprit à un peu de progrès, leur permettant ainsi, sinon d'être très utiles, au moins de ne plus être nuisibles. »

Avec sa patience et sa douceur, Nadal aurait réussi. Puisse son exemple être suivi par ses camarades du bled et se réaliser bientôt son rêve de voir s'ouvrir en Tunisie, de nombreuses écoles d'infirmières et de sages-femmes.

Nous adressons à la famille éplorée de notre regretté confrère, l'assurance de notre sympathie très attristée.

## **Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Marseille**

L'Institut de Médecine et de Pharmacie Coloniale annexé à cette Ecole délivre des diplômes de médecins et pharmaciens coloniaux deux fois par an. Chaque session d'examen est précédée d'un enseignement d'un trimestre. Les cours commencent le 3 janvier et le 1<sup>er</sup> avril.

L'enseignement est *clinique* (dans les hôpitaux) *théorique* (pathologie exotique, assistance médicale, bactériologie, parasitologie, hygiène coloniale, etc.) et *pratique* (travaux de laboratoires).

Après chaque examen une épreuve complémentaire sur la législation sanitaire maritime permet de conférer aux candidats pourvus du diplôme de médecin colonial, le titre de médecin sanitaire maritime



# TABLE DES MATIÈRES

Année 1923 (1)

## A

	Pages
Adénomes, Prostatectomie et Cystostomie (DELEUIL).....	413
<i>Affections (Quelques) pulmonaires aiguës et chroniques traitées avec succès par la vaccinothérapie</i> (BOURGES et JOBARD).....	136
Albuminuries (Les) et leur traitement (LECLERC).....	272
Analyse d'urine (Que peut-on attendre d'une) (CAILLON et LEGER)..	117
Analyse d'urine (Que peut-on attendre d'une) (CAILLON et LEGER)..	81
Anémies (Les) (TIXIER) .....	313
Angines (Les) de poitrine (MARTINET).....	139
Ankylostomiase (Un cas d') (DAIREAU).....	227
Année (L') médicale pratique (LIAN).....	233
Aortite abdominale à forme gastralgique (BISMUTH).....	304
Appendicites (Une famille à) (LEMANSKI).....	389
Appendicites (Quelques réflexions sur les) postérieures (BRUN)....	289
Artériosclérose (LECLERC) .....	46
Arthropathie (Un cas d') diabétique chez une femme arabe (BRUN et DELAMARRE) .....	327
Atlas de Parasitologie (HAUDUROY).....	93
Autohémothérapie (Incidents et accidents de l) (MOUTIER et RACHET)	346
Autoplastie faciale par lambeau du cuir chevelu à long pédicule temporal (BRUN) .....	250

## B

Boutons d'Orient (Le traitement des) (HOULOUST BEHDJET).....	352
Bronchite de Castellani (PAGNIEZ et RAVINA).....	91

## C

Calculs urétéral et vésical (DELEUIL).....	75
Cancer (Récents progrès dans l'étude du) (BAYET).....	400
Cancer de l'intestin (OKINCZYC).....	351
Cancers du rein, de la glande surrénale et des voies urinaires supérieures (LECENE et WOLFROMM) .....	353

(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
Cancer (La mortalité par) à Tunis (CONSEIL).....	239
Cancer (Notes à propos d'un) latent de l'estomac (MASSELOT).....	110
Cancer (FICHERA) .....	43
Chancres (Deux) (JAMIN) .....	112
Chirurgie des voies biliaires (HARTMAN).....	310
Cholécystite (Un cas de) calculuse à syndrômes complexes (CIVALDINI) . . . . .	290
Chorée (Un cas de) chronique héréditaire chez l'adulte chez un musulman (BROC et BIECHELER) .....	166
<i>Clinical observations of the morphology and function of the capillaires</i> (BOAS) .....	304
<i>Côlites (Les)</i> (CARNOT, HARVIER, FRIEDEL, LARDENNOIS).....	305
Commotion médullaire — Syndrome BROWN SÉQUARD (MASSELOT)..	70
Compression médullaire par kystes hidatiques vertébraux (RAMERY) . . . . .	405
<i>Conférences de clinique médicale</i> (RAMOND).....	234
<i>Consultations médico-chirurgicales</i> (DELANGRE) .....	274
<i>Consultations Oto-Rhino-Laryngologiques du Praticien</i> (PORTMANN) ..	48
<i>Crénothérapie et climatothérapie suivies d'une étude des principales stations hydrominérales et climatiques françaises</i> (VEILLET)...	314
<i>Cryothérapie (La) en dermatologie</i> (COHEN-HADRIA).....	340
Cystite intestinale (DELEUIL) .....	76

**D**

<i>Défenses (Les) de l'organisme</i> (HÉRELLE).....	354
Délire typique précoce (ROGALSKI).....	219
<i>Dents et maux de dents</i> (DUCOURNAË).....	47
<i>Déontologie (Précis de) et de médecine professionnelle</i> (MARTIN)..	232
<i>Diagnostique clinique</i> (MARTINET) .....	138
<i>Diagnostic et traitement des rétrécissements de l'œsophage et de la trachée</i> (GUISER) .....	308
<i>Diététique (Les problèmes actuels de)</i> (CARNOT, LABBÉ, LEREBOLLET, etc.) .....	306

**E**

Echinococcose (Un cas d') généralisée du péritoine (BRUN et BROC). ..	178
Éléphantiasis de la verge (BRUN).....	25
<i>Empirisme (De l') et des superstitions en médecine chez les Arabes de la Tunisie</i> (PRANZO) .....	42

	Pages
Encéphalite (Forme prolongée d') épidémique akinétique et myoclonique (RAMERY) .....	379
Encéphalite léthargique (BENMUSSA) .....	394
Endocardite au cours d'une méliococcie (BENMUSSA).....	170
Enseignements (Les) de la réaction de fixation appliquée à la tuberculose (RIEUX) .....	91
Epilepsies (CESTAN) .....	190
Epithélioma de la luette et du voile du palais (HOUBART et JACBERT DE BEAULIEU) .....	222
Erythème noueux dans ses rapports avec la syphilis et la tuberculose (HAYAT) .....	297
Essais de traitement du paludisme par le « trépol » (CONSEIL et GÉRARD) .. ..	40
Estomac (À propos des fils non résorbables dans les opérations sur l') (BRUN) .. ..	323
Evolution (L') des idées médicales sur la responsabilité des délinquants (VERGER) .....	190
Evolution de la Chirurgie (LECENE).....	185
Examen (Sur l') biologique des sangs dans la transfusion sanguine (DOURIS) .. ..	44
Examen fonctionnel du poumon (ACHARD).....	137
Erosions multiples ostéogéniques (BROC) .....	109
Expertise devant la Justice de paix dans les accidents du travail (MAILLON) .. ..	49
Exstrophie vésicale (Deux cas d') (SPEZ).....	382
<b>F</b>	
Fénugrée (LECLERC) .....	401
Fibromes — Traitement par les radiations (GUINET).....	26
Fièvre de Malte à forme ambulatoire (MASSELOT et VINCENT).....	224
Fièvre typhoïde en Tunisie (Notes cliniques sur la) (MASSELOT)....	362
Fièvres typhoïde et paratyphoïde (DUFOUR et THIERS).....	270
Fractures des membres (JUDET).....	142
<b>G</b>	
Glandes à sécrétion interne et leur valeur fonctionnelle (PARISOT et RICHARD) .. ..	272
<b>H</b>	
Hauteurs du fond de l'utérus au cours de la grossesse (VALMALE, GUERIN et LORIGT) .....	188



	Pages
<i>Manuel d'embryologie humaine</i> (VIGNOLI) .....	271
<i>Médicus</i> .....	50
<i>Mélicoccie avec hémoptysies</i> (ROGALSKI) .....	328
<i>Méningite aseptique</i> (MONTEFIORE) .....	80
<i>Méthodes d'examen chez les arthritiques</i> (PAILLARD).....	346
<i>Méthode spectroscopique d'estimation du métabolisme fondamentale</i> (GUILLAUME) .....	345
<i>Mort subite par thrombose du cœur droit</i> (DAIREAUX et RAMERY)..	410
<i>Myélite syphilitique à forme quadriplégique</i> (MASSELOT et VINCENT)	295

**N**

<i>Notes de thérapeutique appliquée</i> .....	315
<i>Nouveau signe physique des épanchements liquides de la plèvre</i> ..	135

**O**

<i>Obésité</i> (PERRIN et MATHIEU) .....	189
<i>Occlusion intestinale chez une jeune primipare enceinte de huit mois</i> (LEMANSKI) .....	386
<i>Œdèmes au cours de la cirrhose de Laennec — Leurs relations avec l'ascite — Leur pathogénie et leur traitement</i> .....	187
<i>Opérer en gastro-entérologie (Que et quand doit-on)</i> (DELORT)....	424
<i>Ophthalmologie tropicale</i> (ELLIOT) .....	137
<i>Opothérapie du praticien</i> (LEMOTE), .....	140
<i>Ordre des médecons; causeries professionnelles</i> (PROVOTELLE)....	299
<i>Orthopédie en clientèle</i> (PRIVAT) .....	233
<i>Oubaine Arnaud</i> (DIMITRACOFF) .....	230

**P**

<i>Paludisme — Traitement</i> (PROVOTELLE) .....	35
<i>Paraplégies spécifiques chez les indigènes musulmans tunisiens</i> (BROC et BIECHELER) .....	255
<i>Pathologie vésiculaire</i> (PAILLARD) .....	303
<i>Péricardite adhésive chez un enfant de 8 ans</i> (BRUN, BROC et BIECHELER) .. . . .	254
<i>Péricardites</i> (BLECHMANN) .....	94
<i>Péritonite tuberculeuse (Récentes acquisitions)</i> (PRUVOST).....	425
<i>Peste constatée à Tunis en 1922</i> (GOBERT et CONSEIL).....	53
<i>Physiothérapie des séquelles, blessures et accidents du travail</i> (GUILLEMINOT) .. . . .	307



	Pages
Pleurésie axillaire (APPIETTO) .....	69
Pratique microscopique (JUILLET et GALAVIELLE).....	353
Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile (OMBREDANNE).....	403
Précis de parasitologie (BRUMPT) .....	139
Précis de pathologie interne — Maladie du S. N. (CLAUDE).....	141
Prévention of sporadic goitre (BRAM).....	186
Pronostics du praticien en clientèle (FIESSINGER).....	271
Prophylaxie anti-syphilitique et hérédo-syphilis.....	135
Prophylaxie anti-syphilitique (CASSUTO) .....	197

**R**

Radiodiagnostic par les insufflations abdominales (LAGAYO).....	356
Radiothérapie profonde (ISER SOLOMON) .....	232
Radiothérapie des cancers (SIMONE LABORDE).....	89
Reins et organes génito-urinaires .....	48
Remarques au sujet d'un cas de diabète grave (MINGUET).....	102
Rétrécissement mitral avec absence du pouls radial droit (ORTONA).....	22

**S**

Sciaticques (Diagnostic et traitement) (ROGER et AYMÈS).....	355
Sclérose du corps caverneux (NUNEZ).....	73

*Société des Sciences Médicales de Tunis*  
*Procès Verbaux des Séances*

Pages	Pages
Séance du 9 déc. 1923... 21	— 11 mai 1923..... 254
— 12 janv. 1923.... 68	— 8 juin 1923.... 293
— 9 févr. 1923.... 109	— 13 juillet 1923.. 327
— 9 mars 1923.... 165	— 12 octobre 1923. 374
— 16 mars 1923.... 177	— 19 octobre 1923. 378
— 13 avril 1923.... 218	
<i>Séméiologie oculaire (TERRIEN) .....</i>	<i>309</i>
<i>Solution pour le lavage des plaies et pour pansements (BRETEAU).....</i>	<i>45</i>
<i>Souvenirs (LEMANSKI) .....</i>	<i>5</i>
<i>Syndrômes génito-coliques (M. UZAN) .....</i>	<i>347</i>
<i>Syndrômes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse (NOBECOURT).....</i>	<i>312</i>
<i>Syndrôme hémoclinique et ventouses sèches (MOUTIER et RACHET).....</i>	<i>187</i>
<i>Syphilis nerveuse — Tabes fruste (BROC et BIECHELER).....</i>	<i>71</i>
<i>Syphilitique et syphilis (GASTOU) .....</i>	<i>188</i>

	Pages
<i>Syphilis et le Praticien</i> (DROUIN) .....	191
<i>Syphilis chez les indigènes; manifestations oculaires</i> (CIAVALDINI) ..	215
<i>Syphilis arabe</i> (LACAPÈRE) .....	235
<i>Syphilis (Caractère initial de l'accident primitif)</i> (CADEAC).....	348
<i>Syphilis (Traitement par le Bismuth)</i> (SIMON).....	349
<i>Syphilis (Traitement)</i> (LERREDE et DROUET).....	94

**T**

<i>Thérapeutique du nourrisson en clientèle</i> (NOBECOURT et MAILLET). ..	311
<i>Thérapeutiques (Quelques applications) de l'association des dérivés opiacés à un dérivé atropinique</i> (CARO).....	267
<i>Thérapeutique post opératoire</i> (ROCHARD et STERN).....	192
<i>Trachomthérapie par l'infiltration sous-conjonctivale de cyanure de mercure</i> (JUNÈS) .....	8
<i>Traitement de la gale</i> .....	427
<i>Traitement des cancers par les radiations (Résultats obtenus par)</i> (GUINET) .....	415
<i>Tubage duodéal</i> (M. UZAN).....	153
<i>Tubercules dans la corticale au niveau du lobe pariétal gauche</i> (BROC et BIECHELER) .....	75
<i>Tuberculose pulmonaire; Traitement en clientèle</i> (COLBERT).....	236
<i>Tuberculose pulmonaire (Traitement)</i> (BERTHIER) .....	189
<i>Tuberculose (V<sup>e</sup> Congrès National)</i> .....	145
<i>Tuberculose médiastino, péricardique de l'adalle</i> (MASSELOT, JAUBERT et AUGÉ) .....	347
<i>Tuberculose du cœur</i> (BROC et BIECHELER).....	75
<i>Tumeur maligne primitive du rein avec généralisation dans les viscères</i> (BROC et BIECHELER) .....	26
<i>Typhus exanthématique (Nouveaux traitements)</i> .....	427

**U**

<i>Ulçère de l'estomac; gastro-entérostomose; guérison constatée après décès par tuberculose</i> (BROC) .....	321
<i>Urétrites prophylactiques</i> (BONMIN et RIVOLEN).....	134
<i>Utilisation du gaz sulfureux pour la destruction des poux de tête</i> (EBAUCOURT) .. ..	45

**X**

<i>Xéroderma pigmentosum</i> (JAMIN) .....	382
--	-----

# TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

	Pages		Pages
<b>A</b>			
ACHARD ..	137	CARO ..	268
APPIETTO ..	69	CASSUTO ..	197
AUGÉ ..	347	CESTAN ..	190
AYMÉS ..	355	CIAVALDINI.....	215 et 290
<b>B</b>			
BAYET ..	400	CLAUDE ..	141
BENMUSSA .....	170, 394	COHEN-HADRIA... 40 et	340
BERTHIER ..	189	COLBERT ..	236
BIECHELER.....	26, 71,	CONSEIL.....	40, 53 et 239
74, 75, 166, 254,	255	CORTESI ..	294
BISMUTH ..	304	<b>D</b>	
BLECHMANN ..	94	DAIREAUX.....	227 et 410
BOAS ..	304	DAMANY ..	236
BOUMIN ..	304	DELAMABRE ..	327
BOUQUET ..	167	DELANGRE ..	274
BOURGES ..	136	DELEUIL.. 75, 76, 77 et	413
BRAM ..	186	DELORT ..	424
BRAUCOURT ..	45	DIMITRACOFF ...	230
BRETEAU ..	45	DOURIS ...	44
BROC, 26, 71, 74, 75,		DROUET ..	94
109, 166, 178, 254,		DROUIN ..	191
255, et .....	321	DUCOURNEAU ..	47
BRUN, 25, 99, 178, 250,		<b>E</b>	
254, 289, 295, 323...	327	ELLIOT ..	137
BRUMPT ..	139	<b>F</b>	
BUCKWELL ..	175	FIGHERA ..	43
BUFOUR ..	270	FIESSINGER ..	271
<b>C</b>			
CABEAC ..	348	<b>G</b>	
CAILLON.....	81 et 117	GASTON ..	188
CALAVIELLE ..	353	GERARD ..	40
CANTONNET ..	310	GOBERT ..	53
CARNOI.....	305 et 306	GUILLAUME ..	345
		GUILLEMINOT ...	307

GUINET.....	26 et	415
GUISET .....		308

**H**

HARTMANN .....		310
HAUDENOY .....		93
HAYAT .....		297
HENRY .....		203
HERELLE .....		354
HOUDART .....		222
HOULOUSE BEHDJET ...		352
HUTINEL .....		355

**J**

JAMIN.....	112, 169 et	382
JARMON .....		333
JAUBERT DE BEAUJEU,		
222 et .....		347
JOBARD .....		136
JUDET .....		142
JUNÈS .....		8

**L**

LABORDE .....		89
LACAPÈRE .....		235
LACAYO .....		356
LAPERSONNE .....		310
LECÈNE.....	185 et	353
LECLERC.....	46 et	401
LECLERCQ.....	268 et	272
LÉGER.....	81 et	117
LEMANSKI....	5, 386 et	389
LENÈDE .....		94
LETULLE .....		50
LIAN .....		233

**M**

MAILLET .....		311
MAILLON .....		49
MARTIN .....		232
MARTINET.....	138 et	139

MASSELOT, 70, 110, 224		
295, 347 et .....		362

MATHIEU .....		189
MINGUET .....		102
MONTÉPIORE.....	80 et	293
MOUTIER.....	187 et	346

**N**

NICOLAS.....	351 et	428
NOBECOURT.....	311 et	312
NUNEZ .....		73

**O**

OKINZIG .....		354
OMBREDANNE .....		403
ORTONA .....		22

**P**

PAGNIEZ .....		92
PAILLARD.....	303 et	346
PARISOT .....		272
PAUCOT .....		275
PEREZ .....		133
PERRIN .....		189
PORTMANN .....		48
PRANZO .....		42
PRIVAT .....		233
PROVOTELLE.....	35 et	299
PRUVOST .....		428

**R**

RACHET.....	187 et	346
RAIMOND.....	188 et	234
RAMERY... 379, 405 et		410
RAVINA .....		92
RICHARD .....		272
RIEUX .....		91
RIVOLEN .....		134
ROCHARD .....		192
ROGALSKI.....	219 et	328
ROGER .....		355

	Pages
<b>S</b>	
SABOURAUD .. . . . .	351
SFEZ .. . . . . 281 et	382
SIMON .. . . . .	349
SOLOMON .. . . . .	232
STERN .. . . . .	192

<b>T</b>	
TERRIEN ... .. . . .	309
THIERS .. . . . .	270
TIXIER .. . . . .	313

	Pages
<b>U</b>	
UZAN (Maurice)... 153,	
281, 333, et.....	347
UZAN (Michel) .. . . .	183

<b>V</b>	
VANVERTS .. . . . .	275
VEILLET .. . . . .	314
VERGER .. . . . .	190
VIGNOLI ... .. . . .	271
VINCENT..... 224 et	295
VIOLE .. . . . .	269



