

Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

JANVIER 1924

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Quelques réflexions sur le traitement des appendicites aiguës opérées précocement d'après 48 cas suivis de guérison

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

Nous avons eu l'occasion d'opérer, soit à l'hôpital, soit en clientèle, quarante-huit cas d'appendicite aiguë; nous avons eu la bonne fortune de pouvoir « intervenir dans les quarante-huit premières heures, et d'obtenir quarante-huit guérisons.

Ces résultats ne sont pas liés à la technique opératoire employée, mais aux diagnostics précocement posés par les médecins, qui ont préconisé l'intervention immédiate. Ces chiffres sont suffisamment éloquents pour se passer de commentaires et justifier d'une manière péremptoire l'excellence de la méthode.

Toutefois, il nous a été donné de constater que beaucoup de médecins pensent encore qu'il faut être opportuniste en manière d'appendicite aiguë; nous sommes persuadés qu'aucune autre considération que l'intérêt de leur malade ne les a guidés dans leur règle de conduite; et c'est parce que nous sommes convaincus qu'ils vont à l'encontre même de cet intérêt, que nous publions aujourd'hui notre statistique, précédée et suivie de quelques réflexions. Nous n'envisagerons ici que les cas d'appendicite aiguë diagnostiqués par les médecins appelés dans les toutes premières heures; il reste, bien entendu, qu'on ne saurait leur faire un grief d'erreurs de diagnostic.

L'appendicite aiguë doit être opérée d'urgence au même titre qu'une hernie étranglée. Attendre le troisième ou quatrième jour pour opérer une hernie étranglée, c'est substituer à une chélotomie, opération facile, bénigne, et qui peut être rapidement exécutée par n'importe quel médecin, une intervention qui peut aller jusqu'à la résection intestinale, opération beaucoup plus grave et d'un pronostic beaucoup plus sévère. Faire opérer une appendicite aiguë,

dans les toutes premières heures, c'est permettre au chirurgien de faire une opération souvent plus facile et plus bénigne qu'une appendicectomie à froid. Attendre le troisième, quatrième ou cinquième jour, c'est au contraire risquer de faire opérer non plus une simple appendicite, mais une de ses redoutables complications : perforation, gangrène ou péritonite, chez un sujet déjà intoxiqué, dont le foie, les reins sont déjà touchés. C'est augmenter dans des proportions considérables les causes d'insuccès. Et le médecin qui, appelé au début d'une appendicite aiguë, établit son diagnostic et prend seul la lourde responsabilité de surseoir à l'intervention, commet à notre avis, une faute grave : il compromet sa réputation, la vie de son malade et enfin la valeur d'une méthode qui a fait des preuves. Car dans ce pays, plus que dans tout autre, si des succès répétés peuvent amener à l'intervention quelques malades, un insuccès, même imputable au retard apporté à l'opération, éloigne une foule de malades qui risquent de payer de leur vie leurs craintes mal fondées.

Pourquoi tous les médecins ne souscriraient-ils pas à une « formule aussi simple » : « Opérer d'urgence dans tous les cas d'appendicite aiguë diagnostiqués ». Leur tâche n'en serait-elle pas rendue plus simple, leur responsabilité atténuée, et les résultats pour leurs malades ne seraient-ils pas plus satisfaisants ?

Et pour notre art, en vérité, nous ne souhaiterions qu'une chose : C'est pour chaque maladie, d'avoir toujours aussi peu d'hésitation sur le traitement à suivre et une certitude aussi absolue sur son efficacité. Les bonnes raisons pour agir immédiatement, nous les trouvons nombreuses dans des preuves irréfutables d'ordre clinique et opératoire.

L'appendicite, en effet, ne se présente pas toujours avec tout son cortège de symptômes classiques, douleurs dans la fosse iliaque droite, spontanées ou provoquées, nausées ou vomissements, température élevée. La douleur est certainement le symptôme capital et suffisant. Mais ce qui est surtout difficile sinon impossible, c'est de prévoir au début d'une crise, quelle sera son évolution. L'état du pouls et de la température, l'expression anxieuse de la face, l'intensité des douleurs, n'ont en réalité qu'une valeur relative et très souvent après une accalmie temporaire et traitresse, comme l'a si bien dit Dieulafoy, on voit brusquement survenir des accidents d'une gravité extrême. C'est là du reste une des conclusions du pro-

fesseur Hartmann au Congrès de Chirurgie de 1911 : « Toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'une appendicite aiguë, nous prenons immédiatement le bistouri, et jusqueici nous n'avons pas vu un de ces malades succomber à ces interventions précoces. Nous sommes convaincus que si nos collègues, au lieu de discuter sur les cas, de les suivre, matin et soir, prêts à les opérer au premier symptôme alarmant, considérant l'appendicite aiguë comme une maladie à opérer immédiatement, si cette notion pouvait pénétrer dans la masse des médecins imbus de cette idée fausse qu'il faut être opportuniste, on n'aurait plus à enregistrer une mortalité aussi considérable que celle que nous voyons aujourd'hui à la suite du retard apporté à l'intervention. En présence d' « une appendicite qui évolue le plus souvent entre nous est encore incapable de prévoir ce qui va se passer. »

De ces vérités, la lecture des quelques observations que nous publions, fera foi. Nous n'avons, à dessein retenu que les plus typiques; et que nous avons opérés en clientèle avec l'assistance de nos confrères, MM. les Docteurs Benmussa, Conseil, Errera, Gérard, Gobelet, Lançon, Lemanski et Masselot. Il s'agissait dans tous ces cas de formes qui cliniquement semblaient devoir être peu graves et dans lesquelles l'opération a montré des lésions très vraisemblablement mortelles si on les avait laissées évoluer.

OBSERVATION N° 1. — Mlle T..., artiste lyrique du Théâtre Municipal de Tunis. Après avoir tenu son rôle jusqu'à minuit, et être allée souper à la Brasserie, Mlle T... est prise, à 5 h. du matin, de vomissements avec douleurs dans le ventre sans localisation précise. A Nancy, elle avait eu déjà deux crises analogues cataloguées appendicite, mais le peu de réaction douloureuse dans la fosse iliaque a laissé le diagnostic hésitant. Le docteur Gérard appelé, porte le diagnostic d'appendicite, nous voyons la malade ensemble à 7 h. du matin. Aucun douleur dans la fosse iliaque, plus de vomissements, un simple état nauséux. A 11 h. le pouls est à 80 bien frappé, mais il existe une légère douleur à la pression avec défense musculaire peu accusée de la fosse iliaque droite. On décide néanmoins d'intervenir.

Opération à 3 h. de l'après-midi, soit dix heures après le début de la crise. Anesthésie générale à l'éther Docteur Gérard. A l'ouverture du péritoine, sérosité louche, l'appendice est énorme du volume du pouce, tuméscit avec un mésocœdématisé. Appendicectomie au thermocautère sans enfouissement. Fermeture en trois plans, on laisse un petit drain pendant 24 heures. Suites normales. Le 8^e jour, petite poussée fébrile que

rien n'explique. La malade quitte la Maison de Santé le 12^e jour, et reparait sur la scène du théâtre, quinze jours exactement après son intervention.

OBSERVATION N° 2. — M. Z..., 20 ans. Crise d'appendicite ayant débuté 25 heures avant l'intervention; douleur défense musculaire de la fosse iliaque droite; vomissements; T° 38°; pouls 80 bien frappé. Le docteur Benmussa insiste pour l'opération immédiate, et triomphe des hésitations de son malade. A l'ouverture du péritoine, il s'échappa un liquide louche, l'épiploon rouge enveloppe un appendice long, rouge, turgescant, recouvert déjà d'un exsudat grisâtre. Appendicectomie. Fermeture sans drainage. Les fils sont enlevés le 7^e jour, réunion par primaire.

OBSERVATION N° 3. — Mlle G..., âgée de 17 ans. A été prise la veille de fièvre avec angine, puis bientôt éruption typique de scarlatine en même temps douleur nette dans la fosse iliaque droite. Le docteur Masselot fait le diagnostic d'appendicite aiguë au début d'une scarlatine. L'enfant est opérée 5 ou 6 heures après le début et déjà on trouve à l'opération un appendice rouge, turgescant, gros comme le pouce, prêt à éclater, sous la pression du liquide fétide qu'il renferme. Appendicectomie sans enfouissement du moignon. Pas de drainage. Petit abcès de la paroi évacué le 4^e jour. Cicatrisation le 16^e jour sans éventration.

OBSERVATION N° 4. — M. P..., 35 ans. A déjà eu des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite. Dans la nuit du 2 au 3 septembre 1923, il est pris d'une crise très douloureuse de coliques suivie de vomissements. Le 3 septembre, le docteur Lançon le voit; la T° est à 38°7; glace, diète; le soir 38°5. Le 24 septembre, T° à 37°7. Le pouls est à 80 bien frappé, mais il existe du subictère très net. Pas de signe net dans la fosse iliaque; à midi, les vomissements reprennent, on intervient d'urgence, 40 heures environ après le début de la crise. Anesthésie à l'éther: docteur Lançon. On tombe sur un appendice rétro-cœcal gangrené baignant dans un verre de pus fétide. Lavage à l'éther; drainage. Le malade suppure pendant quelque temps, mais peut partir pour la France complètement guéri six semaines après l'opération.

L'absence de signes nets dans la fosse iliaque, le psôitis et l'ictère, devaient faire penser à une appendicite rétro-cœcale.

OBSERVATION N° 5. — M. B..., 14 ans. En se levant, l'enfant ressent une douleur assez fixe dans la fosse iliaque droite et a un vomissement. Le docteur Errera appelé, fait le diagnostic d'appendicite et nous appelle en consultation. La fosse iliaque est douloureuse, il existe de la contraction; l'enfant est opéré huit heures après le début de la crise. On trouve un appendice énorme, en partie sphacélé. Appendicectomie facile; fermeture en trois plans sans drainage. L'enfant sort le 12^e jour.

OBSERVATION N° 6. — M. Q..., 30 ans. Le malade rencontre, sur la route de Sedjoumi, le docteur Conseil. Il se plaint de légères coliques; le malade étant en bicyclette, le docteur Conseil est loin de penser à une crise aiguë d'appendicite. 48 heures après le malade revient à la consultation du docteur Conseil, à Tunis, et toujours en bicyclette. Cette fois la douleur est nette, vive de la fosse iliaque droite avec contracture généralisée, le malade a vomi. La T° est à 37°8; le pouls à 80. Le docteur Conseil insiste pour une opération immédiate, et à notre grande stupéfaction nous trouvons un appendice perforé et gangrené adhérent au cœcum qui est le siège d'une large plaque de sphacèle. Appendicectomie au thermocautère. On éponge un verre environ de liquide fétide; on lave à l'éther. Fermeture partielle de la plaie opératoire. Drainage. Suites apyrétiques. Le malade guérit en un mois.

OBSERVATION N° 7. — M. Dj..., 40 ans, vient consulter le docteur Conseil à Tunis. Il se plaint d'une douleur siégeant dans la fosse iliaque droite; le docteur Conseil pense à une appendicite, ordonne à son malade d'aller se coucher et de le prévenir le lendemain matin si quelque chose de nouveau survient. Le malade a pu rejoindre Radès, mais le matin il accuse un vomissement, le docteur Conseil appelé pour le diagnostic ferme d'appendicite, nous voyons à 11 heures le malade ensemble et décidons d'intervenir, malgré le peu de symptômes généraux et locaux. Nous trouvons un appendicite sphacélé, gros comme l'index, et qui éclate au moment de l'extériorisation. Appendicectomie. Suites opératoires excellentes. Cicatrisation en dix jours.

OBSERVATION N° 8. — Le jeune G... Bernard, 12 ans. La crise débute la veille de l'opération, à 9 h. du soir. Douleurs dans la fosse iliaque droite; contracture de la paroi abdominale, trois vomissements. Nous voyons l'enfant le lendemain à 10 heures du matin. Hypéresthésie cutanée et douleur très nette au point de Mac Burney. T° 38°2; pouls 84 bien frappé; facies grippé. L'opération proposée est immédiatement acceptée, d'autant que les parents avaient eu la douleur de perdre, deux ans auparavant, un enfant d'une crise d'appendicite et opéré le 4° jour d'une péritonite généralisée. Dans la crise de son fils, la maman a reconnu les signes de la maladie qui déjà avait emporté son autre enfant, aussi n'hésite-t-elle pas à accepter l'opération. Anesthésie générale à l'éther. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide louche. L'appendice est énorme, gros comme le pouce d'un adulte, rouge, oedématisé, il présente à son extrémité une plaque de sphacèle. Appendicectomie. Fermeture en trois plans sans drainage. L'appendice déposé dans un plateau éclate spontanément sous la pression des gaz et du liquide purulent et infect qui le remplissent.

Le 3° jour formation d'un petit abcès de la paroi, on fait sauter une

agrafe, on évacue le pus. Suites apyrectiques. Le petit opéré quitte la Maison de Santé douze jours après l'opération, complètement cicatrisé.

OBSERVATION N° 9. — Le jeune P..., 12 ans, a fait une crise en France en août, à son retour en fin octobre, sa mère nous le conduit en consultation. La fosse iliaque est souple, indolore. Le diagnostic d'appendicite lors de la première crise ayant été porté par Baumgartner, chirurgien des hôpitaux de Paris, nous conseillons à la mère l'intervention qui est acceptée pour après la Toussaint.

Deux jours après la consultation, l'enfant est pris à la ferme, de vomissements. Il est amené immédiatement à Tunis; T° 36°8; pouls 70; la fosse iliaque un peu moins souple qu'à gauche. On met l'enfant en observation pendant quelques heures, il a encore un vomissement. On décide d'opérer d'urgence, moins de 24 heures après le début. Le docteur Lemanski donne l'éther. A l'ouverture du péritoine, il s'échappe une assez grande quantité de liquide bouillon sale; l'appendice adhérent est rouge avec un petit piqueté hémorragique sous-séreux. Appendicectomie.

Suites d'abord normales et apyrétiques. Le petit malade va spontanément à la selle; il mange. Les agrafes ont été enlevées le 5^e jour; cicatrisation parfaite. Le malade devait quitter la Maison de Santé lorsqu'il présente brusquement des symptômes nets d'occlusion intestinale. Intervention immédiate avec l'assistance du docteur Lemanski. Laparotomie médiane. Dans la fosse iliaque gauche on trouve plusieurs brides de péritonite ancienne coudant ou rétrécissant le calibre intestinal. On les sectionne et on referme la paroi en un seul plan. Le 2^e jour, le malade va à la selle avec un petit lavement et ensuite les suites opératoires sont excellentes. Le malade quitte la Maison de Santé, 21 jours après la seconde intervention.

Un des arguments souvent invoqués par les opportunistes est le suivant : Opérer d'urgence tous les malades présentant un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, c'est en exposer quelques-uns à une opération inutile, car il peut très bien ne pas exister d'appendicite. Comme à tous les chirurgiens, il nous est arrivé d'opérer des malades pour une appendicite qui n'existait pas. Dans deux cas il s'agissait d'ulcus perforé du duodénum, dans deux cas, d'invagination intestinale, dans un cas d'une perforation typhique, dans deux cas de kyste de l'ovaire tordu, dans deux cas de rupture de grossesse tubaire, dans un cas de subocclusion par tumeur siégeant sur la valvule iléo-cœcale. Tous ces cas, grâce à l'intervention précoce, ont été guéris et nous n'avons eu qu'à nous louer d'avoir pris le bistouri. Dans quelques cas, à la vérité, si l'opération n'était pas indiquée, elle n'a du moins entraîné aucune conséquence grave pour

les opérés; bien mieux la laparotomie a souvent étayé un diagnostic qu'elle seule permettait de faire (péritonite tuberculeuse, tumeur du cœcum, coudure iléale, membrane de Jackson épiploïte, etc.).

Renversons maintenant les données du problème. Que serait-il advenu de nos malades si dans la crainte de faire une opération inutile, nous nous étions abstenus ? Nous avons de bonnes raisons de penser que la plupart de nos opérés seraient morts. « Opérer rapidement c'est aller au devant du succès. Attendre, c'est s'exposer à des désastres ».

Les considérations opératoires pour la justification de la méthode ne sont pas moins convaincantes. Dans l'opération au début, l'appendice s'extériorise de lui-même; il n'a aucune adhérence, on peut se passer de drainage; les suites opératoires sont simples, souvent aussi simples que dans l'appendicite à froid. Enfin, on évite ainsi au malade toutes les complications liées à l'évolution de l'appendicite aiguë. Plus de malades qui refroidissent pendant des semaines et qui seraient depuis longtemps guéris. Plus de ces suppurations interminables avec fistules stercorales, éviscération nécessitant des opérations secondaires et très graves, plus de ces opérations à froid ou soi-disant telles, où malgré une attente de plusieurs mois on trouve un appendice tellement fusionné avec les organes voisins, qu'on se trouve pris entre deux alternatives, refermer la paroi sans rien enlever, ou faire une extirpation laborieuse des plus dangereuses, en risquant sans cesse de provoquer une hémorragie ou une perforation, et nécessitant souvent un drainage. Danger pour danger ne vaut-il pas mieux faire courir le risque au malade au moment où son existence est le plus sérieusement menacée ? Le danger passé on peut avoir scrupule à proposer une intervention d'autant plus difficile que la crise aura été plus grave.

Cette année encore, le Président du Congrès de Chirurgie 1923, le docteur Témoïn, de Bourges, affirmait que dans son département où depuis plus de 25 ans, il avait éduqué les médecins à lui confier d'emblée les appendicites, dès le diagnostic posé, pour être opérées, il n'avait plus à enregistrer un seul cas de mort par appendicite. Nous ne souhaiterions qu'une chose, c'est que notre modeste communication puisse arriver à convertir tous les médecins de Tunis à l'opération systématique d'urgence, et nous espérons pouvoir dans quelques années dire pour la Tunisie, ce que M. Témoïn disait pour le département de l'Indre, « on ne meurt plus d'appendicite ».

Complications cornéennes graves au cours de la conjonctivite à bacilles de Weeks

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

Nous venons d'assister, dans la région de Sfax, à une épidémie de conjonctivite aiguë (« Remed » des Arabes), d'assez grande envergure. Ses premiers cas sont apparus dans la première quinzaine de septembre; elle a battu son plein en octobre et en novembre, et, actuellement, en mi-décembre, elle est en pleine voie de disparition. Le nombre des sujets atteints peut être évalué à environ 4 à 5.000. C'est du moins ce qui résulte de l'enquête que nous avons pu faire auprès de certains de nos confrères sfaxiens aussi bien que de nos propres observations. Celles-ci ont été recueillies, soit dans notre clientèle privée et à notre dispensaire d'oculistique (où sont acheminés les malades indigents de la Municipalité et de la Bienfaisance israélite), soit au dispensaire particulièrement achalandé de la Croix-Rouge. Peut-être ce chiffre ne répond-il pas tout à fait à la réalité, car nombreux sont les indigènes qui échappent encore à l'emprise médicale. On peut, cependant, sans trop se tromper, affirmer que plus du vingtième de la population a été touché par l'épidémie.

Celle-ci a frappé tous les éléments de la population, sans distinction de race, de nationalité, de condition sociale, de sexe ou d'âge. Toutes les formes y ont été représentées, depuis l'état catarrhal le plus léger jusqu'aux états les plus graves et offrant l'aspect de la conjonctivite blennorrhagique la plus typique (1). Notre impression, ainsi que celle de plusieurs de nos confrères, a été que ces dernières formes ont été même particulièrement fréquentes, ce qui est un indice de la virulence inaccoutumée du germe pendant cette épidémie.

Le point sur lequel nous voulons nous appesantir, c'est précisément cette sévérité de l'épidémie, qui s'est, en outre, manifestée par un nombre relativement considérable et une gravité toute spéciale des complications cornéennes. Personnellement sur près de 1.700 cas de conjonctivites passées dans nos services nous avons constaté qu'en moyenne, un malade sur huit, présentait une atteinte de la

(1) Cf. A. Cuénod, La conjonctivite aiguë en Tunisie, La Tunisie Médicale, 15 avril 1911, p. 137.

cornée, et que celle-ci, une fois sur trois, se trouvait perforée. Nous avons pu ainsi réunir soixante-quinze cas de perforations plus ou moins étendues.

D'après nos propres observations, ces formes graves ont concerné presque exclusivement le milieu indigène musulman. Il faut en accuser, non seulement la négligence et l'avarice proverbiales de la plupart de ces indigènes, qui ne consentent, bien souvent, à s'adresser au médecin que lorsque les lésions sont devenues pour ainsi dire, irréparables, mais encore les traitements étranges et parfois néfastes auxquels ils ont coutume de recourir tout d'abord.

En second lieu, ce sont surtout les enfants qui ont été le plus fortement touchés, puisque, sur nos soixante-quinze perforations, cinquante-six, soit près des trois quarts, se rapportent à des sujets de cinq mois à quinze ans. Chez eux, la gravité de la perforation semble même avoir été en raison directe de leur jeunesse. Cette plus grande sévérité provient, à notre avis, du spasme palpébral qui accompagne si fréquemment les conjonctivites du jeune âge et qui est d'autant plus accusé que l'enfant est plus petit; comme on le sait, ce spasme détermine mécaniquement deux conditions très fâcheuses pour l'intégrité de la cornée : la rétention du pus et une pression anormale sur le globe.

Ces complications cornéennes graves ont été précédées et accompagnées de symptômes conjonctivaux intenses : sécrétion purulente et abondante, aspect vineux de la muqueuse, chémosis, tuméfaction plus ou moins considérable et rougeur de la paupière supérieure. Le moment de leur apparition a été généralement précoce. Très souvent, la perforation s'est produite du 6^e au 10^e jour, parfois plus tôt encore : dans deux cas, elle s'est manifestée au 4^e jour; dans un autre, le soir du 3^e. Le plus souvent, la lésion a été unilatérale, l'autre œil demeurant, en ce qui concerne la cornée, intact ou faiblement touché; c'est, en effet, l'œil le premier atteint par la maladie qui s'est perforé, alors que le second, plus tardivement et plus légèrement envahi, a pu être soumis à temps au traitement. Les cas à perforation bilatérale n'ont pas cependant été exceptionnels (11 cas). Nous avons encore observé neuf sujets chez qui un œil avait déjà été annihilé fonctionnellement lors d'une précédente épidémie, et à qui cette dure leçon n'avait pas suffi; lorsqu'ils se présentèrent devant nous, une perforation venait de se déclarer dans l'œil resté jusque là indemne.

Les lésions ont varié depuis la petite perforation entourée d'une infiltration plus ou moins limitée de la cornée, jusqu'à la panophtalmie. Les plus nombreuses sont les observations où près du tiers, de la moitié, ou même des trois quarts de la membrane se trouvèrent infiltrés et s'accompagnèrent, soit d'une large perforation, soit de deux ou de trois perforations plus ou moins voisines. Dans quelques cas, la presque totalité de la cornée avait été envahie. Chez un de nos malades, la perte de substance, suffisamment grande, laissa échapper le cristallin et, à sa suite, une partie du vitré; chez trois autres se produisit une panophtalmie unilatérale; chez un autre, une panophtalmie double. Ces cinq derniers cas ont concerné des enfants de six mois à deux ans; c'est, en effet, à cette époque de la vie que les lésions les plus graves nous ont paru être le plus fréquentes.

Nous avons aussi été frappés par ce fait que le maximum des désordres a généralement siégé dans les régions centrales de la cornée, occupant soit la totalité, soit la plus grande partie de l'aire pupillaire, spécialement sa partie inférieure ou sa partie inféro-interne. Sur nos soixante-quinze cas, nous n'en avons noté que dix-huit où la perforation, le plus souvent de petites dimensions, siégeait dans les zones périphériques (surtout du côté inférieur ou interne), et, encore l'avons-nous trouvée presque toujours plus près de la pupille que du limbe.

×

En raison de la gravité de ces complications cornéennes, nous avons recherché quel rôle les différentes infections pouvaient avoir dans leur production.

Chez trente-sept de nos sujets (dont l'observation résumée se trouve consignée dans un tableau annexé au présent travail), nous avons examiné bactériologiquement le pus prélevé soit dans le cul-de-sac, soit au niveau de la cornée ulcérée. Nous y avons constamment retrouvé le bacille de Weeks, toujours très abondant et facile à mettre en évidence. Ce bacille — fait, à notre avis, des plus importants — s'est présenté, dans ces observations, presque toujours à l'état pur. Dans quelques cas existait, en outre, un petit coccus, de forme bien ronde, ne prenant le Gram que d'une façon assez inconstante et dont la disposition était des plus irrégulières : en particulier, il ne présentait ni amas comme le staphylocoque, ni chaînettes comme le streptocoque, ni aspect diplococcique. Sa rareté, sa faible

abondance, sa présence dans une seule forme très grave et dans quatre autres beaucoup plus bénignes, ne nous autorisent pas à lui attribuer un rôle pathogène quelconque. Dans un cas avec panophtalmie double, nous avons trouvé, en même temps que le bacille de Weeks, de très nombreux amas de staphylocoques. Enfin, dans aucune de ces observations, nous n'avons pu constater l'existence ni du gonocoque, ni du pneumocoque.

D'autre part, chez tous nos malades atteints de lésions cornéennes graves, nous avons, au point de vue clinique, systématiquement recherché le trachome. Nous l'avons retrouvé dans quinze cas sur soixante-quinze, c'est-à-dire une fois sur cinq. Ces quinze cas se décomposent ainsi :

Un trachome à peu près guéri à la suite d'interventions répétées et de soins assidus;

Sept trachomes à granulations discrètes siégeant à la paupière supérieure;

Deux trachomes à granulations abondantes occupant les deux paupières;

Trois trachomes cicatriciels sans trichiasis,

Deux trachomes avec trichiasis.

Parmi ces quinze cas, six présentaient des lésions cornéennes particulièrement graves; ce sont : celui de la première catégorie, deux cas de la deuxième; un de la troisième, un de la quatrième, un de la cinquième. Les neuf autres offraient, par contre, des lésions relativement moins intenses.

Nos constatations prêtent à un certain nombre de réflexions :

a) Au cours de cette épidémie à bacilles de Weeks, le trachome ne s'est pas toujours accompagné de lésions cornéennes, soit graves, soit même très bénignes. En effet, en dehors de nos soixante-quinze cas à perforation, c'est-à-dire chez les nombreux autres malades dont la cornée était absolument intacte ou seulement très peu touchée, nous avons fréquemment observé le trachome à ses diverses périodes;

b) La présence du trachome n'a pas été une condition nécessaire pour la production des grandes complications cornéennes, puisque soixante sur soixante-quinze de ces cas graves n'ont offert aucune trace de cette maladie. Bien plus, les cas les plus sévères (destruction presque totale de la cornée avec expulsion du contenu de l'œil,

panophtalmie) ont été observé par nous en l'absence de tout trachome;

c) Sa présence dans les cas graves n'a pas toujours constitué une condition spécialement aggravante : sur les quinze cas à trachome ci-dessus énumérés, neuf, la majorité, offraient, on l'a vu, des lésions cornéennes relativement bénignes;

d) Enfin, la gravité des lésions cornéennes n'a nullement été en rapport avec le degré de gravité ou d'ancienneté du trachome co-existant. Un exemple typique est celui de ce trachomateux presque complètement guéri à la suite d'un traitement prolongé, et chez qui, sous l'influence du bacille de Weeks, se déclara, pourtant un processus cornéen singulièrement destructif (1).

×

L'ensemble de nos observations nous permet de formuler les conclusions suivantes :

1° L'épidémie de conjonctivite aiguë à bacilles de Weeks qui vient de sévir avec une grande intensité dans la région syrienne (septembre-décembre 1923), a présenté, tout au moins dans le milieu arabe, une sévérité toute spéciale, par suite des complications cornéennes fréquentes et souvent très graves qui l'ont accompagnée.

2° Ces complications doivent être attribuées, d'une manière pour ainsi dire exclusive, à l'action propre du bacille de Weeks, et non à celle d'une infection associée.

Cette conclusion est en opposition avec les données classiques, d'après lesquelles le bacille de Weeks, même dans ses manifestations conjonctivales les plus intenses, représente un agent qui, contrairement au gonocoque, par exemple, n'atteint la cornée que rarement, et toujours d'une manière discrète; d'après ces données, les complications cornéennes graves au cours de la conjonctivite weeksienne, absolument exceptionnelles, seraient dues uniquement à une infection associée (pneumocoque, gonocoque, etc.) (2). Cette opinion est encore reproduite dans un ouvrage récemment paru et qui compte parmi les plus documentés (3).

(1) Ces réflexions se rapportent à l'épidémie que nous venons de traverser. Elles ne peuvent diminuer en rien la valeur des constatations faites par d'éminents observateurs, à savoir que d'une manière générale, lorsqu'une conjonctivite survient sur un oeil déjà affecté de trachome, des complications cornéennes très sérieuses sont à redouter. Nous ne reparlerons dans nos conclusions.

(2) Remarquons aussi que, d'après les classiques, ces complications n'apparaissent, en règle générale, que chez l'adulte; nos observations établissent qu'elles sont susceptibles, au contraire, d'être beaucoup plus fréquentes chez l'enfant.

(3) A. Gabriélidès, *Les Conjonctivites*, Constantinople, 1921, pp. 36 à 47.

Comment expliquer une pareille contradiction ? D'après notre excellent confrère, le docteur Buckwell, qui exerce à Sfax depuis de nombreuses années, les kératites graves au cours de la conjonctivite aiguë contagieuse s'observeraient assez souvent pendant les périodes épidémiques (1). C'est également l'opinion de plusieurs autres confrères établis depuis longtemps dans la même région. Rapprochons ces déclarations de nos propres constatations qui nous ont montré la présence constante et pour ainsi dire exclusive du bacille de Weeks dans toutes les formes graves que nous avons pu examiner bactériologiquement. Nous en déduisons, non pas qu'au seul Sud-Tunisien est échu le triste privilège de posséder, dans sa flore bacillaire, une race weeksienne à virulence inaccoutumée, mais que, sous certaines influences générales encore à élucider, le bacille de Weeks donne lieu à des épidémies pouvant évoluer d'une manière particulièrement désastreuse.

3° Dans nos observations, il n'apparaît nullement que le trachome soit à la base de ces complications graves. Une telle constatation ne cadre donc pas avec l'opinion récemment émise par Ch. Nicolle, Conseil et Cuénod (2). Ceux-ci attribuent la bénignité relative que l'on a jusqu'ici reconnue à la conjonctivite weeksienne, aux conditions où cette maladie a été généralement observée en Europe. « Cette bénignité, disent-ils, cesse dans les pays où sévit le trachome ». Il est de fait que le terrain trachomateux établit une condition défavorable lorsque s'y déclare une conjonctivite aiguë. Alors, ou bien cette conjonctivite donne un coup de fouet aux granulations, ce qui entraîne pour la cornée des conséquences néfastes et bien connues; ou bien le trachome a déjà mis les tissus cornéens dans un état de fragilité et de moindre résistance qui les rend plus facilement accessibles à une infection nouvelle. Néanmoins, il reste possible, et nos observations en sont la preuve, que le bacille de Weeks peut déterminer de fréquentes et graves complications, à lui seul et en dehors de toute intervention, soit d'une infection à microbe classé, soit même d'un trachome préexistant.

4° La conjonctivite aiguë contagieuse doit donc, dans certaines circonstances, être considérée en elle-même comme l'une des maladies

(1) P. Buckwell, A propos des lésions cornéennes que l'on rencontre chez les trachomateux, *Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis Médical réunis*, Avril 1923, n° 4, p. 175.

(2) Ch. Nicolle, E. Conseil et A. Cuénod, Vaccination préventive contre la conjonctivite à bacilles de Weeks; son importance dans la lutte contre le trachome, *C. R. de l'Académie des Sciences*, séance du 6 août 1923.

les plus redoutables qui puissent atteindre l'organe de la vision. A cet égard, la découverte récente d'un vaccin préventif par Ch. Nicolle, Conseil et Cuénod doit rendre des services incontestables dès les premières manifestations d'une épidémie à bacilles de Weeks. D'autre part, il faut bien établir que, cette conjonctivité une fois déclarée, il est facile, grâce à un traitement fort simple et très efficace, d'éviter les complications cornéennes dont elle peut être la cause immédiate : mais à la condition expresse que ce traitement soit institué au début même des accidents. Chez tous les sujets venus à nous à ce moment, les instillations bi-quotidiennes (ou même quotidiennes) d'une goutte de nitrate d'argent à 1 pour 100 dans les deux yeux et le lavage fréquent de ceux-ci à l'eau bouillie tiède, ont suffi pour rendre l'évolution de la maladie aussi bénigne que possible. Les complications cornéennes graves ne sont apparues que lorsque, par suite d'une négligence excessive ou d'une thérapeutique plus ou moins bizarre, les symptômes ont eu le temps d'atteindre une grande intensité; nous avons vu que, dans de pareilles conditions, la perforation a pu se produire dès la fin du troisième jour.

~~~~~

## TABLEAU ANNEXE

(Cas à perforation examinés bactériologiquement)

|                                    |                        |                                                                                                          |                 |                         |
|------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|
| 1. Kallel<br>5 mois<br>fillette    | 12 <sup>e</sup> j. (1) | O. D. Petite perforation (2)<br>centrale                                                                 | Pas de trachome | Weeks                   |
| 2. Trabelsi<br>6 mois-<br>fillette | 7 <sup>e</sup> j.      | O. D. Grande perforation<br>centrale<br>O. G. Grande perforation<br>centrale, expulsion<br>du cristallin | Pas de trachome | Weeks                   |
| 3. Bensalah<br>8 mois<br>fillette  | 10 <sup>e</sup> j.     | O. G. Perforation moyenne centrale                                                                       | Pas de trachome | Weeks<br>Cocci          |
| 4. Abid<br>1 an<br>garçon          | 16 <sup>e</sup> j.     | O. D. Panophtalmie<br>O. G. Panophtalmie                                                                 | Pas de trachome | Weeks<br>Staphylocoques |
| 5. Chakroun<br>14 mois<br>garçon   | 10 <sup>e</sup> j.     | O. G. Grande perforation<br>centrale                                                                     | Pas de trachome | Weeks                   |

(1) Moment d'apparition de la complication.

(2) Petite perforation : celle ne dépassant pas le diamètre d'une tête de mouche; grande : celle qui occupe plus du quart de la cornée; moyenne : celle intermédiaire.

|                                   |                              |                                                                              |                         |                |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|
| 6. Ktari<br>3 ans<br>fillette     | 6 <sup>e</sup> j.            | O. G. Petite perforation<br>inféro-interne                                   | Pas de trachome         | Weeks          |
| 7. Trabelsi<br>4 ans<br>garçon    | 6 <sup>e</sup> j.            | O. G. Perforation moyenne centrale                                           | Pas de trachome         | Weeks          |
| 8. Kharat<br>5 ans<br>fillette    | 13 <sup>e</sup> j.           | O. D. Petite perforation<br>centrale                                         | Granulations discrètes  | Weeks          |
| 9. Gharbel<br>5 ans<br>fillette   | 8 <sup>e</sup> j.            | O. G. Perforation moyenne inféro-<br>interne.                                | Pas de trachome         | Weeks          |
| 10. Loati<br>6 ans<br>garçon      | 8 <sup>e</sup> j.            | O. D. Grande perforation<br>centrale<br>O. G. Grande perforation<br>centrale | Pas de trachome         | Weeks<br>Cocci |
| 11. Lakroud<br>7 ans<br>fillette  | 10 <sup>e</sup> j.           | O. D. Double perforation<br>centrale                                         | Pas de trachome         | Weeks          |
| 12. Njah<br>7 ans<br>fillette     | 11 <sup>e</sup> j.           | O. D. Grande perforation<br>centrale                                         | Pas de trachome         | Weeks          |
| 13. Ktata<br>7 ans<br>garçon      | 7 <sup>e</sup> j.            | O. D. Grande perforation<br>centrale                                         | Granulations abondantes | Weeks          |
| 14. Bekir<br>7 ans<br>fillette    | 12 <sup>e</sup> j.           | O. G. Perforation moyenne centrale<br>O. G. Grande perforation<br>centrale   | Granulations discrètes  | Weeks          |
| 15. Gharbel<br>8 ans<br>garçon    | 12 <sup>e</sup> j.           | O. D. Grande perforation<br>centrale                                         | Pas de trachome         | Weeks<br>Cocci |
| 16. Gargouri<br>8 ans<br>garçon   | 10 <sup>e</sup> j.           | O. G. Double perforation<br>(interne et externe)                             | Pas de trachome         | Weeks          |
| 17. Hachicha<br>8 ans<br>fillette | Soir du<br>3 <sup>e</sup> j. | O. G. Petite perforation<br>centrale                                         | Pas de trachome         | Weeks          |
| 18. Abid<br>9 ans<br>garçon       | 12 <sup>e</sup> j.           | O. G. Petite perforation<br>centrale                                         | Granulations abondantes | Weeks          |
| 19. Fakfak<br>10 ans<br>garçon    | 9 <sup>e</sup> j.            | O. G. Petite perforation<br>supéro-externe                                   | Pas de trachome         | Weeks          |
| 20. Ktata<br>10 ans<br>garçon     | 10 <sup>e</sup> j.           | O. D. Petite perforation<br>inféro-interne                                   | Pas de trachome         | Weeks          |
| 21. Fourati<br>11 ans<br>garçon   | 7 <sup>e</sup> j.            | O. G. Perforation moyenne centrale                                           | Pas de trachome         | Weeks          |
| 22. Abid<br>11 ans<br>garçon      | 15 <sup>e</sup> j.           | O. G. Perforation moyenne centrale                                           | Pas de trachome         | Weeks          |
| 23. Demmak<br>11 ans<br>garçon    | 13 <sup>e</sup> j.           | O. G. Triple perforation<br>centrale                                         | Pas de trachome         | Weeks          |

|                                  |                    |                                                                                             |                                         |                |
|----------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|
| 24. H. Taieb<br>12 ans<br>garçon | 6 <sup>e</sup> j.  | O. D. Petite perforation<br>centrale<br>O. G. Petite perforation<br>centrale                | Granulations discrètes                  | Weeks          |
| 25. Souami<br>12 ans<br>fillette | 15 <sup>e</sup> j. | O. G. Petite perforation<br>supéro-interne                                                  | Pas de trachome                         | Weeks          |
| 26. Demmak<br>14 ans<br>garçon   | 14 <sup>e</sup> j. | O. G. Petite perforation<br>inféro-interne                                                  | Pas de trachome                         | Weeks<br>Cocci |
| 27. Guïa<br>25 ans<br>Femme      | 6 <sup>e</sup> j.  | O. D. Perforation moyenne inférieure                                                        | Pas de trachome                         | Weeks          |
| 28. Maâlej<br>30 ans<br>Femme    | 8 <sup>e</sup> j.  | O. G. Petite perforation<br>inférieure                                                      | Pas de trachome                         | Weeks          |
| 29. Siala<br>35 ans<br>Homme     | 6 <sup>e</sup> j.  | O. D. Perforation moyenne centrale<br>O. G. Perforation grande<br>centrale                  | Pas de trachome                         | Weeks          |
| 30. Kallel<br>35 ans<br>Femme    | 4 <sup>e</sup> j.  | O. D. Petite perforation<br>centrale                                                        | Pas de trachome                         | Weeks          |
| 31. Abbou<br>35 ans<br>Homme     | 5 <sup>e</sup> j.  | O. D. Grande perforation<br>centrale                                                        | Trachome traité et pres-<br>que guéri   | Weeks          |
| 32. Guermazi<br>38 ans<br>Femme  | 8 <sup>e</sup> j.  | O. D. Petite perforation<br>centrale<br>O. G. Taie centrale ancienne (par<br>conjonctivite) | Pas de trachome                         | Weeks          |
| 33. Chebchoub<br>38 ans<br>Femme | 10 <sup>e</sup> j. | O. G. Petite perforation<br>centrale<br>O. D. Taie centrale ancienne (par<br>conjonctivite) | Pas de trachome                         | Weeks<br>Cocci |
| 34. Hachicha<br>40 ans<br>Femme  | 6 <sup>e</sup> j.  | O. G. Petite perforation<br>externe                                                         | Pas de trachome                         | Weeks          |
| 35. Chaâbène<br>45 ans<br>Femme  | 15 <sup>e</sup> j. | O. G. Petite perforation<br>centrale<br>O. D. Taie centrale ancienne (suite<br>de Variole)  | Trachome cicatriciel sans<br>trichiasis | Weeks          |
| 36. Ledjemi<br>50 ans<br>Homme   | 15 <sup>e</sup> j. | O. D. Petite perforation<br>centrale<br>O. G. Taie centrale ancienne (par<br>conjonctivite) | Trachome avec trichiasis                | Weeks          |
| 37. Fourati<br>60 ans<br>Femme   | 8 <sup>e</sup> j.  | O. D. Grande perforation<br>centrale<br>O. G. Grande perforation<br>centrale                | Pas de trachome                         | Weeks          |





# SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 7 Décembre 1923

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

*Sont présents* : MM. les docteurs Brun, Guido Lévy, Cortesi, Cohen-Hadria, Nunez, Lemanski, Lalloum, Maurice Uzan, Lévy Emile, Aldo Cohen, Guinet, Smadja, Spezzafumo, Cassuto, Nicolle, Aldo Debasche, Benjamin Lévy, Sbrana, Pérez, Jarmon, Tibi, Biecheler, Raméry, De Laguennère, Minguet, Marzouk, Lumbroso, Benmussa, Disegni, Sfez, Henry, Soria, Ortona, Hayat, Houdart.

×

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

×

## COMMUNICATIONS DU BUREAU

**Admissions.** — Sont admis à l'unanimité, comme membre titulaire, le docteur SMELIANSKY; comme membre associé, M. LEON TIBI, étudiant en médecine.

×

**Bourse Pasteur.** — Le Bureau fait part à l'assemblée de son choix au sujet du titulaire de la bourse Pasteur pour l'année 1924 : M. le docteur ALDO COHEN. Le choix est approuvé par la Société et par le Comité du fonds Pasteur, à l'unanimité.

×

## PRÉSENTATION DE MALADES

Le docteur BRUN, continuant sa série, présente un malade indigène atteint d'un ulcus du duodénum et qui présente comme presque tous ceux qui se présentent à Sadiki, atteint de cette affection; des pointes de feu dans la région épigastrique. C'est le « signe arabe » des ulcus, signe qui ne fait presque jamais défaut.

×

## Volumineux sarcome du maxillaire supérieur droit Résection totale du maxillaire après ligature de la carotide externe Guérison opératoire

Docteur R.-G. BRUN <sup>par les</sup> Docteur HOUDART  
Chirurgien oto-Rhinolaryngologiste  
de l'Hôpital Sadiki

Mohamed ben..., âgé d'environ 30 ans, vient nous consulter à l'Hôpital Sadiki, pour une volumineuse tumeur du maxillaire supérieur. Le début de l'affection remonterait à plus d'un an, à cette époque le malade com-

mença à ressentir des douleurs névralgiques qui augmentèrent de plus en plus et qui sont surtout violentes la nuit. Puis la tuméfaction apparut et s'accrut peu à peu pour atteindre un volume énorme et entraîner une difformité extrême. La peau de la joue est tendue, soulevée par une tumeur irrégulièrement bosselée, dure, de la grosseur du poing. Un prolongement orbitaire refoule en dehors de la cavité orbitaire l'œil qui a perdu sa vision. La tumeur vient encore boucher dans la cavité buccale faisant en dehors disparaître le sillon gingival, élargissant le rebord alvéolaire dans lequel les dents sont branlantes et douloureuses, et enfin, faisant tomber la voûte palatine dans toute la partie correspondante au maxillaire malade.

Malgré l'étendue des lésions, l'intervention proposée est acceptée. Sous anesthésie générale au chloroforme, nous commençons par faire la *ligature de l'artère carotide externe* suivant le procédé de Hartglas, communiqué récemment à la Société de Chirurgie de Paris.

Nous pratiquons ensuite la résection totale du maxillaire supérieur suivant la technique classique décrite par Liston. Grâce à la ligature préventive de la carotide, nous n'avons pas été gênés par l'hémorragie ordinairement si abondante dans ce genre d'intervention. La large cavité est tamponnée avec trois mèches de gaze qui sortent par la cavité buccale. Ces mèches sont enlevées le 5<sup>e</sup> jour, des lavages quotidiens au sérum sont pratiqués par la bouche, la cicatrisation est excessivement rapide et les suites opératoires sans complication.

La disparition des douleurs, la réapparition de la vision de l'œil droit constituent les bénéfices immédiats retirés par le malade, de son opération. Les récidives locales ou plus rarement ganglionnaires sont malheureusement très fréquentes quelquefois précoces, d'autres fois tardives, aussi proposons-nous de confier à notre confrère Radiothérapeute, notre malade pour parachever le traitement chirurgical.

On connaît cependant des cas de guérisons obtenus par l'opération; la connaissance de ces faits légitime donc l'intervention malgré sa gravité immédiate.

Cette gravité, tous les auteurs s'accordent à l'attribuer en très grande partie (50 pour 100 environ), à des pneumonies de déglutition que favorise la pénétration du sang dans les voies respiratoires pendant l'opération. Pour s'opposer à cet écoulement on a proposé la trachéotomie préventive avec tamponnement trachéal, la position dite de Rose, l'opération sous anesthésie locale, ou sans anesthésie, etc., etc. Nous tenons encore à insister pour terminer sur les avantages que nous a procuré à ce point de vue la ligature préventive de la carotide externe.

#### Discussion :

D<sup>r</sup> Guinet. Au commencement de sa remarquable communication le docteur Brun a dit que ce malade avait eu une application de radium qui

n'a donné aucun résultat. J'aurais été très étonné s'il en avait été autrement; il est impossible d'avoir un résultat en irradiant une tumeur semblable, en mettant en surface un tube de radium de 100 milligr. et un de 50 milligrammes, il est impossible de donner la dose efficace en profondeur et alors le résultat est de donner un coup de fouet et non de détruire les cellules cancéreuses. Au lieu de cela il aurait fallu ou bien mettre des aiguilles de radium ou, ce qui aurait été beaucoup mieux dans le cas actuel faire de la radiothérapie profonde par plusieurs champs. La seule chose qui peut être faite maintenant est d'irradier toute la région pour tenter d'éviter la récurrence. Comme je l'ai dit dans ma dernière communication quand un cancer doit être opéré, il faut irradier avant plutôt qu'après.

×

### Un cas de myopathie

par le Dr Maurice UZAN

Le petit Lucien que je vais vous présenter est né le 1<sup>er</sup> février 1915 et par suite, il n'est pas loin d'avoir 9 ans. Issu de parents qui semblent bien portants, il est le fruit d'une 5<sup>e</sup> grossesse de la mère; la première grossesse ayant abouti à la naissance d'un enfant actuellement en bonne santé; la seconde à une fausse couche de trois mois environ sans cause apparente, la troisième à la naissance d'une fille qui mourut à un an et demi de scarlatine, la quatrième enfin à une fausse couche de trois mois. Mais dans ce dernier cas, un incident était venu troubler le cours de la gestation : l'écllosion du choléra chez la mère. La naissance de Lucien suivit de près cet épisode.

L'enfant, venu à terme, fut allaité par sa mère; il eut cependant quelques poussées de gastro-entérite. La première dent apparut à 5 mois et demi et l'enfant fit ses premiers pas à un an et demi. On parla déjà de rachitisme.

À l'âge d'un an, rougeole suivie deux ans après d'une nouvelle fièvre éruptive cataloguée aussi rougeole.

L'enfant avait alors 3 ans. Les parents avaient déjà remarqué à plusieurs reprises qu'il se fatiguait vite à la marche, était asthénique et se plaignait parfois d'arthralgies. Le petit Lucien fut alors traité et sembla amélioré au moins un moment.

Il y a 2 ans environ, une grippe fut l'occasion d'une reprise de tous ces phénomènes.

Depuis, l'enfant a présenté des troubles de l'attitude et de la marche, de l'asthénie, qui ont passé par des alternatives de mieux et de mal mais affectant dans l'ensemble, une allure progressive.

Lorsqu'on examine actuellement l'enfant, on est frappé par toute une série de symptômes que nous allons maintenant passer en revue.

Un premier fait s'impose avec évidence, c'est l'albinisme, albinisme s'accompagnant dès la naissance, de pilosité, de réactions vasomotrices ayant même été à un moment donné jusqu'au dermographisme et d'un nystagmus permanent avec légère myopie. p

A côté de ces signes objectifs, on remarque de suite des troubles profonds de la croissance de l'enfant. Ces troubles portent sur le poids, l'enfant ne pesant que 19 k 600 (au lieu de 23 kg. qu'il devrait peser selon Apert), sur la stature, les mensurations nous ayant donné les chiffres suivants :

|                                                                |                    |                                       |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------|
| Taille :                                                       | 1 <sup>m</sup> ,15 | au lieu de 1 <sup>m</sup> ,29 (Apert) |
| Périmètre thoracique :                                         | 0 <sup>m</sup> ,58 | au lieu de 0 <sup>m</sup> ,59 (Apert) |
| Diamètre bis-acromial :                                        | 0 <sup>m</sup> ,24 |                                       |
| Circonférence crânienne :                                      | 0 <sup>m</sup> ,54 |                                       |
| $\frac{\text{Périmètre thoracique} \times 100}{\text{Taille}}$ | = 50               | au lieu de 45 (Apert)                 |
| $\frac{\text{Poids en grammes}}{\text{Taille en centimèt.}}$   | = 171              | au lieu de 185                        |

A ces troubles de développement, nous devons ajouter la cryptorchidie : les bourses sont vides et l'on peut palper chaque testicule dans le canal inguinal correspondant.

Lorsqu'on observe l'enfant debout, au repos, on peut tout de suite noter certains troubles de l'attitude. L'enfant se tient les bras ballants, les coudes un peu écartés du corps, les pieds un peu écartés aussi (la station pieds joints était presque impossible); la tête inclinée légèrement en avant, a l'air « vexé » selon le terme consacré; le ventre est proéminent en avant. De profil on voit s'accuser la saillie d'une cyphose cervico-dorsale, et surtout cette exagération de l'ensellure lombaire allant jusqu'à la lordose dorso-lombaire. Les omoplates sont un peu détachés de tronc.

Si on dit à l'enfant de mettre son dos en extension forcée, il exagère encore cette lordose mais ne peut redresser la tête. Cela se voit encore plus nettement lorsqu'on demande à l'enfant de faire ce mouvement contre un mur.

A la marche, l'écartement des bras s'accuse davantage, l'enfant les porte légèrement en arrière, la lordose s'accroît, le ventre proémine encore plus, l'enfant avance lentement avec un air guinde appelant cette démarche de « roi de comédie » dont parlait Brissaud, y ajoutant un certain balancement sur les jambes, un dandinement rappelant aussi la démarche de canard.

Si on ordonne à Lucien de se baisser pour ramasser quelque chose, il commence par s'accroupir un peu, appuyé de ses deux mains sur ses genoux fléchis, puis ayant raffermi sa position, étend l'un de ses bras, ramasse l'objet, ramène le bras étendu sur son genou et se relève en grimant en quelque sorte le long de ses cuisses.

La tête reste capable de mouvements latéraux, les mouvements d'hyper-extension étant seuls à peu près impossibles. Tous ces mouvements fatiguent vite notre malade.

Si on palpe les différents muscles, on constate une diminution de tonicité de la plupart d'entre eux, l'atrophie est manifeste dans les muscles thoraciques, ceux de la ceinture scapulaire, du bras et de la cuisse; ceux de l'avant-bras, et de la jambe paraissent au contraire beaucoup moins atteints. Voici quelques mensurations :

|                                          |                             |                              |
|------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Tour du bras                             | Droit : 14 <sup>cm</sup> ,5 | Gauche : 15 <sup>cm</sup> ,5 |
| Tour de l'avant bras<br>au 1/3 supérieur | Droit : 16 <sup>cm</sup>    | Gauche : 16 <sup>cm</sup>    |
| Tour de cuisse                           | Droit : 24 <sup>cm</sup>    | Gauche : 24 <sup>cm</sup>    |
| Tour du mollet                           | Droit : 21 <sup>cm</sup>    | Gauche : 22 <sup>cm</sup>    |
| Tour du cou                              | : 24 <sup>cm</sup> ,5       |                              |
| Ceinture                                 | : 60 <sup>cm</sup>          |                              |

Il ne nous a pas été malheureusement possible de faire des recherches dynamométriques complètes.

L'examen des réflexes tendineux montre qu'ils existent partout, le réflexe rotulien étant cependant un peu diminué à gauche. Le réflexe cutané abdominal et le réflexe crémastérien sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Le réflexe de Babinski recherché par excitation plantaire ou par la manœuvre d'Oppenheim est normal des deux côtés.

Nous n'avons relevé aucun trouble de la sensibilité. L'examen des différents viscères ne révèle rien d'anormal sauf une rate perceptible.

Nous avons alors demandé au docteur Perez de vouloir bien faire un électro-diagnostic. L'examen électrique a montré que d'abord les nerfs répondaient bien aux excitations galvaniques et faradiques, mais qu'en revanche tous les muscles du dos, ceux de la paroi abdominale antérieure, ceux de la ceinture scapulaire, ceux du bras et le long supinateur ne répondaient pas ou presque, à l'excitation faradique aussi bien qu'à l'excitation galvanique.

Tels sont les faits cliniques.

Le diagnostic de mal de Pott cervico-dorsal qui semble avoir été posé au début, ne peut se soutenir; d'ailleurs de nombreuses radiographies faites à plusieurs reprises ont montré l'intégrité de la colonne vertébrale sur toute sa longueur.

La topographie des muscles atteints, d'une part, les réactions électriques des nerfs, d'autre part, permettent d'éliminer le diagnostic de myélopathies.

Restent les affections des muscles. Les réactions électriques permettent d'éliminer la maladie de Thomsen et la maladie d'Oppenheim. D'ailleurs l'existence d'une réaction myotonique ou myotonique partielle, localisée

à quelques-uns des muscles atteints n'aurait pu éloigner le diagnostic de myopathie primitive progressive auquel nous arrivons.

Il n'y a évidemment pas dans notre cas tous les signes classiques de la myopathie : il n'y a pas l'aplatissement tout spécial du thorax, la déformation « en taille de guêpe », la lèvre de tapis, le rire en travers; il n'y a pas non plus les lésions osseuses en particulier la brachycéphalie si spéciale décrite par Marie et Onanoff. Il n'y a point de troubles trophiques, ni de troubles viscéraux; il n'y a pas non plus ces troubles mentaux fréquemment associés aux myopathies que Joffroy appelait myopsychies; il n'y a pas davantage les pseudo-hypertrophies de la forme décrite par Duchenne, de Boulogne; il n'y a enfin, pas la notion d'hérédité.

Tout cela permet d'éliminer les formes suivantes de myopathies : type Duchenne, type Leyden-Mœbins, type Landouzy-Dejerine, type Zimmerlin et tous les types qui débutent par les membres inférieurs tels que les formes décrites par Eichhorst, Brossard (fémoro tibial), par Raymond et Guillain (lombo-pelvi-fémoral).

Notre cas entre plutôt dans le cadre de la forme dite juvénile d'Erb, qui fut décrite pour la première fois par Duchenne de Boulogne, en 1865, sous le nom d'atrophie musculaire progressive de l'enfance et étudiée par Erb en 1882.

Il faudrait maintenant se demander quelle étiologie nous pourrions placer à la base de ce syndrome. Les fausses couches de la mère, les dystrophies de l'enfant, nous ont incité à rechercher la spécificité. Une première réaction de Wassermann a été négative. Après réactivation, une seconde réaction a été encore négative. L'hypothèse de spécificité reste donc problématique. Faut-il incriminer le choléra de la mère ? Faut-il incriminer les affections aiguës de l'enfant ? Cela ne peut être résolu.

Un point de pathogénie nous a semblé mériter d'être signalé. L'asthénie, l'hypotension TA = 7.5—5 au Vaquez Laubry) nous ont poussé à nous demander si la surrénale ne pouvait être en cause dans ce cas. On sait que la plupart des auteurs américains rattachent les myopathies à des troubles des sécrétions internes. La thyroïde, les parathyroïdes, les surrénales ont tour à tour été mises en cause.

Dans le cas présent, nous avons depuis deux mois institué un traitement par l'adrénaline, du suc musculaire et la culture physique. La famille et moi-même, malgré je l'avoue mon scepticisme, avons observé une légère amélioration, les mouvements devenant plus faciles, et l'asthénie moindre. Est-ce l'action du traitement ou une coïncidence ? Je ne saurai le dire et ne veux point m'aventurer à l'affirmer. L'avenir se chargera d'élucider ce point.

#### **Discussion :**

Le docteur Cassuto demande s'il y a là la consanguinité dans les antécédents du malade.

Et le docteur *Lemanski*, si l'enfant a été accouché au forceps.

*M. Uzan*. Il n'y a pas de consanguinité dans les antécédents, et l'accouchement de l'enfant fut normal.

×

## COMMUNICATIONS

### Périostite isolée du temporal

par le Dr E. LUMBROSO

L'intérêt de l'observation que je vous présente aujourd'hui, réside surtout dans le fait qu'il s'agit d'une des complications les plus rares des affections suppurées de l'oreille.

M. C..., 43 ans, est venu me trouver pour une suppuration de l'oreille droite datant déjà d'une huitaine de jours. La maladie avait été caractérisée par un début brusque avec fièvre, douleur, suivies de suppuration. A l'examen, il montre une otite aiguë évoluant normalement sans aucune réaction mastoïdienne, le pus est abondant. Au bout de 20 jours de traitement tout rentre dans l'ordre, l'otite paraît guérie complètement.

Douze jours après, M. C... revient me voir, et me raconte que la veille au soir, il avait vu un gonflement se produire au-dessus de son oreille droite. On voit effectivement une tuméfaction rouge, très marquée de la région temporale droite avec un maximum au-dessus de l'angle antéro-supérieur de l'oreille. En avant, elle s'étend jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire sans toutefois limiter ses mouvements; la région palpébrale droite est légèrement œdématisée et rouge. En arrière la tuméfaction diminue insensiblement sur la mastoïde dont la partie supérieure est œdématisée et rouge. Le sillon rétro-auriculaire est effacé dans sa moitié supérieure. Le pavillon est rouge et déjeté en bas. La palpation douloureuse au-dessus de l'angle antéro-supérieur de l'oreille, ne provoque presque pas de douleur au niveau de l'autre; la pointe paraît absolument libre. Cette palpation révèle un œdème en godet dans toute l'étendue de la tuméfaction; pas de fluctuation.

L'examen du conduit montre la paroi supérieure légèrement abaissée; le tympan est à peu près cicatrisé, il ne bombe pas. L'état général est bon, pas de fièvre, pouls à 80. Pas de douleur spontanée, pas d'élançements; une sensation de gêne, de pesanteur.

A cause de l'état général bon, du tympan à peu près normal, et pensant à une possible périostite temporale, je me résous à attendre avant de procéder à une intervention chirurgicale. J'ordonne des pansements humides chauds.

Le lendemain le gonflement a diminué dans de grandes proportions et les jours suivants l'amélioration continue. Il persiste cependant un peu de gonflement supra-auriculaire, avec une légère sensibilité.

Le 5<sup>e</sup> jour la température se reproduit sans aucune cause et atteint des

dimensions plus prononcées que le premier jour, elle est rouge luisante, la peau est tendue, l'oreille absolument déjetée en bas et un peu en avant; la mastoïde est œdématisée complètement, cependant le maximum de la tuméfaction est toujours au même point que précédemment.

L'otoscopie montre un conduit dont la paroi supérieure est complètement affaissée ne permettant en aucune façon d'apercevoir le tympan. L'exploration au stylet fait percevoir une fluctuation. Le malade éprouve une grande lourdeur dans toute la partie droite de la tête, il a eu quelques mouvements fébriles dans la nuit, température 37°2.

En principe devant ce tableau, la trépanation large de la mastoïde est décidée, cependant une dernière tentative est faite sur la paroi supérieure du conduit qui est incisé dans toute sa longueur presque à l'os.

Beaucoup de sang et peu de pus. Le malade est revu 3 heures après, le pus s'est écoulé en abondance, le coton qui obturait le méat a dû être changé cinq fois, la tuméfaction a considérablement diminué, le malade se sent beaucoup mieux.

L'urgence de la trépanation étant diminuée, je reste dans une expectative armée, les pansements humides sont continués. Le lendemain matin la suppuration a presque disparu, la tuméfaction a encore diminué.

Une exploration au stylet ne révèle aucune fistule osseuse; le canal auditif est beaucoup plus perméable, le tympan reparait toujours à peu près normal. Les jours suivants la suppuration a cessé complètement, le gonflement a disparu au 4<sup>e</sup> jour ainsi que la sensibilité à la pression de l'angle antéro-supérieur.

Depuis un mois et demi, le malade se porte parfaitement bien et n'a fait aucune réaction de l'os sous-jacent.

Le diagnostic initial de périostite isolée du temporal s'était en quelque sorte imposé par le siège et la forme de la tuméfaction qui s'étendait à peu près dans les limites de l'écaille, par le délai de douze jours qui s'était écoulé entre la guérison de l'otite et l'apparition de la tuméfaction, par l'absence de douleur provoquée dans la région mastoïdienne, par l'aspect du tympan, enfin par l'état général assez bon. L'évolution, malgré quelques tribulations et surtout la terminaison on confirmé le diagnostic. Si l'os sous-jacent avait été atteint il est certain que le pus coulerait encore par une fistule osseuse, or, le pus n'a coulé que quelques heures, le temps de vider la poche, et l'exploration au stylet n'a révélé aucune fistule; au surplus l'examen otoscopique montre une oreille redevenue absolument normale.

La propagation au périoste se fait soit directement de la caisse, soit secondairement. La première hypothèse semble en contradiction avec le fait qu'il n'y a pas concomitance entre les deux phases de la maladie, cependant Junca, dans une publication récente, insiste sur le fait que presque toutes les otites observées ont été très atténuées et que même plusieurs



observations de Luc en constatent l'absence; il n'y aurait rien d'étonnant à ce que l'extériorisation de cette infection atténuée se produisit lentement.

Dans notre cas l'otite a été franche, classique et je crois qu'il faut se ranger à la deuxième hypothèse, celle de Gault et de Jacques qui ne peuvent expliquer le décalage que : « par un travail de préparation préalable ou une élaboration de la virulence des germes en une région circonscrite, telle qu'une cellule limitrophe du conduit, d'où la colonie microbienne silencieuse pour un temps envahira brusquement le revêtement du conduit osseux par sa face profonde en effondrant en un point la mince lamelle d'os qui l'en isolait ».

La périostite isolée du temporal est une affection assez rare. Luc qui l'a décrite en a observé quatre cas en dix ans. D'autres auteurs Aboulker, d'Alger; Jacques, Gault, Citelle, en ont présenté quelques cas. Tous cependant s'accordent à dire avec Luc que cette affection survient presque toujours au déclin d'une otite subaiguë sans suppuration ou avec écoulement très fugace. Citelli insiste sur la fréquence particulière de cette affection chez les jeunes enfants.

Dans notre cas, au contraire, l'otite a été franche, le pus abondant et la guérison n'a été obtenue qu'au bout de près de trente jours de suppuration. D'autre part notre malade, ne l'oublions pas, est âgé de 43 ans.

Quant à la ligne de conduite à suivre dans ces cas, Luc l'a très bien définie dans la conclusion de sa leçon magistrale sur l'abcès temporal sous-périosté :

« C'est par une simple évacuation que je vous conseille de commencer. En supposant, en effet, qu'il cristât, concurrentement avec l'abcès sous-périosté, quelque collection purulente intra-osseuse, vous ne tarderiez pas à en être averti par la persistance des symptômes généraux et locaux (fièvre, écoulement de pus par la plaie, douleurs spontanées ou provoquées, et rien ne vous serait alors plus facile que de faire suivre votre première intervention, de l'ouverture régulière de l'apophyse ».

C'est la ligne de conduite à laquelle je me suis rangé et les résultats sont venus en démontrer la justesse.

#### **Discussion :**

Le docteur *Houdart* fait remarquer que cette affection ne lui semble pas aussi rare qu'on le dit. Pour sa part il eut à observer deux cas à Paris et trois à Tunis. Parmi les trois cas observés à Tunis, deux étaient accompagnés d'une légère otite et le troisième suppurait franchement. Tous ont guéri après incision.

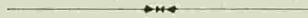
Le docteur *Lumbroso* signale la rareté du 3<sup>e</sup> cas du docteur *Houdart*; la

plupart des classiques ne signalant que des cas d'otite légère accompagnant la périostite isolée du temporal.

×

Docteur DEBBASCH. — **Données sur quelques techniques de radiothérapie profonde.**

Après un exposé très spécial des techniques récentes de radiothérapie profonde, le docteur Debbasch insiste sur la nécessité de faire pratiquer des biopsies des tumeurs avant de les traiter par la radiothérapie profonde, la technique de ce traitement devant varier suivant la nature anatomopathologique de la tumeur à irradier.



## Réglement de la Bourse Pasteur de la Société des Sciences Médicales de Tunis

---

La Société des Sciences Médicales de Tunis a créé à l'occasion du Centenaire de Pasteur, un fonds Pasteur constitué par les sommes recueillies par souscription publique en 1923 et dont une partie des arriérages doit servir à doter une bourse annuelle d'études à l'Institut Pasteur de Paris.

Cette bourse annuelle est destinée à défrayer le titulaire des frais de séjour et d'études pendant la durée des cours annuels de microbiologie professés à l'Institut Pasteur pendant les quatre premiers mois de chaque année.

La Bourse Pasteur de la Société des Sciences Médicales de Tunis est mise au concours chaque année. Peuvent seuls concourir *les jeunes gens tunisiens c'est-à-dire nés en Tunisie ou ayant leur famille établie depuis plusieurs années dans la Régence et qui projettent de s'établir dans le pays.*

Le concours est ouvert aux jeunes gens remplissant cette condition primordiale, sans distinction de race ou de nationalité.

Les candidats devront être soit docteurs en médecine, en pharmacie ou pharmaciens de 1<sup>re</sup> classe ou vétérinaires diplômés, ayant passé leur thèse ou terminé leurs études depuis moins d'un an; soit étudiants en médecine ou en pharmacie ou en art vétérinaire en fin d'études, c'est-à-dire ayant pris toutes leurs inscriptions.

Les candidats à cette bourse devront adresser à M. le Président de la Société des Sciences Médicales de Tunis (Hôtel des Sociétés Françaises) et avant le 1<sup>er</sup> octobre de chaque année les pièces suivantes :

- 1<sup>o</sup> Leur extrait de naissance;
- 2<sup>o</sup> Attestation de domicile familial en Tunisie;
- 3<sup>o</sup> Une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en Médecine, en pharmacien de 1<sup>re</sup> classe ou vétérinaire;

Ou un certificat de scolarité délivré par la Faculté ou l'Ecole où ils sont immatriculés;

4<sup>o</sup> Un énoncé de leurs titres scientifiques tels que travaux, thèses, certificats de travaux pratiques de microbiologie ou de stages dans des laboratoires, certificats d'assiduité à des cours de perfectionnement, etc., etc.

Le jury composé des membres du bureau de la Société jugera sur les titres soumis à son appréciation.

Le titulaire de la Bourse devra s'engager à suivre assidûment les cours de l'Institut Pasteur et recevra en outre du prix de son voyage AR Tunis-Paris en 2<sup>e</sup> classe, une allocation mensuelle de 1.000 francs.

---

## REVUE ANALYTIQUE

### ANALYSES

#### Recherches diverses sur l'Insuline

XVII<sup>e</sup> Congrès Français de Médecine, Bordeaux  
27-29 Septembre 1923

— Labbé, Nepveux et  
Lambrou. Traitement du  
diabète par l'insuline.  
— Chabanier, Lobo

Onell et Mlle Lebert. Etude de 57 cas de diabète, traités par l'insuline.

— Lereboullet, Chabanier, Lobo, Onell et Mlle Lebert. Insuline et diabète sucré infantile.

— Mauriac, Piéchaud, Servantie et Aubertin. Indications et valeur pratique du traitement du diabète par l'insuline

— Iscovesco et Bouge. Recherches sur l'insuline.

— Penau et Simonnet. Dosage des préparations d'insuline.

×

Au cours du récent Congrès de Médecine, de nombreuses communications sont venues apporter quelques précisions sur l'insuline. Elles vont nous permettre de compléter la revue générale parue dans ce journal en octobre dernier.

*Mode de préparation de l'Insuline.* — Iscovesco et Bouge décrivent un nouveau procédé de préparation de l'Insuline : extrait hydro-alcoolique de pancréas purifié par des précipitations répétées à l'alcool absolu. Les auteurs insistent sur la nécessité de se maintenir pendant toute la durée de la préparation en milieu acide et à basse température.

*Caractères physico-chimiques de l'Insuline.* — Ces mêmes auteurs ont montré que :

1° L'Insuline ne dévie pas le plan de polarisation;

2° Elle est sans action sur la liqueur de Fehling;

3° Fait particulièrement curieux, l'action de l'insuline sur une solution titrée de glycose après mise en contact à l'étuve à 30° pendant 2 heures, se manifeste par la diminution de la quantité de glycose de 30 % quand on dose au polarimètre, alors que le dosage par la méthode de Bertrand n'accuse aucune diminution.

*Titrage de l'Insuline.* — Pour Penau et Simonnet, le lapin peut être pris comme test d'estimation de l'activité de l'insuline. Mais il faut réaliser les conditions suivantes :

1° Animaux de 2 kilogr.;

2° N'attacher d'importance qu'aux variations de la glycémie;

3° Opérer sur au moins quatre animaux pour éviter les résistances individuelles;

4° Compléter enfin l'essai sur un chien dépancréaté totalement, ou mieux, partiellement.

*Action expérimentale.* — Tous les auteurs confirment les résultats précédemment acquis.

— Lorsque l'on additionne un sang normal d'insuline et qu'on le place dans l'étuve à 30° pendant deux heures, on constate que la glycolyse qui était de 10 % dans le sang seul, dépasse 55 p. 100 après l'addition de l'insuline. (Iscovesco et Bouge).

Chaque unité d'insuline permet l'utilisation chez l'homme diabétique de 2 à 5 gr. d'hydrocarbones. (Labbé, Nepveux et Lambru).

*Résultats thérapeutiques.* — 57 cas de Chabanier, Lobo-Onell et Mlle Lebert, se répartissant en :

- 11 cas de diabète infantile avec dénutrition et acidose;
- 25 cas de diabètes maigres (adultes);
- 3 cas de comas (adultes);
- 2 cas de précomas (adultes);
- 16 cas de diabètes gras (adultes);

ont reçu au total 9.500 injections. Quatre fois seulement on observa d'accidents et chez des sujets qui ne s'étaient pas alimentés aussitôt après l'injection. Toujours les résultats ont été satisfaisants même dans les cas de diabète infantile si communément graves.

*Indications de l'Insuline.* — Mauriac, Picchaud, Servantie et Aubertin, recommandent l'insuline dans les cas suivants :

- Diabètes graves avec amaigrissement;
- Diabètes avec acétonémie;
- Imminences de coma;
- Comas confirmés;
- Diabètes avec troubles fonctionnels incommodant sérieusement le malade, tels que polydipsie, stomatites, accidents infectieux, et particulièrement le prurit.

Préparation à l'acte opératoire chez un diabétique;

Retard de cicatrisation des plaies chez un diabétique.

*Mode d'action et nature de l'insuline.* — Labbé et ses élèves se demandent si l'insuline agit par augmentation de la combustion du glucose, par la mise en réserve du glucose sous forme de glycogène ou par la transformation du glucose en lipoides.

Iscovesco et Bouge, rappelant les recherches de Tanret sur les glycoses A et B, émettent deux hypothèses :

1° L'insuline se combinant avec le glycosé A donne un composé peu stable qui sera facilement attaqué par le ferment glycolytique.

2° Le ferment glycolytique ne peut agir que sur le glycosé B. L'insuline agirait alors en immobilisant le glycosé A.

M. U.

---

**Des formes larvées  
et atténuées du typhus exanthématique  
chez l'enfant**

Docteurs GILLOT, MOSCA et SARROUY

*Archives de Médecine des Enfants*, N° 1, Janvier 1924

---

Se basant sur les statistiques de Molodenkoff, en Russie (1912), de Conseil (1911) et de Poirson (1912) en Tunisie, de Lemaire (1921) en Algérie, et sur leur propre statistique de la clinique médicale infantile d'Alger, les Auteurs montrent que, contrairement à l'opinion classique, les enfants peuvent être assez souvent atteints par le typhus.

C'est que chez l'enfant on rencontre surtout des formes larvées (fréquemment ambulatoires) et des formes atténuées pouvant même ne pas porter la signature même de la maladie, je veux dire l'exanthème. Deux observations de ce genre illustrent ce mémoire.

Tenant compte de ces faits, le clinicien doit s'attacher à dépister les formes de l'enfance qui justement parce qu'elles sont méconnues pourraient constituer, comme le pensent Ch. Nicolle et E. Conseil, le « réservoir de virus ».

Il faudra recourir systématiquement aux recherches biologiques, en particulier, au procédé le plus simple et le plus clinique du séro-diagnostic de Weil-Félix.

M. U.

---

**L'adénite sérique  
(Accident de la sérothérapie antidiphthérique)**

Docteurs MOURIQUAND et DECHAUME

*Lyon Médical*, 10 Nov. 1923

---

Les auteurs rapportent un certain nombre d'observations d'adénites pures post-sériques.

Alors que le malade est apyrétique, que l'examen de gorge est négatif, qu'il n'y a plus de ganglions, dans le laps de temps dévolu pour le déclanchement des accidents sériques (6 à 11 jours), en quelques heures les ganglions cervicaux ou sous-maxillaires, inguinaux dans certains cas d'œ-

dèmes sériques, deviennent volumineux et douloureux, précédant de peu l'apparition de l'éruption sérique. L'adénite a pourtant un pronostic bénin, elle disparaît rapidement et spontanément au bout de 2 à 3 jours.

A côté de cette forme pure, les A. décevaient des formes associées où l'adénopathie existante déjà se voit augmentée brutalement lors des accidents sériques. Ces formes sont plus sérieuses.

Ces adénites sériques ne sont pas monopolisées par le sérum antidyph-térique. P. Villery Radot dans un cas de sérothérapie antidysentérique a observé des ganglions axillaires inguinaux et une splénomagolie évoluant du 6<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> jour.

M.U.

---

**Relations de certains eczémas  
avec les ulcérations du tube digestif**

LORTAT JACOB

*La Médecine*, Novembre 1923

---

En présence de poussées rebelles et récidivantes de la face et du tronc, survenant chez des sujets n'ayant pas

dépassé la cinquantaine, il est très fréquent de trouver soit les signes cliniques d'une ulcération de la muqueuse gastrique ou duodénale, soit des hémorragies occultes, soit des signes radiologiques d'ulcus. On voit souvent aussi des ulcérations petites et multiples de la région gastro-duodénale à l'origine de certains eczémas, comme si les affections érosives de la muqueuse digestive, favorisaient la sensibilisation de la peau chez les eczémateux.

Il importe donc dans ces cas d'associer au traitement externe de ces eczémas, des pansements bismuthés de la muqueuse gastrique, — enfin la cure de désensibilisation habituelle.

E. C.-H.

---

**Purpura aigu hémorragique  
post novarsénobenzolique**

J. NICOLAS, J. GATÉ et F. LEBEUF

*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1923, p. 705

---

Un syphilitique secondaire présente deux mois après une première série de novar (au total 1 gr. 50) un ictère.

Deuxième série, neuf mois après, suivie après deux mois d'un purpura hémorragique bénin. Un an après, il se présente pour un syphilome chancriforme tertiaire sans signaler son purpura; onze jours après la 4<sup>e</sup> piqûre (0.60), nouvelle poussée de purpura. L'examen hématologique montre une

leucopénie à 1.500 avec mononucléose et absence presque complète de polynucléaires (5 %). Mort en neuf jours. A l'autopsie, taches purpuriques viscérales; foie assez gros contenant une grande quantité d'arsenic.

Dans cette intéressante observation, sont à noter :

1° Les accidents d'intoxication par le novar de gravité progressivement croissante après chaque série : ictère d'abord, puis purpura bénin, enfin purpura mortel;

2° La petite quantité de taches purpuriques, la fréquence des hémorragies;

3° La leucopénie, déjà signalée par de nombreux auteurs, Rabut et Oury en particulier, qui avaient supposé que ce purpura était dû à une intoxication par le noyau benzol. Cependant, dans le cas des A., l'arsenic fut trouvé en abondance dans le foie,

E. C.-H.

---

### Les Méfaits du Wassermann

par le Docteur LAGELOUZE

*Moniteur Médical*, 25 Septembre 1923

Dans cet article, l'A. reprend toutes les critiques adressées à la réaction de Wassermann.

---

D'abord, les inconnues du problème sont considérables, d'où différences de techniques et résultats discordants.

La RW est souvent négative chez des syphilitiques en évolution. Elle est parfois positive transitoirement chez des sujets non syphilitiques (Nicolas de Lyon, Ravaut, etc.). Dans 35 p. 100 des cas de sujets sans stigmates ni antécédents de syphilis et injectés au 914, ont trouvé un BW positif transitoirement (Ravaut); ceci réduirait à néant la théorie de la réactivation de Milian.

En réalité, le W est seulement un symptôme qui n'a rien de pathomonique ni de constant.

L'auteur prend acte de ce que, dans une interview, Wassermann lui-même a reconnu que la réaction est positive dans la lèpre et la scarlatine dont le diagnostic avec la syphilis peut être difficile.

En résumé, reprenant les conclusions du prof. Nicolas (in th. Jettot, Lyon, 1921), de Thibierge et du professeur Marfan, l'A. déclare que le Wassermann n'est spécifique ni dans son essence ni dans ses résultats. Des réactions négatives persistantes ne doivent pas plus faire supprimer le traitement que des réactions indéfiniment positives ne doivent le ren-



dré dangereusement intense. Attendre un Wassermann positif pour traiter, c'est revenir aux errements de la méthode opportuniste de Diday.

Enfin, l'A. dit un mot de la réaction de Vernes au péréthynol, mais il se refuse à prendre parti, étant donné les polémiques violentes — peut-être pas toujours d'ordre strictement scientifique — qu'elle a soulevées.

Il est regrettable que cet article — excellent résumé de tous les réquisitoires dressés contre le Wassermann par différents auteurs — soit imprégné de cet humour un peu... forcé qui caractérise le *Moniteur Médical*.

E. C.-H.

---

**Ostéotomie sous trochantérienne  
pour ankylose vicieuse de la Hanche**

Docteur ELIE BESSIS. — *Thèse de Paris, 1923*

---

Dans cette thèse, inspirée par le professeur Auguste Broca, l'auteur essaie de montrer les avantages de l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique sur les autres modes de traitement (ostéoclasie, résection, ostéotomie sur le col du fémur, ostéotomie sous-trochantérienne linéaire transversale, ostéotomie cunéiforme) de l'ankylose de la hanche en position vicieuse. Cette opération a l'avantage d'être facile, bénigne, de ne point toucher au foyer tuberculeux. Suivie d'extension continue, elle permet même de gagner un peu de longueur réelle — ce qui n'est pas à dédaigner — grâce au glissement du fragment inférieur sur le supérieur sans que d'ailleurs les deux fragments ne perdent contact.

Deux observations qu'illustrent deux belles planches, appuient ces conclusions.

M.U.

---

**Les Fractures supra condyliennes  
du fémur chez l'enfant  
(avec résultats éloignés)**

Docteur ISAAC SFEZ. — *Thèse de Paris, 1924*

---

Cette thèse faite dans le service du professeur Auguste Broca et à l'inspiration de ce maître, tend à montrer tout d'abord que la fracture supracondylienne du fémur n'est pas rare chez l'enfant. Elle a été surtout méconnue prise pour un décollement épiphysaire.

L'auteur décrit une fracture haute et une fracture basse. Il distingue celles qui sont incomplètes de celles qui sont complètes, celles qui s'ac-

compagnent de déplacement et celles qui en présentent une cause de gangrènes et de raccourcissements.

Il insiste sur le rôle prédisposant du rachitisme et de la tuberculose.

Le diagnostic est surtout facilité par la radiographie faite toujours de face et de profil.

Le traitement par l'immobilisation et l'extension continue lorsqu'il s'agit de fracture sans déplacement, par la méthode sanglante au cas contraire a permis d'avoir des résultats, proches et éloignés, généralement satisfaisants.

M.U.

---

### LIVRES REÇUS

**Les Grands Syndromes respiratoires**, Fascicule 1, par Emile SERGENT, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de la Charité. — 1 vol. (16 x 24,5) de 308 pages avec figures dans le texte. 20 fr. (Gaston Doin, Editeur, 8 Place de l'Odéon, Paris-6<sup>e</sup>)

Ce volume est le premier d'une nouvelle Collection : « la Bibliothèque des grands syndromes » dirigée par le Professeur H. Roger, doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

L'auteur, s'inspirant de l'esprit de cette Collection, ne s'est pas astreint à décrire tous les syndromes qui peuvent être observés dans les diverses affections de l'appareil respiratoire ; il lui a paru qu'il serait moins banal et, certainement, plus utile de ne retenir que ceux de ces syndromes qui sont le plus nettement individualisés, et, plus particulièrement, ceux qui ont été l'objet, dans ces derniers temps, de recherches nouvelles.

M. Sergent a divisé son programme en deux parties ; chacune formera un volume.

Dans ce premier volume il a groupé les grands syndromes qui résultent, d'une part, des lésions des voies respiratoires supérieures et des bronches et d'autre part, des troubles fonctionnels de l'acte respiratoire. L'auteur a commencé par définir le *Rôle du rhino-pharynx* dans la respiration et par montrer le retentissement qu'exercent ses altérations sur la fonction respiratoire ; il a été ainsi amené à étudier le *Syndrome d'insuffisance respiratoire*, les *Rhino-bronchites descendantes*, l'*Asthme*, le *Syndrome bronchite chronique et emphysème*, la *Dilatation des bronches*.

Ce livre d'un de nos maîtres les plus estimés, a pour pivot l'analyse et la discussion d'observations personnelles recueillies dans son service hospitalier ou dans sa pratique professionnelle.

Ouvrage que chaque praticien devra avoir dans sa bibliothèque.

---

**Petit Dictionnaire de Médecine**, Termes médicaux. Expressions techniques, par le Docteur E. DABOUT, médecin légiste de l'Université de Paris. Un volume in-16 de 662 pages à deux colonnes. — Broché : 20 fr. — Relié : 26 fr. (J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris-6<sup>e</sup>).

Le dictionnaire que présente aujourd'hui au public le Dr DABOUT, paraît à son heure. Comme le dit excellemment dans la préface M. le Professeur

agrégé Roussy, la profusion des néologismes que voit naître chaque jour notre langue médicale, rend difficile pour le médecin et l'étudiant la lecture et la compréhension des articles qui passent dans nos journaux et nos revues de médecine.

L'auteur a défini la plupart des néologismes créés par la neurologie, la médecine mentale. Il s'est attaché à faire connaître les mots nouveaux employés en Radiologie, Bactériologie, Physiologie et, se souvenant combien la Clinique reste et doit rester la maîtresse choyée du médecin, il a longuement décrit les syndromes, les signes, les réactions que le clinicien doit parfaitement connaître et qui résument souvent d'un mot toute une maladie. L'étudiant qui lit le compte rendu de nos grandes sociétés et qui, le plus souvent, ne peut suivre la présentation d'un malade par suite de son incompréhension de certains mots concis comme : syndrome strio-pallidal, syndrome thalamique réflexe cubito-pronateur, réaction de Schultz-Charlton, hallucinations autoscopiques, hallucinations psycho-motrices, etc., consultera avec grand profit ce nouveau dictionnaire. Il économisera du temps, ce qui est appréciable en notre siècle et, par la recherche de la signification exacte d'une expression technique, il évitera la confusion dans son esprit, ce qui est encore plus précieux.

~~~~~

L'Alcoolisme cérébral. Par R. BENON, ancien interne de la Clinique de Pathologie mentale et des Maladies de l'Encéphale de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes. — Gaston Doin, éditeur. — Un vol. in-8 de 374 pages. — Prix : 25 francs.

Dans ce traité spécial de pathologie mentale toxique, l'auteur étudie toutes les formes psychiques de l'alcoolisme cérébral ; il les décrit avec des observations personnelles à l'appui et il en discute le diagnostic en détail. On trouve là de très nombreux faits cliniques qui, par eux-mêmes, sont puissamment éloquents, car l'auteur s'est abstenu, ou à peu près, de considérations d'ordre moral et social sur les conséquences désastreuses de l'alcoolisme chronique : on a beaucoup écrit sur ce sujet, et vainement.

L'alcoolisme, en pathologie mentale, détermine des affections cérébrales aiguës ou subaiguës et des affections cérébrales chroniques ou incurables. — Comme formes cérébrales aiguës, l'auteur étudie : 1° le délire alcoolique, qui en fait, est une variété d'hallucinoïse toxique aiguë, anxieuse et délirante, d'où l'importance attachée à la description des hallucinations ; — 2° le délirium tremens ou délire alcoolique fébrile ; — 3° la confusion mentale alcoolique, presque toujours simplement épisodique, jamais chronique ; — 4° la psychose alcoolique de Korsakoff, avec ses trois symptômes fondamentaux (l'amnésie de fixation, la fabulation et la paragnosie) et le syndrome déméntiel qui est susceptible de la terminer ; — 5° l'état second alcoolique ; 6° les ivresses délirantes et maniaques. — Comme formes cérébrales chroniques, l'auteur décrit : 1° l'état mental de l'alcoolique chronique, dominé par les troubles du caractère : passion pour l'alcool (dipsothymie et dipsomanie), disposition à la colère et jalousie ; — 3° l'épilepsie alcoolique, précoce et tardive ; — 4° les

délires systématisés chroniques, secondaires aux délires hallucinatoires alcooliques aigus ou subaigus; — 5° enfin les délires chroniques de jalousie, avec interprétations ou hallucinations, avec ou sans mélancolie terminale.

Ce livre, à une époque où l'alcoolisme augmente de nouveau, après avoir rétrocedé de 1916 à 1919, sera utile aux cliniciens, aux médecins légistes et aux hygiénistes. Peut-être aussi, indirectement, contribuera-t-il à servir la cause de l'antialcoolisme, bien compromise, à notre avis, aujourd'hui.

~~~~~  
**La Tuberculose Vertébrale (Mal de Pott).** Par le Docteur LANCE, assistant d'orthopédie à l'Hôpital des Enfants-Malades. — Un vol. in-18. — E. Flammarion, éditeur, Paris. — Prix : 10 francs.

La tuberculose des corps vertébraux entraînant l'inflexion du rachis, la production gibbosités, d'abcès froids, parfois des compressions de la moëlle épinière, est une affection fréquente dans l'enfance. L'auteur en donne une description complète à cet âge : mais le mal de Pott se rencontre aussi chez l'adulte et même le veillard, bien plus fréquemment qu'on le croit, car sa présence est souvent méconnue. La guerre qui a réuni un grand nombre de pottiques dans les hôpitaux spéciaux a permis des études importantes sur le mal de Pott de l'adulte et renouvelé son histoire. L'examen radiographique joue un rôle capital dans le diagnostic du mal de Pott surtout chez l'adulte et dans l'étude de l'évolution de la lésion à tous les âges. L'auteur y insiste et appuie sa démonstration de nombreuses reproductions radiographiques. Les questions du mal de Pott en grossesse, de l'avenir des gibbeux sont aussi exposées. Le siège de certaines localisations de la Tuberculose vertébrale lui imprimant un aspect si particulier qu'il nécessite un chapitre à part : mal de Pott sous-occipital, tuberculose des arcs postérieurs.

Dans cet ouvrage le mal de Pott est donc décrit sous toutes ses formes à tous les âges : toutes ses conséquences ont été envisagées. Le texte est accompagné de 125 figures, schémas ou reproductions radiographiques.

~~~~~  
Les défenses de l'organisme, F. D'HÉRELLE. — Un volume in-18. Ernest Flammarion, éditeur. Paris.

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 de 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.

Conférences de Clinique Médicale Pratique. Par le Docteur Louis RAMOND, médecin des Hôpitaux de Paris, médecin de la Maison Dubois, 2^e série. — Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. — Un volume in-8 raisin de 400 pages avec 42 figures. — Prix : 6 francs.

Le D^r Louis Ramond, médecin des hôpitaux de Paris, fait tous les dimanches matin une conférence clinique à la Maison Dubois. Ses leçons orales sont très courues et il faut venir avant l'heure pour trouver de la place.

Au début de l'année, à la demande des éditeurs, une première série de quinze conférences ont été réunies en un volume. L'accueil fait à cet ouvrage par les médecins et les étudiants ont engagé l'auteur à publier une seconde série qui comprend : *Le coma Diabétique, congestions pulmonaires, diagnostic d'une paralysie oculaire, d'une splénomégalie chronique, cancer de l'œsophage, méningite tuberculeuse de l'adulte phlegmon périnéphrétique, érysipèle de la face, diagnostic d'une hémiplegie, tuberculose péritonéo-pleurale, crises gastriques du tabès, péricardite brightique, appendicite aigüe, pleurésies putrides polynévrites alcooliques.* Nul doute qu'elle ne s'enlève aussi rapidement. Un tel succès est dû à ce qu'il s'agit d'une œuvre essentiellement clinique. Or, après une éclipse passagère, la clinique revient en honneur.

Après les découvertes bactériologiques et chimiques, surtout après les rayons X, beaucoup s'imaginèrent que la médecine allait devenir une science aux règles rigoureuses, précises, où rien ne serait laissé à l'art. Il suffirait de connaître et d'appliquer ces règles pour soigner correctement les malades. L'art de la clinique, à les entendre, allait s'incorporer, se fondre dans la science de la pathologie.

Il fallut bientôt en déchanter. Nous n'apprenons rien à personne en rappelant qu'il faut interpréter les radiographies, que la réaction de Wassermann varie d'intensité, que l'absence de réaction ne prouve pas absence de syphilis, etc. En un mot, ces précieuses conquêtes deviennent des signes cliniques qu'il faut juger au même titre que les autres.

La clinique reste l'armature de notre profession. On l'apprend à l'hôpital, au lit du malade. Il faut que, par une longue pratique, la mémoire du médecin s'imprègne d'images si nettes qu'elles réapparaissent à la moindre invocation. Le diagnostic et le traitement sont mieux assurés par l'automatisme des souvenirs que par les meilleurs raisonnements. Ceux-ci doivent être réservés pour les cas difficiles. C'est plus souvent par comparaison intuitive avec des cas semblables, déjà vus, que le médecin établit son diagnostic.

Aussi, les étudiants recherchent-ils avant tout comme maîtres, des cliniciens qui leur apprennent le métier. Pour l'enseignement la clinique ne consiste pas en l'examen de cas difficiles, rares, extraordinaires. Ce sont avant tout les cas vulgaires, les cas moyens, qu'il faut montrer. Ainsi agit le D^r Ramond,

Il étudie autant que possible le malade type, il le décrit, il le fouille. Partant de là, il rappelle les variations, les formes possibles, et constitue ainsi sa leçon. On le voit, notre bonne vieille clinique revient en honneur.

Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée, publié sous la direction de Émile SERGENT, Professeur de Clinique Médicale Propédeutique, Membre de l'Académie de médecine. Médecin de la Charité ; L. RIBADEAU-DUMAS, Médecin de la Maternité ; L. BABONNEIX, Médecin de la Charité.

Tome XXIV, **Pédiatrie**, *Premier Volume*, par Pr MARFAN — APERT — J. RENAULT — G. PAUL-BONCOUR — M^{lle} LABAUME — M^{me} C. DE TANNENBERG — RIBADEAU-DUMAS — Pr WEILL — PÉHU-GARDÈRE — Pr NOVE-JOSSERAND — BINET — MEYER — PRIEUR — LESNE — ARMAND-DELILLE — In-8°, 4923, 82 figures, 50 fr.

La Pédiatrie prend dans la collection une place importante. Les deux tomes divisés en 4 fascicules sont consacrés tout spécialement à la première enfance. Par ailleurs sont traitées les maladies banales de l'enfance qui telles que les fièvres éruptives, et les infections, ont pris naturellement leur place dans les volumes consacrés aux infections à germes connus ou inconnus. L'importance des livres qui traitent des affections du premier âge se justifie par ce fait qu'à proprement parler la pédiatrie est plus particulièrement la science des maladies du nourrisson.

L'Introduction magistrale, écrite par M. le Professeur MARFAN, expose les caractères physiologiques et pathologiques propres à la première enfance. Elle définit parfaitement la Pédiatrie et en précise l'intérêt particulier. Nul ne pouvait être mieux qualifié que M. MARFAN dont on connaît l'érudition, et le style élégant, pour présenter ce livre. Puis viennent les chapitres qui traitent de l'hygiène infantile, et des maladies familiales et héréditaires. Ils sont dus à MM. JULES RENAULT, M. APERT, M^{me} COROT DE TANNENBERG, M. P. BONCOUR, M^{lle} LABAUME. On verra toute l'importance que ces auteurs ont donnée au développement physique et intellectuel de l'enfant. Ainsi présenté, l'ouvrage rend compte de l'évolution de la Pédiatrie vers l'éducation rationnelle des enfants, et sort des formules habituelles dans lesquelles était jusqu'alors étroitement enfermée la conception de l'enfance. A signaler notamment le chapitre de l'alimentation qui semble avoir été trop souvent négligé. Une partie non moins considérable du livre est réservée aux troubles digestifs, fonctionnels et organiques. M. le Professeur WEILL, MM. PÉHU, NOVE-JOSSERAND, RIBADEAU-DUMAS, PRIEUR et J. MEYER, M. GARDÈRE ont exposé les différentes affections du tube digestif, MM. WEILL et PÉHU notamment ont écrit un fort beau chapitre, sur la maladie pylorique du nourrisson. Enfin M. ARMAND-DELILLE a développé les notions essentielles qu'il faut avoir sur les affections des organes respiratoires du nourrisson.

Comme on le voit, les Directeurs de la collection, ont fait appel à la bonne volonté d'un grand nombre de collaborateurs, spécialisés dans l'Étude de l'Enfance. Ainsi l'ouvrage est-il très complet. Les auteurs se sont tous placés à un même point de vue, ils se sont efforcés d'écarter les discussions scholastiques pour s'en tenir aux descriptions purement cliniques et thérapeutiques. Ce livre original à plus d'un point de vue, est vraiment de son temps ;

il n'a pas d'autre prétention que d'être réellement utile au médecin. Un chapitre annexe traite en quelques pages des applications de la médecine sociale au nourrisson et énumère avec renseignements pratiques, les œuvres et institutions qui ont été plus spécialement créées pour la première enfance.

L'Hygiène des Hépatiques. Par le Docteur Roger GLÉNARD, ancien interne des Hôpitaux de Paris, docteur ès-sciences, médecin consultant à Vichy.— Un volume in-16 Jésus, élégamment cartonné, de 302 pages, avec figures. — Prix : 12 francs.

Les hépatiques sont légion, si l'on envisage sous ce terme, comme chacun s'accorde à le faire aujourd'hui, tous ceux qui doivent l'origine ou la continuation de leurs malaises à un trouble chronique de fonctionnement du foie. Appartiennent à cette catégorie, en outre des maladies proprement dites de cet organe, bien des cas d'arthritisme, artério-sclérose, diabète, goutte, obésité, maigreur, rhumatisme, eczéma, asthme, migraine, neurasthénie, troubles dyspeptiques et intestinaux, ptoses viscérales, etc.

Ayant exposé avec grand succès le côté scientifique de la question dans sa récente et si documentée monographie sur l'*Hépatisme*, l'auteur s'est particulièrement attaché, dans ce petit livre de lecture courante, à développer ce qui, dans le sujet, se rapporte à la pratique médicale de tous les jours.

Après un exposé sommaire de la doctrine de l'hépatisme et des meilleures règles de la palpation du foie, l'auteur approfondit tous les chapitres de traitement que comporte cette étude.

Le régime alimentaire, capital en l'espèce, y est commenté dans ses détails les plus infimes.

La gymnastique de chambre y est raisonnée, et ses principaux mouvements décrits avec des précisions et une clarté de dessins peu communes.

Toute la théorie des sangles et corsets se trouve reprise et complètement exposée, fait bien rare dans les livres médicaux, malgré son intérêt universel.

La thérapeutique médicamenteuse et les cures hydrominérales sont également passés en revue d'une manière suggestive.

Ainsi se trouve réunie, en dehors de toute compilation et dans le sens pratique le plus averti, toute la partie essentielle du traitement préventif et curatif d'un grand nombre de maladies du tube digestif et de la nutrition.

Note sur le pansement à l'huile iodée

J'emploie depuis quatre ans, pour toutes plaies, suites d'accidents du travail, ou autres, un pansement extrêmement simple, économique et efficace qui est l'huile iodée.

Suivant les tas, j'ai deux formules du produit à ma disposition : l'huile forte qui est de composition :

Huile d'olives ordinaire : 5 parties;

Teinture d'iode du Codex : 1 partie;

ou l'huile faible;

Huile d'olives ordinaire : 15 parties;

Teinture d'iode du Codex : 1 partie.

Agiter et attendre 24 heures avant l'usage.

Une particularité à noter est que l'huile ainsi employée n'est pas stérilisée ou du moins ne l'est pas autrement que par la présence de l'iode : l'huile stérilisée par la chaleur ne me donnait pas de résultats supérieurs, au contraire.

Pour les plaies infectées, on imbibe d'huile forte ou faible suivant l'intensité de l'infection, les compresses humides (eau bouillie et liz. de Labarague ou eau javellisée); on applique un imperméable et le pansement se renouvelle chaque jour.

Pour les plaies récentes, nettoyées et non infectées, le résultat est surprenant, à l'état de pansement sec, c'est-à-dire huileux, comme indolence, rapidité de cicatrisation et rareté de suppuration. Le pansement ne colle jamais et se renouvelle sans douleur ni arrachement de liseré épidermique. J'ai une expérience actuelle de quelques onze mille pansements représentant 3.200 blessés environ (petits ou moyens blessés). La guérison m'a constamment paru plus rapide que par les procédés ordinaires.

On peut attribuer ces résultats à la fois à l'enduit protecteur de l'huile, son innocuité naturelle vis-à-vis des tissus, à l'action antiseptique de l'iode que son état dissimulé en composition organique (Ipiode) dépouille en même temps de ses effets irritants. Chez les enfants si sensibles à tous antiseptiques, la solution faible est remarquablement bien tolérée.

D^r LEGRAND (Djerissa),

Lauréat de l'Académie de Médecine.

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

DÉSIGNATION DES CONTRÔLES CIVILS	Février typh. et paratyph.																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
	Fièvre typh. et paratyph.	Typhus	Variole	Scarlatine	Diphtérie	Dysentéries amb. et bacill.	Méningite cérébro-spinal	Polio-myélite antérieure aigüe	Fièvre méditerranéenne	Rougeole	Grippe épidémique	Tuberculose	Cogueluche	Oreillons	Rage	Téignes	Paludisme	Traçome
Tunis	52		1	1	8				1	29	3	45		8	1			
Zaghouan	5	3									13							
Grombalia	3	7			2				2									
Bizerte	4				1													
Béja	3																	
Tabarka																		
Souk-el-Arba.				2														
Medjez-el-Bab.	1		9		1													
Téboursouk		4																
Kef		8				2												
Maktar			10															
Thala																		
Sousse.		2	5		1								1					
Kairouan.																		
Sfax	1				2													
Gafsa																		
Tozeur																		
Gabès																		
Djerba.			4															
Territoires Mre du Sud		13			1													
Population																		
Milit.																		
Hôpital Militaire du Belvedere																		
Hôpital Militaire de Bizerte																		
Hôpital Maritime Sidi-Abdallah																		
TOTAUX	77	14.	52	4	24	5	1	»	3	32	19	47	2	10	1	3	5	1
300 Cas																		

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Emploi du Sédobrol dans le traitement de l'Hyperchlorhydrie

par M. le Docteur H. SABATIER

(*Conc. Méd.*, 1923, N° 22)

—*—

A la banale potion de bromure, se substitue de plus en plus le Sédobrol, dont le nom n'excite aucune méfiance chez le malade et dans son entourage et qui est toujours très bien toléré. Le bromure, étant « camouflé » dans le sédobrol, on évite par son emploi la production salivaire réflexe que provoque, au moment de son ingestion, le bromure en nature. Ceci est très important; d'une part, on échappe à une production salivaire abondante pouvant à elle seule déclencher une crise d'aérophagie et d'un autre côté, l'action synergique des glandes salivaires sur les glandes gastriques ne se produit pas, ce qui est capital en la circonstance. Enfin, la forme achlorurée augmente, comme on sait, l'activité du médicament dont les bons effets ont été enregistrés déjà par MM. Salin, Besse, Goutzait, Azémar, Courbon, Targowla, Ulrich, Demole, Roger, Bardet, Toulan, etc... L'auteur conseille de donner le Sédobrol « Roche » dans une tasse d'eau chaude, au milieu du repas. On peut le faire absorber également soit à 5 heures, soit au moment de se coucher. Il donne d'excellents résultats, non seulement dans l'hyperchlorhydrie, mais encore dans toutes les affections de l'estomac, de l'intestin, du cœur, de l'appareil uro-génital, où entre en jeu un élément nerveux spasmodique, ce qui est la règle.

—*—

Société des Sciences Médicales de Tunis

ANNÉE 1923-24

Président d'honneur :

M. DOLIVEUX, Directeur Général de l'Enseignement Public en Tunisie

Président : D^r E. CASSUTO

D^r SORIA, *vice-président.*

D^r E. LUMBROSO, *bibliothécaire.*

D^r GÉRARD, *secrétaire général.*

D^r E. SFEZ, *conseiller.*

D^r SALVO, *trésorier.*

D^r MONTEFIORE, *conseiller.*

D^r BENMUSSA, *secrétaire adjoint.*

D^r MINGUET, *conseiller militaire.*

Liste des Sociétaires inscrits au 31 Janvier 1924

A. — MEMBRES TITULAIRES

MM. les Docteurs :

ANDERSON,	<i>Chef de lab. Institut Pasteur,</i>	TUNIS.
ADAMO,	<i>31, boulevard Bab-Menara,</i>	»
BARDOU,	<i>26, rue d'Italie,</i>	»
BENMUSSA,	<i>48, avenue de Londres,</i>	»
BESSIS E.,	<i>2, avenue de Carthage,</i>	»
BISMUTH,	<i>64, avenue de Paris,</i>	»
BONAN,	<i>7, passage Bessis,</i>	»
BOUHAGEB,	<i>27, boulevard Bab-Menara,</i>	»
BOULAKIA,	<i>place Garibaldi,</i>	»
BOUQUET,	<i>38, rue de Patras,</i>	»
BRIGNONE,	<i>3 bis, rue Al-Djazira,</i>	»
BROC,	<i>12, rue des Belges,</i>	»
BRUN,	<i>Hôpital Sadiki,</i>	»
BRUN (M^{me}),	<i>4, rue de Moscou,</i>	»
BURNET,	<i>Sous-Directeur de l'Institut Pasteur,</i>	»
BUSACCA,	<i>22, rue des Tanneurs,</i>	»
CAILLON,	<i>3, rue Bab El-Khadra,</i>	»
CALAMIDA,	<i>61, avenue Jules-Ferry,</i>	»
CALO,	<i>1, rue Hannon,</i>	»
CARDOSO,	<i>8, rue des Mallais,</i>	»
CASSAR,	<i>35, rue Es-Sadikia,</i>	»

CASSUTO,	68, rue de Naples,	TUNIS.
CATTAN,	1, rue d'Angleterre,	»
CHATENIER,	171, rue Bab-Souïka,	»
CHAUVIN,	Méd. adj. Direct. Serv. Sté Milit.,	»
CHEMLA,	49, avenue de Paris,	»
COHEN Aldo,	4, rue des Belges,	»
COHEN-HADRIA,	4, rue Hannon,	»
COMTE,	6, 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,	»
DEBBASCH A.,	41, rue de Naples,	»
DELEUIL,	14, 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,	»
DURAND Ch.,	Chef lab. Institut Pasteur,	»
EICHMULLER,	21, rue d'Italie,	»
ENRIQUEZ,	18, rue de Constantine,	»
FERRERA Giovanni,	rue Al-Djazira,	»
ERRERA Giuseppe,		LA GOULETTE.
FARRUGIA,	32, rue d'Italie,	TUNIS.
FÉRÉ,		HAMMAM-LIF.
FERRINI,	rue Saint-Charles,	TUNIS.
FUNARO,	165, avenue de Paris,	»
GAROFALO,	17, rue Al-Djazira,	»
GÉRARD,	100, rue de Serbie,	»
GOBERT,	Directeur de l'Hygiène publique,	»
GOLDZEIGUER,	9, rue d'Angleterre,	»
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, <i>passage des Entrepreneurs,</i>	TUNIS.
LACLAVETINE,	3, <i>rue des Belges,</i>	»
LAGOANÈRE (de),	<i>Chef lab. de Bactériologie militaire,</i>	»
LALLOUM,	2, <i>rue Bab Carthajna.</i>	»
LANÇON,	2, <i>rue Saint-Charles,</i>	»
LAURENT,	2, <i>rue d'Italie,</i>	»
LEGRAND,	<i>Directeur de l'Hôpital Civil,</i>	»
LEHUCHER,	29, <i>avenue de Paris,</i>	»
LELLOUCHE,	<i>rue de Carthape,</i>	LA GOULETTE.
LEJONNE,	<i>Dirac^r du Service de Santé Milit.,</i>	TUNIS.
LEMANSKI,	34, <i>rue de la Commission,</i>	»
LEVI Benjamin,	13, <i>rue de Hollande,</i>	»
LEVY Emile,	14, <i>rue Saint-Charles,</i>	»
LEVI Gugliemo,	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,	16, <i>rue de Rome,</i>	»
MARZOUK,	65, <i>avenue Jules-Ferry,</i>	»
MEYER,	1, <i>rue Zarkoun,</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>	»
NALLI,	56, <i>rue Al-Djazira,</i>	»
NICOLAS,	105, <i>rue de Portugal,</i>	»
NICOLLE,	<i>Directeur de l'Institut Pasteur,</i>	»
NUNEZ,	8, <i>rue Zarkoun,</i>	»
ORTONA,	15, <i>rue Es-Sadikia,</i>	»
PATRICOT,	5 bis, <i>rue d'Italie,</i>	»
PEREZ,	10, <i>passage Ravolli,</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>	TUNIS.
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 E.,	12, <i>rue Al-Djazira,</i>	»
SFEZ I.,	14, <i>rue Es-Sadikia,</i>	TUNIS.
SOLAL,	7, <i>rue d'Alger,</i>	»
SMADJA,	4, <i>place de la Gare,</i>	»
SORIA,	69, <i>rue de Naples,</i>	»
SPEZZAFUMO,	4, <i>rue d'Italie,</i>	»
TABONE,	15, <i>rue Pierre-Curie,</i>	»
TRIOLO,		LA MARSA.
UZAN Maurice,	11, <i>avenue de Paris,</i>	TUNIS.
UZAN Michel,	2, <i>rue d'Alger,</i>	»
VALENSI,	6, <i>rue d'Oran,</i>	»
VARESE,	8, <i>rue des Maltais,</i>	»
DI VITTORIO S.,	6, <i>rue d'Italie,</i>	TUNIS.
ZAMMIT,	9, <i>rue Amilcar,</i>	»

MM. les Pharmaciens :

BLOCH,	24, <i>avenue de France,</i>	TUNIS.
CAMBE,	8, <i>rue d'Angleterre,</i>	»
CASANOVA,	<i>avenue de Londres,</i>	»
CHABERT Fernand,	<i>rue de Strasbourg,</i>	»
DARMON,	<i>Place de la Bourse,</i>	»
DI VITTORIO,	7, <i>avenue de France,</i>	»
DURAND,	8, <i>rue d'Angleterre,</i>	»
GANDOLFO,	<i>rue Al-Djazira,</i>	»
JARMON,	4, <i>place de la Gare,</i>	»
LUCIANI,	3, <i>avenue de Carthage,</i>	»
LUMBROSO,	44, <i>avenue de Londres,</i>	»
MENVIELLE,	3, <i>avenue de Paris,</i>	»
NEAYMEH,	98, <i>rue Bab-Souika,</i>	»
M^o SINIGAGLIA-GALLICO	12, <i>rue d'Italie,</i>	»
STRETTA,	66, <i>avenue de Paris,</i>	»

M. le Vétérinaire :

SBRANA-AGONIGI,	<i>Passage de Suisse,</i>	»
------------------------	---------------------------	---

B. — MEMBRES CORRESPONDANTS

MM. les Docteurs :

ABOULKER,	LA BOURBOULE.	JUNÈS,	SFAX.
AUDEBERT,	SBEITLA.	KROUCH,	SOUK-EL-KHEMIS.
ARROUX,	NABEUL.	LARCHÉ,	SFAX.
BAQUÉ,	LUCHON.	LAURIOL,	MONASTIR.
BELFORT	TEBOURSOUK.	LEFAUCHEUR,	BEJA.
BUBENDORF,	MOKNINE.	LEGRAND,	DJERISSA.
BUCKWELL,	SFAX.	LENOIR,	TEBOURSOUK.
BUVAT,	VICHY.	LÉTANG,	SFAX.
CECCALDI,	SFAX.	MARA,	MATEUR.
CHAURAND,	KAIROUAN.	LUTRINGER,	CONTREXEVILLE.
GHIOSELLI,	REDEYEF.	MARINI,	LE KEF.
CHIRPAZ-CERBAT,	ZAGHOUAN.	MEIGNAN,	SFAX.
CONSTANT,	VITTEL.	MEZGUICHE,	SOUK-AHRAS.
CORONE,	VICHY.	NORMAND,	LE KEF.
COTAR,	VICHY.	PÉLISSIER,	PLOMBIÈRES.
CROIDIEU,	LA MANOUBA.	PERRIN GEORGES,	ROYAT.
DECOUR,	MEDENINE.	POIRSON,	MEDJEZ-EL-BAB.
DIENOT,	SOUSSE.	PRANZO,	KALAA-DJERDA.
DOLCEMASCOLO,	KALAAAT-DJERDA.	PROVOTELLE,	MATEUR.
DUTHU,	GAFSA.	RENARD,	METLAOUL.
EYRAUD-JOLY,	EVIAN.	RIBEROLLES,	CHATEL-GUYON.
ERRERA A.,	BIZERTE.	SAKKA,	SOUSSE.
ESCHBACH,	KEBILI.	SETBON,	SOUSSE.
GALEA FRANCESCO,	SFAX.	SICART,	MENZEL-TEMIME.
GARCIN,	MONT-DORE.	SURIN,	BIZERTE.
GNECCO,	KALAA-SENAM.	THIERRY-DETAILLE,	BIZERTE.
GODARD,	LE KEF.	TLATLI,	GHARDIMAOU.
GOERÉ,	SIDI-ABDALLAH.	VITALE,	SFAX.
GRAULLE,	SOUSSE.	VULLO,	BEJA.
GUICHARD,	SIDI-ABDALLAH.	WIEHN,	GAFOUR.
HALFON C.,	SOUSSE.	YOUNÈS,	SOUSSE.
JEANNOT,	TOZEUR.	ZUMMO,	SOUSSE.

MM. les Pharmaciens :

BOUQUET-BRYON,	BEJA.	ESPIE,	SFAX.
DIACONO,	SOUSSE.	MEDINGER,	BIZERTE.
ESCANO,	MATEUR.	TAVOLA,	SOUSSE.

C. — MEMBRES ASSOCIÉS

MM.

M ^{me} ANDERSON-CHARLET,	<i>Interne à l'Hôpital Sadiki,</i>	TUNIS.
APPIETTO,	<i>Interne à l'Hôpital Civil Français,</i>	»
BIECHELER,	<i>Interne à l'Hôpital Sadiki,</i>	»
BÉTAUD,	<i>Interne à l'Hôpital Sadiki,</i>	»
DELAMARRE,	<i>Interne à l'Hôpital Sadiki,</i>	»
GONTIER,	<i>Interne à l'Hôpital Civil Français,</i>	»
SALAVERT,	<i>Interne à l'Hôpital Civil Français,</i>	»
TIBI,	<i>Interne à l'Hôpital Israélite,</i>	»



Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

FÉVRIER 1924

LA FIÈVRE TYPHOÏDE EN TUNISIE

RAPPORT GÉNÉRAL

par MM. les Docteurs **BENMUSSA, MINGUET** et **Maurice UZAN**

Ce n'est pas la première fois que notre Société met à l'ordre du jour la question si importante en Tunisie de la fièvre typhoïde et, le docteur Scialom, nous a rappelé entre autres communications, celles qu'il a faites en 1906-1907 ainsi que les observations du docteur Lemanski, en 1911. Il y avait lieu cependant de convier tous nos confrères tunisiens à apporter leur contribution à l'étude des « éberthoses » pour employer le terme nouveau du docteur Lemanski. La Société des Sciences Médicales de Tunis n'y a point failli et a inscrit à l'ordre de ses travaux pour 1923-24, l'étude de la fièvre typhoïde. Depuis la communication princeps du docteur Masselot, d'assez nombreux travaux ont été lus et discutés au cours des deux séances spéciales qui leur ont été consacrées.

Dans ce rapport général, nous avons tenté de réunir, en une sorte de synthèse, les faits épars dans les différents travaux.

Etiologie.

Bien que les données étiologiques semblent avoir été épuisées dans les traités classiques, quelques points ont reçu des précisions au cours de la discussion. D'abord, l'âge des malades. A la lecture des différentes communications, la fièvre typhoïde apparaît comme une maladie des jeunes. Les 40 cas de Gérard concernaient des enfants de 2 à 15 ans; les 18 sujets de Sfez, Uzan et Tibi avaient, le plus jeune, 18 mois et le plus âgé 25 ans. La statistique de Masselot donne :

13 à 20 ans	29,8%
20 à 30 ans	32,4%
30 à 40 ans	25,6%
40 à 50 ans	10,8%

Thierry-Detaille insiste aussi sur la fréquence des infections éberthiennes dans le jeune âge. Les vieillards cependant n'en sont pas complètement indemnes et Masselot a cité un cas entre 60 et 70 ans.

Le sexe ne semble pas jouer un très gros rôle à Tunis, la plupart des auteurs donnent des chiffres à peu près égaux pour les deux sexes. Cependant Masselot pense que la fièvre typhoïde est plus fréquente chez la femme dans le milieu européen par suite de la fréquence de la vaccination chez l'homme depuis la guerre.

La race paraît être un facteur plus important. Proportionnellement à la population, les tableaux de Conseil montrent que les Européens sont le plus souvent frappés. Est-ce parce qu'ils sont insuffisamment adaptés au climat tunisien ? ou est-ce aussi parce que, dans ce milieu, les déclarations sont plus fréquemment faites ?

Scialom explique la gravité spéciale de la fièvre typhoïde chez les Européens nouvellement débarqués par ce fait que ceux-ci, non encore acclimatés, continuent, pendant notre été tunisien qui dure presque six mois, une alimentation carnée et éthylique, ce qui rend le tube digestif plus susceptible et met en état de moindre résistance l'appareil antitoxique. C'est pour cette raison que les formes observées chez les Israélites tunisiens et chez les citadins musulmans sont plus alarmantes que celles des Bédouins qui, parce que végétariens, font des fièvres typhoïdes généralement silencieuses.

Le rôle des saisons n'est plus à démontrer. Il est bien mis en évidence dans le graphique de Conseil.

Tous les auteurs ont été d'accord pour insister sur ce facteur primordial qui est l'eau de boisson. Lemanski qui a assisté depuis 30 ans à de nombreuses épidémies, fait remarquer qu'elles ont éclaté chaque fois après une période de manque d'eau. Il accuse l'arrêt de circulation dans les tuyaux et Minguet confirme la possibilité d'aspiration d'eau sale dans les tuyaux lorsque la circulation s'arrête.

Outre l'eau, on peut incriminer dans plusieurs cas la contagion directe et Gérard cite quelques observations de contagions familiales.

La plupart des fièvres typhoïdes observées ont été causées par le bacille typhique lui-même. Goéré cite cependant quelques observations de para B à Sidi-Abdallah et nous entretient de deux cas où l'examen bactériologique a permis de mettre en évidence un nouveau bacille typhique, baptisé paratyphique S. A. dont il nous fait une étude bactériologique très complète.

Si la fièvre typhoïde apparaît en Tunisie comme une maladie endémique, on peut cependant constater des sursauts épidémiques. Le graphique de Conseil nous en montre une, particulièrement impor-

tante en mai 1916 avec 147 cas. Les autres années, au contraire, c'est une recrudescence des cas qui s'observe aux mois d'automne, d'une façon quasi constante, plus ou moins importante mais qui mérite moins le nom d'épidémie.

La notion clinique de génie épidémique a son importance et doit s'imposer au clinicien. Chaque épidémie marque en quelque sorte la maladie de son empreinte. C'est ainsi que Cassuto nous rappelle les formes graves avec hyperthermie, ataxo-adynamie et hémorragies intestinales de 1907, que Scialom cite une année (1909 ?) qui fut très mortelle et où les entérorragies abondantes annonçaient l'entrée en convalescence.

Actuellement, les épidémies deviennent plus bénignes et, dans l'année, elles tendent à disparaître grâce à la vaccination antityphique comme le montre Raméry dans son travail statistique.

Si la fièvre typhoïde tend ainsi à s'éteindre dans l'armée, il n'en est pas de même dans la vie civile où la pratique de la vaccinothérapie ne s'est pas encore suffisamment imposée. Aussi l'étude clinique de l'éberthose reste-t-elle d'actualité pour le praticien.

Marche et Symptomatologie.

Elle se montre en Tunisie avec certaines modalités particulières que nous allons maintenant passer en revue.

Le début ne présente pas toujours la progression classique. Au contraire, souvent l'invasion se fait brusquement (36% des cas, d'après Masselot, plus souvent encore d'après Cassuto). La fièvre peut atteindre 40° en 48 heures. 45 fois sur 105, Cassuto a noté des frissons au début. Il insiste aussi sur la fréquence actuelle des débuts à forme thoracique (bronchites). Dans le reste des cas, c'est la fièvre qui marque presque à elle seule la période d'invasion (Thierry-Detaille). Les épistaxis sont rares.

Puis voici la période d'état. La fièvre en constitue le symptôme majeur. La courbe thermique ne ressemble à la courbe classique que dans 41% des cas (Masselot) et affecte plus souvent une allure irrégulière. Scialom insiste aussi sur l'aspect capricieux de la courbe thermique. Le plus souvent le plateau se tient aux environs de 39-40°. Quelquefois cependant la fièvre ne dépasse pas 38° (5% des cas, Masselot). Pendant la période d'état on peut noter des chutes spontanées à 37° (Masselot) et Cassuto a constaté fréquemment des défervescences du plateau d'ailleurs courtes entre le 11^e et le 13^e jour.

Un autre symptôme majeur, le pouls, présente de nombreuses variations. Dissocié et dicrote, ne dépassant 120 que lorsqu'il y a des complications pulmonaires cardiaques ou intestinales, pour Masselot, Scialom, Cassuto, il a pu ne pas montrer de dicrotisme (Gérard)

et même ne pas être dissocié (Sfez, Uzan et Tibi). Cassuto pense que l'accélération du pouls serait souvent dû à un emploi intempestif de toni-cardiaques.

L'apparition des tâches rosées se fait généralement dans les délais normaux mais n'est pas assez fréquemment constatée : 44% des cas de Masselot, la moitié de ceux de Thierry-Detaille; 15 fois sur 40 pour Gérard; 13 fois sur 18 pour Sfez, Uzan et Tibi. Elles sont ordinairement papuleuses. Six fois elles ont été confluentes et tardives dans les observations de Gérard. Sfez, Uzan et Tibi citent un cas où elles ont été particulièrement persistantes. Hayat insiste sur leur topographie : dans la forme qu'il intitule éberthémie chronique et qui ne comporte pas de syndrome intestinal, les suites sont rares et quand elles existent elles sont localisées.

Le syndrome digestif s'écarte un peu des données classiques. La langue est saburrale, rouge sur les bords; on ne trouve la langue rotie que dans les formes graves qui sont exceptionnelles (Thierry-Detaille). Les vomissements sont fréquents au début (Cassuto). Le gargouillement de la fosse iliaque droite est constant (Cassuto Gérard, Thierry-Detaille). Contrairement à l'opinion courante, la constipation est extrêmement fréquente (Masselot, Gérard, Cassuto, Thierry-Detaille, Sfez, Uzan et Tibi). La diarrhée jus de melon et le météorisme ne se rencontrent que dans les formes graves (Masselot) et les hémorragies ne surviennent presque toujours que lorsqu'il y a de la diarrhée (Cassuto).

La splénomégalie est le plus souvent discrète. Elle n'est considérable que chez des individus impaludés antérieurement (Masselot).

Le syndrome pulmonaire se manifeste dès le début de la maladie et peut à lui seul en constituer un moment la symptomatologie (Cassuto).

L'albuminurie observée dans 21,9% des cas par Masselot, a paru plus rare pour les autres auteurs. Thierry-Detaille la considère comme exceptionnelle.

Le typhos, de l'avis de tous les auteurs, est rare. Il ne se rencontre que dans les cas de haute gravité ou chez des immigrés (Masselot). Thierry-Detaille ne l'a observé que 3 ou 4 fois sur 50; Gérard 3 fois sur 40. Cassuto qui, pendant l'épidémie de 1907, l'avait constaté 20 fois sur 28, ne le retrouve plus que deux fois seulement depuis cette époque. Cependant, pendant ces derniers mois, Sfez, Uzan et Tibi ont noté ce symptôme plus souvent, il est vrai, en milieu hospitalier.

L'herpès labial ne se rencontrerait jamais et pourrait ainsi, par son absence, constituer un élément précieux de diagnostic (Masse-

lot). Cassuto non plus ne l'a jamais trouvé. Cependant Gérard dit l'avoir fréquemment observé.

Tels sont brièvement exposés les signes que l'on peut décèler à la période d'état. La maladie va se poursuivre souvent une évolution plus trainante, plus prolongée en général qu'en Europe. Alors que la durée moyenne de la fièvre est évaluée en France à trois semaines environ, la statistique de Masselot montre que dans 50% des cas la fièvre a persisté plus d'un mois et dans 21% des cas plus de 45 jours. Chez les enfants, l'évolution a été de moins longue durée : 20 à 21 jours en moyenne, d'après Gérard.

La défervescence rarement brusque (Masselot), se fait en lysis ou après un stade amphibole plus ou moins prolongé.

Les rechutes paraissent exceptionnelles (Masselot).

Formes cliniques.

Les différentes formes cliniques de la fièvre typhoïde ont été observées en Tunisie. Tous les observateurs sont d'accord pour reconnaître la rareté de la forme grave, à grand fracas, avec tymphos, qu'on observe au contraire très souvent en France. C'est d'ailleurs chez les nouveaux débarqués que cette forme est ordinairement observée (Masselot).

La forme la plus fréquente est celle que Masselot a appelée monosymptomatique dans laquelle la maladie se réduit à la fièvre avec intégrité des facultés intellectuelles, une anorexie de peu de durée, des selles normales ou simplement fétides, un certain état d'euphorie. La fréquence de cette forme a été constatée par Thierry-Detaille, par Scialom dans l'épidémie actuelle où il a trouvé un état général bon dans la majorité des cas et l'état typhique rare ou de courte durée.

Cette forme monosymptomatique de Masselot est à rapprocher de celle décrite par Hayat sous le nom d'Eberthémie chronique qui ne semble s'en différencier que par la longueur de son évolution qui serait de 2 à 5 mois et qui est caractérisée par l'allure modérée et lente de l'infection, sa longue durée et l'absence réelle de phénomènes intestinaux. Son début est brusque avec une température assez élevée pendant une dizaine de jours. A la période d'état, la fièvre qui oscille entre 38° et 38°5, reste l'unique symptôme.

L'état typhique n'existe pas; il n'y a ni abattement, ni symptôme intestinal. Le pouls est régulier, hypotendu. Les taches rosées quand elles existent sont rarement sur l'abdomen, plus fréquemment sur le tronc et le dos. L'évolution est bénigne, ordinairement sans complications et le malade peut s'alimenter légèrement. Hayat insiste sur le fait que cette forme ne présente aucune localisation intesti-

nale du bacille d'Eberth. Il s'agit là, dit-il, d'une septicémie éberthienne. Cependant on peut constater parfois une aggravation après le 2^e ou le 3^e mois sous forme d'une dothiésentérie véritable ou d'une angiocholite aiguë qui peut être mortelle. Cassuto a signalé également cette forme prolongée. Scialom en cite trois cas dont deux accompagnés d'une transpiration profuse spontanée. Cette forme ne doit pas être confondue avec le typhus lévissimus ou typhoïde ambulatoire qui peut se compliquer de perforations brusques, indice de lésions intestinales méconnues (Hayat).

Gérard a observé des formes prolongées surtout dans des fièvres typhoïdes compliquées.

Parmi les autres formes cliniques observées plus rarement et relatées dans les différentes communications, il convient de citer la forme abortive (Masselot), la forme sudorale de Jaccoud plus fréquente l'été dernier que de coutume (Scialom); la forme ambulatoire (Masselot, Sfez, Uzan, Tibi); un cas à aspect méditerranéen qui était une paratyphoïde A. (Scialom).

L'allure générale de la fièvre typhoïde peut être influencée par une association morbide. C'est avec le paludisme qu'elle fut trouvée le plus souvent associée. Gérard a trouvé cette association dans quatre cas dont deux avec décès. Sfez, Uzan, Tibi l'ont rencontré une fois. Masselot l'a observé assez souvent.

Dans les cas qu'il a suivis, l'allure clinique n'a rien eu d'inquiétant. Le paludisme traité selon les règles habituelles, la typhoïde a évolué sans incidents fâcheux. Pour lui, la gravité de cette association ne tient qu'à la méconnaissance de l'un de ces deux états morbides.

Cassuto a rencontré quatre fois la typhoïde associée à la tuberculose. Dans trois cas, l'infection éberthienne paraît n'avoir eu aucune action, mais dans le quatrième, elle aurait donné un coup de fouet à la tuberculose.

Gérard, dans un cas, a noté la coexistence avec une péritonite tuberculeuse.

Cassuto a relaté dans ses observations six fois la coexistence de la fièvre typhoïde avec la grossesse : une seule fois, il se produisit un avortement à trois mois; cinq fois, l'enfant vient à terme. Les enfants ont présenté des dystrophies : hernies, cryptorchidies, etc.

Complications.

Les associations morbides qui peuvent égarer le diagnostic ou assombrir le pronostic de la dothiésentérie sont assez rares. Bien plus fréquentes sont les complications de toutes sortes qui peuvent parfois en modifier profondément l'aspect clinique. La plus grave de

ces complications est l'hémorragie intestinale qui a été rencontrée par tous les observateurs. Masselot l'a constatée 17 fois soit dans 22 pour 100 de ses cas, toujours entre le 20^e et le 40^e jour. Les décès qu'il a eus (5) ont été produits par hémorragie intestinale survenue entre le 15^e et le 42^e jour de maladie. L'une de ces hémorragies était compliquée de perforation. Il ne pense pas que les injections de quinine qu'il pratique assez souvent au début de la maladie aient pu favoriser les hémorragies intestinales. Elles sont incontestablement plus fréquentes que dans la fièvre typhoïde européenne.

Lemanski a fait depuis longtemps les mêmes remarques que Masselot, au sujet de la fréquence de cette complication dans la typhoïde tunisienne bien qu'il l'ait rencontrée moins souvent. Il l'attribue à la fréquence de l'hépatisme colonial : la fragilité hépatique facilitant les hémorragies. En dehors des cas où elles précèdent les perforations, elles seraient la conséquence d'une congestion hépatique des coloniaux. L'action du foie sur la coagulation du sang serait de ce fait diminuée par suite d'un apport moindre dans le sang du fibrinogène.

Les autres observateurs sont loin des chiffres de Masselot, 4 : 2 sur 21 (Goéré); 1 sur 50 avec mort (Thierry-Detaille); 1 sur 40 ((Gérard); 12 sur 105 (Cassuto); 2 sur 18 (Sfez-Uzan-Tibi).

Masselot attribue la plus grande fréquence des hémorragies dans les cas qu'il présente soit à une gravité plus grande des cas qui sont hospitalisés, soit à une recherche plus méthodique du sang dans les selles par un personnel bien stylé. Il compte comme hémorragies même des mélœnas peu accusés et fugaces.

Les perforations ont été observées beaucoup plus rarement : Masselot n'en a constaté que deux cas; l'un mortel, l'autre fut opéré précocement et guérit. Les autres cas publiés : un cas (Cassuto); un cas (Gérard), furent suivis de mort. Un autre cas est cité par Scialm.

La myocardite est ordinairement légère. C'est du moins l'opinion de Masselot qui l'a rencontrée 17 fois. Cassuto, dans ses 105 observations, l'a notée 12 fois et Thierry-Detaille deux fois seulement sur 50. Gérard en a observé un cas mortel.

La bronchite est fréquente : (25,6%) d'après la statistique de Masselot qui la considère plutôt comme un symptôme que comme une complication. Il a remarqué que les complications pulmonaires ainsi que les complications cardiaques ou intestinales s'accompagnaient d'accélération du pouls au-delà de 120.

Les complications nerveuses ont été assez rarement constatées. Toutefois on relève 4 cas avec délire, tremblement accusé, polyné-

vrite (Masselot), un cas d'encéphalo-méningite avec aphasie (Goéré), un cas d'encéphalite avec un coma qui a duré trois semaines sans réaction méningée franche (Masselot), plusieurs cas de phénomènes méningés dont un avec trismus et coma, polynucléose dans le liquide céphalo-rachidien (Smeliansky-Hayat), un cas de polynévrite (Cassuto).

Les autres complications ont été rencontrées exceptionnellement :

Parotidites : 2 cas, l'un avec suppuration et mort (Cassuto); l'autre bénigne, simple fluxion de la glande (Sfez-Uzan-Tibi).

Orchite : 1 cas (Cassuto).

Ostéomyélite : 1 cas (Cassuto).

Stomatite : 1 cas avec accès de laryngite striduleuse (Sfez-Uzan-Tibi).

Ulcérations buccales avec perforation du voile du palais attribuée à une association fuso-spinillaire probable : 1 cas (Benmussa).

Phlébite : 2 cas (Masselot); 2 cas (Goéré).

Pseudo-rhumatisme avec endomyocardite : 1 cas (Scialom).

Escharres multiples généralisées : 1 cas (Hayat).

Ictère : 1 cas (Masselot). Cassuto a remarqué l'intégrité habituelle des voies biliaires.

Maurice Uzan a eu l'occasion d'observer un curieux cas de langue noire pileuse au cours d'une fièvre typhoïde.

Cassuto a attiré l'attention sur la fréquence des suppurations consécutives aux injections d'huile camphrée ou de quinine chez les typhoïdes.

Diagnostic.

L'absence habituelle de symptômes caractéristiques, la fréquence des maladies infectieuses telles que le paludisme, la mélitococcie, le typhus qui peuvent parfois simuler l'infection éberthienne font que le diagnostic de la fièvre typhoïde en Tunisie est infiniment plus difficile qu'en Europe. Ce diagnostic est particulièrement difficile dans la forme monosymptomatique qui se réduit à la fièvre, ou bien quand le début est brusque, ce qui arrive dans un tiers des cas (Masselot).

Masselot accorde une valeur diagnostique considérable aux caractères du pouls, bien qu'ils ne soient pas particuliers à la fièvre typhoïde. Il ne reconnaît à l'épistaxis qu'une faible valeur en raison de sa fréquence en dehors de la fièvre typhoïde.

C'est avec le paludisme, si fréquent en Tunisie, que le diagnostic est le plus souvent hésitant. Masselot a fait un exposé très clair des caractères différentiels de ces deux affections. A l'exception des cas où la fièvre palustre est franchement intermittente, le diagnostic

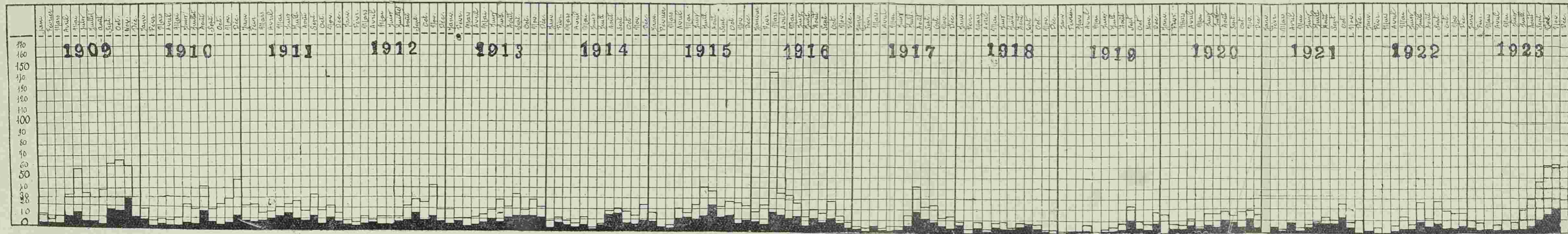
FIÈVRE TYPHOÏDE

Statistique Générale de la Ville de Tunis depuis 1909

Morbidité et Mortalité

Communiquée par le Docteur **CONSEIL**

Chef du Bureau d'Hygiène



Le graphique ci-dessus résume la marche de la fièvre typhoïde à Tunis pendant les 15 dernières années. La courbe de la morbidité n'est certainement pas exacte, les déclarations étant faites très irrégulièrement. Il constitue cependant un reflet intéressant de l'état sanitaire. Le graphique de la mortalité doit, au contraire, être très près de la réalité, tous les décès enregistrés à Tunis étant contrôlés par les médecins de l'Etat-civil.

L'examen de ce graphique montre qu'il existe à Tunis une endémie typhoïdique avec poussées épidémiques saisonnières se renouvelant chaque année à l'automne.

Quelle est l'origine de cette endémie ? Quelle est la cause de ces recrudescences saisonnières ? On a voulu y voir une origine hydrique. Cependant depuis sept ans on stérilise d'une façon continue les eaux d'alimentation de Tunis à l'hypochlorite et des analyses quotidiennes faites à l'Institut Pasteur en contrôlent l'efficacité; cette dernière période n'est point différente des années antérieures.

Une seule poussée épidémique eut une origine hydrique démontrée par l'enquête étiologique et bactériologique. En mars 1916, brusquement, alors que habituellement à cette époque l'endémie est silencieuse, de nombreux cas simultanés furent constatés. Il s'agissait d'un défaut dans les canalisations d'adduction des eaux. Aussitôt la cause déterminée, la poussée épidémique rétrocéda; mais la contamination interhumaine prolongea pendant deux mois encore une fréquence inaccoutumée des cas en cette saison. C'est en effet la contamination interhumaine directe que je suis le plus porté à incriminer.

Chaque année, la plus grande partie de la population part estiver pendant quelques mois sur les plages voisines où les conditions d'alimentation en eaux et d'évacuation des matières usées sont des plus rudimentaires. Au milieu de l'entassement que produit cet exode sur les plages, de nombreux cas de fièvre typhoïde apparaissent dès le début de l'été et s'y multiplient. De nombreux malades reviennent à Tunis et contaminent

leur entourage. La persistance de citernes mal entretenues, le manque de précautions hygiéniques de l'entourage du malade sont causes de ces épidémies familiales auxquelles nous assistons si fréquemment.

Je crois que la construction d'un réseau d'égouts à la Goulette et à la Marsa, et l'évacuation à la mer des matières usées (projet actuellement en voie de réalisation) aura une influence des plus favorables sur l'endémie typhoïdique de Tunis. On doit d'ailleurs considérer que la mortalité par fièvre typhoïde à Tunis pendant les 15 dernières années n'a guère dépassé 5 pour 10.000 habitants et par an, et que c'est là une mortalité inférieure à celle de la plupart des grands ports d'Europe.

re peut se faire d'après les caractères de la courbe thermique. Il arrive assez souvent que les stades classiques de l'accès paludéen manquent. Le début peut en être traînant alors qu'il est souvent brusque dans la fièvre typhoïde. Le typhos qui manque habituellement dans la fièvre typhoïde peut se voir par contre dans certains paludismes graves. Les troubles gastro-intestinaux peuvent ne pas exister dans la fièvre typhoïde alors qu'on peut voir des vomissements dans le paludisme. L'herpès labial qui ne se voit jamais dans la fièvre typhoïde, qui est très fréquent, au contraire, dans le paludisme et dans certains états grippaux est un signe d'une certaine valeur. Le meilleur symptôme différentiel est tiré des caractères de l'hypertrophie splénique : La rate typhique est percutable, mais difficilement palpable; elle est molle. Celle du paludisme est très rapidement perçue à la palpation; son bord libre donne l'impression d'un épais bourrelet. Plus tard elle devient dure et résistante. Mais au début de certains cas de paludisme, la rate n'est pas palpable. D'autre part, chez les impaludés chroniques, la splénomégalie n'a plus aucune valeur diagnostique. Le problème peut être insoluble, il y a lieu dans ces cas de pratiquer l'examen précoce systématique du sang sur lame. Sinon, on doit recourir aux injections de quinine faites trois jours de suite. Cette pratique ne paraît pas nocive et ne semble pas avoir favorisé les hémorragies intestinales. Tous les médecins qui ont ainsi employé la quinine au début de la fièvre typhoïde (Lemanski-Goéré-Scialom) sont unanimes à reconnaître qu'elle est parfaitement supportée.

La fièvre de Malte peut aussi prendre le masque de la fièvre typhoïde. Dans deux cas de Scialom, seul la séro-réaction peut faire le diagnostic. Dans un troisième cas, il s'agissait d'une paratyphoïde à aspect méditerranéen.

Pour Masselot, l'un des meilleurs symptômes et des premiers en date est l'asthénie qui est presque constante dans la fièvre de Malte. La splénomégalie est plus marquée que dans la fièvre typhoïde, mais elle n'est habituellement pas précoce. La constipation est fréquente, mais elle n'est pas rare dans la fièvre typhoïde. C'est souvent le laboratoire qui tranchera le diagnostic. L'intra-dermo réaction de Burnet pourra être dans ces cas fort précieuse.

Le typhus sera en général plus aisé à différencier. Ainsi que le montre Masselot, l'allure de haute gravité que présente ordinairement cette affection contraste avec l'allure plus modeste de la fièvre typhoïde tunisienne. La symptomatologie bruyante (fièvre élevée, céphalée, excitation, délire suivi de dépression avec somnolence et stupeur érythème au 5^e jour) ne ressemble pas à la symptomatologie habituellement discrète de la typhoïde. Cependant, le doute

peut exister comme dans ce cas de (Sfez-Uzan-Tibi) qui était en réalité un cas de typhus exanthématique.

On doit penser aussi au diagnostic avec la granulie. A ce sujet, Masselot nie l'existence de la typho-bacillose. D'autres affections peuvent encore simuler la fièvre typhoïde : les embarras gastriques fébriles, les fièvres indéterminées citées par Masselot et Scialom.

Scialom rapporte un cas de fièvre typhoïde qui simula au début la dysenterie et à la fin la congestion pulmonaire.

Bien souvent, le laboratoire seul donnera au clinicien une certitude. L'hémoculture a une valeur absolue. Le séro-diagnostic a des résultats plus discutables. Masselot a vu le laboratoire venir corroborer l'examen clinique dans plus de 70% de ses cas. En général, il a fini par trouver un séro-diagnostic positif en le répétant de huit jours en huit jours. Parfois, les résultats ont été très tardifs (5^e semaine). La réaction de Widal n'a été que très rarement négative. Il n'existe, à son avis, aucun parallélisme entre la gravité de la maladie et la négativité de cette réaction.

Tous les cas de Cassuto (105) ont présenté un séro-diagnostic positif. Dans onze d'entre eux, la réaction ne se montra que dans la convalescence.

Dans seize cas à séro-diagnostic positif de (Sfez-Uzan-Tibi, deux ont été particulièrement précoces, au 8^e et au 9^e jour.

Dans un cas, la réaction était toujours négative au 30^e jour.

Dans la forme trainante dont le diagnostic peut être particulièrement difficile, Hayat a toujours recours au séro-diagnostic et à l'hémoculture.

Pronostic.

Il est un fait sur lequel tous les auteurs semblent d'accord, c'est la bénignité relative de la fièvre typhoïde en Tunisie. Masselot a eu une mortalité de 6,7%; Cassuto, 4 décès sur 105 cas; Gérard, 4 décès sur 40 cas. Ces chiffres sont nettement inférieurs à ceux publiés habituellement en France. Par contre la mortalité est un peu plus élevée pour les typhoïdes de ces nouveaux débarqués européens. Nous en avons donné les raisons plus haut.

Toutefois cette bénignité qui a semblé être confirmée par l'unanimité de l'assemblée, ne paraît pas être la règle dans toutes les épidémies. Cassuto, Hayat, Scialom nous rappellent celles de 1907 et 1909, qui s'étaient signalées par ces mortalités élevées. D'autre part, l'épidémie actuelle, non encore éteinte, paraît présenter une certaine gravité, aussi Smeliansky a observé presque exclusivement des cas avec complications méningés, souvent terminés par la mort.

Prophylaxie et Traitement.

Si le pronostic de la typhoïde en Tunisie diffère assez sensiblement de ce que nous lisons habituellement dans les traités, il n'en est pas de même de la question du traitement. Les auteurs s'en sont tenu, en général, aux règles classiques. Des avis différents ont certes été émis au sujet des antithermiques. Mais cette différence de conception n'est pas spéciale à la médecine tunisienne. Ce n'est que le reflet des discussions d'école à école. Les médecins tunisiens en conservent l'empreinte et de ce fait le pyramidon a des défenseurs farouches et la balnéation de fervents admirateurs.

Lemanski en est presque un apôtre. « Quel que soit le traitement médicamenteux préconisé et employé, même en faisant confiance à la vaccinothérapie, il n'est pas possible d'abandonner dans les infections, et en particulier dans les éberthoses et les para-éberthoses, l'intervention par les bains tièdes et froides » (Lemanski). Et comme « l'enseignement du passé n'est jamais stérile », dans un travail remarquablement documenté, notre éminent confrère retrace toute l'histoire de la balnéation depuis Hippocrate jusqu'à nos jours en passant par les médecins arabes. Il nous rappelle que Brandt s'est inspiré de Recamier lequel eut peut-être connaissance des travaux du médecin italien Gianini. Tout cela, émaillé d'anecdotes et de citations, dans une forme fort agréable.

Lemanski nous démontre ensuite les avantages de la thérapeutique par les bains et nous en indique les règles. Il serait certes superflu de les reproduire ici. Nous y trouvons qu'il est partisan du bain froid à 25° et même 20°. Il diffère en cela de Masselot qui donne les bains à 28° minimum. Lemanski nous donne aussi les contre-indications de la balnéation. L'hémorragie intestinale n'en est pas une. Quant à la quantité de bains qu'il faut donner « c'est là, dit-il, une question de tact, de nuances et d'opportunité ».

Les bains sont encore employés par Masselot et Cassuto. Sfez, Uzan et Tibi emploient indifféremment les bains et les enveloppements humides d'un maniement plus facile dans certains milieux tunisiens.

Les enveloppements humides sont après les bains, le mode de traitement, le plus communément employé. Gérard les a adoptés chez les enfants. Ils ont donné à Thierry-Detaille des résultats satisfaisants.

Aussi, la thérapeutique par l'eau froide et tiède a conquis aussi bien en Tunisie qu'en France, la presque totalité des médecins et l'admirable plaidoirie de Lemanski n'a trouvé qu'un auditoire déjà convaincu.

Tout autre est la question des antithermiques. Masselot, Gérard, Cassuto ne les emploient pour ainsi dire jamais. Lemanski, que de temps à autre et avec discrétion. Sfez, Uzan et Tibi emploient assez rarement le pyramidon. Thierry-Detaille l'emploie aussi, mais seulement lorsque l'hyperthermie s'accompagne de céphalée, Goéré, associé à de la caféine, et Scialom, quand il ne peut donner de bains assez mal acceptés par la population indigène.

Enfin Hayat prend courageusement la défense du pyramidon. Il l'emploie d'une façon systématique, même quand la balnéation est possible, depuis environ 40 ans, sans qu'il ait eu à déplorer le moindre inconvénient pour le malade. Il ne l'associe jamais aux toni-cardiaques et donne des doses très faibles : 0,15 par prise.

On parla encore, de l'eurotropine, des petits lavements froids (Masselot, Scialom, Cassuto), des frictions au collargol (Thierry-Detaille), de l'adrénaline, des toni-cardiaques et de leurs inconvénients, enfin de la vaccinothérapie et de ses désillusions.

Dès 1916, Lemanski avait traité les éberthoses par le vaccin curatif. Il fit paraître dans les archives de l'Institut Pasteur, les résultats de ce traitement sur 38 cas. Ils ne paraissent pas probants. 15 cas sont traités par Cassuto, sans plus de succès. Masselot, Hayat, Sfez, Uzan et Tibi, rapportent les mêmes résultats aussi peu encourageants avec les doses massives qu'avec les doses faibles.

Aussi les essais de vaccin curatif sont demeurés vains en ce qui concerne la typhoïde, quant au contraire le vaccin préventif a connu le triomphe.

Raméry, dans un tableau saisissant, nous montre les résultats éclatants de la vaccination dans l'armée. Nous y voyons les épidémies importantes qui ont précédé la vaccination, la baisse progressive du nombre de cas de typhoïde à mesure que l'on vaccinait, enfin la quasi disparition de cette maladie si grave qui faisait tellement de ravages dans les casernes. Les médecins militaires ont évidemment une grande expérience de la vaccination. Il est si difficile de l'appliquer aux civils ! Toutefois, Thierry-Detaille, Cassuto, l'imposent à l'entourage du malade. Les pouvoirs publics essayent de la vulgariser; Conseil nous l'apprend, en mettant à la disposition des indigents, du vaccin gratuit et en créant un service de vaccination à la Municipalité.

Le public la refuse à cause de la réaction qu'elle produit et des folies qui circulent à son sujet » (Raméry). On l'accuse de provoquer des accidents graves, on l'accuse même de crime. Il serait nécessaire, à l'aide d'une propagande intelligente, d'effacer ces erreurs de l'esprit du public et de lui faire comprendre que les réactions que peuvent produire la vaccination sont d'une bénignité extrême.

Sans doute, elle a des contre-indications, Minguet qui a fait près de 10.000 vaccinations, nous signale qu'il lui arrive parfois de donner un coup de fouet aux lésions tuberculeuses, de provoquer de l'ictère d'ailleurs sans gravité aucune, enfin de provoquer une albuminurie passagère. Il est en effet prudent de dépister les sujets aux reins fragiles. Maurice Uzan connaît un cas d'Anurie complète de 18 heures, après une vaccination. Seraient-ce ces cas malheureux qui éloignent le public ? Ou bien est-ce la faible durée d'immunisation ?

« On est, en réalité, dit Raméry, sans renseignements précis sur la « durée d'immunisation conférée par la vaccination. Cependant de « nombreuses statistiques publiées en France, il semble résulter « qu'en général, la typhoïde respecte les hommes vaccinés pendant « leur période de mobilisation. La vaccination paraît donner une im- « munité puissante et prolongée, mais elle ne préserve pas dans « tous les cas d'une manière infaillible. On a observé des cas de « typhoïde après une vaccination bien faite, 25 cas en 12 ans, en Tu- « nisie » (Raméry).

Cet auteur nous rapporté la statistique de Pierre Hébert et Marcel Bloch qui atteint le chiffre de 21,1% d'infection pendant la première année de la vaccination. Ce chiffre est évidemment jugé très élevé par la majorité de l'assemblée. De Lagoanère rappelant son expérience personnelle, le trouve fortement exagéré. Cette statistique a dû être très certainement faussée par le fait que la vaccination, au cours de la guerre et pour les troupes en campagne, était pratiquée d'une façon très irrégulière. Les déplacements fréquents ne permettaient souvent pas d'arriver au bout de la série de piqûres. Cependant Masselot a constaté des typhoïdes chez les vaccinés appartenant à une garnison fixe et qui avait bien reçu la série réglementaire. Raméry remarque que cette typhoïde dans les vaccinés est au moins aussi grave; moins plus grave que celles des non vaccinés. Peut-être cette différence d'immunisation est-elle due à des modes de préparation différents. De toute façon, les insuccès ne peuvent rien enlever à la valeur de la vaccination, qui est incontestable. L'assemblée exprime le vœu de la voir adoptée par la population civile. Le devoir de chacun est de la vulgariser autour de soi, de l'imposer, de la même manière que l'on inspire certaines règles élémentaires d'hygiène comme par exemple la surveillance de l'eau de boisson.

L'eau est, très certainement à Tunis, la cause la plus importante des épidémies. Il semble donc que tous les efforts prophylactiques devraient être dirigés de côté. Or, nous sommes, comme l'a fait remarquer Lemanski, dans un pays, où en plein mois de décembre, la

distribution de l'eau est arrêtée à 17 heures. Nous avons dit quels étaient les inconvénients de ces arrêts de la circulation de l'eau dans les tuyaux. Pour y remédier on construit actuellement le fameux barrage de l'Oued Kébir.

Ce barrage qui doit suppléer à l'insuffisance des pluies, existait sur le papier depuis 25 ans, nous dit Lemanski. Nous osons espérer que sa réalisation sera moins pénible que sa conception. Aussi, il se peut qu'un jour nous ayons de l'eau courante d'une manière constante dans nos tuyaux. La javellisation pourra se faire plus régulièrement. Et, si l'on ajoutait à cela une bonne surveillance des épandages, un meilleur service de voirie, surtout dans la ville indigène, où les ordures pourrissent dans les rues souvent pendant une semaine entière; et enfin, si l'on interdisait la consommation des coquillages provenant des ports contaminés (Thierry-Detaille), on ferait alors en Tunisie, une bonne prophylaxie de la fièvre typhoïde.

On supprimerait ou tout au moins on diminuerait fortement le développement d'une maladie qui a toujours existé à l'état endémique en Tunisie.

Les praticiens tunisiens en ont de ce fait une grande expérience et le présent rapport n'a eu pour but que de grouper les points importants de leurs travaux, sur cette question.

Nous nous sommes efforcés de mettre en lumière les faits cliniques originaux. Nous avons, plus particulièrement, fait ressortir les formes cliniques spéciales à ce pays. Elles sont déjà très nombreuses dans les traités, elles le sont encore bien plus pour les médecins tunisiens. Ici l'infection éberthienne prend des marques multiples.

Nous ne rencontrons que rarement la dothiéntérie classique et schématique. Peut-on appeler en effet : dothiéntérie la forme décrite par Hayat sous le nom d'Ebertémie chronique.

« La dothiéntérie classique, dit Hayat, n'est que l'étape intestinale, primitive ou secondaire d'une septicémie et l'expérience de la pathologie spéciale de la Tunisie, a montré, que cette étape fait souvent défaut. »

D'autre part, nous ne pouvons appeler des typhoïdes les infections à bacille d'Eberth qui se présentent à nous sans le moindre typhos. Le polymorphisme que nous constatons à Tunis, ne permet pas de définir une maladie par un syndrome qui plus souvent n'existe pas ou qui peut exister indifféremment dans n'importe quelle infection. « Il n'est plus discutable, de nos jours, que la spécificité bactériologique doive prédominer dans l'appellation nosologique », dit Lemanski. Et pour cette maladie dont nous ne pouvons établir le diagnostic certain qu'à l'aide du laboratoire, Lemanski propose le nom

d'Eberthose. Au lit du malade, nous ne pouvons en effet que reconnaître un syndrome. Nous pouvons dire syndrome typhique, syndrome méditerranéen, syndrome paludique. Le laboratoire nous fera connaître l'agent causal et alors nous serons en mesure d'étiqueter Eberthose, mélitococcie ou paludisme, l'infection à laquelle nous avons à faire.

Ces considérations sur la pathologie générale des syndromes fébriles présentent un réel intérêt pour le médecin tunisien. Nulle part en effet, la fébrologie n'est aussi difficile qu'en ce pays. Nulle part une infection ne prend dans le même agent microbien de formes aussi dissemblables.

Cette étude de la typhoïde en Tunisie répondait donc à un besoin, elle enrichira en observations cliniques pleines d'intérêt ce chapitre si important de la pathologie.

Contribution à l'étude des affections typhiques en Tunisie

par le Docteur **J. GOËRÉ**

Médecin Principal de la Marine à l'Hôpital de Sidi-Abdallah

Ancien Elève de l'Institut Pasteur de Paris

Pour répondre à la demande de la Société des Sciences Médicales de Tunis en ce qui concerne la typhoïde ou plus largement les affections typhiques, je signalerai tout d'abord une étude qui remonte à 1911-1913, époque à laquelle la fièvre typhoïde était rare à Ferryville.

De septembre 1911 à juin 1913 (travail paru dans les Archives de Médecine Navale, en avril et mai 1914) il a été traité à l'Hôpital de Sidi-Abdallah, 25 cas de fièvre typhoïde, 4 cas de paratyphoïde B et deux cas de paratyphoïde dont j'ai désigné l'agent pathogène sous la dénomination de paratyphique S-A. Il n'y eut pas d'affection paratyphique du type A; au contraire, lors d'une épidémie mixte typho-paratyphique de 66 cas étudiée en 1905 dans la région de Tunis, (Nicolle et Cathoire ne rencontrèrent pas le bacille B et trouvèrent le A 16 fois (Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, juillet 1906 et Bulletin de la Société de Biologie : séances du 17 et 24 février 1906).

Je vous dirai quelques mots du bacille paratyphique S-A parce qu'il fut isolé pour la première fois en Tunisie.

C'est un bâtonnet court, à bouts arrondis, offrant la mobilité d'un ty-

phique, muni de 12 à 15 cils vibratiles longs et flexueux, décoloré par la méthode de Gram.

Il se développe rapidement dans le bouillon, qu'il trouble uniformément sans former de voile. Au bout de quelques jours le trouble disparaît et il se dépose au fond du tube un sédiment blanc. Le bouillon n'exhale aucune odeur.

La gélatine n'est pas liquéfiée. Les colonies, sur ce milieu, ont l'aspect de colonies typhiques.

L'apparence des cultures en strie sur gélose rappelle au début celle des cultures d'Eberth ou de paratyphique A. Plus tard, la strie devient épaisse et plus opaque, rappelant alors davantage, les cultures de paratyphique B.

Les colonies isolées, sur plaque de gélose, sont tout d'abord bleutées et transparentes; dans la suite, elles prennent une teinte jaunâtre et sont moins claires.

Sur pomme de terre, la culture est épaisse et brunâtre (type coli).

Le bouillon ou la gélose additionnés de neutral-roth virent franchement, dès la douzième heure, et prennent une teinte intermédiaire entre le jaune orange que donne le paratyphique A et le jaune serin du paratyphique B ou du coli.

Le paratyphique S-A ne fait pas fermenter la lactose. Il donne sur « Endo » des colonies incolores.

La glucose, la maltose, la lévulose sont attaquées avec la même intensité que par le paratyphique B. Le milieu gélosé au jus de carottes (milieu Rochaix) est disloqué par des bulles gazeuses. Le lait n'est pas coagulé. Le lait tournesolé prend, les premiers jours, une légère teinte rose, puis redevient bleu.

Il n'y a pas de production d'indol en eau peptonée.

Pouvoir Pathogène

Le paratyphique S-A est pathogène pour le cobaye, le lapin, le pigeon.

Séroréaction

Le sérum des animaux immunisés contre l'Eberth ou les paratyphiques A et B, celui des malades infectés par ces germes, ont une action agglutinante marquée sur le paratyphique S-A. Ce pouvoir agglutinant secondaire est d'autant plus élevé que le sérum est plus actif vis-à-vis du microbe spécifique; il peut atteindre et dépasser le taux de 1/50.

Le sérum des animaux immunisés contre S-A est dépourvu, par contre de tout pouvoir agglutinant vis-à-vis de l'Eberth, des paratyphiques A et B, du bacille de Gaertner il agglutine faiblement le bacille de la psittacose.

La bacille paratyphique S-A, nettement différent des autres paratyphi-

ques, a été retrouvé en 1915, à Narbonne; il a fait l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine de M. le docteur Daumezon, Directeur du Bureau d'hygiène de cette ville.

Le docteur Daumezon ignorait mon travail. Je lui adressai des cultures et il m'écrivit avoir constaté l'identité complète de son germe et du mien en même temps qu'il m'annonçait l'avoir rencontré une fois de plus et isolé dans un liquide céphalo-rachidien. Il adopte la dénomination d'origine : bacille paratyphique S-A.

Les deux cas du docteur Daumezon comme les deux miens se terminèrent par la mort.

Depuis janvier 1921 jusqu'à ce jour, j'ai soigné dans l'agglomération Ferryville-Tindja, 21 cas de fièvre typhoïde :

- 7 de 6 à 10 ans (4 garçons, 3 filles);
- 4 de 10 à 20 ans (2 jeunes gens, 2 jeunes filles);
- 10 de 20 à 30 ans (4 hommes, 6 femmes).

L'hémoculture a pu être faite dix fois et a donné dans ces dix cas de l'Eberth.

Je n'ai eu à déplorer aucun décès. J'ai noté comme complications : 2 hémorragies intestinales abondantes (6 et 10 ans), et 2 phlébites (12 et 20 ans).

Chez une fillette de 8 ans, j'ai observé des complications encéphalo-méningées avec aphasie complète pendant un mois et guérison sans séquelles.

Je réserve pour une autre occasion le malade n'étant pas encore guéri, l'observation d'un cas de fièvre typhoïde traînante avec hémoculture toujours négative, séro-diagnostic graduellement progressif et terminaison chirurgicale par l'ouverture d'un abcès profond à streptocoque du lobe droit du foie.

L'association paludisme-typhoïde est fréquente. Je donne toujours de la quinine au début.

Par ailleurs, mon traitement consiste d'une manière uniforme, avec adjonction des remèdes symptomatiques requis, en deux cachets par jour de l'association pyramidon-caféine, le cachet type pour l'adulte étant pyramidon 0 gr. 40, caféine 0 gr. 10.

N'étant plus chargé du laboratoire de bactériologie, je n'ai pu poursuivre, comme autrefois, l'étude complète des germes provenant d'hémocultures.



Sur une forme anormale et fréquente de Fièvre typhoïde observée en Tunisie (Eberthémie chronique)

par le Dr E. HAYAT

Vingt ans de pratique médicale à Tunis et dans sa banlieue m'ont amené à observer un nombre considérable de cas de fièvre typhoïde, maladie très fréquente dans ce pays, surtout pendant les mois de mai et septembre de chaque année. Au cours des poussées épidémiques qui reviennent si souvent, il m'est arrivé d'avoir à soigner, en ville, jusqu'à 15 cas de fièvre typhoïde à la fois. A défaut de service d'hôpital, je pourrai donc en connaissance de cause, vous rappeler ce soir mille et mille choses intéressantes, observées en clientèle et relatives à cette infection. Mais tout a été dit sur la F. T. et je risquerai de répéter devant vous, ce que nous trouvons tous, dans les excellents traités français de médecine que nous avons entre les mains.

Je crois pourtant intéressant de vous entretenir d'une forme anormale et très fréquente de F. T. qui mériterait le nom d'*éberthémie chronique* plutôt que celui de *dothiéntérie*.

Cette septicémie éberthienne divisait, il y a 20 ans, les médecins de Tunis, au point de vue de sa nature; en ce sens que l'allure clinique de cette infection longue et bénigne la faisait étiqueter fièvre méditerranéenne par nos aînés, tandis que nous — les jeunes médecins d'alors — confiants dans les épreuves de laboratoire (hémoculture et séro-réaction positives pour le bacille d'Eberth), nous la classions sans admettre la discussion, dans le cadre de la fièvre typhoïde.

Le type clinique sur lequel nous attirons votre attention se caractérise par les traits suivants :

1° l'allure modérée et lente de l'infection qui se traduit par la conservation parfaite de l'état général et par une fièvre en zig-zag n'atteignant presque jamais les degrés de l'hyperthermie habituelle de la fièvre typhoïde;

2° la longue durée de la maladie qui évolue en 2, 3 et quelquefois 5 mois;

3° l'absence réelle de phénomènes intestinaux.

Nous allons, si vous le voulez, l'étudier d'une façon plus détaillée :

Début. — Le début est souvent assez brusque et présente la plupart des symptômes communs à toutes les infections aiguës : embarras gastrique, céphalée, lassitude, asthénie, combature et fièvre. Cette fièvre est alors souvent assez élevée, se maintenant en plateau pendant une semaine environ et accompagnée quelquefois de frissons.

Cette période dure à peine une dizaine de jours : le tableau change; la maladie entre dans sa période d'état.

Période d'état. — Cette période d'état est presque monosymptomatique. La fièvre est le trouble prédominant. Elle présente, le plus souvent, le type continu avec petites élévations vespérales : elle est traînante, languissante par son uniformité; elle n'est pas très vive, elle oscille entre 38° et 38° $\frac{1}{2}$. En dépit de cette fièvre constante, non seulement l'état typhique n'existe pas, mais le malade ne présente même pas d'abattement. Assis sur son lit, quelquefois debout, il ne souffre de rien, s'intéresse à tout, et demande à panger. Son faciès est calme et reposé. Aussi on a de la peine à croire qu'il s'agit d'une infection à bacilles d'éberthi et le médecin sceptique se demande par moment, si les résultats positifs de la séro-réaction ou même de l'hémoculture ne proviennent pas d'une erreur de laboratoire ! Il fait refaire ces recherches et le laboratoire répond toujours : il s'agit bien de bacilles d'Eberth. Cette constatation est d'autant plus surprenante pour le médecin traitant qu'il a été frappé, dès le début de la maladie, par l'absence totale de phénomènes intestinaux. En effet, l'examen de l'abdomen ne décèle dans la fosse iliaque droite, ni sensibilité, ni douleur, ni gargouillement. Les évacuations intestinales se font régulièrement avec une certaine tendance à la constipation. Les selles sont jaunes, mal liées, mais ne présentent ni cette odeur aigrelette des selles de la fièvre de Malte, ni la fétidité et le genre « purée de petits pois » de la fièvre typhoïde. Le météorisme abdominal, signature de la parésie intestinale est absent et ce manque du ballonnement habituel indique que l'intestin est sous-jacent ne souffre pas. D'ailleurs on n'a jamais noté d'hémorragie intestinale, dans cette forme. Les taches rosées, quand elles existent, sont rarement sur l'abdomen et se retrouvent plus facilement quoique discrètes, sur le tronc et le dos. La rate enfin quoique nettement touchée ne s'accroche pas avec les doigts et ne fait reconnaître son hypertrophie qu'à une percussion soignée.

Le pouls n'est pas rapide, mais il est régulier, hypotendu, souvent dicrote, et ce signe rappelle au clinicien qu'il se trouve en présence d'une fièvre typhoïde.

Évolution. — L'évolution est en général bénigne et exempte de toute complication. En raison de l'absence évidente de troubles intestinaux faisant supposer l'intégrité de son intestin, le malade peut s'alimenter légèrement, sans risquer d'aggraver sa situation. Sa guérison est question de temps et de patience. Pourtant il m'est arrivé de voir cette septicémie traînante, bénigne, pour laquelle on fait un pronostic très favorable, s'aggraver au bout de 2 à 3 mois et se développer sur le modèle, soit d'une dothientérie véritable, soit d'une angiocholite aiguë souvent mortelle. C'est-à-dire que la maladie après une évolution dans le sens d'une septicémie éberthienne bénigne, sans atteinte spéciale de tel ou tel organe, se localise secondairement sur l'intestin ou sur le foie, et cela, sans qu'il y ait jamais une période d'apyrexie séparant le stade septicémique primi-

tif du stade intestinal ou hépatique secondaire, et ce fait nous permet de répéter toute idée d'association ou d'intercurrence.

Le diagnostic de fièvre typhoïde que nous avons porté sur tous ces cas de septicémie éberthienne à marche lente était toujours basé sur des séro-réactions répétées et toujours positives et quelquefois sur des hémocultures faites à l'Institut Pasteur de Tunis. Mais à défaut de ces épreuves de laboratoire, deux faits cliniques plaident en faveur de la réaction éberthienne de ces septicémies.

1° La concomitance de fièvres typhoïdes véritables, de dothiëntéries dans les mêmes familles et à la même époque où j'ai observé ces cas.

2° L'éclosion, en dernière étape, d'une véritable dothiëntérie avec tout son cortège de troubles et complications intestinaux : dans ces conditions il est impossible d'envisager chez le même malade, l'état infectieux antérieur autrement que comme un état éberthien atténué.

Il y a lieu de rappeler que ces éberthémies ne répondent guère à la description qui avait été autrefois donnée sous le nom de « typhus lévissimus » ou « typhus ambulatoire ». Car dans les cas ainsi dénommés, les auteurs avaient signalé des perforations brusques, indices de lésions intestinales méconnues se traduisant par une atteinte très légère de l'état général.

Ici, il s'agit d'éberthémies à marche lente, contrastant avec ces septicémies aiguës éberthiennes classiques dont la marche foudroyante est connue de tous, de « fièvres typhoïdes anormales » sans localisations intestinales, formes qui ont été mises en relief depuis une quinzaine d'années.

Sacquépée à la fin d'une revue de 30 observations relatives à cette question, écrivait déjà en 1909 dans le *Progrès Médical* : « Il existe des cas où à l'autopsie de fièvres typhoïdes avérées, on n'a pas rencontré les lésions habituelles des plaques de Peyer. »

Déjà Brunwic, en 1870, au début de sa thèse posait la question, en écrivant cette phrase : « La lésion des Plaques de Peyer est-elle vraiment constante dans la fièvre typhoïde ? »

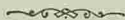
Netter, en 1890, à la suite d'une observation de Vaillard et Vincent, sur un cas d'infection éberthienne sans lésion intestinale, disait déjà à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* : « L'éruption des Plaques de Peyer peut manquer dans la fièvre typhoïde. »

Enfin il faut rappeler les travaux de Boisset, de Marseille, qui a fait une étude d'ensemble de la question.

De là est née cette conception que les infections à bacilles d'Eberth ne doivent donc plus rester enfermées dans les limites que leur avait si magistralement assignées Louis, en décrivant la dothiëntérie au début du siècle dernier. L'observation nous démontre que ces dothiëntéries ne sont que l'étape intestinale, primitive ou secondaire d'une septicémie et l'expérience de la pathologie spéciale de ce pays nous permet de dire que chez les Tunisiens, chez ceux qui sont acclimatés ici, cette étape intestinale fait souvent défaut.

A propos de la fréquence des hémorrhagies intestinales dans les Eberthoses tunisiennes

par le Docteur **LEMANSKI**



Le travail du docteur Masselot montre une fréquence assez considérable de cette complication de l'infection éberthienne. Pour ma part, au cours de 22 ans de pratique hospitalière, en consultant mes notes et mes souvenirs, je trouve des chiffres inférieurs à ceux de mon confrère.

Mais, à mon sens, les faits sont indéniables. En les considérant, il semble bien que les hémorrhagies intestinales, dans cette pyrexie, sont plus souvent observées qu'en France. Il ne peut plus s'agir de coïncidence de séries ou d'interprétations. Toutefois, serait-il bon d'ajouter, il paraîtrait instructif de réunir une statistique établie sur un plus grand nombre de cas, pour déterminer un pourcentage portant une conclusion plus ferme.

Déjà, une explication peut être donnée de cette fréquence des hémorrhagies intestinales dans les éberthoses tunisiennes : explication, cela va sans dire, facilement attaquable et critiquable.

Il s'agit, en l'espèce et en général, d'individus ayant séjourné depuis longtemps dans ces pays, coloniaux véritables, qui, paludéens ou non, du fait du climat, présentent certaines défaillances ou fragilités hépatiques. Il s'agit d'un réel *hépatisme colonial*. Chez les jeunes gens, on peut incriminer l'hérédité, si les parents sont d'anciens coloniaux (1).

On sait combien les hémorrhagies sont fréquentes dans les affections du foie : suivant la plus ou moins profonde altération de la cellule hépatique, elles se produisent sous la forme d'épistaxis, d'hématémèses, de mélœna, de purpura, d'hémoptysies, d'hémorrhagies de la plèvre ou du péritoine.

S'agit-il là d'une sorte de dyscrasie particulière ?

On pourrait plutôt penser que les hémorrhagies intestinales, en dehors des cas où elles précèdent, à peu de distance, les perforations, où elles sont dues à des ulcérations profondes et étendues, sont la suite de stases, et de congestion, dans les systèmes portes, antérieurement gênés et altérés, dans leur circulation, par un certain degré de congestion hépatique, fréquente, on le sait, dans les pays chauds.

Frantz Glénard signalait la tendance aux hémorrhagies au nombre des *petits signes de l'hépatisme* (2).

(1) Ce qu'on appelle encore "cholémie familiale" n'est qu'une forme de cet hépatisme familial ou héréditaire (neuro-arthritisme).

(2) ROGER GLÉNARD. - *L'hépatisme*, Paris - L'Expansion Scientifique, 1922, p. 339.

Dans l'hépatisme, l'action du foie sur la coagulation du sang peut être diminuée, dans un apport moindre dans le sang du ferment spécial le fibrinogène.

Foie et rate sont dans un état constant de synergie glandulaire : leur hypertrophie se rencontre souvent dans l'infection éberthienne, comme, également, dans le paludisme, dans l'anémie coloniale, associés ou non à l'éthylisme, par exagération des boissons fermentées ou des liqueurs et apéritifs à essences.



La Fièvre Typhoïde

et les effets de la vaccination préventive dans la garnison de Tunis

par le Dr **RAMÉRY**

Puisque la question de la fièvre typhoïde en Tunisie a été mise à l'étude, grâce à l'heureuse initiative du docteur Masselot, nous avons pensé qu'il serait intéressant de vous communiquer une petite statistique de la morbidité et de la mortalité des infections éberthienne dans la garnison de Tunis. Cette statistique a été établie d'après les documents trouvés dans les archives de l'Hôpital Militaire du Belvédère et nous devons à ce propos remercier M. le Médecin Chef, qui a facilité notre tâche. Nous avons dressé en même temps un tableau d'ensemble, groupant les principaux renseignements; ceci nous évitera de vous lasser par la lecture de chiffres et de pourcentages toujours ennuyeux.

Depuis l'occupation française, la Tunisie a été l'un des principaux foyers de fièvre typhoïde dans l'armée. Le rapport d'inspection de l'Hôpital Militaire du Kram en 1884, par le médecin-inspecteur Eméry Desbrous, relate que « pour la première fois, depuis l'occupation française, aucune épidémie n'est à enregistrer et la fièvre typhoïde n'a pas revêtu ce caractère épidémique que l'on constatait encore l'année dernière ». Et cependant cette année même le nombre de cas de typhoïde s'élevait à 44 avec six décès. C'était là une de ces années heureuses que l'on ne devait plus revoir avant 1904.

En effet, dès 1885, les épidémies de fièvre typhoïde réapparaissent régulièrement chaque année, au mois de juin, avec maximum automnal et sévissent tour à tour dans tous les casernements de la garnison de Tunis, si bien qu'en une période de huit ans :

de 1887 à 1895 nous comptons 2.037 cas et 255 décès;

(1) de 1895 à 1912 (17 ans), 2.073 cas et 178 décès.

Les premiers essais de vaccination en grand, ont débuté dans l'armée en Tunisie en 1912. Le vaccin utilisé était le vaccin dit polyvalent à l'éther du professeur Vincent.

Dès 1913, les effets sont remarquables.

Dans l'année 1912-13 nous enregistrons (14 cas et 1 décès chez les non vaccinés);

Dans l'année 1913-14 nous enregistrons (3 cas et 1 décès chez les non vaccinés);

(1) Les renseignements sur l'année 1898-99 nous manquent de même la mortalité de l'année 1896-97 n'a pu être établie.

Avec le désarroi du début de la guerre, la typhoïde réapparaît :
Année 1914-15 : 51 cas, 10 décès, mais tous les hommes atteints appartiennent à la réserve et n'ont pas été vaccinés.

En 1917, la majeure partie des troupes est vaccinée avec le T. A. B. Aussi les cas de typhoïdes deviennent extrêmement rares.

Année 1917	3 cas	pas de décès.
Année 1918	4 cas	—
Année 1919	2 cas	—
Année 1920	néant.	
Année 1921	néant.	
Année 1922	2 cas	un décès chez un homme non vacciné.
Année 1923	6 cas	2 non vaccinés.

Si nous comparons maintenant la morbidité et la mortalité typhiques dans les 12 ans qui ont précédé la vaccination prophylactique et dans les 12 ans qui ont suivi, nous obtenons les chiffres suivants :

de 1900 à 1912	991 cas	93 décès;
de 1912 à 1924	111 cas	19 décès.

Encore faut-il déduire les cas observés chez les non vaccinés ce qui ramène de 1912 à 1924 25 cas 2 décès.

Ces résultats sont assez éloquents pour qu'il soit inutile d'insister. Ils sont conformes à ceux observés dans la métropole. La typhoïde, depuis la vaccination prophylactique, est une maladie rare dans les hôpitaux militaires où l'on n'observe plus que quelques cas isolés.

Pendant il est un renseignement extrêmement important que les statistiques militaires ne peuvent nous donner, c'est la durée de l'immunité conférée par les vaccins actuellement employés :

- vaccins T.A.B. chauffés;
- vaccins T.A.B. à l'éther.

Les hommes passent 18 mois au régiment; ils sont revaccinés chaque année, de sorte que les résultats éloignés de la vaccination nous échappent. Ces données, qu'il serait intéressant mais difficile d'étudier en Tunisie, nous sont fournies par de nombreuses statistiques qui ont fait l'objet de communications à l'Académie de Médecine (1).

En 1921, le professeur Chauffard appelait l'attention sur l'action préservatrice de la vaccination antityphoïde, pratiquée sur nos soldats pen-

(1) a) CHAUFFARD. — Communication *Bulletin Académie de médecine* 18 Janvier 1921 p. 84.
 b) ACHARD. — Fièvre typhoïde dans les 2 sexes depuis la guerre influence de la vaccination. *Bulletin Académie de médecine* 18 Janvier 1921 p. 89.
 c) EM. SERGENF. — Communication *Bulletin Académie de médecine* 8 Février 1921 p. 182.
 d) REBATTU ET MILHAUD. — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon* 12 Avril 1921.
 e) LOIR ET L. GRAGNEUX. — Utilité de la vaccination contre la Fièvre Typhoïde. *Bulletin Académie de médecine* 17 Janvier 1922 p. 79.

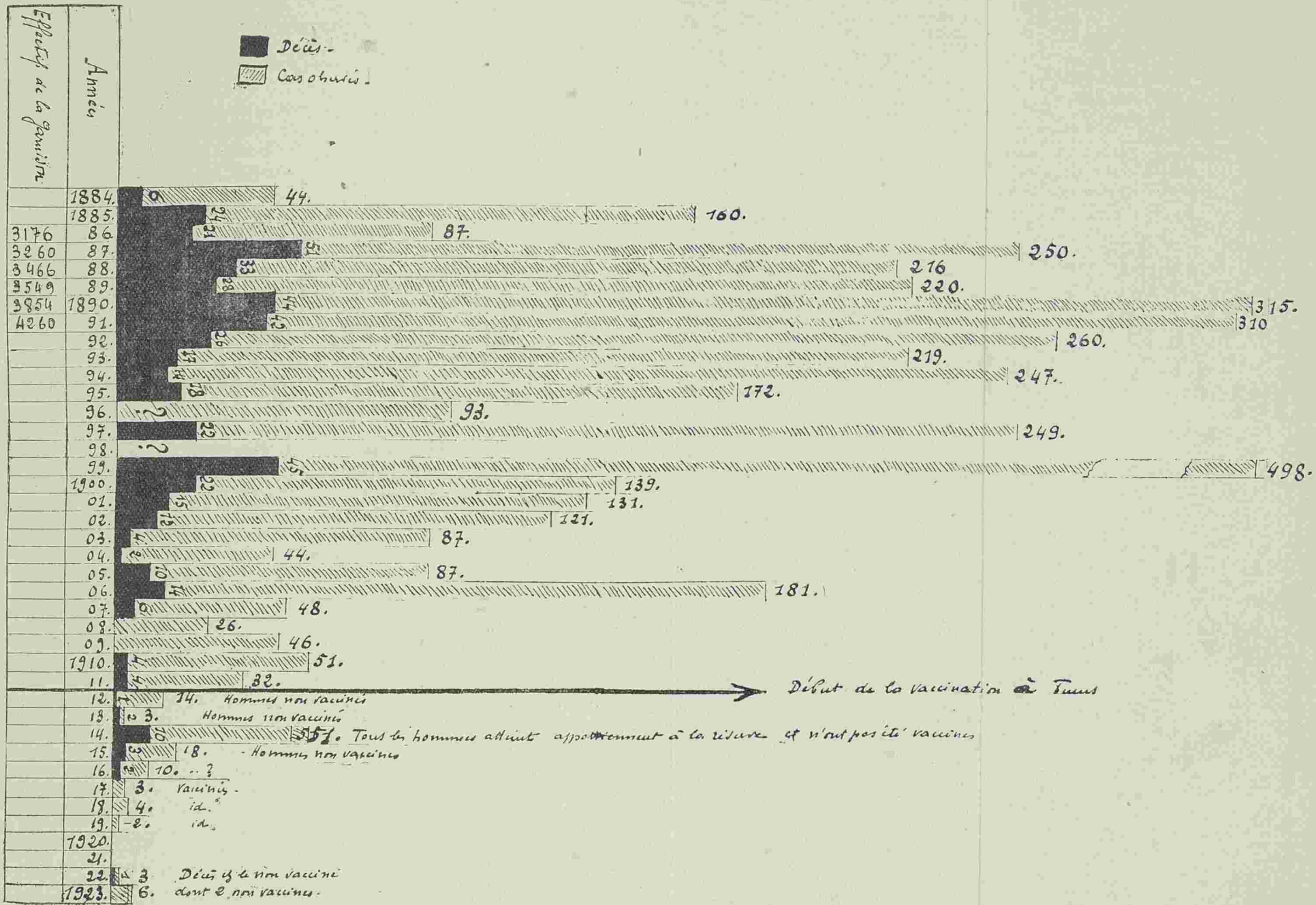


Tableau de la morbidité et de la mortalité typhoïdique dans la garnison de Tunis depuis 1884



dant la guerre, qu'elle continuait d'exercer sur la population masculine. Ce fait fut confirmé par une statistique du professeur Achard, par celle d'Em. Sergent, à Lyon par celle de Rebattu et Milhaud, au Havre par celle de Loir et Legragneux.

De toutes ces statistiques, il se dégage les faits suivants : c'est que la fièvre typhoïde dans la population masculine a été observée surtout chez les enfants non vaccinés. Comme le dit Dopter « la typhoïde atteint les enfants et les femmes, en respectant les hommes qui ont été vaccinés pendant leur période de mobilisation ».

Si la vaccination paraît donner une immunité puissante et prolongée, il ne faudrait pas croire toutefois qu'elle doive préserver d'une manière infaillible; ce serait demander à la vaccination antityphoïde ce que nous diver plusieurs fois chez le même sujet et que l'immunité post-vaccinale ne demandons à aucune autre. «On sait, en effet, que la variole peut réci-s'éteint parfois en quelques mois ou un an (Thompson et Sobotka). Les animaux vaccinés contre le charbon, sont de nouveau réceptifs après un an, de même comme nous le dit le prof. Vincent, la fièvre typhoïde peut reparaitre ultérieurement chez 1% de ceux qui ont déjà eu cette affection.»

Les cas de typhoïde observés après une vaccination bien faite, existent et sont même assez nombreux.

Dans une étude très documentée sur l'état de vaccination de 2.334 typhoïdes à l'hémoculture positive, faite par Pierre Hébert et Marcel Bloch, à l'hôpital militaire de Bar-le-Duc, de juillet 1916 à janvier 1919, il y a eu :

1.249 cas chez des non vaccinés 53,5%;

387 cas chez des hommes insuffisamment vaccinés soit 16,5%;

289 cas des vaccinés après un an 9,9%;

469 cas chez des vaccinés, la maladie survenant avant le délai d'un an après la vaccination 20,1%.

Sur ces 469 cas :

28 vaccinés ont eu la fièvre typhoïde dans le mois qui a suivi la vaccination	
37 vaccins complet ont eu leur hémoculture positive dans le	2 ^e mois;
16	3 ^e mois;
24	4 ^e mois;
38	5 ^e mois;
54	6 ^e mois;
40	7 ^e mois;
37	8 ^e mois;
33	9 ^e mois;
18	10 ^e mois;
14	11 ^e mois;
8	12 ^e mois.

Dans la période de 12 ans qui a suivi l'établissement de la vaccination

préventive en Tunisie, il y a eu 111 cas de typhoïde qui se répartissent de la façon suivante :

86 cas chez les non vaccinés	77,4%;
25 cas chez les vaccinés	22,6%.

Malheureusement les renseignements sur le délai qui sépare la vaccination de l'apparition de la maladie, nous manquent et nous ne les connaissons que pour 4 cas que nous avons eu l'occasion d'observer :

- 1^o cas Eberth, la fièvre typhoïde survient 11 mois après la vaccination;
- 2^o cas Eberth, la fièvre typhoïde survient 17 mois après la vaccination;
- 3^o cas Eberth, la fièvre typhoïde survient 11 mois après la vaccination;
- 4^o cas Eberth, la fièvre typhoïde survient 6 mois après la vaccination.

Il est admis que pour obtenir le maximum de sécurité il faut revacciner chaque année et cependant dans la statistique de Pierre Hébert et Marcel Bloch, le nombre des cas de typhoïde constatés après le délai d'un an qui a suivi la vaccination, s'élève à 9,9% tandis que ceux relevés au cours de la première année entrent dans la proportion de 20,1%. Nous nous demandons s'il ne serait pas préférable de répéter la vaccination 3 mois après la première injection pour éloigner ensuite à un an et plus les injections d'entretien.

Une deuxième question est celle de l'évolution de la dothiéntérie chez les vaccinés. Le petit nombre de malades que nous avons suivis, ne nous permet pas de tirer des conclusions du moins ces observations nous autorisent-elles à dire qu'il n'y a pas une forme particulièrement bénigne de fièvre typhoïde chez les vaccinés.

Sur 4 cas à hémoculture positive nous avons eu deux formes graves, une forme bénigne et une forme moyenne qui est d'ailleurs actuellement en pleine évolution.

La première atteinte grave a duré 70 jours et a été caractérisée par la violence des phénomènes intestinaux avec hémorragies intestinales au 12^e et 14^e jour (1).

Le deuxième malade atteint de forme grave est actuellement au début de sa convalescence. Celui-ci a présenté des phénomènes pulmonaires et larynges graves; congestion pulmonaire bilatérale avec dyspnée inquiétante; aphonie complète.

Quant à la forme bénigne, elle a été en tout point comparable à celle observée actuellement chez un malade non vacciné et qui a contracté sa maladie avant de rejoindre son régiment où il n'a pas été encore incorporé.

(1) Le malade est entré à l'Hôpital au 10^{me} jour environ de sa maladie avec des phénomènes gastro intestinaux graves - vomissements et surtout selles inférieures sanglantes (4 à 15 sexes dans les 24 heures) — un examen de selles fait avec le médecin Major Lesbre nous montra la présence de très nombreux trychomonas intestinales.

(1) F. Rattery et Paul Mathieu, ont d'ailleurs constaté à l'inverse de la plupart des auteurs que les sujets vaccinés font souvent des formes graves. Dans les diverses statistiques que nous avons consultées, la mortalité chez les vaccinés est moins élevée que chez les non vaccinés.

Quoique imparfaite la vaccination antityphique par voie sous-cutanée « réalise un progrès considérable dans la prophylaxie de cette redoutable maladie. Il est permis d'espérer que l'emploi de cette méthode préventive se répandra de plus en plus dans la population civile et particulièrement dans les villes où la maladie sévit fréquemment ». Ce vœu d'A. Vincent ne s'est pas réalisé rapidement et en Tunisie, comme d'ailleurs en France, la vaccination par voie sous-cutanée, a mauvaise presse. En dehors des fables qui circulent sur ses méfaits, il est certain que les réactions post-vaccinales intimident les gens bien portants et ils n'hésitent pas entre la probabilité d'une typhoïde et la certitude d'une indisposition post-vaccinale de quelques jours. Aussi nous pensons que si cette vaccination peut être quelquefois contre-indiquée; si elle n'est pas acceptée, il faut alors conseiller la vaccination par voie centrale. Bien que nous ne possédions pas encore des données très précises sur son efficacité, elle nous paraît logique. La vaccination par la voie intestinale est un fait expérimental chez les animaux. C'est un fait expérimental indiscutable chez l'homme pour la dysenterie bacillaire et la mélitococcie (Ch. Nicolle et Conseil). Pourquoi cette méthode générale n'aurait-elle pas de valeur dans une maladie à localisation intestinale comme la fièvre typhoïde ? Le vaccin bilié de Besderoka utilisé sur une assez grande échelle vient de fournir deux exemples de son efficacité.

(2) Telle est l'expérience faite à La Flèche au Prytanée Militaire et celle rapportée par le docteur Louis Vaillant dans une épidémie du Pas-de-Calais.

Nous nous contenterons de rapporter les conclusions du docteur Vaillant :

« Au moment où le problème de la vaccination générale de la population se pose, il est certain que l'absorption de vaccin bilié sera plus facilement acceptée même si cette opération doit se répéter plusieurs fois que la vaccination par voie sous-cutanée. Elle ne présente aucune contre-indication; elle n'entraîne aucun de ces malaises qui forment souvent les vaccinés d'interrompre leurs occupations, enfin elle donne, d'après les faits observés, une immunité au moins équivalente à celle obtenue par voie sous-cutanée. »

(1) F. RATHERY ET PAUL MATHIEU. --- Les maladies typhoïdes et la vaccination antityphique *Journal de physiologie et de pathologie générale* tome XVIII p. 996.

(2) Compte rendu de la *Société de Biologie* tome LXXXIX 7 Juillet 1923 p. 366.

(3) Note sur l'emploi du vaccin Bilié de Besredka par la voie buccale dans quelques foyes épidémiques de fièvre typhoïde *Annales de l'Institut Pasteur* tome XXXVI 1922 Février N° 2 p. 149.

40 Cas de Fièvre typhoïde chez l'enfant traités à l'Hôpital Civil Français de Tunis

par le Docteur **F. GÉRARD**

Médecin Chef de Service

Pour faire suite aux notes cliniques sur 72 cas de fièvre typhoïde observés par notre collègue Masselot dans son service de médecine générale, nous avons pensé qu'il était normal de vous apporter ici les réflexions suggérées par l'analyse des 40 observations d'infection éberthienne relevées depuis trois ans dans le service d'enfants (médecine). La plupart des cas ont été suivis par nous-même (depuis juillet 1921), ceux antérieurs à cette époque (de janvier 1921 jusqu'à juin 1921) l'ont été par le docteur Masselot.

Avec la publication des notes de Masselot parues dans le numéro de novembre 1923 de la Revue, ces lignes constitueront donc le bilan des fièvres typhoïdes (adultes et enfants) traités pendant ces trois dernières années à l'Hôpital Civil Français de Tunis.

Nous n'avons relevé que les cas d'infection éberthienne, confirmées par le séro-diagnostic de Widal, négligeant systématiquement les embarras gastriques fébriles et gastro-entérites si fréquents, dans ce pays, chez les enfants. Et nous pensons qu'il n'est pas inutile d'insister tout d'abord sur le fait incontesté que les petits malades traités dans le milieu hospitalier présentent toujours des formes graves ou des complications et ceci du fait que le sentiment tout naturel, et louable au premier chef, des familles, veut qu'on n'envoie pas volontiers les enfants à l'hôpital et qu'on ne s'en sépare que sur l'insistance du médecin de ville. Celui-ci réussit à éviter ainsi souvent une contagion familiale ou à persuader les gens peu fortunés de l'impossibilité matérielle de soigner favorablement un typhique dans des milieux souvent mal préparés aux soins prolongés et à l'isolement.

Suivant l'âge des malades, les 40 cas considérés se répartissent de la façon suivante : 5 cas de 2 à 3 ans; 8, de 6 à 8 ans; 13, de 9 à 12 ans; 16, de 13 à 15 ans.

Nous n'avons relevé, en ce qui concerne les décès, aucun cas mortel au-dessous de 11 ans, et nos décès au nombre de 4 se sont produits 2 fois à 11 ans; 1 fois à 13 ans; 1 fois à 15 ans. Au point de vue du sexe, 25 cas concernaient des garçons, 15 cas des filles.

Faisons remarquer, en passant, que bien que nous ayons constamment des nourrissons dans notre service, nous n'avons pas noté de fièvre typhoïde vraie chez des enfants du premier âge au cours des deux dernières années. Nous ne saurions en déduire que la fièvre typhoïde n'existe pas en

Tunisie chez les nourrissons. On sait que le prof. Crespin, d'Alger et M^{lle} Saracino, ont totalisé en 1919, à Alger, 42 cas de dothiéntérie chez le nourrisson (1). Elle sévit donc pour le premier âge dans l'Afrique du Nord.

Dans nos 40 cas, il y a lieu de relever quelques manifestations de typhoïdes familiales et nous avons eu simultanément à soigner deux frères de 12 et 2 ans et une sœur de 8 ans; deux frères de 15 ans et 9 mois; une sœur de 8 ans; deux sœurs de 12 et 11 ans; deux sœurs de 8 et 5 ans.

Les dates d'entrée au point de vue du nombre de jours de maladie, ont été très variables; 5 fois le premier jour (il s'agissait de cas observés dans l'hôpital même et d'une petite contamination intérieure dans le service), une fois, le troisième jour; 5 fois, le quatrième jour; 13 fois, le 7^e ou 8^e jour; une fois, le 10^e jour; 3 fois, le 11^e jour; 2 fois le 12^e jour; une fois, le 15^e jour; 2 fois le 16^e jour; 4 fois, le 18^e jour; une fois, le 23^e jour; une fois, le 30^e jour.

C'est donc le plus souvent (dans 1/3 des cas) le 7^e ou le 8^e jour que se sont produites les entrées, en correspondance avec la moyenne des périodes d'observation ou de soins dans le milieu familial. Les entrées plus tardives, notamment après le 15^e jour, ont presque toujours été motivées par des complications ou des rechutes provoqués par une reprise trop hâtive de l'alimentation si souvent difficile à refuser pour les parents.

La durée totale d'hospitalisation a été : dans 10 cas, de 20 à 30 jours; dans 14 cas, de 30 à 40 jours; dans 9 cas, de 40 à 60 jours; dans 4 cas, de 60 à 80 jours. Si cette durée a été souvent très longue c'est que la considération du risque de contamination par les convalescents, encore porteurs de germes, a toujours été notre préoccupation. On sait combien il est difficile de préserver les familles nombreuses et pauvres et aussi avec quel faible succès on a pu réaliser jusqu'ici la vaccination préventive dans la population civile.

La durée de la fièvre (courbe thermique caractérisée) a été le plus souvent de 20 à 21 jours. Nous avons noté 4 fois, 12 à 14 jours; 4 fois, 15 jours; 8 fois, 20 à 21 jours; 5 fois, 25 jours; 5 fois, 30 jours; 4 fois, 40 à 50 jours. Ces derniers cas ont été des cas à complications (péritonite, hémorragies intestinales, ou complications cardiaques et pulmonaires). En général, les cas moyens n'ont pas présenté de plateau thermique dépassant une durée de 20 jours, ce plateau s'est établi entre 38 et 39 dans 25 cas; et de 39 à 40° dans 15 cas seulement.

Le tracé du pouls a donné une courbe moyenne oscillant 18 fois entre 80 et 100; 14 fois, entre 100 et 120; 8 fois seulement, de 120 à 130 (il s'agissait alors de typho-malaria, et de cas compliqués d'affections cardio-pulmonaires).

La microtisme n'a presque jamais été constaté chez les enfants observés

(1) Crespin et Saracino. *Arch. de Médecine des Enfants*, Avril 1919, p. 123.

par nous. L'aspect de la langue n'a peut-être pas grande importance pour le diagnostic de la fièvre typhoïde chez l'enfant, mais il nous a paru cependant revêtir une signification pronostique favorable quand elle reste humide, ce qui a été, dans nos observations, le cas le plus fréquemment. Nous avons noté presque toujours dans les cas de moyenne intensité, un enduit blanchâtre sauf à la pointe qui marque un triangle rouge ainsi que sur les bords où se dessine également un petit liseré rouge. L'herpès labial a été fréquent et assez marqué.

Nous avons noté 15 fois seulement sur 40, des taches rosées lenticulaires; dans 6 cas, elles étaient très confluentes et tardives (n'apparaissant qu'à la fin du 2^e septennaire) n'était cette caractéristique de leur date d'apparition elles auraient pu faire croire qu'on avait à faire à des cas de typhus.

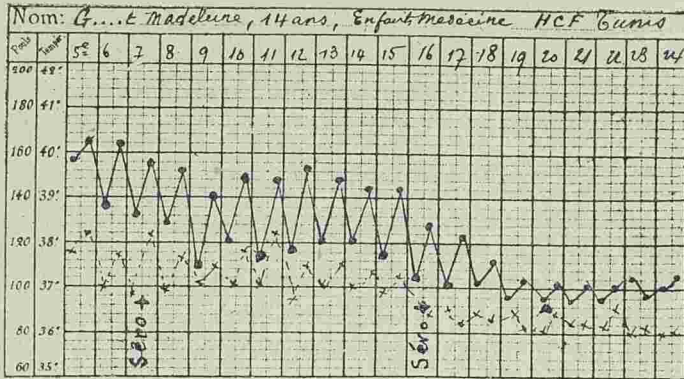
Le gargouillement, surtout marqué dans la fosse iliaque droite (25 fois sur 40) a été toujours noté dans tous les cas. La diarrhée n'a pas été de règle, mais au contraire était remplacée le plus souvent (22 cas) par de la constipation ne cédant qu'aux entéroclyses.

Nous avons noté dans les $\frac{2}{3}$ des cas, une augmentation sensible du volume de la rate, mais de même que l'a fait justement observer Massélot chez l'adulte, la palpation avait toujours dans ces cas, fait déceler un organe de consistance molle, friable; toute différente de la sensation d'organe durci-scléreux, qui caractérise la rate paludéenne. Chez l'enfant, il est particulièrement aisé de palper la rate en se plaçant à la gauche du petit malade et en posant la main bien à plat, l'extrémité des doigts légèrement recourbée et dépassant un peu le rebord costal. Il suffit de déprimer doucement la paroi abdominale pour percevoir le lobe inférieur de la rate hypertrophiée. Si l'enfant ne contracte pas ses muscles abdominaux, l'organe vient de lui-même, dans l'expiration, au contact des doigts.

Les épistaxis ont eu une fréquence relative, nous ne l'avons retrouvé que quatre fois sur 40 cas dans nos observations. L'albuminurie a été constante. 35 fois sur 40, les observations portaient présence d'albumine, le plus souvent : des traces à 0 gr. 30 o/100. Albuminurie toute transitoire d'ailleurs, puisque les examens faits avant la sortie des petits malades, ne la décelaient plus que dans 7 cas sur 40.

Nous avons noté toujours la crise urinaire favorable coïncidant avec la défervescence dans les cas guéris : 35 sur 40. Le typhus a été encore plus rare dans les cas que nous avons observés que l'on ne l'enseigne habituellement. Nous ne l'avons noté que trois fois sur 40. Il s'agissait de cas à rechutes avec atteinte grave et retentissement méningé.

La perte de poids chez nos petits malades a été en général considérable. Mais son rétablissement a presque toujours été obtenu rapidement tout en résistant — comme on ne peut le faire utilement qu'avec la discipline du milieu hospitalier — à l'appétit féroce des convalescents. Nous n'avons



Fièvre typhoïde de gravité moyenne chez une fillette de 14 ans

pas noté de rechutes grâce à ce principe de prudence dans la reprise de l'alimentation.

×

Toutes les indications précédentes se rapportent aux cas ayant normalement évolué vers la guérison. Nous croyons maintenant intéressant de donner ici les quelques observations résumées relatives aux associations morbides ou aux typhoïdes graves et compliquées.

Nous avons eu à traiter 4 cas de typho-malaria, étant, bien entendu, qu'il ne s'agissait pas de paludisme et d'infection éberthienne évoluant successivement, mais d'affections caractérisées par la présence d'hématozoaires dans la circulation sanguine et un séro-diagnostic positif à l'Eberth.

OBSERVATION I. — K... T..., 6 ans; fillette russe revenant pour la 2^e fois dans le service. Impaludée à Tunis, en octobre 1921, sortie au bout de 40 jours, revient le 25 mai 1922, ayant présenté à nouveau des accès palustres. Mise en observation, la petite malade reçoit, pendant 5 jours, une injection intramusculaire de 0,25 de quinoforme « pro die », la présence d'hématozoaires est décelée par un examen, dix jours après son entrée, la fièvre ne cède pas à une nouvelle série d'injections de 0,50 de quinoforme. Cependant la T° s'établit en plateau entre 38 et 39°. Nous posons le diagnostic de typhoïde quoique deux séro-diagnostic à quelques jours d'intervalle soient négatifs. Au 18^e jour, le séro-diagnostic est positif (il le sera encore 8 jours après), la fièvre se maintient ensuite et ne cèdera que par des injections de quinine. Il y eut dans le cas de cette petite malade une véritable intrication des deux affections. Il fallut plus de deux mois pour rétablir l'enfant qui est d'ailleurs revenue depuis pour la troisième fois) dans mon service et a fait l'objet d'un traitement quinique et arsenical d'entretien du 20 octobre 1922 au 2 janvier 1923.

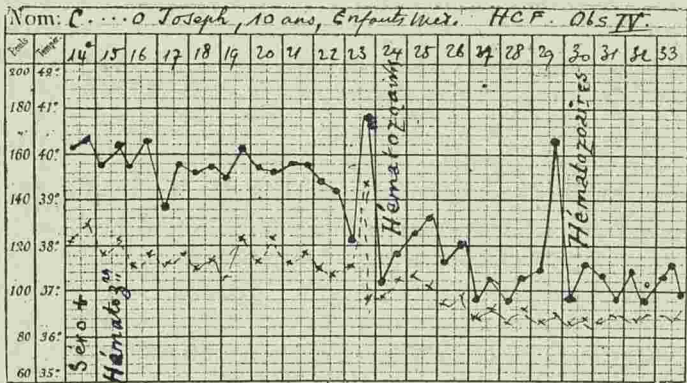
Outre son intérêt d'association morbide contrôlée par le laboratoire, cette observation montre la ténacité de l'infection palustre chez l'enfant implanté dans le premier âge dans ce pays. Il semble qu'il y ait une moindre résistance que chez les autochtones. La seconde observation le confirme.

OBSERVATION II. — S..., Michel, 12 ans; jeune garçon russe impaludé à Zouarine (Kef), en octobre 1921. Un premier séjour très court à ce moment n'avait rien révélé. Mais le malade revient 12 jours après, avec de la fièvre à 40°8 puis fait un plateau à 39° : hémotozoaires dans le sang et séro-diagnostiqués positifs pour l'Eberth.

Il faut deux mois pour juguler le paludisme, l'infection Eberthienne ne s'étant pas prolongée plus de trois septennaires, puisqu'un séro-diagnostic pratiqué à nouveau un mois après l'entrée du malade, est négatif.

OBSERVATIONS III et IV. — J... D..., 14 ans, et J... C..., 10 ans : Il s'agit de deux cas de typho-malaria contrôlés par le laboratoire. L'association morbide a donné à l'évolution de ces deux cas, une gravité exceptionnelle et ces deux observations sont marquées par deux décès sur les 4 décès que comporte notre statistique de 40 cas. Dans le premier cas (observation III), le malade succombe après deux hématomèses abondantes.

Dans le deuxième cas (observation IV), la mort fut causée par défaillance du myocarde.

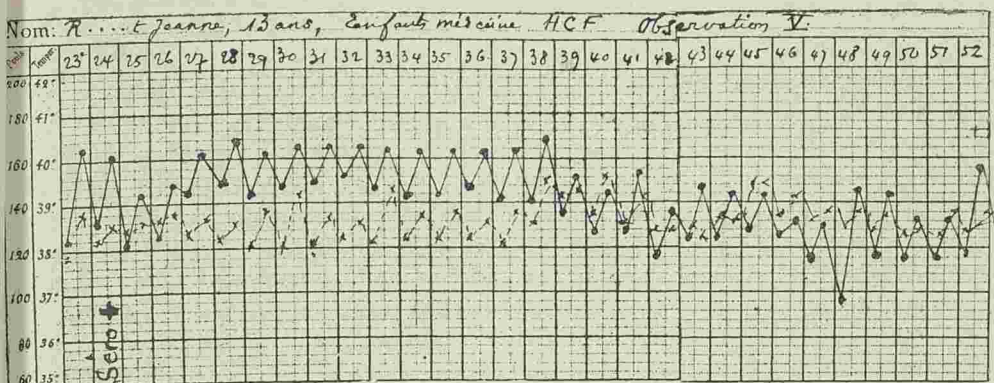


Typho-malaria chez un garçon de 10 ans

OBSERVATION V. — Fièvre typhoïde avec complications cardio-pulmonaires graves suivie de décès.

OBSERVATION VI. — Fièvre typhoïde et péritonite avec menace de perforation (malade entré au 23^e jour de sa maladie). Décédé trois semaines après de perforation intestinale avec hémorragies multiples.

OBSERVATION VII. — M... V..., 14 ans; fièvre typhoïde avec hémorragies intestinales à la fin du 4^e septennaire (guérison) abcès de fixation spontanés consécutifs à des injections d'huile camphrée aux deux cuisses, face externe.



Fièvre typhoïde avec complications cardio-pulmonaires graves suivie de mort chez une fillette de 13 ans

OBSERVATION VIII. — M... M..., 11 ans; Fièvre typhoïde chez un petit malade en traitement dans le service pour péritonite bacillaire; guérison au 32^e jour; mais 20^e jours après, nouvelle poussée de péritonite. L'enfant revu récemment est en bonne santé.

×

Deux autres observations A et B. — La première, fièvre typhoïde de gravité moyenne chez une fille de 14 ans : défervescence en lysis, apyrexie au 20^e jour, séro-diagnostic positif seulement vers le 17^e jour.

La deuxième concerne M... T..., fièvre typhoïde grave chez une fillette paludéenne; 10 ans; chute assez brusque (Krysis), reprise du paludisme. Sortie par guérison.

×

Ainsi que nous le précisons au début de cette communication, le diagnostic a toujours été posé par la séro réaction de Widal. Nous avons d'ailleurs dans presque tous les cas, toujours soumis nos malades à l'épreuve thérapeutique des injections de sels de quinine (c'est le quinofome qui a notre préférence) pendant trois jours, en injections intramusculaires fessières de 0 gr. 50 à 1 gr., suivant les âges. Le diagnostic de paludisme a donc été éliminé, hormis la présence d'hématozoaires dans le sang contrôlé, comme ce fût le cas pour les quatre observations de typho-malaria signalées.

Nous n'avons eu que de rares cas où la confusion avec un typhus au-

rait pu se produire. Le séro-diagnostic à l'Eberth et l'absence de catarhe oculo-nasal avec le caractère à forme de rash de l'exanthème tranchèrent le diagnostic.

Nous avons d'ailleurs eu à traiter quelques cas de typhus chez les enfants et nous avons pu constater, ainsi que nous l'avions vu déjà en Roumanie (1), en 1917, la bénignité de cette affection dans le jeune âge.

Le traitement que nous avons coutume d'instituer, se borne à un traitement diététo-hygiénique, à l'exclusion de toute médication intempes-tive. Tant que la température n'atteint pas 39°, nous nous contentons des enveloppements humides froids du thorax toutes les 4 heures, nous appli-quons une vessie de glace sur l'abdomen s'il y a du météorisme (ce qui est fréquent chez l'enfant). Au-dessus de 39°, nous donnons des bains à 35° refroidis jusqu'à 28°, toutes les 4 heures également. En tous cas nous ne prescrivons aucun médicament antithermique. Quand le cœur est en état de défaillance, nous recourons volontiers aux toni-cardiaques (huile éthéro camphrée, sulfate de spartéine, solution de chl. d'adrénaline, en injections hypodermiques, mais avec modération.

Nous demandons surtout au personnel de veiller de façon particulière aux soins de la bouche, de la gorge, des yeux, du nez, des oreilles. Et nous restons persuadés que dans l'enfance ces soins méticuleux avec de la surveillance de la diurèse et de l'exonération intestinale, suffisent dans tous les cas moyens.

Nous laissons les petits malades au régime lacté, coupé d'eau de Vichy, nous donnons aussi volontiers de la bouillie de céréales, dès la chute de température, souvent au cours de la pyrexie si le lait est mal toléré.

Nous n'avons jamais jusqu'ici pratiqué la vaccinothérapie dans notre service hospitalier.

×

De tout ceci, les conclusions qui s'imposent se résument ainsi :

Sur 40 cas de fièvre typhoïde chez l'enfant, observés par nous dans ces trois dernières années en milieu hospitalier, nous avons eu quatre décès (deux, dans des typho-malaria; un, dans un cas grave avec complications cardio-pulmonaires; un avec péritonite par perforation intestinale tardive). Ce pourcentage de 10 % représente une mortalité plutôt faible (la moyenne des auteurs étant 12%) surtout si l'on veut bien se rappeler que ne viennent, en général, à l'hôpital que les enfants gravement atteints, trop souvent considérés, en ville, comme perdus avant leur admis-sion toujours tardive. Du point de vue de l'âge, la fréquence a été plus grande de 9 à 15 ans, le double à peu près que dans la première et deu-xième enfance.

(1) Notions actuelles sur le typhus exanthématique, thèse Paris 1919.

La durée moyenne de l'apyrexie a été de trois semaines, y compris la période d'invasion.

Le caractère de bénignité ne s'est pas démenti, sauf pour les associations morbides; comme la typho-malaria qui reste une des causes majeures, à notre avis, de la mortalité dans les associations morbides au cours de la typhoïde pour les enfants dans ce pays.

La courbe thermique s'établit en général entre 38 et 39°. Le pouls a dépassé rarement 120, alors qu'il est de notion classique que la fièvre typhoïde chez les enfants connaît souvent un pouls atteignant 140.

Nous n'avons noté d'épistaxis, d'ailleurs légères, que dans un tiers des cas. Les taches rosées ne sont pas plus fréquentes.

L'herpès labial a été fréquent. La diarrhée, beaucoup moins constante qu'on ne pourrait s'y attendre d'après les auteurs, est souvent remplacée par de la constipation.

Agence presque totale de tufhos.

Une seule fois sur 40, nous avons assisté à des hémorragies intestinales mortelles; une fois également, nous avons eu un décès par perforation et péritonite consécutive : ces deux complications ont donc été rares.

Le diagnostic n'a été posé que sur la confirmation d'une séro-réaction positive, toujours tardive d'ailleurs. Le pronostic bénin, en général, nous a paru réservé en présence d'une langue sèche, de météorisme marqué de l'abdomen, d'une rapidité excessive du pouls (140).

×

Ces conclusions paraissent en majorité, en concordance avec les notions classiques, nous ne vous les avons rapportées que pour compléter l'enquête de la Société sur une maladie encore trop fréquente dans ce pays et nous exprimons, en terminant, le vœu que tous nos confrères de Tunisie prêchent la nécessité de la vaccination préventive. Ce faisant, nous n'aurons eu d'autre prétention que d'apporter notre modeste contribution à une question importante mise à l'étude dans ce pays par la collaboration de tous les confrères de la Société.



NOTE DE LA RÉDACTION. — *Le cadre restreint de notre Revue ne nous a pas permis d'insérer dans ce numéro toutes les communications faites à la Société, sur la fièvre typhoïde en Tunisie. La publication de ces travaux sera continuée dans les numéros suivants.*

A l'Institut Pasteur de Tunis

Conférence faite au médecins praticiens le 1^{er} Février 1924

Notre savant et vénéré maître le docteur Ch. NICOLLE, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, vient de prendre une très heureuse initiative. D'accord avec la Société des Sciences Médicales de Tunis, il a inauguré le 1^{er} février une série de conférences au corps médical tunisien. L'éminent Directeur de notre Institut Pasteur se propose, au cours de ces conférences, qui seront au moins annuelles, d'exposer aux médecins de Tunisie, l'ensemble des travaux effectués à l'Institut et d'attirer leur attention sur les recherches en cours, ceci afin de rendre toujours plus étroite la collaboration de la clinique avec le Laboratoire. Cette collaboration des médecins praticiens de Tunisie avec l'Institut Pasteur a déjà porté ses fruits. D'ailleurs, l'accueil cordialement empressé que les praticiens trouvent et ont toujours trouvé dans le centre scientifique créé par le docteur Nicolle, ne peut que les encourager à aider les infatigables chercheurs de l'Institut de Tunis à trouver la solution des nombreux problèmes d'étiologie, de prophylaxie et de thérapeutique qui se posent encore dans la nosologie générale ou dans celle spéciale à ce pays.

Nombreux aussi furent les confrères qui le 1^{er} février dernier, se pressaient dans la salle de la Bibliothèque de l'Institut pour entendre M. Nicolle et ses collaborateurs.

Le docteur NICOLLE prenant le premier la parole exposa d'abord la marche générale des services de l'Institut pendant l'année 1923.

Rage. — Le nombre des personnes qui se sont présentées à l'I. P. pour y suivre le traitement antirabique a augmenté très sensiblement : 1.300 individus ont été injectés, dont 836 ont dû suivre le traitement complet. Sur ces 836, 785 ont été mordus en Tunisie, les autres venaient d'Algérie (département de Constantine). Le reste des personnes mordues n'ont été injectées que pendant dix jours, c'est-à-dire pendant le temps nécessaire d'observation de l'animal suspect. Si au bout de ces dix jours l'animal est vivant et bien portant, le traitement est suspendu.

M. Nicolle a justement insisté sur l'augmentation très sensible du nombre des personnes mordues par des animaux enragés et a déploré une fois de plus, le peu d'empressement que les pouvoirs publics et les citoyens eux-mêmes mettent à exécuter les mesures prophylactiques antirabiques.

Onze personnes mordues par des animaux enragés sont mortes de la rage : 4 d'entre elles n'avaient pas été soignées. Sur les 7 autres, un enfant, mordu et traité, est mort de la rage un an après la morsure. Une personne qui avait été griffée par un chat enragé et n'avait pas suivi le

traitement antirabique est morte de rage, alors que deux autres personnes mordues par le même animal et soignées à l'Institut, n'ont pas contracté la terrible maladie.

En principe, tout individu mordu, léché, griffé par un animal suspect, doit être soumis au traitement antirabique, quitte à suspendre ce traitement si l'animal observé est reconnu sain. Le traitement antirabique ne confère pas d'immunité durable. Dans le cas d'une nouvelle morsure, il faut renouveler le traitement.

Le service de **vaccin**e de l'Institut Pasteur a intensifié sa production.

Celui des **analyses** diverses est en progression : 13.571 analyses diverses ont été faites en 1923.

La **peste** a été étudiée avec le docteur Gobert. Les foyers qui ont été signalés ont été immédiatement éteints.

Il y a lieu de souligner deux constatations intéressantes : 1^o il y a eu des épidémies de peste pulmonaire en Tunisie; 2^o on a constaté, d'autre part, des cas de peste très bénins, comme il en a été signalé récemment en Afrique Equatoriale.

L'Institut a enregistré et étudié le 17^e cas tunisien de *Xéroderna pigmentasium*, maladie qui paraît relativement fréquente en ce pays.

×

M. le docteur BURNET, qui nous revient après deux mois d'absence, nous dit quelques mots de son séjour en Amérique où il est allé, fin 1923, représenter les Instituts Pasteur à la commémoration du centenaire du grand savant, et de son voyage en Pologne et en Russie où il s'était rendu, chargé d'une mission par la Société des Nations. Retenons de sa courte relation qu'aux deux extrémités de la civilisation, pourrait-on dire, dans le pays le plus riche du monde, et dans le pays qui a traversé les souffrances les plus inouïes, il a constaté, chez les hommes de laboratoire et chez les médecins, la même foi dans l'avenir de la science, la même ardeur au travail, la même notion, les mêmes devoirs vis-à-vis de l'humanité.

M. le docteur Burnet s'est principalement attaché depuis son arrivée en Tunisie, à l'étude de la **mélitococcie**.

Après avoir rappelé l'emploi de l'intradermo réaction pour le dépistage et le diagnostic de la mélitococcie, méthode entrée dans la pratique journalière des médecins tunisiens, M. Burnet insiste sur la commodité, la constance et la sûreté de ce procédé. De l'examen d'un grand nombre de cas où il a été appliqué en même temps que la séro-réaction et l'hémoculture, il résulte que la séro-réaction, pour diverses raisons, reste négative dans 20 à 25 p. 100 des cas de fièvre méditerranéenne avérée.

Malheureusement, la réaction ne donne pas de résultats constants chez

la chèvre et ne peut servir de procédé pratique pour reconnaître les chèvres porteuses de mélitensis.

L'infection de la chèvre est très différente de la maladie de l'homme. D'après des observations récentes, il semble bien que l'accident ou la localisation la plus constante de l'infection caprine est une mammite. C'est la mamelle qu'on cherche maintenant à immuniser, conformément aux idées sur les immunités locales qui ont pris récemment une grande importance en médecine expérimentale.

Le microbe de l'avortement épizootique et le micrococeus mélitensis sont deux microbes qu'il est impossible de distinguer par les caractères bactériologiques et bio-chimiques et qui ne diffèrent que par leurs aptitudes pathogènes. Le premier est à peu près inoffensif en inoculation à l'homme chez lequel il ne détermine pas de maladie fébrile : Cependant les individus inoculés présentent une réaction agglutinante et une intradermo-réaction positive. Cette constatation a permis d'exclure de la pratique courante, dans le laboratoire, par exemple pour la séro-réaction, le m. mélitensis, si dangereux pour ceux qui le manipulent, et de la remplacer par le *B. abortus*, qui jouit des mêmes propriétés bio-chimiques.

Les expériences faites par Ch. Nicolle et Conseil; les expériences de Burnet sur les singes, établissent qu'on peut immuniser contre le m. mélitensis. Sur les bases acquises, le docteur Burnet organise une vaste expérience de vaccination préventive dans la population juive qui habite le quartier de la hara où sévit le plus, la mélitococcie. La comparaison chez des vaccinés et des non-vaccinés vivant dans les mêmes conditions, montrera le bénéfice qu'on peut attendre de la vaccination, qui sera continuée, dans la suite, sur une plus vaste échelle.

×

Le docteur NICOLLE rappelle ensuite ses travaux en collaboration avec Conseil, sur la prophylaxie de la **Rougeole** par les injections de sérum de convalescents, qui confère une immunité de 10 à 15 jours. Pratiquement ce sérum peut et doit être prélevé sur des individus de la même famille. La méthode créée par les docteurs Nicolle et Conseil est entrée en application dans tous les pays civilisés des Deux Mondes.

On obtiendra des résultats encore meilleurs, une immunité plus solide et plus durable, en pratiquant, comme l'a indiqué Ch. Nicolle, le procédé qui consiste à inoculer d'abord le sérum de convalescent, puis, le lendemain, du sang de malade. Ce sang est virulent dès le début de la maladie (d'ailleurs la rougeole est contagieuse dès avant l'éruption) et jusqu'au lendemain de la chute de la fièvre.

×

Le **Kala-Azar** que le docteur Nicolle définit modestement « le bien essen-

tiel des médecins de Tunis » devient plus rare : il diminue chez l'homme comme chez le chien.

Quant au mode de transmission de cette leishmaniose, les recherches expérimentales entreprises et continuées à l'Institut Pasteur de Tunis n'ont pas encore permis de déterminer irréfutablement l'agent vecteur. Cependant on peut dès maintenant affirmer, d'après des expériences rigoureuses dont l'exécution a pris deux années, que l'agent transmetteur n'est pas la puce.

×

Conjonctivite à bacille de Weeks. — Le docteur Nicolle expose sommairement les recherches de l'I. P. sur cette affection très fréquente en Tunisie. La conjonctivite à B. de Weeks, bénigne par elle-même, mais qui associée au trachome par exepple peut aggraver considérablement ce dernier, avait déjà été étudiée par les docteurs NICOLLE, CUENOD et CONSEIL qui avaient constaté la possibilité d'une vaccination préventive.

Les docteurs NICOLLE, DURAND et CONSEIL confirment cette vaccination, à condition qu'elle soit faite par des cultures de races microbiennes convenablement étudiées, et ils constatent l'action préventive et curative d'un sérum préparé en immunisant un mouton ou un cheval avec le bacille de Weeks.

Après une atteinte de conjonctivite, le bacille peut persister très longtemps sur la conjonctive redevenue saine en apparence, et garder toute sa virulence. La maladie ne peut être transmise par les mouches se posant sur une conjonctive normale après avoir quitté une conjonctive malade, que si le temps écoulé entre ces deux actes est très court, inférieur à 4 heures. Si le temps est plus long, le bacille disparaît des pattes et des trompes de l'insecte qui ne peut dans ces conditions transporter la maladie à de grandes distances.

Avant de donner la parole aux Chefs de Laboratoire de l'I. P., M. Nicolle remercie une fois de plus les médecins de Tunisie de leur collaboration clinique continue et espère qu'ils continueront à aider les chercheurs de l'I. P. à résoudre les nombreux problèmes qui y sont à l'étude.

×

M. BANCE, chef du Laboratoire de Chimie de l'I. P., lit un rapport sur les nombreuses analyses chimico-biologiques qu'il a eu à faire et parle de ses recherches sur les fraudes alimentaires et spécialement sur les falsifications de lait.

×

Le docteur ANDERSON, chef de Laboratoire, expose ensuite les travaux de l'I. P. de Tunis en matière de **parasitologie**. Plusieurs chercheurs étrangers y sont venus commencer ou continuer des recherches. C'est ainsi que M. le Professeur JOYEUX, de la Faculté de Paris, y a étudié le cycle évolutif de plusieurs cestodes et trématodes rencontrés en Tunisie. Un au-

tre chercheur, le docteur LARROUSSE, de Paris, décrivait après les avoir étudiés plusieurs parasites nouveaux (acariens). Enfin le Professeur DEVÉ, de Rouen, dont la compétence en matière d'échinococcose nous est connue, a fait une enquête sur l'échinococcose en Tunisie. Les résultats de cette enquête ont été publiés dans le dernier numéro des Annales de l'Institut Pasteur de Tunis. Retenons parmi tant de documents les faits suivants : 1° les animaux dangereux pour l'homme sont le mouton, le chien, le chacal; 2° M. le Professeur Devé a réussi *expérimentalement* l'infestation du chat mais dans la nature, il semble d'après les travaux du Prof. Mazza, de Buenos-Ayres, poursuivis à Tunis également, que le chat soit indemne et ne constitue pas une source d'infestation pour l'homme.

M. PALLARY, d'Oran, mit au point la faune malacologique des eaux douces en Tunisie. Travail très complet qui vient à son heure au moment où de tous côtés la question du cycle évolutif de certains helminthes est à l'ordre du jour.

×

Après avoir parlé de ces deux recherches de savants étrangers à notre I. P., le docteur ANDERSON exposa le problème de la **Bilharziose**, l'un de ceux qui intéresse le plus la Tunisie et auquel M. Anderson s'est tout spécialement attaché depuis son arrivée. Après avoir établi une carte de répartition des foyers de la maladie et une carte parallèle des gîtes à mollusques suspects, M. Anderson fit de nombreuses enquêtes sur place et des prospections méthodiques de toutes les régions de la Tunisie du Nord et du Sud, avec contrôle expérimental au laboratoire. Les résultats de ses recherches battent en brèche le dogme de la spécificité du mollusque hôte. Ces enquêtes ont abouti à un résultat pratique; c'est le curage périodique des oueds et pièces d'eau qui sera en Tunisie, la principale mesure de prophylaxie contre la Bilhargiose.

M. Anderson exposa ensuite brièvement des autres recherches ou études sur plusieurs cas de mycétomes observés à l'Hôpital Sadiki et autres mycoses rencontrées en Tunisie. Ces travaux ne sont qu'amorcés et sont toujours en cours.

×

Enfin, M. DURAND, le plus jeune des chefs de Laboratoires, nous mit au courant de ses intéressantes recherches en microbiologie.

Streptocoques et Entérocoques. — Des recherches avaient été commencées depuis longtemps à Lyon par le docteur DURAND avec la collaboration des docteurs DUFOUT et SEBAILLAN, sur l'agglutination des streptocoques et des entérocoques. Il les a terminées à Tunis pour ces derniers microbes, et les continue pour les streptocoques avec la collaboration du docteur GIRAUD. Streptocoques et entérocoques peuvent se diviser en un certain nombre de groupes dont les individus constitutifs se comportent

de la même façon en ce qui concerne les réactions d'agglutination (agglutination simple ou saturation des agglutinines).

Ces groupes peuvent être tout à fait distincts ou bien il peut y avoir des termes de passage, telle souche microbienne empruntant des caractères à la fois à deux groupes voisins.

Au cours de ces recherches, il a été possible de reconnaître à certains streptocoques une propriété tout à fait particulière et non encore signalée. Blancs ou grisâtres dans les conditions ordinaires, comme les autres microbes de la même espèce, ils se mettent immédiatement, lorsqu'on les cultive à l'abri de l'air et en milieu contenant de l'amidon, à fabriquer un pigment qui les colore en jaune foncé. Ce pouvoir chromogène, une fois apparu, persiste volontiers, même en l'absence de matière amylacée.

D'apparence purement scientifique, ces travaux ont cependant une portée pratique. L'expérimentation a montré chez l'animal qu'il y avait pour beaucoup de microbes au moins une certaine correspondance, sinon un parallélisme absolu entre les réactions d'agglutination et l'immunité; ainsi, un sérum préparé à partir d'un pneumocoque d'une certaine race, protège la souris contre les effets d'une infection d'un microbe de la même race infiniment mieux que si l'échantillon inoculé appartient à une race différente.

L'étude de la conjonctivite à bacille de Weeks a montré d'ailleurs aux docteurs Nicolle, Durand et Conseil, de façon tout à fait nette et pour la première fois, qu'il en était de même chez l'homme, à la fois pour la vaccination et pour la sérothérapie.

La préparation de vaccins et de sérums pour être faite avec les meilleurs chances de succès, semble donc devoir s'inspirer des résultats d'études analogues aux précédentes.

Le **chancre mou** a déjà fait à Tunis même l'objet de travaux de J. REENSTERNA, que sur les conseils du docteur Nicolle, le docteur Durand a continués. Ce dernier expose comment l'injection dans le derme de 0.2 de culture tuée du bacille de Ducrey, peut révéler pratiquement de façon certaine et sans aucun désagrément pour le malade, par une réaction locale positive, l'existence actuelle ou passée chez un sujet d'une chancrelle, surtout s'il y a eu bubon.

La même culture tuée de bacilles de Ducrey, employée en injections intra-veineuses, est susceptible d'amener très rapidement la guérison des chancres mous ou des bubons, pourvu que les infections secondaires ne jouent pas un rôle prédominant.

Enfin, une sérothérapie anti-strepto-bacillaire a aussi les effets les plus heureux sur l'évolution des mêmes lésions.

Il est fait appel au corps médical tunisien pour vérifier et comparer la valeur de la vaccine et de la sérothérapie du chancre mou.

En terminant cet exposé succinct des travaux si intéressants de l'I. P. de Tunis, rappelons que nos lecteurs pourront trouver dans la collection des Annales de l'I. P. de Tunis, l'exposé plus détaillé et très complet des travaux du docteur Nicolle et de ses collaborateurs.

Qu'il nous soit permis de leur réitérer nos remerciements au nom de tous nos confrères de Tunisie, non seulement pour l'accueil si sympathique que les praticiens trouvent toujours auprès d'eux, mais aussi pour cette belle conférence où, modestement, ces chercheurs passionnés nous ont si bien exposé leurs travaux antérieurs, leurs programmes et leurs espoirs dans la prophylaxie et le traitement des maladies infectieuses microbiennes ou parasitaires.

D^r CASSUTO.



Addendum à la Liste des Sociétaires de la Société des Sciences Médicales de Tunis



MEMBRE TITULAIRE :

D^r SMELIANSKY, 47, rue de Marseille,

TUNIS.

MEMBRE CORRESPONDANT :

Prof. REENSTERNA,

COPENHAGUE.

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois de Janvier 1924

DÉSIGNATION DES CONTRÔLES CIVILS	POPULATION CIVILE																			
	Fièvres typh. et paratyph.	Typhus	Varole	Scarlatine	Diphtérie	Choléra	Peste	Dysentéries amib. et bacill.	Méningite cérébro-spinale	Polomyélite antérieure aigue	Tét. récurrente	Fièvre méditerranéenne	Rougeole	Grippe épidémique	Tuberculose	Cuqueluche	Crététisme	Rage	Paludisme	
Tunis	49	2	4	2	13				2			1	23	25	36			1		2
Grombalia	1		6										4							
Bizerte	2				2															
Béja	1				1															
Souk-el-Arba.			1											20						
Zaghouan		6			1		2									2				
Téboursouk															1					
Kef	2	5	2																	
Maktar			2																	
Thala			2													3				
Sousse.	2	2	1	1	1											5				
Sfax			3																	
Kairouan.			1										1							
Djerba			1																	
Tozeur																				
Territoires Mre du Sud			2																	
Hôpital Militaire du Belvédère Milit.				1																
Hôpital Militaire de Bizerte									1											
TOTAUX	57	13	25	4	18		2					1	34	45	47	10	8	1		8

266 Cas

ECHOS ET NOUVELLES

Nécrologie

NOUS adressons nos plus sincères condoléances à la famille du docteur GIUSEPPE GUARNIERI, de Tunis, décédé prématurément le 15 février 1924.

Des discours ont été prononcés aux obsèques de ce regretté confrère par le docteur Cassuto, au nom de la Société des Sciences Médicales, et par le docteur Spezzafumo, au nom des médecins italiens.

A l'Académie de Médecine

Tous les journaux quotidiens ont rapporté la récente nomination du docteur DINGUIZLI, comme correspondant étranger de cette docte assemblée, en soulignant le fait que c'est la première fois qu'un Musulman accède à cet honneur.

Nous joignons nos félicitations à celles des nombreux amis du docteur Dinguizli.

VARIÉTÉS

A une récente réunion de la Société d'Histoire de la Médecine, M. le docteur Brodier a fait une communication intéressante sur la mort de Mohammed Hassen Bey. Nous en reproduisons le compte rendu d'après le *Bulletin de la Société d'Histoire de la Médecine* :

« M. le docteur BRODIER relate l'observation de la dernière maladie de Sidi Mohamed Hassen, bey de Tunis, d'après le rapport du docteur Léon Thibaut, médecin principal de la marine, délégué par le Gouvernement français près du malade, le 17 septembre 1859. Le bey, alors âgé de 48 ans, était atteint de diabète sucré depuis deux ou trois ans. A la suite de nombreux furoncles et anthrax, un érysipèle s'était déclaré le 4 septembre, qui avait suivi une marche ambulante et déterminé une gangrène du scrotum. Le bey succomba à la septicémie le 22 septembre 1859. »

Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

MARS 1924

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

SERVICE DE CHIRURGIE DE L'HOPITAL SADIKI

Chirurgien Dr BRUN

Pleuro-péricardite couenneuse avec exsudation hémorragique dans la plèvre gauche

par le Docteur **BIECHELER**

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de pleurésie hémorragique due à un pleuro péricardite scléro-couenneuse d'origine tuberculeuse sans lésions pulmonaires. Il est inutile de vous dire que le diagnostic étiologique n'a été fait qu'à l'autopsie.

Voici l'histoire clinique de notre malade qui nous fut adressé le 26 décembre 1923. Il s'agissait d'un prisonnier Mohamed ben Mustapha qui nous fut envoyé de la prison civile avec le diagnostic de pleurésie hémorragique gauche.

L'état général était très mauvais. Le malade avait une orthopnée très prononcée. L'examen des poumons donna une matité très étendue au niveau du poumon gauche. Abolition des vibrations vocales au niveau de toute la base. Exagération au niveau du sommet. A l'auscultation à cet endroit on entend un souffle bronchique intense. Au niveau de la base on ne perçoit ni souffle ni murmure vésiculaire.

Le poumon droit paraissant sain. Le murmure vésiculaire est normal, quelques râles.

Le cœur « n'était pas déplacé ». Les bruits étaient très sourds, mal frappés, l'action était rapide.

Au niveau des autres organes, rien d'anormal à constater. Température subfébrile.

Urines : albumine en assez forte quantité. Cylindres granuleux et hyalins.

L'examen radioscopique ne put être fait, le mauvais état général du malade ne permettant pas son déplacement.

La ponction exploratrice nous donna un liquide franchement hémorrhagique d'une couleur rouge-brunâtre.

L'examen histologique nous montra qu'il existait un grand nombre de globules rouges en parties intacts, en parties hémolysés. Quelques mono-nucléaires, quelques poly-nucléaires neutrophiles. Rivalta fortement positif.

Par une première ponction on retira 600 gr. de liquide.

Le malade ne présentait aucun soulagement, au contraire on avait l'impression que la dyspnée déjà intense augmentait. Au point de vue de l'anamnèse le malade nous déclara avec beaucoup de peine qu'il avait été toujours bien portant jusqu'il y a trois mois. A cette époque il commençait à avoir de la dyspnée avec des maux de tête, sans fièvre. Cette dyspnée augmentait de jour en jour. Des douleurs proprement dites il n'en a pas eu; mais très souvent il ressentait des angoisses violentes. Il se fit porter malade et le médecin de la prison nous l'envoya.

Le 1^{er} janvier 1924 on refit une ponction et on enleva 1.125 ccm. Pas de résultat. La dyspnée augmentait sans cesse. Quelques heures après le malade succomba assez brusquement en étouffant littéralement. L'autopsie nous donna les résultats suivants :

A l'ouverture du thorax on a beaucoup de peine à dégager le sternum de la région précordiale qui elle offre un aspect tout à fait couënné. Dans la plèvre gauche il existe environ trois litres et demi d'un liquide rouge-brunâtre. La plèvre est complètement libre sauf à sa partie postérieure basale où il existe deux surfaces cruentées l'une à côté de l'autre de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Ces endroits correspondent aux orifices des ponctions qui ont été pratiquées au niveau du contact de la plèvre avec le sac péricardique, on constate que ce dernier est remplacé complètement par du tissu coënné très dense et couvert de petites granulations plus ou moins grandes et en partie caséifiées. Il existe une synphyse absolue entre le feuillet pariétal et viscéral.

Au niveau des orifices de naissance des grands vaisseaux du

cœur, on a beaucoup de peine à faire une dissection soigneuse car le tout est englobé dans des ganglions presque tous caséifiés dans leur centre. Les ganglions varient en grandeur entre celle d'une noisette et celle d'une noix. Les faisceaux péricardiques forment comme une toque autour du cœur et infiltrent même le muscle cardiaque.

Le poumon gauche est presque complètement atélectasié. Il donne absolument l'impression de tissu splénique. Il n'existe pas d'adhérence du sommet et le poumon ne présente aucune lésion tuberculeuse, aucune granulation; pas de ganglion calcifié.

Le poumon droit est absolument sain. Pas d'adhérence. Les tissus pulmonaires remplis d'air. Bronchicolyse légère au niveau du sommet.

L'ouverture du muscle cardiaque ne montre aucune accélération pathologique sauf un élargissement de la valvule mitrale.

Le foie est jaunâtre de consistance plutôt molle, légèrement hypertrophié. Il dépasse d'un travers de doigt le rebord costal.

Les reins présentent une décoloration presque complète de la corticale.

Les autres organes ne présentent pas de particularité.

En résumé, il s'agissait dans notre cas d'une pleuro-péricardite adhésive couënneuse avec maximum de lésions au niveau de la base du cœur où se trouvait en plus une pléiade de ganglions de taille différente. Cette péricardite avait produit une exsudation hémorragique dans la plèvre gauche. Il n'existait aucune lésion primaire pleurale proprement dite, ni une lésion pulmonaire, la pleurésie hémorragique d'origine tuberculeuse à point de départ pulmonaire où pleurale est déjà rare, l'exsudation hémorragique par irritation et lésion péricardique primaire est sûrement exceptionnelle.

La publication de cette observation nous a paru pour cela intéressante. Nous ne voudrions pas terminer cet exposé sans attirer l'attention sur ce fait que malgré les énormes lésions au niveau du péricarde, le foie était à peine hypertrophié.



Un ménage de dysendocrinien

par le Docteur **Maurice UZAN**

Je vais vous présenter un couple de malades qui ne sortiraient pas de la banalité s'il étaient pris chacun individuellement mais qui voient au contraire l'intérêt de leur observation rehaussé par le fait qu'ils sont mariés l'un à l'autre.

L'homme, âgé de 42 ans environ, porte son diagnostic sur son visage. C'est un insuffisant testiculaire, à allure eunuchoïde, avec l'adiposité toute spéciale, l'absence de poils, l'aspect un peu parcheminé de la peau, la pâleur du teint. La voix est peu modifiée.

D'après le malade, ce syndrome est acquis et non congénital. Cependant il n'arrive pas à préciser exactement la date du début. J'ai une photographie prise en novembre 1905 qui le montre déjà avec cet aspect. Quoiqu'il en soit, il a toujours été jusqu'il y a une dizaine d'années, capable d'érections et d'éjaculations. Il aurait, dit-il, même été un chaud lapin dans son jeune âge. D'ailleurs, son appareil génital est bien conformé. Depuis une dizaine d'années, les érections sont difficiles et ne persistent pas assez pour permettre le coït. L'éjaculation est presque impossible.

Cet homme étant marié, a eu cependant des rapports avec d'autres femmes et à la suite de l'un de ces rapports extra-conjugaux, il eut un « petit bouton » sur la verge, qui a laissé une cicatrice pigmentée. Il aurait reçu vers cette époque un traitement ioduré. Il n'a pas vu d'autres manifestations survenir. L'examen somatique ne révèle actuellement aucune autre anomalie.

La femme a 32 ans. Elle aurait toujours été bien portante avant son mariage. Les parents encore vivants seraient en bonne santé. Une sœur a survécu à dix autres enfants morts en bas âge.

Mariée depuis une dizaine d'années, elle n'a pas eu de grossesse. Mais c'est depuis quatre ans environ que les troubles actuellement accusés ont commencé à apparaître. Quelques maux de tête, des troubles vaso-moteurs, des vertiges ont ouvert la scène. Depuis, les signes se sont précisés :

Céphalée orbitaire et occipitale tenace, vertiges, insomnies, angoisse, frilosité, surviennent par intermittence.

Il y a un an, albuminurie légère qui a disparu depuis. Crises de polyurie allant jusqu'à 2 litres et demi et 3 litres par jour. Depuis

qu'elle est traitée, cette polyurie a disparu, la malade urinant, dit-elle, un litre et demi environ par 24 heures. Pas de glycosurie. Légère constipation. Les règles au début irrégulières, deviennent de plus en plus rares et depuis 5 mois, la malade n'a plus vu. Enfin, l'entourage a remarqué un certain état d' « obscurcissement psychique » depuis ces dernières années.

L'examen de la malade montre tout de suite des déformations caractéristiques aux membres et à la face.

La face est épaisse, le front bas, le nez est gros, flanqué de pom-



RADIOGRAPHIE ET LA BASE DU CRANE PROFIL GAUCHE

mettes exubérantes, le menton est volumineux proéminent par suite du prognathisme qui existe.

Les mains sont en battoir, larges et courtes. Les doigts gros, boudinés, sont trapus, carrés au bout.

Ici apparaît assez bien l'aspect classique de la « main capitonnée ». Les pieds ont partagé aussi cette hypertrophie. Du 36 que la mala-

de chaussait lors de son mariage, elle a passé au 42 et son mari qui est cordonnier l'a bien remarqué.

Partout ailleurs il s'est développé une certaine adiposité. Il y a quelques modifications de la voix qui est devenue un peu rauque et éteinte.

Devant ces signes, le diagnostic d'acromégalie s'impose et j'ai alors eu recours à l'ophtalmologiste et au radiologue pour compléter mon observation.

Le docteur Meyer assistant du docteur Crénod, m'a adressé la note suivante :

O.D.G. Vision s. v. : 5/5

Fente palpébrale droite > gauche

Légère enophthalmie à gauche

Mouvements oculaires normaux

Pupille droite > gauche.

Fond : O.D.G. Papille : bords nets, couleur rose;

Vaisseaux d'ampleur normale.

Champ visuel : O.D.G. normal.

Conclusions : Rien à signaler du côté oculaire si ce n'est un syndrome de Claude Bernad-Horner à gauche.

La radiographie ci-jointe due au docteur Disegni, montre un certain élargissement de la selle turcique avec effacement de l'apophyse clinéoïde postérieure.

J'ai fait faire des réactions de Wassermann à ces deux malades. Elles ont été négatives.

Que conclure pour la femme : tumeur hypophysaire ? Syphilis de l'hypophyse ? On ne peut le dire.

En tous cas je tente un traitement opothérapique hypophysaire et ovarien et un traitement spécifique d'épreuve. La polyurie a déjà été heureusement influencée. Mais tous les autres symptômes persistent encore.

Abcès du Poumon

par les Docteurs **BROC** et **JAUBERT DE BEAUJEU**



1° Abcès du poumon guéri par vomique Présentation de Radiographies à trois ans d'intervalle

Il s'agit d'un jeune enfant, qui avait été envoyé à l'un de nous par un confrère de l'Intérieur : Les signes physiques observés faisaient hésiter entre un abcès du poumon, et une pleurésie interlobaire. La radiographie montra dans le parenchyme pulmonaire, au niveau du 3° et 4° intercostal gauche, une ombre bien limitée arrondie du volume d'une noix environ. Refus de toute intervention par les parents. 7 février 1920.

L'enfant est revu le 27 septembre 1923 pour un certificat. Il reste au niveau du lobe supérieur du poumon des signes de sclérose. La mère nous raconte que l'abcès s'est brusquement vidé par vomique et que l'enfant s'est remis très rapidement après la vomique.

Une nouvelle radiographie montre la disparition de l'abcès, mais le poumon reste moins clair que celui du côté opposé, avec de nombreux tractus et bandes de sclérose, le hile correspondant à l'abcès reste plus marqué.

Cette terminaison spontanée favorable des abcès du poumon, n'est pas excessivement rare, l'un de nous a eu l'occasion d'en observer trois autres cas, l'un survenu chez une femme d'âge moyen à la suite d'une angine (partie moyenne du poumon gauche), le second chez un enfant de treize ans, survenu à la suite de la grippe (poumon gauche), le troisième chez un malade opéré un an et demi auparavant pour une pleurésie purulente : abcès pulmonaire consécutif à une grippe, formé dans le poumon au niveau de la cicatrice de l'empyème, évacué par vomique.

2° Abcès du poumon guéri par l'opération

Il nous a paru intéressant de mettre en regard de ces radiographies d'un abcès du poumon guéri spontanément chez un enfant, les radiographies d'un gros abcès du poumon, post-pneumonique chez un adulte, guéri par intervention chirurgicale.

Il s'agit d'un malade adulte que nous avons vu en consultation avec le docteur Cassar pour une congestion pulmonaire pneumococ-

cique de la base droite et chez lequel se développa ultérieurement un abcès du poumon au niveau du lobe inférieur droit.

Une radioscopie faite au domicile montra à la partie inférieure et interne du poumon droit, près de la région hilare, une ombre à contours mal délimités, s'étendant jusqu'au diaphragme mais n'obscurcissant pas la région latérale de la base.

Cette ombre est limitée en haut par une ligne horizontale surmontée d'un espace clair, c'est l'image hydro-aérique classique de l'abcès du poumon ouvert.

Le diaphragme droit est immobile.

La radiographie ci-jointe prise le même jour donne l'aspect du thorax.

La fièvre persistante, le mauvais état général nécessitèrent une intervention qui fut pratiquée le 21 juin 1921 par le docteur Leucher qui a bien voulu nous communiquer la note suivante :

Anesthésie locale et régionale à la Novocaïne à 0,50 0/00;

Injection le long des 8^e, 9^e et 10^e nerfs intercostaux dans chacune des gouttières sous-costales;

Incision sur 10 cm de longueur, le long de la 9^e côte droite, partant du bord externe des muscles de la gouttière vertébrale droite et aboutissant à la ligne axillaire postérieure;

Réséction sous-périostée de la 9^e côte sur la longueur de l'incision;

Fixation transpleurale du poumon par quatre points cardinaux au catgut;

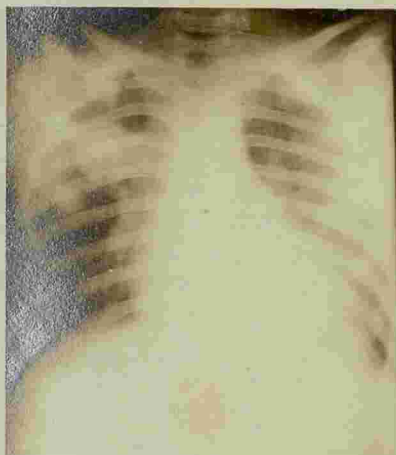
Première ponction blanche d'arrière en avant. Sans sortir complètement l'aiguille on l'enfonce en la dirigeant un peu plus en dedans et on retire par aspiration à la seringue, du pus très fétide, épais et blanchâtre.

Ponction au bistouri le long de l'aiguille conductrice : pas de pneumothorax grâce aux fortes adhérences pleurales. Débridement horizontal sur toute la largeur de la cavité pulmonaire. On évacue la valeur de quatre cuillerées à soupe de pus.

La cavité de l'abcès pulmonaire est du volume d'un œuf de dinde elle est située à deux centimètres environ de profondeur dans le parenchyme pulmonaire.

Il existe en dedans un diverticule pleural communicant avec l'abcès du poumon dont le volume est un peu moins considérable que celui de l'abcès.

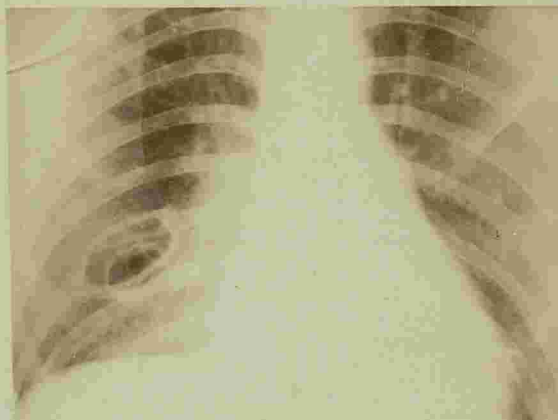
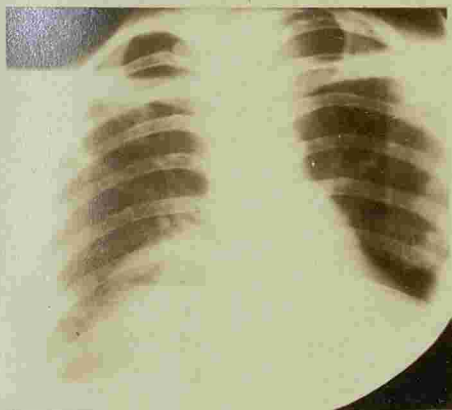
ABCES DU POUMON



Guérison par vomique

1920

1923



Guérison par opération

1921

1924



Il existe au fond de la cavité pulmonaire un petit pertuis, qui n'est autre que la fistule bronchique par laquelle se sont faites les vomiques.

Tamponnement à la gaze. Pas de sutures.

Suites opératoires très simples, pas de choc, peu de dyspnée.

Pansements tous les jours, puis tous les deux jours.

On touche fréquemment les parois de la loge à la solution embaumante de Mencière :

Ether alcoolisé au 10°	} à à 1 gr.
Iodoforme.....	
Gaiacol	
Eucalyptol	
Baume du Pérou.....	100 gr.

Cicatrisation complète le 25 août 1921.

Durée du traitement : deux mois et quatre jours. La fistule bronchique s'est obturée progressivement.

Avant de faire opérer le malade, nous avons envisagé la possibilité de pratiquer un pneumothorax artificiel.

La radioscopie montrant l'immobilité absolue du diaphragme droit et l'absence d'expansion du poumon nous l'avaient fait rejeter. Un nouvel examen en janvier 1924 montre que la guérison s'est maintenue aussi parfaitement que pour le premier cas.

La mobilité du diaphragme droit est revenue, la région de l'abcès s'est éclaircie, on voit une ombre circulaire qui est la coque de l'abcès.

La côte réséquée s'est régénérée d'une façon curieuse par la formation de deux arcs-boutants osseux, l'un supérieur et l'autre inférieur qui réunissent solidement les deux parties de la côte.



SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 14 Décembre 1923

Présidence du D^r CASSUTO, *président*

Sont présents : MM. les docteurs Smadja, Gérard, Benmussa, Thierry-Detaille, Lemanski, Goéré, Lalloum, Tibi, Cortesi, Durand, De Laguennère, Raméry, Brun, Biecheler, Menvielle Soria, Cohen-Hadria, Marzouk, Eichmuller, Rogalski, Maurice Uzan, Guido Lévy, Pérez, Moschiano, Jarmon, Masselot, Benjamin Lévy, Sfez, Conseil, Nunez, Minguet, Hayat, Gobert.

×

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

×

COMMUNICATIONS DU BUREAU

Admissions. — Sont admis à l'unanimité comme membre titulaire le docteur MEYER, assistant du docteur Cuénod, et le docteur BAQUET, de Luchon, comme membre correspondant.

×

COMMUNICATIONS

Enquête sur la Fièvre typhoïde en Tunisie

D^r GOÉRÉ. — Contribution à l'étude des affections typhiques en Tunisie.

(Voir numéro de Février, page 63)

D^r GÉRARD. — 40 cas de fièvre typhoïde chez l'enfant, traités à l'hôpital civil français.

(Voir numéro de Février, page 76)

D^r LEMANSKI. — A propos des hémorragies intestinales dans les éberthoses intestinales.

(Voir numéro de Février, page 69)

Des divers syndrômes observés au cours des éberthoses et des paraéberthoses

par le Dr LEMANSKI

Il n'est plus discutable, de nos jours, que la spécificité bactériologique doive prédominer dans l'appellation nosologique. Cette conception étimologique a une importance capitale au point de vue diagnostique et pronostic. D'autre part, au lit du malade, dans la plupart des cas, le médecin, en groupant minutieusement des symptômes ne peut acquérir qu'une *conception syndromatique*. L'exemple le plus banal est celui des angines : le laboratoire peut seul déterminer, définitivement, la nature du germe pathogène.

Les *éberthoses* et les *paraéberthoses* (a et b) sont, nul n'y contredira, des maladies à symptomatologie très complexe, formant des faisceaux syndromatiques divers. Seul, le syndrôme pourra nettement être diagnostiqué par le clinicien, au lit du malade.

Il n'est pas inutile de rappeler qu'autrefois, avant les travaux de LOUIS (1829), de BRETONNEAU (1820), ces mêmes maladies étaient caractérisées différemment suivant leur apparence symptomatologique et leur évolution clinique. Ainsi connaissait-on, la *fièvre putride* de STOLL (1780); la fièvre maligne nerveuse de HUXHAM; les fièvres putride hémorrhagique, ataxique ataxo-dynamique des divers auteurs.

Il faut citer les travaux de PROST (1804), ceux de PETIT et SERRES (1811), qui tendent à indiquer la spécificité d'une maladie dont le génie de BRETONNEAU, vers 1820, précisa la lésion. TROUSSEAU, LOUIS, ANDRAL, BOULLAUD, ajoutèrent la netteté de leurs observations et de leurs autopsies à ces recherches de l'Ecole clinique française.

EBERTH en découvrant (1881) le *bacille typhogène* marqua définitivement la spécificité d'une maladie, à formes cliniques multiples, qu'il sera juste de dénommer, désormais, *Eberthose*.

Le terme de fièvre typhoïde fut pour la première fois employé par LOUIS, en 1829; avant lui BRETONNEAU, en 1820, s'était servi du mot *dothientérie*, précisant la lésion intestinale (*dothien*, bouton; *entéron* intestin).

Il n'est plus possible, aujourd'hui, en clinique, pour l'enquête diagnostique, au lit du malade, de conserver ces terminologies : *dothientérie*, *fièvre typhoïde*.

Déjà ANDRAL, dans l'édition de 1839, de sa très remarquable *Clinique médicale*, déclarait que l'état typhoïde « peut être le produit consécutif de plusieurs lésions », et qu'il s'observe dans nombre de maladies : phlébite, pneumonie des vieillards, érysipèle, phlegmanie du foie, etc.

Dans un chapitre intitulé « *Observations sur les fièvres* » (1) avec une lucidité de vue remarquable sur l'avenir, il écrit :

(1) Clinique de l'Hôpital de la Charité, tom. 1^{er}, p. 5.

« Il peut arriver aussi qu'au lieu d'avoir son point de départ dans un solide, la fièvre ataxo-adyamique reconnaisse pour origine une altération du sang, soit que cette altération ait eu lieu spontanément, et qu'elle ait produit une sorte de scorbut aigu, soit qu'elle suive l'introduction dans le sang d'agents délétères, comme miasmes, virus, matières en putréfaction; ces agents, après avoir modifié la composition du sang, vont empoisonner les centres nerveux; alors la maladie est partout où il y a du sang et des nerfs, et partout il peut se former des lésions qui ne jouent plus qu'un rôle secondaire dans la production des symptômes, et, peut-être dans l'avenir, et sous l'influence d'autres théories qui commencent à se faire jour, effacera-t-on du nombre des causes de l'état typhoïde la plupart des altérations locales auxquelles on le rapporte aujourd'hui, pour l'expliquer, lui et ces altérations elles-mêmes, par une modification primitive du sang. »

Pouvait-on, en 1839, mieux pressentir la septicémie qu'est véritablement l'*Eberthosé*. ANDRAL marque ainsi toute la puissance de son observation clinique.

Il faut encore citer un important passage des « *Observations sur les fièvres* ».

« M. LOUIS a réservé l'expression de fièvre typhoïde pour l'état morbide qui marche avec l'affection des glandes de Peyer; cette maladie mérite sans doute d'être séparée par ses symptômes, par sa marche, par sa durée, etc., d'une foule d'autres dans lesquelles cependant, comme dans la dothientérite, et même plus constamment que dans celle-ci, existe dès l'abord l'état typhoïde. Car on se tromperait étrangement, si l'on croyait trouver dans toute dothientérite les symptômes qui se rattachent à l'expression d'état typhoïde prise dans le sens étymologique. Il y a beaucoup de ces affections qui parcourent leurs diverses périodes sans qu'un trouble notable du système nerveux vienne à se manifester; tout ce que l'on observe alors, c'est cet ensemble de phénomènes qui caractérisent les fièvres dites inflammatoires, ou bilieuses... Il nous a paru nécessaire, avant de nous engager dans les recherches qui vont suivre, de bien distinguer la maladie qui a été appelée fièvre typhoïde, et de l'état morbide beaucoup plus général pour lequel le nom d'état typhoïde doit être consacré. Nous admettons, comme conséquence possible, mais jamais nécessaire, d'un grand nombre de maladies, un état typhoïde, c'est-à-dire, un état dans lequel apparaissent des symptômes généraux plus ou moins semblables à ceux qui caractérisent le typhus. »

ANDRAL voulait donc éviter cette confusion regrettable qui peut se produire, dans l'esprit du médecin, entre l'état typhoïde (ou typhose, comme l'écrivent les auteurs modernes), et la fièvre typhoïde.

Si on ne s'entend pas sur les termes, la confusion peut se trouver encore plus grande de nos jours. Seul le laboratoire peut préciser la présen-

ce ou l'absence de tel germe pathogène (séro-diagnostic, hémoculture sur-
tout).

La *typhose* peut s'observer, nous le savons, dans le typhus exanthématique, dans la mélitococcie, dans la typho-bacillose, dans la malaria, dans la coli-bacillose, aussi bien que dans les *Eberthoses* et le *Paraéberthose*.

Il serait donc, à la fois, plus logique et plus clinique de supprimer le terme de fièvre typhoïde, remplacé par les désignations d'*Eberthose* ou de *Paraéberthose*, et de conserver celui de *typhose*, pour le syndrome particulier qu'il désigne, et qui peut toujours être diagnostique cliniquement.

Quant aux *Eberthoses* et aux *Paraéberthoses* qui ne peuvent être, dans la plupart des cas, spécifiées que par le laboratoire, il faut savoir qu'elles peuvent se manifester et évoluer sous diverses formes.

DIEULAFOY reconnaissait plusieurs types cliniques :

- a) *Fièvre typhoïde légère* (embarras gastro-intestinal fébrile);
- b) *Fièvre typhoïde abortive*;
- c) *Fièvre typhoïde ambulatoire*;
- d) *Fièvre typhoïde ataxo-dynamique*;
- e) *Fièvre sudorale*, de Jaccoud.

Dans un récent article du *Phare médical de Paris* (novembre 1923), n° 21, « A propos de la fièvre typhoïde », M. le docteur LÉON AUDAIN, médecin en chef de l'hôpital Stell, écrit :

« Cette fièvre doit son nom à l'un de ses symptômes : la stupeur (*tuphos fumée*) qui n'existe pas toujours. Cette dénomination pouvait avoir autrefois quelque valeur alors que le diagnostic n'avait que la clinique pour base, mais aujourd'hui qu'on peut étiqueter, grâce à la séro-réaction de WIDAL, fièvre typhoïde des affections qui, cliniquement, ne semblent avoir aucun rapport avec cette maladie, cette dénomination est devenue défec-
tueuse et n'a plus guère qu'une valeur historique. La fièvre est une pyrexie toxhémique d'intensité variable, due à la pénétration et à la pullulation dans le système lymphatique intestinal d'un microbe spécifique (EBERTH), chez un individu en défense organique, passagèrement ou pour un temps plus ou moins long, inférieure à la normale ».

Pour ma part, j'avais déjà, par ailleurs, (1) soutenu l'importance de la notion du *syndrome clinique*, en rappelant l'opinion de MM. CASTAIGNE et CUCHET qui montrent l'importance, au lit du malade, d'un groupement minutieux des symptômes, dont l'étiologie ne peut être fixée que par le laboratoire.

Ainsi la dénomination de *typhose* doit être réservée, à l'état typhoïde sans préjuger de la spécificité. Pour marquer la nature du germe, les appellations d'*Eberthoses* et de *Paraéberthoses* remplaceraient ceux de fièvres

(1) *Fièvre Méditerranéenne*. - Chap. X. Discussion, p. 112. - Steinheil, Paris, 1911.

typhoïdes ou de paratyphoïdes, dans lesquelles, il faut le répéter, le *syndrome typhose* peut manquer.

M. le docteur HENRI MALLIÉ, dans son travail récent sur *les Infections paratyphoïdes*, indique pour ces affections divers syndromes :

Formes typhoïdes;

Formes gastro-entéritiques, (trois types : gastro-entéritique, dysentérieforme, cholériforme).

Il me paraît opportun de reproduire la classification très intéressante des typhoïdes et paratyphoïdes que donne cet auteur.

A — Bacille d'EBERTH

B — Bacilles paratyphiques

1) Bacille paratyphique A.

2) Salmonelloses	} a. Groupe du Bacille paratyphique B	}	B - <i>Para B.</i> (SCHOTTMULLER).
			B - du <i>Hog-Choléra</i> (SALMON).
			B - <i>Psittakoseos</i> (NOCARD).
			B - <i>typhi-musium</i> (LIEFFLER).
			B - <i>pseudo-tuberculosis rodentium</i> .
			B - de la septicémie des veaux (THOMASSEN).
	} b. Bacilles des intoxications carnées	}	B - entéridis (GAERTNER).
			type GAERTNEE.
			type AERTRYCKE.
			B - type des rats (type DANYCZ).
			C - <i>Bacilles Botulinus</i> (VAN ERNENGEN).
			D - <i>Bacilles Paracolibacilles</i> .
			E - <i>Bacille Coli-commune</i> .

On peut déduire de cette classification, au point de vue clinique, la complexité des germes pathogènes qui sont spécifiques des divers syndromes que le médecin aura l'occasion d'observer au lit du malade.

L'état typhoïde, ou mieux la *typhose*, peut se rencontrer, je le répète, dans l'Eberthose, la Mélitococcie, la typho-bacillose, la méningite cérébro-spinale, la malaria, la grippe à forme abdominale, la septicémie colibacillaire, les associations (Eberth et paratyphique, Eberth et coli-bacille, paratyphique et coli-bacille), les paratyphoïdes A ou B.

Pour conclure, on peut dire que les divers germes énumérés ci-dessus provoqueront, suivant l'intensité du virus et la résistance de l'individu, les syndromes suivants :

A — TYPHOSE, avec période d'augment, d'état, de défervescence, caractérisée par frisson, céphalée, courbature, insomnie, épistaxis, lésions rhino-pharyngées, troubles intestinaux, météorisme, taches rosées, ulcérations de Duguet, splénomégalie, basse tension artérielle, troubles neuropsychiques, évoluant avec le tracé thermométrique bien connu, et s'accompagnant de complications telles que : hémorragies intestinales, perfora-

tions, appendicites, péritonites, angiocholécystites, cholécystites aiguës, parotidites, etc., etc.

B — GASTRO-ENTERITE FEBRILE avec courbature, céphalée, fièvre, accélération du pouls, diarrhée profuse, vomissements avec symptômes d'intensité et de durée moindre que dans la typhose, sans aucun trouble nerveux.

Pour le docteur HENRI MALLIÉ, les paratyphoïdes à forme gastro-entérique peuvent affecter trois types distincts : gastro-entérite légère, dysentérieforme, cholériforme: ce dernier type grave plus particulièrement produit par les empoisonnements bactériens, très redoutables.

C — EMBARRAS GASTRIQUE FEBRILE à *forme latente*, ambulatoire (fièvre légère, diarrhée peu abondante, céphalalgie, anorexie, prostration légère, pouvant, cependant, présenter des complications graves, à *forme abortive*.

Il appartient au clinicien de reconnaître ces divers syndromes, en recherchant minutieusement et en analysant sévèrement les symptômes qui les constituent. Il doit être instruit de leur nature, de leur aspect, de leur fréquence et de leur valeur. Si, en quelques cas très nets, très caractérisés le diagnostic clinique peut remonter jusqu'au concept étiologique, au contraire, dans la grande majorité des cas, il sera réservé au laboratoire, par le séro-diagnostic ou l'hémoculture, faits l'un et l'autre en temps opportun, d'indiquer, de façon précise, quel germe pathogène est en cause et déterminer la toxi-infection observée. Ces recherches de laboratoire doivent être dirigées en vue de spécifier un des nombreux bacilles mentionnés dans la classification que j'ai empruntée au livre du docteur MALLIÉ : en pratique, ces recherches portent surtout sur les bacilles d'Eberth, les paratyphoïdes A et B. Les difficultés commencent quand il s'agit de distinguer les uns des autres les Salmonelloses. Les infections gaertnériennes sont surtout fréquentes en Allemagne.

×

Le docteur LEMANSKI lit ensuite un travail intéressant sur l'**Histoire de la balnéothérapie de la fièvre typhoïde** que nous publierons ultérieurement.

Note sur l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde

par les Docteurs **Gaston SFEZ** et **Maurice UZAN**

et **Léon TIBI**, Interne des Asiles

Du 1^{er} août au 1^{er} décembre, nous avons eu l'occasion d'observer un nombre relativement grand de dothiéntéries. Mais dans dix-huit cas seulement, nous avons pu suivre les malades à peu près complètement.

Sur ces 18-cas, 8 ont été observés à l'Hôpital Israélite et 10 en clientèle privée.

Ils portent tous, et c'est là un des principaux caractères de l'épidémie actuelle sur des sujets jeunes : 18 mois, 2 ans, 2 ans et demi, 3 ans, 4 ans (deux malades), 9 ans, 11 ans (2 cas), 12 ans, 13 ans, 14 ans, 15 ans, 16 ans (2 cas), 17 ans, 18 ans et 25 ans, tels sont les âges respectifs de nos malades.

Le sexe féminin était représenté plus largement que le sexe masculin : 11 cas contre 7 cas.

Tous nos cas ont été observés avant le 15^e jour. Dans presque tous, la fièvre a dépassé 39.

L'évolution a toujours été de plus de trois semaines, ne dépassant le mois que dans un cas.

Si nous passons en revue les différents symptômes, nous trouverons les fréquences suivantes :

L'épistaxis n'a été notée que dans deux cas et a toujours été discrète.

Les taches rosées au contraire ont été observées dans la plupart des cas : 13 fois sur 18. Dans un cas même, elles ont été particulièrement nettes et persistantes puisque pendant dix jours on les retrouvait encore.

La diarrhée du début nous a paru exceptionnelle. Dans une seule observation, la malade a eu quelques selles liquides les premiers jours. Dans tous nos autres cas, la constipation a été la règle et nous a paru certaines fois, particulièrement opiniâtre.

L'hypertrophie splénique n'a pas non plus été fréquemment rencontrée : 5 fois sur 18 seulement. Elle a toujours été d'ailleurs assez discrète sauf dans un cas où on palpait aisément la rate mais nous avons des raisons de croire que dans ce cas, nous avons à faire à une typho-malaria. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Le typhos relativement rare dans les typhoïdes tunisiennes a été au contraire souvent observé au cours de l'épidémie actuelle : 8 fois sur 18. Nous devons reconnaître que ce fait a été surtout observé en milieu hospitalier (5 fois sur 8).

Nous n'avons, dans aucun cas, trouvé cette dissociation classique du pouls et de la température. Toujours le pouls a été rapide en rapport avec la courbe thermique ou même plus accéléré encore. Cela nous a d'ailleurs incité à instituer rapidement une médication tonocardiaque.

Les phénomènes pulmonaires ont été discrets le plus souvent; cinq fois ils ont pris l'allure de bronchite diffuse et une fois de congestion des deux bases d'ailleurs assez fugace.

L'albuminurie a été rencontrée trois fois et a été transitoire.

Dans la plupart des cas, la langue a porté quelques fuliginosités mais dans deux cas, nous avons observé de véritables stomatites avec quelques ulcérations douloureuses empêchant la malade même de boire. Chez l'une de ces malades, une petite fille de 2 ans et demi, au cours de cette poussée de stomatite, nous avons observé des phénomènes de dyspnée paroxystique avec cyanose survenant surtout la nuit rappelant la crise classique de laryngite striduleuse. L'examen laryngologique fait par notre ami le docteur Solal, a montré qu'il s'agissait de spasme glottique. La médication bromurée en lavement a d'ailleurs vite amélioré la malade.

Nous n'avons vu survenir d'hémorragie que dans deux cas. Le premier cas concerne un enfant de 11 ans pour lequel l'un de nous fut appelé pour la première fois le jour de l'hémorragie. L'enfant était au deuxième septennaire de sa maladie et guérit d'ailleurs sans autres complications. Le deuxième cas est celui de Mlle H. M. Elle eut au 10^e jour une selle légèrement sangante, fait qui ne se reproduisit plus.

Comme autres incidents observés, nous signalerons encore, chez un enfant de 3 ans, au 10^e jour une chute brusque de la température à 35° avec algidité sans cause apparente, d'ailleurs vite disparue; et chez une fillette de 14 ans, au décours de l'affection, une fluxion fugace de l'une des parotides.

Le sérodiagnostic a été fait dans 16 cas. Deux fois il a été particulièrement précoce (8^e jour et 9^e jour). Toutes les autres fois il a été positif après le 12^e jour sauf dans un cas où jusqu'au 30^e jour il était encore négatif.

La forme de l'affection, avec les réserves indiquées ci dessus, s'est toujours rapprochée de la forme classique. Dans un cas, cependant, nous avons observé une forme ambulatoire avec température peu élevée chez une femme de 25 ans où le sérodiagnostic seul put nous mettre sur la voie.

Nous avons eu un décès. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans qui présentait une forme avec hyperthermie, grosse bronchite, tachycardie (pouls à 160) et embryocardie, tymphos vers la fin de la maladie avec délire et agitation. La mort survint le 28^e jour.

×

Le diagnostic s'est presque toujours imposé à nous grâce à la présence de signes aussi nets que les taches rosées, le tymphos ou le sérodiagnostic positif. Dans les cas douteux, nous avons fait des piqûres de quinine qui, comme l'a dit déjà notre confrère Masselot, n'ont jamais été cause d'aucun incident. Dans deux cas, en particulier, l'épreuve de la quinine nous

a rendu de grands services. Le premier cas concerne un enfant dont nous avons déjà signalé ci-dessus l'accès algide. L'épreuve de la quinine a été négative et la fièvre a poursuivi son cours. Dans un second cas, au contraire, nous avons été frappé par la durée et les oscillations anormales du stade amphibole. Trois jours de quinine ont ramené l'apyrexie et la guérison. L'enfant avait eu un séro-diagnostic positif, des taches rosées, mais n'avait point présenté de typhos, ni d'hyperthermie. L'infection Eberthienne avait évolué relativement vite et avec une allure particulièrement bénigne. Mais dès le début du 3^e septennaire, nous avons trouvé une grosse rate palpable. Cette hypertrophie splénique accusée, ces oscillations thermiques, l'épreuve quinique, permettent de supposer que nous avons eu à faire à une typho-malaria.

Une autre fois, nous avons eu à discuter le diagnostic de fièvre typhoïde chez une malade qui nous fit le 4^e jour de sa pyrexie un exanthème net avec réaction méningée qui nous permit alors de faire le diagnostic de typhus exanthématique. Nous avons montré cette malade au docteur Burnet. Les séros-diagnostic, y compris le Weil-Félix furent négatifs. Cependant la malade évolua bien comme un typhus et guérit le 15^e jour. Les réactions du coboye confirment d'ailleurs le diagnostic.

×

Au point de vue thérapeutique, nous avons employé les méthodes classiques, utilisant la balnéation quand elle était possible, les draps mouillés, la glace dans tous les cas. Nous n'avons fait usage d'antithermiques en l'occurrence le pyramidon que très modérément. Nous avons eu au contraire recours très fréquemment aux cardiononiques, à cause de la rapidité du pouls.

La vaccination antityphique curative utilisée deux fois ne nous a point donné de résultats.

En somme l'épidémie actuelle semble, d'après nos 18 observations, se caractériser par les particularités suivantes :

- 1^o Atteinte presque exclusive de sujets jeunes;
- 2^o Bénignité relative;
- 3^o Constipation;
- 4^o Présence assez fréquente de typhos;
- 5^o Absence de la dissociation du pouls et de la température;
- 6^o Rareté des complications intestinales.

×

D^r RAMÉRY. — Sur la fièvre typhoïde et la vaccination préventive dans la garnison de Tunis.

Discussion :

Le docteur *Masselot* rappelle qu'il fut médecin d'une collectivité assez importante, mille hommes environ, où il s'était déclaré une épidémie de fièvre typhoïde.

Le docteur *Masselot* demande à faire de la vaccination préventive, l'autorité le soutient et l'on demanda les volontaires. Un seul homme se présenta à la vaccination. Le docteur *Masselot* ajoute qu'il s'agissait d'une collectivité française.

Le docteur *Conseil* informe la Société qu'il a été créé à l'Institut Pasteur, des séances de vaccination gratuites. D'autre part, du vaccin à titre gratuit est mis à la disposition des médecins pour leurs malades indigents.

Le docteur *Minguet* signale que Raméry a fait allusion, dans sa remarquable communication, aux méfaits de la vaccination. Il rappelle qu'il eut à pratiquer plus de 10.000 vaccinations. Ses observations sont les suivantes : Les tuberculeux ont parfois un coup de fouet à leur lésion. On voit souvent apparaître de l'ictère d'ailleurs sans gravité. Enfin il eut à observer de l'albuminurie passagère sept cas présentent un dosage assez important, mais quinqué jours après il n'y paraissait plus. De l'avis du docteur *Minguet* il faut systématiquement rechercher l'albuminurie chez les vaccinés.

Le docteur *Maurice Uzan*, à propos de cette fragilité rénale des vaccinés, signale qu'il eut à vacciner un confrère, qui pendant 18 heures a présenté une anurie complète, laquelle fut suivie d'une crise polyurique.

Le docteur *Conseil* rappelle que le vaccin T.A.B. fourni par l'Institut Pasteur de Tunis s'emploie à la dose de 2 cm³ en une seule injection.

Le docteur *Lemanski* demande si en Tunisie on fait tout ce qu'il faut pour éviter les épidémies. Depuis 30 ans, le docteur *Lemanski* a assisté à plusieurs épidémies de fièvre typhoïde. Il accuse formellement l'eau de boisson, laquelle pourtant est javallisée. Mais il semble bien que les épidémies éclatent après les périodes de manque d'eau. Les eaux arrivent à Tunis probablement indemnes, mais sont contaminées en ville. Cela tient sans doute aux arrêts de circulation dans les tuyaux. Quand la veine liquide est arrêtée, les boues pénétrées et lorsque la circulation reprend, elle entraîne le tout, y compris le bacille d'Eberth.

Actuellement l'eau est arrêtée à 5 heures, en plein mois de décembre. Le docteur *Lemanski* insiste sur le danger public, conséquence de cet état de choses.

Le docteur *Conseil* fait remarquer qu'on ne peut incriminer qui que ce soit. S'il n'y a pas d'eau dans les tuyaux, c'est qu'il n'y en a pas autre part. Toutefois actuellement le barrage en construction de l'oued Kébir permettra la régularité de distribution.

Le docteur *Lemanski* fait remarquer que les projets de construction de ce barrage sont sur le papier depuis 25 ans.

Le docteur *Minguet* fait remarquer à l'appui des observations du docteur *Lemanski*, qu'il arrive très fréquemment après les arrêts de circulation d'eau des aspirations d'eau sale dans les tuyaux. Les eaux savonneuses par exemples sont aspirées. Il eut à constater ce fait.

Le docteur *Thierry-Detaille* signale qu'il y a deux ans, il y eut à Bizerte une épidémie de fièvre typhoïde. La contamination de l'eau ayant été démontrée. On l'a javellisé à la dose de 1 ctg d'eau de Javel par litre. A l'analyse des eaux de distribution on trouve 6 centigr par litre. Ce qui indique la mauvaise dilution et par là l'inutilité de l'opération.

Le docteur *Lemanski* fait remarquer que le Conseil d'hygiène de Tunisie était composé de 80 membres dont dix seulement étaient médecins. Un conseil ainsi compris était absolument inutile. Il est certes plus logique qu'il soit composé uniquement d'hygiénistes.

Le docteur *De Lagoannère* fait observer à propos de la communication du docteur Raméry, que celui-ci a cité une statistique de Debert-Bloch, de Bar-le-Duc. Statistique ayant trait aux fièvres typhoïdes chez les vaccinés. Celle-ci donne le chiffre de 20 %. Le docteur De Lagoannère estime ce chiffre très exagéré. Il eut à pratiquer en Alsace, la vaccination sur un grand nombre de militaire. Il vient à observer que quatre cas de typhoïde et pas un seul de ces quatre n'était vacciné. Les centaines de cas publiés par Debert-Bloch, de Bar-le-Duc, étonnent et il semble bien qu'il faille les attribuer à la difficulté où l'on était alors de continuer une vaccination jusqu'au bout. La plupart des hommes de troupe, recevez une ou deux injections, puis montaient en ligne ou changeaient de secteurs et trois mois après on reprenait les livrets pour recommencer d'autres séries qui n'arrivaient jamais à terme.

Le docteur *Masselot* signale que les vaccins différents employés pendant la guerre devaient avoir une valeur inégale. Il eut en main la garnison de Constantine où le corps de troupe ne bougeait pas et ont bien été vaccinés, pourtant il y eut à observer 4 ou 5 cas de typhoïde chez des sujets bien vaccinés. Il doit y avoir dit le docteur *Masselot* une question de mode de préparation du vaccin qui doit entrer en ligne de compte.

Le docteur *De Lagoannère*. — Dans l'ensemble nous n'observons plus, pour ainsi dire de fièvre typhoïde dans l'armée, et c'est pour cela que la statistique de Bar-le-Duc paraît fortement exagérée.

Le docteur *Goéré* fait remarquer que l'on observe parfois des affections fébriles, à allure typhoïdique chez les vaccinés. Le séro est bien entendu positif. Ces cas sont-ils des typhoïdes ?

Le docteur *Raméry* fait observer que les cas présentés ont une hémoculture positive.

×

D^r CONSEIL présente ensuite un **Graphique de la morbidité par la fièvre typhoïde pendant les 15 dernières années.**

(Voir numéro de Février, page 56 bis)

×

La suite des communications sur **La Fièvre Typhoïde en Tunisie** sera publiée dans le numéro d'avril de cette Revue.



Séance du 11 Janvier 1924

Présidence du D^r CASSUTO, *président*

Sont présents : MM. les docteurs Henry, Lumbroso, Cortesi, Pérez, Maurice Uzan, Cohen-Hadria, Emile Lévy, Disegni, Sbrana, Smelianski, Lalloum, Sfez, Jaubert de Beaujeu, Masselot, Gérard, Benmussa, Minguet, Guinet, Raméry, De Lagoannère, Daireaux, Biecheler, Lemanski, Benjamin Lévy, Brun, Soria, Jamin.

×

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

×

COMMUNICATIONS DU BUREAU

Bourse Pasteur. — Son règlement est approuvé à l'unanimité.

×

Admission. — A l'unanimité le docteur ALBERT BISMUTH est admis à la Société comme membre titulaire.

×

Statuts. — L'article 5 des Statuts est modifié ainsi qu'il suit :

ART. 5. — *Peuvent faire partie de la Société comme membres titulaires ou correspondants* : les docteurs en médecine ou en pharmacie; pharmaciens de 1^{re} classe, les vétérinaires diplômés et les chirurgiens-dentistes diplômés.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

D^r MAURICE UZAN. — Un ménage de Dysendocriniens.

(Voir en tête de ce numéro, page 96).

Discussion :

Le docteur *Jaubert de Baujeu* demande s'il a été fait une radiographie des mains.

Les agromégaliques présentent souvent des champignons osseux au niveau de épiphyses, des phalanges. D'autre part, le sinus frontal de l'ano-mégalique que montre Maurice Uzan n'est pas très élargie, comme on le rencontre assez fréquemment chez ces malades.

Le docteur *Cohen-Hadria* estime que pour que le traitement d'épreuve ait toute sa valeur, il aurait fallu supprimer le traitement hypophysaire.

×

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES

Cancer du pancréas chez un indigène musulman

par les Docteurs **BROC** et **BICHELER**

C'était un cas typique chez un homme de 45 ans environ qui présentait un ictère progressif, permanent : cachexie rapide.

A l'autopsie on trouve un cancer de la tête du pancréas, adhérent à l'estomac, et, contrairement à la normale un très gros foie rempli de noyaux secondaires, très volumineux, de la grosseur variant entre celle d'une noix jusqu'à celle d'un œuf de poule. Certains renferment des concrétions biliaires molles, grosses comme une noisette, d'autres bombent sous la face supérieure du foie adhérent au diaphragme.

Histologiquement cette tumeur est formée par des cellules épithéliales atypiques claires renfermées dans des alvéoles. La propagation se fit par les lymphatiques des espaces portes.

×

D^r BICHELER. — Pleuro-péricardite hémorragique.

(Voir en tête de ce numéro, page 93)

Discussion :

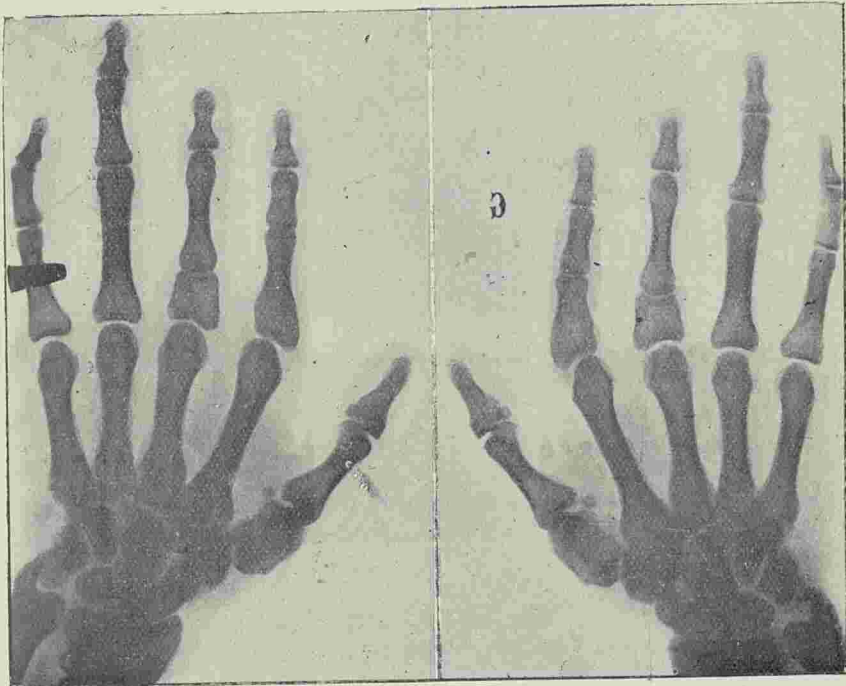
Le docteur *Masselot* rappelle son observation publiée avec *Jaubert de Baujeu-Augé*. Le cas peut se rapprocher de celui de *Bichelers*. Leur malade présentait d'énormes ganglions calcifiés. Ces lésions sont fréquentes chez l'enfant et rares chez l'adulte. Il faut les considérer comme des primoinfections.

Présentation de radiographies

par le Docteur **MINGUET**, Médecin-Major de 2^e Classe

1^o Anomalie du squelette de la main

Cette anomalie consiste en une réduction de la longueur du 1^{er} métacarpien, de la phalange et de la phalange de l'index, de la phalange du



médius. Elle est à peu près symétrique, pourtant la phalange de l'index droit est plus longue que celle de l'index gauche. Il en résulte une diminution de longueur du pouce, de l'index et du médius que dépasse l'annulaire qui a conservé ses caractères normaux. Il n'existe aucune gêne.

Cette malformation congénitale paraît être en faveur de la théorie que soutiennent de nombreux anatomistes d'après laquelle le 1^{er} métacarpien ne serait que la première phalange du pouce, ce doigt étant en réalité dépourvu de son métacarpien.

2^o Ostéomes de l'extrémité externe de la clavicule, consécutifs à une luxation acromio-claviculaire

M. P..., officier de cavalerie, en tombant de cheval sur le moignon de l'épaule gauche, se fit une luxation incomplète de l'extrémité externe de la

clavicule dont le diagnostic fut contrôlé par la radiographie. Comme il arrive habituellement dans cette luxation, la réduction fut imparfaite. Mais il ne persista ni déformation, ni gêne fonctionnelle.

Trois mois après, cet officier tomba de nouveau sur la même épaule et on put constater au niveau de l'extrémité acromiale de la clavicule, du gonflement et de la crépitation. On pouvait penser à une fracture parcellaire de la clavicule.

La radiographie ci-contre montra l'existence autour de l'extrémité externe de cet os de quatre petits ostéomes qui donnaient à la palpation cette sensation de crépitation qui avait pu en imposer pour une fracture. Ils s'étaient développés en quelques semaines à la suite de la luxation précédemment constatée. En quelques jours, gonflement et douleurs disparurent.

Cette radiographie nous a paru intéressante, car ces ostéomes constituent une complication rare des luxations claviculaires.

×

D^r JAUBERT DE BEAUJEU présente la **Radiographie d'un calcul du rein.**

×

D^{rs} BROC et JAUBERT DE BEAUJEU présentent la **Radiographie du poumon.**

×

COMMUNICATIONS

D^r GUINET. — **Physiothérapie dans le traitement des tubercules locaux.** — Dans ce travail, l'Auteur rapporte de nombreuses observations de diverses tuberculoses locales qu'il a pu améliorer ou guérir par la Radiographie.

Discussion :

Le docteur *Jaubert* estime qu'il est regrettable que le docteur Guinet ne nous ait pas fourni des documents qui soient des preuves scientifiques à l'appui de sa communication : par exemple des radios et photos, avant et après le traitement de chacun des cas.

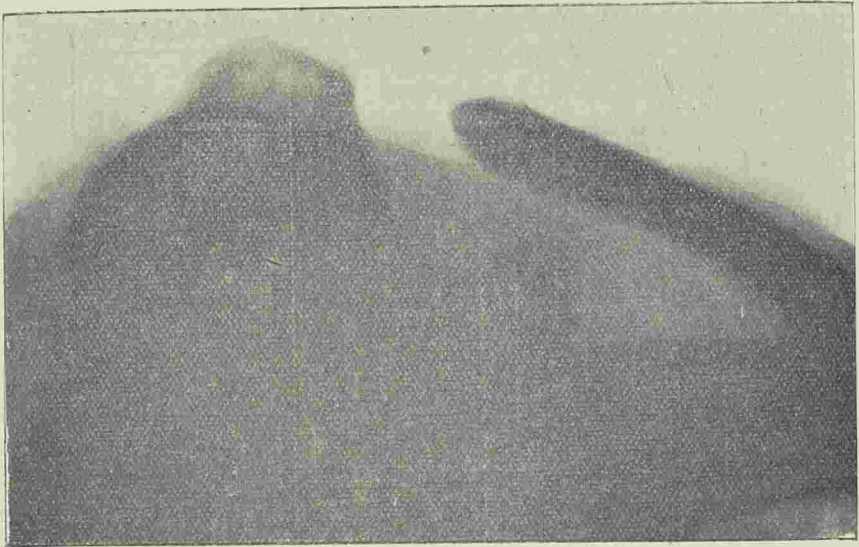
Le docteur *Guinet* estime que les observations sont assez concluantes.

×

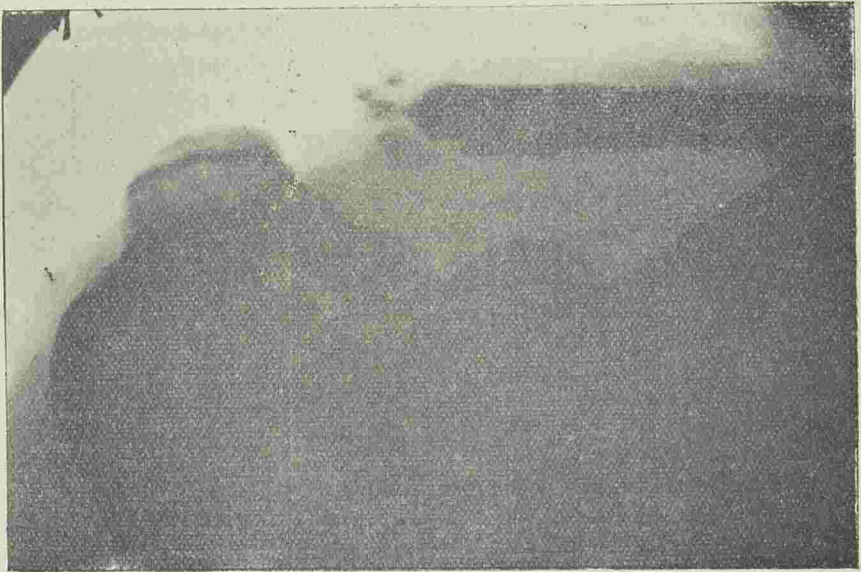
D^{rs} BRUN et BIECHELER. — **Observations d'appendicite aiguë opérées d'une façon précoce.**

(Voir numéro de Janvier, page 1





Luxation acromio-claviculaire



3 mois après : formation d'ostéomes autour de l'extrémité claviculaire luxée

Asthénocoria

par CARLOS F. ARROYO

A new sign of suprarenal insufficiency with a few considérations
ou endocrine therapy

Médical Journal and Record

New York. - vol. CXIX, n° 1, 2 Janvier 1924, p. 25

Sous le nom d' « asthénocorie », l'auteur décrit un signe pupillaire qui serait constant dans toutes formes d'insuffisance surrénale. Lorsqu'on explore les réflexes pupillaires dans ces cas, on remarque que, bien que l'iris réagisse à la lumière, sa contraction reste lâche, paresseuse, en un mot, asthénique. Si on expose l'œil du malade à la lumière, on constate que, après le myosis initial, la pupille semble hésiter à se dilater et après 40 secondes environ de lutte entre myosis et midriase, la midriase finit par perdre le dessus malgré la persistance de l'excitation lumineuse.

L'auteur en rapporte deux cas typiques où l'opothérapie surrénale a triomphé.

Il ne donne pas de pathogénie définitive et pense que l'asthénocorie serait due à une stimulation du sympathique, soit encore à une fatigue musculaire due à l'insuffisance de production d'adrénaline. Tous les malades étudiés étaient hypotendus.

M. U,

Le Dermographisme

René SCHRAPP

Revue critique. - *Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord.* - Octobre 1923

L'auteur cherche à mettre un peu d'ordre dans ce groupe de phénomènes synthétisant le Dermographisme et donne un court aperçu de la valeur diagnostique des réactions dermatographiques dans les affections nerveuses organiques.

Il distingue :

1° La Dermographie blanche. — Décrite déjà par Vulpian, en 1874, sous le nom « d'anémie secondaire », consiste en l'apparition d'une raie blanche ex-sangue lorsque sur la peau colorée on passe rapidement une pointe mousse qui disparaît rapidement, puis est suivie quelques instants après d'une nouvelle traînée blanche persistant parfois plusieurs minutes, et pendant ce temps le sujet éprouve une sensation nette de constriction

sur les points excités. Il s'agirait d'une contraction des cellules contractiles des capillaires par excitation locale et directe.

2° La Dermographie rouge. Si l'excitation est plus énergique, on voit au contraire apparaître une raie rouge qui s'accroît peu à peu et peut persister longtemps, flanquée de part et d'autre de traînées blanchâtres beaucoup plus larges que la première. Ici, la pression exercée sur la peau a provoqué une paralysie des éléments contractiles des capillaires et les traînées blanchâtres latérales sont dues à une constriction des vaisseaux des parties de peau devenues ex-sanguis;

3° La Dermographie érythémateuse irritative. Lorsque l'excitation réveille une douleur, l'hypérémie s'étend aussi autour des points excités, sous forme de taches irrégulières, quelquefois même on constate des petits îlots, à quelque distance de l'érythème.

Cet érythème irritatif est dû à une vaso-dilatation réflexe due à l'excitation des nerfs sensitifs, qui par un arc réflexe médullaire viennent influencer les vaso-dilatateurs.

4° La Dermographie pseudo-urticarienne. Elle est rare. La friction de la peau avec un objet moussé provoque d'abord une anémie fugace, puis une hypérémie diffuse, puis enfin une éruption papulo-vésiculeuse. Cette forme se différencie de l'urticaire vrai par l'absence de prurit.

Les dermatographies blanche, rouge et érythémateuse se rencontrent chez des personnes normales. Mais elles peuvent permettre le diagnostic topographique d'une lésion médullaire ou nerveuse, grâce aux différences de temps perdu, d'étendue, de vivacité, de l'intensité ou de durée des réactions.

L'auteur pense qu'on peut établir une certaine analogie entre le dermatographisme et le réflexe sudoral étudié par Higier, Schlesinger, etc., et le réflexe pilomoteur décrit par Mackenzie, Sobottka, André Thomas.

M. U,

~~~~~

**Note sur la glycémie  
et l'élimination de l'urée  
chez les paludéens chroniques**

A. BOULAY et M. LÉGER (De Dakar)

Société de Médecine et d'Hygiène Coloniales de Marseille

séance du 12 Décembre 1923

in *Marseille Médical*, 25 Décembre 1923

Les recherches de ces auteurs tendent à montrer que, au cours de l'accès palustre, il semble se produire une légère insuffisance de la fonction glycogénique,

---

se traduisant par une légère hyperglycémie, d'ailleurs peu durable.

Le rein est fréquemment lésé chez ces malades. Les Auteurs ont étudié à ce point de vue 32 malades. 4 présentaient de l'albuminurie. Sur 25 des cas qui n'en présentaient pas, 13 fois la constante d'Ambard a dépassé 0,08 sans que cependant on ait trouvé de grosse azotémie (0,15 à 0,66). Ces chiffres se rapprochent de ceux déjà publiés par Benhamou, Jahier et Berthélemy dans la Presse Médicale en 1921.

Cette insuffisance du rein, dans l'élimination des corps azotés chez quelques paludéens chroniques pourrait, comme le pensent ces derniers auteurs, éclairer la pathogénie de l'accès pernicieux. Aux six cas, de Benhamou, Jahier et Berthélemy, où au cours d'accès pernicieux on a noté des hypérazotémies (1,30 à 2,70), Boulay et Léger ajoutent deux nouveaux cas avec des azotémies de 1,08 et 2,62 et une constante d'Ambard à 1,845.

M. U.

---

### **Impétigo et néphrite impétigineuse**

J. CARLES

*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*  
10 Janvier 1924

---

Les complications viscérales sont considérées comme exceptionnelles au cours de l'impétigo.

Il existe cependant une néphrite impétigineuse et qui peut même être fort grave. Hans Kohn en avait déjà relevé sept observations. L'Auteur en rapporte trois nouvelles.

La première concerne un enfant de six ans présentant un impétigo étendu de la face, des doigts et du sommet de la tête datant de six semaines, s'accompagnant d'une volumineuse adénopathie cervicale ayant nécessité une incision. En même temps urines sanglantes avec 2 à 4 gr. d'albumine au litre, puis anasarque complet, anurie de 36 heures, vomissements, fièvre à 39°5. Guérison.

La seconde se rapporte à une fillette de 7 ans présentant un impétigo discret de la face et des doigts. Mais bientôt apparition d'hématurie, de bouffissure du visage, de l'oligurie (100 à 250 gr. d'urines), de l'albuminurie (0,80 au litre), de cylindrurie (cylindres hématiques, granuleux et graisseux). Guérison.

Enfin le troisième cas est celui d'un adulte de 29 ans qui après une pyodermite à fistules de taille variée et purulentes a présenté une albuminurie de 2 gr. 80, de l'hématurie, de la cylindrurie, une urémie à 0,60, une tension à 18-11 avec galop, un épanchement pleural droit, de l'anasarque enfin. Guérison de l'ecthyma mais persistance d'albuminurie légère.

L'auteur rapproche cette néphrite impétigineuse de la néphrite scarlati-

neuse. Toutes deux ont un début brusque, s'accompagnant d'œdèmes, d'anurie, d'hématurie, d'albuminurie, de cylindrines. Dans les deux affections, c'est le streptocoque ou les produits qu'il forme qui paraissent les agents responsables de la néphrite.

M. U,

---

**Deux cas d'infections paratyphiques  
à bacilles d'un type aberrant**

A. FOURCADE et B. LE BOURDELLÈS

*Archives de l'Institut Pasteur d'Alger, 1923, N° 1*

---

Chez deux malades militaires appartenant à des corps de troupe différents, tous deux vaccinés au T.A.B. à l'é-

ther, qui ont présenté l'un un ictere infectieux bénin et l'autre un état infectieux revêtant l'aspect d'une infection typho-paratyphique légère, les Auteurs, ont pu décèler par l'hémoculture, deux bacilles étroitement apparentés, possédant les caractères suivants :

- 1° Caractères morphologiques et cultureux du para B;
- 2° Inagglutinabilité par sérums anti A, anti A, anti B, anti Gaertner. Agglutination du 1/10.000<sup>e</sup> des souches types du laboratoire.
- 3° Pouvoir agglutinant du sérum des malades; faible ou nul pour les bacilles T.A.B. et Gaertner (dû à vaccination antérieure) intense pour le bacille du malade correspondant et pour le bacille homologue (1/1.000<sup>e</sup> et 1/4.000<sup>e</sup>).

Les Auteurs rapprochent ces bacilles de ceux isolés par Lemierre et Michaux en 1917, Foley et Nègre en 1917 aussi, et du bacille paratyphique C rencontré en Orient par Hirschfeld, Mac Adam, Mackie, Bowen et auquel Zoeller a consacré un article sur le Paris Médical du 29 octobre 1921.

M. U,

---

**Le traitement moderne  
du rhumatisme blennorragique**

MATHIEU-PIERRE WEIL

*L'Hôpital, 11<sup>e</sup> Année, N° 401, Août 1923 B, p. 442*

---

A la lumière des recherches modernes, l'Auteur passe en revue les différentes méthodes de

traitement du rhumatisme gonococcique.

Après un mot sur l'immobilisation suivie précocement de massage et de mobilisation, ainsi que sur l'usage des analgésiques, voici d'abord la sérothérapie. Le sérum employé est préparé à l'Institut Pasteur de Paris par M. Nicolle. Il est utilisé en injection intra-articulaires (Debré et Pa-

raf). L'indication principale de cette méthode est le rhumatisme à type hydarthrodial. On ponctionnera l'articulation, on lavera l'articulation avec le sérum, puis on fera aussitôt l'injection définitive de ce sérum.

Lorsqu'on est en présence d'une forme douloureuse aiguë, où l'injection intra-articulaire est impossible, on pratiquera l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le muscle.

A côté du sérum de Nicolle, le sérum de Stérian a connu de nombreux succès.

La vaccinothérapie (Wright, Maurice Renaud, Cruveilhier, Ch. Nicolle et Blaizot, Le Moignie et Sézary, Demonchy) est indiquée dans les formes non hydarthrodiales arrivées à une certaine période de leur évolution. La notion de dose est ici capitale. On commencera par des injections de 2 à 3 milliards de microbes que l'on portera à 5 ou 6 ou même 8 milliards afin d'atteindre à chaque piqûre une légère réaction fébrile qui ne devra pas dépasser non plus 38° ou 38°5.

L'injection du liquide articulaire prélevé par ponction du malade même, dans le tissu cellulaire sous-cutané a donné à H. Dufour et à Lop de bons résultats.

L'auteur nous rappelle encore l'emploi de sérum non spécifique (sérum antiméningococcique), de peptone, de lait, l'injection intra-articulaire de liquide iodé (Ramond, Janet et M. Lévy).

La chirurgie n'est pas seulement indiquée dans les formes purulentes mais aussi dans certaines formes d'hydarthroses douloureuses à tendance plastique.

Les séquelles enfin de l'arthrite ginococcique nécessitent des traitements appropriés : thorium X contre les séquelles douloureuses, mobilisation progressive contre les raideurs et amyotrophies, cure hydrominérale enfin (boues de Dax ou Saint-Amand, bains de Boubonne ou Bourbon Lancy, de Bourbon l'Archambault ou de Plombières).

~~~~~

**A propos du traitement de la variole
par le xylol**

TANON et CAMBESSEDES

Revue de Médecine et d'Hygiène Tropicales, 1924, p. 15

Cette méthode couramment employée depuis plus de 20 ans à l'Hôpital Claude Bernard, consiste à administrer par la bouche de LX à CXX gouttes de xylol dans du vin, en 2 ou 3 prises pour la journée.

Le xylol est nettement désodorisant; il empêche la suppuration des élé-

ments varioliques, et il en résulte la suppression des complications et une cicatrisation esthétique.

Cependant on observe quelquefois à la suite de ce traitement des cicatrices exubérantes et pigmentées mais qui en un ou deux mois disparaissent complètement en laissant une peau normale.

E. C.-H.

La lèpre en Algérie

MONTPELLIER

Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord
1923, p. 482

La lèpre est rare en Algérie, surtout chez les Israélites où elle semble dater de l'émigration

des Juifs espagnols.

Les Musulmans aussi paraissent réfractaires à la lèpre, à part un foyer autochtone en Kabylie, foyer qui n'est d'ailleurs nullement en extension malgré les mauvaises conditions d'hygiène des habitants.

Les lépreux néo-importés sont principalement des Espagnols et des Maltais, dont la plupart sont venus en Algérie manifestement lépreux et dont beaucoup quoique nés en Algérie et n'ayant jamais quitté le pays, sont issus de parents lépreux.

De tout ceci, il paraît ressortir nettement que la terre algérienne est peu favorable à l'endémie lépreuse. Son foyer de lèpre d'importation sera facilement jugulé le jour où l'on prendra la décision de rapatrier les lépreux étrangers.

E. C.-H.

Le dépistage de la lèpre au début

MORISSEAU

Revue de Médecine et d'Hygiène Tropicales
1924, p. 24

D'après M., de beaucoup le premier signe observé au début d'une lèpre, est la présence

d'une tache achromique et anesthésique dans la région dorso-lombaire.

Un autre signe précoce que connaissent bien les nègres est la douleur au niveau des phalanges. Moins constant est le nodule testiculaire. La rhinite et l'hyperplasie du cubital sont moins précoces. Quant à la présence de bacilles caractéristiques dans les ganglions superficiels, c'est simplement un moyen de confirmation par le laboratoire d'un diagnostic hésitant au début.

E. C.-H.

Note sur un cas de lèpre

M. HENRY

Revue de Médecine et d'Hygiène Tropicales
1924, p. 26

Observation clinique
ayant la valeur d'une
véritable expérience :
un enfant né dans une

léproserie de parents lépreux issus eux-mêmes de lépreux, est séparé de ses parents à l'âge de deux mois. A l'âge de trois ans apparition d'une petite tache achromique suspecte; deux mois après, la nature hansénienne de cette tache ne laisse aucun doute et d'autres éléments apparaissent. L'enfant avait toujours eu une parfaite santé.

Une petite sœur de cet enfant, actuellement âgée de 8 mois, a été séparée de ses parents huit jours après sa naissance. Son observation pourrait devenir intéressante.

En tous cas, cette observation montre que la lèpre ne diminue pas autant qu'on l'avait cru la capacité prolifiquée.

E. C.-H.

LIVRES REÇUS

Histoire et Conséquences pratiques de la découverte des Vitamines, par Casimir FUNK (avec la coopération de Raoul LECOQ), Paris. — Vigot frères, éditeurs. — Un volume in-8 carré, 88 pages. — Prix : 4 francs.

Voilà enfin une courte « introduction à l'étude des vitamines » que tout le monde peut et doit lire. Elle est à la portée de tout homme cultivé et cependant ne tombe dans aucune des erreurs habituelles des ouvrages dits de vulgarisation.

Casimir Funk, qui est l'inventeur des vitamines, s'est souvenu fort à propos du séjour qu'il fit en France au début de sa carrière ayant de passer en Angleterre, puis aux Etats-Unis où ses travaux devaient le rendre rapidement célèbre. Il a voulu que la première édition de cet ouvrage parut en français; et nous trouvons dans ce discret hommage une preuve de plus du rayonnement scientifique de la France d'après-guerre.

Un important chapitre est consacré aux applications à la vie pratique des travaux sur les vitamines. On y trouvera d'utiles conseils sur le choix des aliments et leur teneur en vitamines; sur le régime de la femme enceinte, de l'enfant et du convalescent; sur les rapports qui unissent l'alimentation et les problèmes de la fécondité, de la dentition, des maladies infectieuses, du cancer, du diabète, etc...

Le système nerveux autonome. — Sympathique et parasympathique. *Première partie*, par J. N. LANGLEY, Professeur de Physiologie à l'Université de Cambridge; traduit de l'anglais par M. TIFFENEAU, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. — Un volume in-8 carré de 96 pages. — Prix : 9 francs.

Le sympathique et le parasympathique, tels qu'ils ont été définis par Langley, constituent les deux grands appareils nerveux qui se partagent

l'innervation organique au sens de Bichat. L'ensemble de ces deux appareils forme ce qu'on a longtemps appelé le système nerveux végétatif et, qu'à présent, on désigne le plus souvent, avec Langley, sous le nom de *système nerveux autonome*.

C'est à l'étude de cette question de grande actualité que le savant professeur de Cambridge, après trente ans de recherches personnelles, vient de consacrer le présent livre.

Endoscopie opératoire des voies urinaires, par E. PAPIN, ancien interne de l'Hôpital Necker, chirurgien-adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph. — A. Maloine et Fils, éditeurs, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris. — Un volume in-4, 1923, 85 fig. 8 pl. couleurs. — Prix : 26 francs.

L'ouvrage du Dr E. PAPIN est le premier qui soit entièrement consacré à l'Endoscopie opératoire urinaire. Il est indispensable à l'urologiste qui veut manier convenablement les instruments délicats des cystoscopes opérateurs.

La syphilis du cœur et des vaisseaux sanguins, par Ch. FOUQUET, ancien chef de clinique de la Faculté, ancien assistant à l'Hôpital Saint-Louis. — Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. — Un volume in-8 de 176 pages. — Prix : 10 francs.

Si la syphilis d'autrefois était considérée comme une maladie à manifestations, surtout cutanées et muqueuses, on sait aujourd'hui que cette affection peut atteindre tous les organes, tous les viscères. Le cœur et surtout les vaisseaux en sont une preuve évidente. Il est maintenant hors de doute que l'anévrisme de l'aorte est, presque toujours, pratiquement toujours, d'origine syphilitique. Il en est de même pour un grand nombre d'aortites et d'insuffisances aortiques, pour l'angine de poitrine, pour de nombreux cas de pouls lent permanent et d'autres troubles du rythme cardiaque. L'hémorragie cérébrale précoce, la gangrène sénile sont dues à des artérioles syphilitiques. Dans la syphilis héréditaire, le rétrécissement mitral et souvent l'insuffisance, l'aortite des enfants et des adolescents, l'hémiplégie infantile sont des accidents de la syphilis.

Connaitre l'origine syphilitique de ces divers accidents, c'est pouvoir les enrayer par un traitement judicieux. Les arsénobenzols, le bismuth, le mercure convenablement employés permettent d'obtenir la diminution et, souvent même la disparition de ces troubles cardio-vasculaires.

Un danger social : **La Constipation**, par le Dr L. CHAUVOIS. — A. Malome et fils, éditeurs, 27, Rue de l'École-de-Médecine, Paris. — Un volume in-8, 1923, 128 pages, 17 figures. — Prix : 5 francs.



Documents concernant
L'HISTOIRE DE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

par le Docteur **Ch. COMTE**



Ecrire l'histoire du typhus exanthématique pourrait tenter, un jour, quelque jeune médecin; dans ce but, il consultera, avec fruit, entre autres travaux, les thèses de deux médecins de Tunisie et les publications de l'Institut Pasteur de Tunis à qui nous devons, sur cette maladie si contagieuse, les découvertes qui ont permis de lutter victorieusement pendant la Grande Guerre contre une formidable épidémie dont l'Europe entière était menacée.

Le docteur Conseil dans sa thèse : *Le Typhus exanthématique en Tunisie* (1907) et le docteur Gérard dans la sienne : *Nilions actuelles sur le Typhus exanthématique* (1919) ont joint à leurs études personnelles, une bibliographie fort étendue sur cette question du Typhus, ce qui permet de recourir facilement aux textes.

Mais, en plus des documents qu'ils ont cités, il semble utile d'en signaler d'autres qui montrent comment d'anciens confrères sont arrivés près de la solution exacte de la question si importante de la méthode de transmission du Typhus, à une époque où l'on n'avait pas encore l'audace quelque peu téméraire de faire des expériences directement sur l'homme et encore moins la possibilité de se livrer dans des laboratoires à des expériences sur les animaux.

Ces médecins anciens n'avaient pour se guider, dans leurs recherches, que leur sagacité et l'étude critique des observations qu'ils pouvaient relever. Ils ont cherché à en tirer toutes les déductions utiles, procédant surtout par la méthode d'élimination : ils sont arrivés si près de la vérité qu'on aurait eu grand profit, en maintes circonstances, à tenir compte de leurs conseils et suivre à la lettre leurs instructions.

L'Angleterre, à travers les âges, a été un pays fort éprouvé par maintes épidémies, certaines de typhus ont été spécialement notées et étudiées parce qu'elles ont sévi dans les deux grandes villes universitaires, à Cambridge et à Oxford; la première en 1552, la seconde en 1577. Ces épidémies portent le nom de Black Assizes. Car dans ces assises de tribunal tous les notables qui y assistaient ont été victimes du typhus et en sont morts,

l'épidémie frappa ensuite un grand nombre d'étudiants et beaucoup d'hommes de la ville et des environs. L'historique de ces épidémies se trouve conservé dans les Archives de ces Universités, on en trouve le résumé dans l'histoire des épidémies de *Charles Creighton, M. A. et M. D. A. History of Epidemics in Britain from A. D. 664 to the extinction of Plague. Cambridge, 1891.*

Le typhus a dû disparaître d'Angleterre pendant quelque temps puisqu'en 1637 lors d'épidémies analogues on a cru se trouver en face d'une maladie nouvelle, l'appelant « The new diseax », et en 1643, par ordre du Roi, Sir Edward Greaves, publie son opuscule : *Morbus epidemicus anni 1643, or the new diseax. Oxford.*

Le typhus paraît ensuite à maintes reprises et, selon les circonstances, il porte les noms de fièvre des prisons, de fièvre des hôpitaux ou de fièvre des bateaux. La plupart de ces épidémies ont coïncidé avec des campagnes sur le Continent ou sur mer, l'une d'elles a pu être attribuée au fait qu'on avait mis dans une des prisons de la Grande-Bretagne des matelots portugais saisis en mer en 1586; telle autre a débuté lors de la campagne d'Espagne en 1750 et dans un autre cas c'est un régiment anglais qui est contaminé pendant une traversée vers les Flandres. On retrouve l'origine de la contamination dans le fait que sur le même bâtiment étaient embarqués des déserteurs anglais qui pendant plusieurs mois avaient été en prison à cette époque. Les flottes anglaises transportaient et disséminaient le typhus sur presque toute la terre, spécialement dans l'Amérique du Nord, les flottes françaises et espagnoles en faisaient autant.

Les travaux sur le typhus qu'il est intéressant de rappeler et probablement tirés de l'oubli sont ceux de John Pringle et de Jamekind.

Le docteur Pringles servit comme médecin dans l'armée en campagne dans les Flandres et se trouva en face de cas d'une fièvre qu'il crut identique à la fièvre des prisons qu'il n'avait jamais vue.

Dans son travail : *Nature and cure of hospital and Jagt fever, London, 1756*, le docteur Pringle attribue cette fièvre à l'air confiné où vivent dans la malpropreté et sans soins des hommes entassés dans des locaux mal aérés. Mais un fait dont il a connaissance le frappe :

« Des péniches transportent sur le Rhin des troupes infectées de typhus
« dont plus de la moitié meurent en route, or, sur une de ces péniches
« il y avait des ballots de tentes qu'on débarqua à Grand pour les faire
« remettre en état par un entrepreneur. Les 23 ouvriers travaillant à ces
« tentes, prennent le typhus, 17 en meurent. Il n'y avait pourtant eu en-

« tre ces ouvriers et les troupes infectées, aucune communication directe « et seulement l'intermédiaire des tentes ».

A la fin de son étude, Pringle donne divers conseils sur les mesures à prendre dans les prisons et conclut que pour préserver le public, si ces mesures ne sont pas prises, il faut : 1° ne permettre à aucun prisonnier, lors de sa libération de s'en aller avec les vêtements qu'il portait en prison; ces effets devront être brûlés et le prisonnier habillé avec de nouveaux vêtements aux frais de l'Etat.

2° Après l'exécution de tout condamné à mort, ses vêtements seront aussitôt brûlés; 3° Avant qu'un prisonnier soit conduit devant le Tribunal, le faire bien nettoyer et habiller avec d'autres effets conservés dans ce but et lavés de temps en temps.

James Lind fut médecin de l'hôpital royal de Haslar près Portsmouth, en 1774 paraît à Londres une seconde édition de son : *Essay ou the most effectual means of preserving the health of seamen in the Royal Navy*. (Essai sur les meilleurs moyens pour protéger la santé des matelots de la Marine Royale).

Il constate que le typhus dans la flotte provient des individus enrôlés par force, pris dans les rues et surtout dans les prisons où les hommes restent des mois sinon des années sans pouvoir changer de linge ou de vêtements, y vivant dans de très mauvaises conditions sanitaires. Il suit de très près la question dans sa longue étude et ses conclusions ou plutôt instructions, montrent qu'il a fait preuve de beaucoup de perspicacité.

Il constate que même quand toutes les précautions sont prises pour assurer une bonne aération et la propreté sur les navires, l'infection amenée à bord par les hommes recrutés par force n'a pas cessé pour cela; « car l'air le plus pur ne peut débarrasser les haillons de la cause de contagion ».

Lors des enrôlements forcés, le meilleur procédé pour protéger du typhus les équipages, serait d'avoir un bateau spécial destiné à recevoir tous les individus suspects avant de les faire passer sur le stationnaire chargé de loger les réserves pour la flotte. Ce bateau serait muni d'effets neufs de corps et de couchage pour ces hommes, avec tout le nécessaire pour que ces recrues puissent être lavées et baignées; il y aurait aussi à bord une pièce pour la fumigation des vêtements. Tout enrôlé venant de terre ou de mer serait envoyé sur le bateau pour être dépouillé de ses vêtements, être bien nettoyé et lavé puis vêtu d'effets neufs avant d'être dirigé sur le stationnaire. Les vêtements enlevés, s'ils sont en bon état pourront être rendus aux propriétaires après avoir été lavés et si nécessaire, passés aux

vapeurs de soufre dans la pièce à fumigation. Mais il est absolument de rigueur qu'on détruise par le feu tout vêtement, haillon ou non provenant de la prison de Newgate ou de toute autre prison. Pour éviter des complications de comptabilité et la vente de ces effets neufs, le docteur Lind propose que tous les matelots de Sa Majesté aient un vêtement d'uniforme.

« Deux circonstances contribuent à augmenter la gravité du typhus à bord : l'absence de diagnostic au début et les efforts faits par les officiers pour cacher l'infection craignant qu'on leur reproche de ne pas bien entretenir leur bâtiment, quand rien n'est plus absurde puisque l'infection peut être apportée à bord par un inconnu.

« Dans les dépôts de convalescents, les effets des hommes doivent être fumigés avant d'être introduits. On doit détruire toute la literie de ceux qui ont eu le typhus et jeter à la mer, les effets de corps et de couchage de ceux qui en sont morts.

« Si l'origine du typhus est complètement inconnue, il ne semble pas « venir de l'air; il paraît être apporté de terre car en pleine paix des bâ-
« timents armés sur la Tamise l'ont souvent reçu de Londres tandis que
« des vaisseaux ayant navigué pendant longtemps dans les plus mauvai-
« ses conditions ont pu en conserver leurs équipages indemnes.

« L'idée la plus claire qu'on peut avoir sur la manière dont se transmet
« l'infection est de supposer que dans toute place infectée, il y a adh-
« rant à certaines substances un nid ou source d'effluves, de corpuscules ou
« de quelque cause d'infection qui se développe d'autant plus que l'air
« est confiné et qui se multiplie avec violence dans les vêtements qui en
« sont imprégnés. Il est remarquer que le Typhus ne se développe pas
« sur les bateaux négriers, malgré les conditions déplorables où se trou-
« vent les nègres qui, étant presque nus, n'ont rien sur eux pour le con-
« server. »

Lind cite un cas de contamination intéressant et analogue à celui de Gand. C'est la découverte par les Anglais sur la côte du Canada de nombreuses huttes d'indigènes dans lesquelles on voyait réduits à l'état de squelettes les cadavres de familles entières; dans ces huttes on voyait encore les couvertures que des troupes françaises avaient abandonnées l'année précédente ayant quitté le pays, victimes d'une forte épidémie de typhus. Dès que la flotte française eût levé l'ancre, cette tribu indienne du Mimaek était venue s'emparer des objets laissés. Cette tribu fut détruite presque totalement par cette épidémie transmise par des couvertures.

Plus loin Lind constate que l'infection ne s'étend pas à distance, même

pas dans les maisons voisines des prisons infectées si toutes les communications sont coupées. L'infection peut être supprimée par la chaleur, un four à une température suffisante pour détruire toute vie animale, détruit l'infection dans toute substance qui en est imprégnée. On n'obtient pas le même résultat à une température qu'un homme peut supporter. Pour supprimer le typhus dans les prisons et en préserver les prisonniers, Lind réclame dans les prisons, une meilleure ventilation, de l'eau, une salle de bains avec chaudière pour chauffer l'eau, un grand four pour détruire la vermine et enlever l'infection des haillons et substances qui peuvent en être imprégnées; enfin une chambre pour fumigation au soufre. Tout prisonnier doit être lavé et nettoyé avant d'être amené devant le tribunal, car il est insuffisant de revêtir ces détenus d'une blouse.

Le docteur *James Carmichael Smyth*, en 1784, publie une étude sur une épidémie de typhus survenue à Winchester chez des prisonniers espagnols, il y joint sa propre observation, croyant être le premier médecin ayant pu rendre compte de sa maladie après avoir eu le typhus, mais il paraît évident qu'il a fait une erreur de diagnostic, ayant eu la fièvre quatre jours après avoir été en contact avec les malades; il aurait plutôt eu des accès graves de paludisme dont il se serait guéri en absorbant de fortes quantités de teinture de quinquina.

Au sujet de typhus on trouve encore un autre ouvrage intéressant publié par le *Rev. Charles Kingslep*, à Londres, en 1856. *Alton Licke*. C'est sous forme de roman l'exposé de la situation des ouvriers en Angleterre à cette époque, avec un aperçu sur le mouvement de propagande des Chartistes, prédécesseurs des travaillistes actuels. Il y décrit la situation déplorable des ouvriers tailleurs, exploités à outrance par des entrepreneurs. Ces ouvriers vivaient dans la situation des plus misérables, logeant jour et nuit dans des réduits malsains, victimes du typhus et de la tuberculose, n'ayant souvent pour se couvrir que les vêtements mêmes auxquels ils travaillaient.

Pour faire comprendre au public le danger auquel cet état de choses l'exposait et l'intéresser au sort des ouvriers, il cite le cas d'un notable clergyman (prêtre) qui meurt du typhus ainsi que son domestique qui avait brossé son vêtement neuf et le garçon de magasin qui l'avait apporté. L'enquête faite par un chartiste démontre que ce vêtement, pendant sa confection, avait servi à recouvrir les cadavres de la femme et la fille de l'ouvrier tailleur, qui lui-même atteint de typhus se noie dans un accès de délire.

La propreté en quelque sorte légendaire des Anglais ne permettait ce-

pendant pas d'expliquer comment il pouvait y avoir une telle dissémination du typhus en Grande-Bretagne mais des recherches dans la littérature anglaise prouvait que le pou n'était pas rare, des locutions usuelles en fournissent la preuve, par exemple :

- Ça ne vaut pas un pou.
- Ne pas s'en soucier plus que de trois sauts d'un pou.
- N'avoir pas plus d'esprit qu'un pou.
- Piquer un pou — pour dire qu'on est tailleur.

Dans les « Historical Memorials de Canterbury » ne lit-on pas qu'à la mort de Saint Thomas à Beckett, ses disciples tour à tour pleuraient le maître qu'ils avaient perdu et riaient de joie d'avoir découvert quel saint homme il avait été : « car, sur son oreiller, grouillait une quantité telle de « vermine qu'on aurait dit de l'eau qui commençait à bouillir dans un « chaudron ».

Et parmi bien d'autres passages parlant du pou, on peut encore relever celui-ci de 1707. Spencer cite ce fait qui se passe à la Cour : « Il entra « dans la chambre à poux et retourna la pancarte pendue sur la porte, « où il était écrit « One islousing ». *Quelqu'un s'épouille.*

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois de Février 1924

DÉSIGNATION DES CONTRÔLES CIVILS	POPULATION CIVILE																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	A	C	E	F	G	I	K	
	Fèvres typh. et paratyph.	Typhus	Variole	Scarlatine	Diphthérie	Choléra	Peste	Dysentéries amb. et bacill.	Méningite cérébro-spinale	Poliomyélite antérieure aiguë	Fiev. récurrente	Fievre méditerranéenne	Rougeole	Grippe épidémique	Tuberculose	Cogueluche	Oreillons	Paludisme	Trachome					
Tunis	39		4		12				1		1	1	6	7	30		1							
Bizerte				1	1			1																
Gromballa			2										20	48										
Medjez-el-Bab		1		1																				
Béja	1																							
Téboursouk	1	3																						
Kef	1																							
Maktar			1																					
Sousse	4	1	2																		1			
Kairouan														70							1			
Sfax			1																					
Gafsa	1		2										18											
Tozeur																								
Djerba																								
Gabès																								
Territoires M ^{rs} du Sud			1																					
Hôpital Militaire du Belvédère Milit.					1																			6
Hôpital Militaire de Bizerte				1	1				1															6
TOTAUX	46	5	14	1	15	8	8	1	2	1	1	1	55	138	80	14	11	3						6

ECHOS ET NOUVELLES

Nécrologie

Un deuil des plus cruels vient de frapper notre très estimé confrère et ami le docteur MOLCO : son fils unique AUGUSTE MOLCO, avocat au Barreau de Tunis, a succombé à l'âge de 27 ans à la suite d'une longue et pénible maladie. Devant l'immense douleur de cette mère et de ce père auquel vient d'être ravi leur idole, les paroles de consolation, les condoléances sont vaines. Nous nous inclinons avec respect devant ces parents tant éprouvés auxquels nous renouvelons l'assurance de toute la sympathie attristée du corps médical tunisien.

Statistique tunisienne

Médecins, Sages-Femmes, Dentistes, Vétérinaires

Il y a en Tunisie 219 médecins diplômés, dont 127 à Tunis et 13 médecins tolérés, dont un à Tunis; sur ces 219, il y a 68 diplômés de faculté italiennes.

Le nombre des pharmaciens diplômés dans la Régence, atteint le chiffre de 60, dont 32 diplômés en Italie. Tunis compte 35 pharmaciens diplômés. Il y a 16 pharmaciens tolérés, dont 11 à Tunis.

Les sages-femmes diplômées sont au nombre de 69, dont 39 italiennes; Tunis compte 44 sages-femmes. Il y a 23 sages-femmes tolérées, dont six à Tunis.

Les six dentistes diplômés, dont trois de Paris, deux de Naples, et un de Macerata, sont établis à Tunis. Il y a 23 dentistes tolérés, dont 17 à Tunis.

Les vétérinaires sont tous diplômés; il y en a 19, dont 9 à Tunis. Sur ce nombre, il y en a un de Pise, à Tunis, et un de la Faculté de Dresde, à Sfax.

Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu

Cours de Révision du 7 au 18 Avril 1924
(Paques 1924)

Les Notions récentes de clinique pratique et d'application au diagnostic des méthodes de laboratoire courantes :

Cet enseignement de Vacances, d'ordre *essentiellement pratique*, commencera le lundi 7 avril 1924, à 9 heures, à la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* (Amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le Professeur agrégé Maurice VILLARET, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. HERSCHER et CHABROL, *médecins des hôpitaux*; LIPPMANN, SAINT

GIRONS, BUIN et A.-C. GUILLAUME, *anciens chefs de clinique*; MARÉCHAL, *chef de clinique*; Paul BLUM et TZANK, *chefs de clinique adjoints*; A. COURY, *assistant*; Paul DESCOMPS, HENRI BÉNARD, DUMONT, DEVAL et Mlle TISSIER, *chefs et anciens chefs de laboratoire*; MM. LAGARENNE, *chef du laboratoire radiologique central et de la Clinique médicale*; DUREY et DAUSSET, *chefs du laboratoire des agents physiques*; ISCH-WALL, *interne du service*, et COMANDON.

Ce cours comprendra 35 leçons. Il aura lieu trois fois par jour, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30 et à 16 h. 30, les leçons du matin étant pour la plupart terminées suffisamment à temps pour permettre la visite de la plupart des services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches, projections photographiques et cinématographiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

AVRIL 1924

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Sur une ostéite suppurée à *Micrococcus melitensis* chez un sujet convalescent de fièvre méditerranéenne

BURNET

par les Docteurs

BRUN

Sous-Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis

Chirurgien Chef de l'Hôpital Sadiki

et A. BONAN

L'extension de la fièvre ondulante en diverses parties du monde, jusque dans les zones tempérées, justifie l'importance que lui accordent aujourd'hui la médecine et l'hygiène. Si la maladie continue à se répandre, elle s'imposera à l'attention non seulement de la médecine, mais aussi de la chirurgie.

L'étude de la fièvre ondulante comporte en effet un chapitre chirurgical qui traite de ses complications : orchite, arthrites et lésions osseuses (1).

C'est à ce chapitre, qui est encore peu étendu, parce que l'attention n'a pas encore été assez éveillée et que beaucoup de faits ont dû passer inaperçus, que nous désirons apporter une contribution, en relatant un cas de suppuration à point de départ osseux observé au cours de la convalescence d'une fièvre méditerranéenne.

M^{me} X..., âgée de quarante-quatre ans, a toujours vécu à Tunis, où l'on compte bon an mal an, pour une population de 160.000 habitants, environ 300 cas de fièvre méditerranéenne. Toute sa vie elle a consommé du lait de chèvre qu'elle ne faisait jamais bouillir.

(1) PROCAS : De la fièvre de Malte au point de vue chirurgical. *Assoc. française de Chirurgie, XXIII^e Congrès*, Paris, 3-8 octobre 1910. — PIENI : De la fièvre de Malte au point de vue chirurgical. *Ibid.*, Paris, 3-8 octobre 1910.

A l'âge de dix-sept ans, elle a eu une maladie fébrile qui a duré environ six mois, sur laquelle nous ne possédons aucun renseignement de laboratoire, et qui a été probablement une fièvre ondulante. De vingt à vingt-trois ans, elle a eu deux enfants; quelque temps après, un avortement au troisième mois. En 1904 (il y a dix-neuf ans), nouvelle affection fébrile, d'une durée de quinze mois. Deux ans après le début de cette phase fébrile, elle a eu sans cause apparente un avortement au quatrième mois; et un nouvel avortement au quatrième mois, deux ans après le précédent; soit trois avortements dans l'espace de cinq ans.

En 1911, son fils, qui consommait, comme elle, du lait de chèvre non bouilli, a eu la fièvre méditerranéenne, prouvée par une hémoculture positive, malgré une séro-réaction négative.

En 1923, M^{me} X... a, pour la troisième fois de sa vie, une maladie fébrile dont les symptômes sont nettement ceux de la fièvre méditerranéenne; elle refuse de se laisser prélever du sang pour le séro-diagnostic, mais elle est observée par un excellent médecin, qui est de sa famille, et à qui cette maladie tunisienne est familière. Aucun symptôme alarmant : la malade ne s'est alitée qu'une dizaine de jours. L'état fébrile a duré environ deux mois.

Six semaines après la fin de la fièvre, elle s'aperçoit de l'existence d'une *petite tumeur située au niveau du bord gauche du sternum*, dans le 5^e espace intercostal : tumeur arrondie, de la grosseur d'une noisette, légèrement douloureuse à la pression, certains mouvements suscitent des tiraillements et une douleur appréciable.

Six semaines après cette constatation, une épreuve radiographique est prise : mais elle ne donne aucun renseignement sur la tumeur.

La tumeur est opérée deux mois environ après qu'elle a été constatée pour la première fois.

L'opération a eu lieu le 28 janvier 1924 sous anesthésie générale à l'éther. Incision de 5 centimètres parallèle au 5^e espace intercostal gauche et commençant au bord du sternum.

Au-dessous des faisceaux sternaux du muscle grand pectoral, on trouve une tumeur fluctuante de forme arrondie du volume d'une noisette. Par son bord interne, cette tumeur semble en partie incrustée dans le sternum; en essayant de l'extirper en bloc, on en déchire les parois de la partie adhérente au sternum. Il s'écoule un pus crémeux ressemblant à un pus d'abcès froid, sans odeur. Le bord du sternum est curetté sans que l'on trouve de séquestre ou de lésion bien nette d'ostéite. Les articulations chondro-sternales sus et sous-jacentes paraissent normales. Attouchement au chlorure de zinc. On referme la plaie par quelques crins de Florence en laissant une petite mèche dans la partie sternale.

Le lendemain, température 38°5, puis la température redevient à peu près normale à partir du troisième jour.

La partie drainée de la plaie laisse s'écouler une sérosité visqueuse abondante, puis tous les bords de la cicatrice rougissent, on fait le troisième jour sauter tous les points pour ouvrir largement. Pansement quotidien à plat après avoir lavé à l'éther.

Cette plaie va désormais se comporter comme une plaie atone, la cicatrisation en sera très lente, puisqu'elle n'est pas encore achevée complètement six semaines après l'intervention.

Les parois de l'abcès sont formées de tissu cellulo-graisseux, de tissu fibreux et de faisceaux musculaires striés; le tissu conjonctif et la graisse sont infiltrés de cellules conjonctives jeunes, de plasmocytes et de lymphocytes. Les polynucléaires sont peu nombreux. On remarque des néovaisseaux dans la lumière desquels font saillie des cellules endothéliales tuméfiées, et qui contiennent par places un afflux de polynucléaires. L'infiltration de cellules rondes ne répond à aucune systématisation; elle n'est pas particulièrement marquée autour des vaisseaux.

Au moment de l'opération, du pus est prélevé stérilement.

Sur les tubes de gélose ensemencés apparaissent le quatrième jour, en culture pure, de très nombreuses colonies d'un microbe qui a tous les caractères du *Micrococcus mélitensis*, et qui est agglutiné rapidement à 1 p. 300 par un sérum anti-mélitensis. Le microbe n'est pas agglutiné à 1 p. 50 par le propre sérum de la malade, qui n'agglutine pas davantage un autre mélitensis du laboratoire, cependant connu comme bien agglutinable : de telles anomalies se rencontrent dans la fièvre méditerranéenne.

Huit jours après l'opération, on fait une intradermo-réaction avec du filtrat de bouillon de culture de *M. mélitensis*. La malade réagit très violemment; la température s'est élevée le lendemain à 39°2. Localement, sur les bras, l'œdème et la rougeur ont été exceptionnellement forts. La malade a refusé le traitement par bactériothérapie.

En résumé, abcès à « *M. mélitensis* », au niveau du sternum, au deuxième mois de la convalescence d'une fièvre méditerranéenne, chez une malade qui a très probablement eu plus d'une fois cette maladie.

Plusieurs points de cette observation méritent d'être discutés :

1° Il s'agit, sans aucun doute, d'un sujet qui a eu la fièvre méditerranéenne : l'intradermo-réaction et la culture du microbe en font foi. Devons-nous croire que la malade a eu **trois fois** la fièvre méditerranéenne dans l'espace de vingt ans ? Le fait n'est pas impossible. Nous connaissons des sujets qui ont eu deux fois la même maladie, prouvée par les examens de laboratoire, à une dizaine d'années d'intervalle. S'agit-il de rechutes ou de réinfections ? Le microbe s'est-il conservé dans un de ces gîtes microbiens : rate, gan-

gliens lymphatiques, moelle osseuse, dont l'existence a été établie dans la fièvre ondulante comme dans la fièvre typhoïde ? Nous ne pouvons trancher la question. De tels cas sont à retenir pour l'étude de l'immunité dans la fièvre méditerranéenne. Séjour constant dans le milieu tunisien; consommation quotidienne de lait cru; plusieurs cas de fièvre méditerranéenne dans la même famille; ces circonstances nous obligent à admettre que notre malade était profondément infectée.

2° On remarque dans l'histoire de M^{me} X... trois avortements en cinq ans, après que la malade aurait eu pour la seconde fois la fièvre méditerranéenne. Si nous relevons avec insistance ces avortements, c'est que depuis longtemps on a établi un rapport entre l'avortement et l'infection à **M. mélitensis**. Chez les chèvres, d'abord, de bons observateurs ont prétendu que dans un troupeau la fréquence des avortements devait être considérée comme un prodrome de l'épizootie (Aubert, Cantaloube et Tibault, Darbois et Vergnes) (1). Ensuite, on a accusé le **M. mélitensis** de déterminer aussi des avortements chez la femme. Mais dès qu'on touche aux rapports entre l'infection à **mélitensis** et les avortements — même pour ne parler que de ce qui se passe chez les chèvres — on se heurte à une question qui est devenue très compliquée, depuis qu'il a été démontré que le **M. mélitensis**, agent de la fièvre méditerranéenne (pour laquelle la chèvre joue, vis-à-vis de l'homme, le rôle de porteuse de virus), et le **B. abortus** de Bang, agent de l'avortement épizootique des animaux domestiques, ne sont que deux variétés de la même espèce microbienne, impossibles à distinguer par des caractères bactériologiques et biochimiques (2). De plus, la question du pouvoir pathogène du bacille de Bang pour l'homme a été abordée expérimentalement, mais non encore complètement résolue.

3° Le point le plus important à fixer dans notre observation, c'est la provenance du pus de l'abcès, l'origine de la suppuration. Il est bien peu probable que l'abcès se soit formé dans les parties molles. Nous avons pensé d'emblée que la suppuration avait pour point de départ le sternum, que nous étions en présence d'une ostéite ou d'une ostéo-périostite à **M. mélitensis**. Malheureusement, la radiographie n'a pas tranché la question. L'exploration directe ne nous

(1) AUBERT, CANTALOUBE et THIBAUT : *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XXIV, 1910, p. 376.

(2) ET. BURNET : Rapports du *M. mélitensis* et du *Bacillus abortus* de Bang. *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, t. XII, 1923, p. 48.

a pas, non plus, donné l'évidence. Cependant, nous ne pouvons pas avoir de doute sur l'existence de l'ostéite. Si nous n'avons pas d'autre fait clinique, avec preuve de laboratoire à l'appui, à invoquer de notre interprétation, nous avons quantité de faits expérimentaux qui sont comme le modèle de notre cas humain. Chez le cobaye infecté de **M. mélitensis** (le cobaye est pour ce microbe un excellent réactif et un excellent sujet d'étude), les complications « chirurgicales » de l'infection sont très fréquentes : on observe de graves arthrites, en particulier du genou et du carpe; l'un de nous (1) a montré que l'arthrite du genou est accompagnée souvent de véritables ostéomyélites du fémur et du tibia. Presque aussi fréquents sont des points d'ostéites et des abcès localisés sur le sternum (surtout à la face postérieure), et sur les articulations chondro-costales : on retrouve dans le pus le **M. melitensis**, sauf dans quelques cas très anciens où le pus s'est stérilisé à la longue. Ces abcès expérimentaux, consécutifs à l'ostéite, définissent exactement la lésion que nous avons observée chez notre sujet.

Il y a déjà longtemps que ces complications, qui surviennent le plus souvent à la fin de la maladie, et au cours de la convalescence, ont été signalées chez l'homme. Mais bien peu nombreuses sont les observations où la nature de la lésion a été prouvée par l'examen bactériologique. Pour les arthrites, les traités mentionnent deux cas, de Gilmour et de Kennedy, où le **M. mélitensis** a été décelé dans l'exudat articulaire. Pour ce qui est de l'orchite, cinq observations ont été recueillies par Lombard et Béguet (2); dans un seul de ces cas, celui que ces deux auteurs ont étudié personnellement, la présence du **mélitensis** dans le pus a été démontrée par la culture. Quant à l'ostéite, Brault (3), dans un cas de fièvre méditerranéenne où le malade a succombé, a signalé de l'ostéopériosite du fémur et du tibia, et de l'ostite suppurée du crâne : ce sont des constatations d'autopsie; l'auteur n'a pas ensemencé le pus. Les intéressantes observations de Cantaloube (4) et de Cazeneuve (5) manquent aussi, à

(1) ET. BURNET : Sur un type d'arthrite fréquemment observé chez les cobayes infectés de *M. melitensis*. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. 174, 3 avril 1922.

(2) LOMBARD et BÉGUET : Orchite suppurée due au *M. melitensis*. *La Presse Médicale*, 21 septembre 1921.

(3) J. BRAULT : Fièvre de Malte, ostéite du fémur, etc. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 7 juin 1910. *Gazette des Hôpitaux*, 25 août 1910, p. 1335.

(4) P. CANTALOUBE : *La fièvre de Malte en France*, 1911, Maloines.

(5) H. CAZENEUVE : Ostéopériostite post-mélicoccique. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 1913, p. 668.

notre connaissance, de la preuve bactériologique. Nous apportons la première démonstration de la spécificité de l'ostéite ou ostéopériostite dans l'infection à **M. mélitensis** chez l'homme. Elle doit ouvrir les yeux des chirurgiens dans les contrées où la mélitococcie est endémique.

Ces ostéites suppurées ne sont pas sans analogue en pathologie; elles sont comparables, d'une part, aux ostéites suppurées que l'on a depuis bien longtemps signalées chez les typhoïdiques; d'autre part, aux abcès froids des tuberculeux.

Nous avons noté dans notre observation que l'allure de la suppuration, l'aspect de la plaie, nous faisaient penser à un abcès froid que nous n'avions, d'ailleurs, aucune raison de soupçonner chez notre malade. Les abcès costaux et sternaux et les abcès ganglionnaires des cobayes infectés expérimentalement de **M. mélitensis** nous ont frappé depuis longtemps par leur aspect et leur allure d'abcès froids. L'animal les tolère pendant un temps extrêmement long, sans altération apparente de la santé générale. Chez la chèvre infectée aussi, nous avons observé des abcès de la mamelle qui n'étaient accompagnés d'aucun symptôme morbide, même pas de suppression de la sécrétion lactée, ni d'élévation de température. Du fait de ces abcès, la fièvre méditerranéenne prend place parmi les infections chroniques où le pus conserve et dissémine le microbe (1).

Comme l'ostéite à **mélitensis**, l'ostéite typhoïdique frappe de préférence, comme on sait, les os longs, puis les côtes et le sternum, et la forme fébrile est beaucoup plus rare que la forme froide, apyrétique. Entre ces deux ostéites, un hasard nous a imposé le rapprochement avec une précision inattendue. Au moment même où nous observions notre malade à **mélitensis**, nous avons eu à examiner une malade porteuse d'une fistule d'où nous avons isolé le bacille d'Eberth. Les circonstances, pour les deux sujets, étaient les mêmes : convalescence de la maladie infectieuse; même localisation : au niveau du sternum ou de l'articulation sterno-costale; même allure apyrétique, froide; mêmes conditions d'examen : la radiographie ne nous a pas renseignés sur le point de départ exact de la suppuration à bacille d'Eberth; mais ici le stylet butait franchement sur une surface osseuse.

(1) ET. BURNET : Evolution et manifestations chroniques de l'infection à *M. mélitensis*. *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, t. XII, 1923, p. 213.

Nous concluons que, dans les contrées où sévit la fièvre méditerranéenne, il devient intéressant et même obligatoire, pour le chirurgien, de provoquer systématiquement l'examen bactériologique de toutes les suppurations, surtout des fistules osseuses qui présentent plus ou moins l'aspect d'un abcès froid. Nous pensons aussi qu'en tout lieu il y a intérêt à faire l'examen bactériologique de toutes les ostéopériostites, et même de toutes les ostéomyélites, comme si l'on se proposait de faire une revision de cet important chapitre de la chirurgie. Le staphylocoque, le streptocoque et le bacille typhique, etc., ne sont sans doute pas les seuls agents d'ostéomyélites. Ces examens permettront de définir les cas, de reconnaître les sources de contagion, et de poser plus exactement les indications du traitement, médical et chirurgical.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 25 Janvier 1924

Présidence du D^r CASSUTO, *président*

Sont présents : MM. les D^{rs} Bessis, Benmussa, Lalloum, Sfez Gaston, Sfez Isaac, Smadja, Cassuto, Sméliansky, Lumbroso, Debache, Disegni, Cohen-Hadria, Perez, Jaubert de Beaujeu, Daïreau, Salvo, Guinet, Scialom, De Laguennère, Maurice Uzan, Minguet, Masselot, Appieto, Gérard, Raméry, Plancke, Bismuth, Benjamin Lévy.

×

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

×

COMMUNICATIONS DU BUREAU

1^o Admissions. — MM. les docteurs M. BESSIS, DI VITTORIO Salvatore et SFEZ Isaac, sont admis à l'unanimité comme membres titulaires.

2^o Revue des Sciences Médicales.

Le Comité de lecture ayant décidé de refuser l'insertion d'une communication, l'auteur de ce travail proteste contre cette décision et en demande les raisons.

Cet incident provoque une discussion générale.

Le président rappelle les attributions du Comité de lecture qui doit veiller à bonne tenue du journal et juge sans appel s'il y a lieu de publier les travaux lus en séance ou les manuscrits qui lui sont adressés. Il est inadmissible que pour chaque refus d'insérer, une polémique s'engage. Le rôle du Comité de lecture est déjà bien assez ingrat : il ne faut pas qu'il puisse être soupçonné de parti-pris.

Pour couper court à toute discussion à ce sujet et éviter d'autres incidents, le Bureau de la Société propose d'approuver la déclaration suivante du Comité de lecture :

« Le Comité de lecture, soucieux de garder à notre publication le caractère le plus sérieux et le plus scientifique possible par l'insertion d'articles originaux ou de faits cliniques intéressants; déclare que dorénavant il n'acceptera de publier in-extenso que les communications basées sur des preuves scientifiques irréfutables toutes les fois que ces preuves sont matériellement possibles; »

Il déclare en outre ne pouvoir continuer à assumer la tâche qui lui a été confiée qu'à la condition que ses décisions soient inappellables. »

Cette déclaration est approuvée à l'unanimité des voix sauf une,
Sur propositions du Bureau, il est décidé de limiter le nombre de pages
accordées aux auteurs, ainsi qu'il suit :

Pour les travaux originaux 10 à 15 pages;

Pour les observations cliniques ou statistiques 3 à 5 pages;

Pour les mouvements ou revues générales, 5 pages;

Pour les chroniques, 3 pages;

Pour les analyses, 1 page.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

×

COMMUNICATIONS

Suite de l'Enquête sur la Fièvre typhoïde en Tunisie

(Voir les numéros de novembre 1923 et février et mars 1924.)

×

A propos de l'épidémie de fièvre typhoïde de 1923

par le Docteur **D. SCIALOM**

HISTORIQUE ET GÉNÉRALITÉS :

Dès 1906-07, d'abord à la Société des Sciences Médicales de Tunis, puis à la Société de Médecine et d'Hygiène Tropicales de Paris (1908), enfin dans les études parues dans différents périodiques médicaux (Gazette Médicale de Paris, 1908, Caducée, 1908, Gazette Médicale de Tunis, 1912-15), j'ai eu l'occasion de m'occuper des *maladies fébriles* en Tunisie et des différentes épidémies de *fièvres* qui ont sévi à Tunis. J'ai montré que la *fièvre typhoïde* atteint toutes les *racés* tunisiennes. La dothiéntérie en Tunisie est *atypique* cliniquement : elle est plus *longue* qu'en Europe. L'évolution, l'entéroragie quelquefois, et surtout le *laboratoire*, permettent le diagnostic de certitude surtout dans les cas *larvés*. Les *associations* infectieuses (éberth, mélitensis, plasmodium, etc.) doivent être envisagées et recherchées. L'*erreur* est possible avec la fièvre méditerranéenne, le paludisme, la grippe si protéiformes, la typhobacillose (Landouzy), avec les infections à germes inconnus, ignorés, indéterminés.

J'ai insisté sur les *formes cliniques* si variées, frustes, latentes, monosymptomatiques, hypertoxiques, larvées, à prédominance symptomatique ou syndromique etc..., dépendant non seulement du *terrain*, mais encore du *génie épidémique* qui est une notion clinique ayant son importance pratique : la forme et le pronostic varient d'une année à l'autre.

J'ai attiré l'attention sur les *réactions morbides* qui, non seulement sont différentes dans les infections suivant le *malade*, mais encore selon la *race*

à laquelle appartient l'individu atteint, sans cependant vouloir soutenir qu'il y a, à proprement parler, une pathologie infectieuse européenne ou indigène. J'ai écrit à propos d'épidémies précédentes : 1° que la fièvre typhoïde chez les *Européens* était plus grave lorsque ceux-ci étaient encore acclimatés; s'ils continuaient pendant notre séjour tunisien qui dure presque six mois, une alimentation à prédominance carnée et éthylique, ce qui rend le tube digestif plus susceptible et met en état de moindre résistance l'appareil antitoxique (foie, reins, rate, etc.); 2° que l'infection d'Eberth (comme j'ai proposé de l'appeler en 1912), présente un complexe symptomatique plus alarmant, plus bruyant chez les *Israélites* tunisiens et les *citadins* musulmans, parce que ces deux collectivités comprennent beaucoup de nerveux; 3° que la dothiéntérie est plus silencieuse chez les *Bédouins* fatalistes, insensibles, végétariens.

Sous l'influence de mes maîtres *parisiens* (1905) : 1° le prof. Blanchard, qui donnait, surtout dans les maladies coloniales, une place prépondérante au *laboratoire* et 2° le prof. H. Roger qui ne reconnaissait de l'importance dans les maladies infectieuses qu'à l'*hémoculture* (la séro-réaction étant, enseignait-il, infidèle et trompeuse), je préconisais ces recherches d'une façon systématique dans l'intérêt du *diagnostic* causal et scientifique et de la *richesse* nosologique infectieuse en Tunisie.

Selon l'enseignement clinique de mon maître *montpelliérain*, le prof. Grasset (1902), j'insistais sur le diagnostic des *fièvres* au lit du malade. Le diagnostic clinique est au début, en général, celui d'*embarras gastro-intestinal fébrile*; la séro-réaction de Widal (8^e jour), l'évolution de l'éberthémie, les taches rosées, l'entérorragie... permettent le diagnostic différentiel avec le paludisme, la grippe... J'ai soutenu que le problème est plus ardu en Tunisie où les formes classiques, cycliques sont plus rares qu'en France. Le docteur Lemanski (1911), d'une façon très heureuse et très clinique, a décrit les *syndrômes typhiques* dont l'étiologie pouvait être diverse (éberthi, para A et B, mélitensis, grippe, tuberculose, etc.).

EPIDÉMIE DE 1923 :

Le rapport du docteur Masselot et les communications de nos autres collègues, les discussions qui ont suivi, ont confirmé ces données.

Mon étude sur l'épidémie de cette année concerne surtout les *Israélites tunisiens*.

Le *début* de l'infection m'a semblé cette année, rarement brusque : il y a, en général, une période *prémonitoire* bénigne ou longue ou à forme ambulatoire.

L'*état général* a été bon dans la majorité des cas. L'*état typhique* a été rare ou de courte durée : il ne rappelle nullement les cas cycliques de trois septennaires que j'ai vus à Montpellier (1900-02) et à Paris (1905) et chez les prisonniers allemands à l'Hôpital militaire du Belvédère (1915).

La langue saburrale au centre et rouge à la pointe et sur les bords, a été fréquente et m'a permis de poser un diagnostic probable et précoce. L'appétit a été souvent conservé même au début de l'infection.

Les gargouillements et la douleur à la fosse iliaque droite ont été fréquents. Les taches rosées m'ont le plus souvent échappé parce que j'ai été appelé tardivement ou d'une façon trop espacée.

Les vomissements, la diarrhée, l'albuminurie, la splénomégalie, le gros foie, l'ictère, la myocardite, la bronchite, la céphalée, l'insomnie, l'épis-laxis, ont été rares.

J'ai noté plutôt du parallélisme et du dicrotisme à opposer à la tachycardie méditerranéenne.

La courbe thermique a été souvent capricieuse et prolongée.

La forme sudorale de Jaccoud a été observée par moi cet été plus que de coutume : il ne s'agissait alors ni de fièvre méditerranéenne ni de paludisme.

L'entérorragie a été fréquente et a permis le diagnostic une fois tardif (à la 4^e semaine de lit) et une fois précoce (à la première semaine d'alimentation).

DE QUELQUES CAS CLINIQUES :

I. — *Une paratyphoïde à aspect méditerranéen.* — J'ai eu l'occasion de voir dans mon cabinet de consultation, un malade profondément anémié qui me disait être atteint d'une fièvre méditerranéenne, d'après son médecin traitant. Cliniquement, j'ai confirmé le diagnostic et le traitement, je lui ai conseillé de continuer à s'alimenter et de faire faire les séro-réactions. Le laboratoire a répondu qu'il s'agissait d'une paratyphoïde A. Le malade mis à la diète pendant trois septénaires a guéri par le traitement anti-infectieux général (pyramidon, paralactine, urotropine, adrénaline, etc.).

II. — *Un état typhique de nature païdénne.* — Un malade atteint d'une fièvre continue, présentait une splénomégalie légère avec transpiration spontanée, anémie et abattement depuis trois semaines. Le diagnostic clinique était fièvre typhoïde. La quinine par la bouche ne donnait pas de résultat. Trois injections intramusculaires de un gramme de quinine par jour ont amené la guérison.

III et IV. — *Deux cas de fièvre méditerranéenne pris pour de la fièvre typhoïde.* — Il s'agissait d'un tableau identique à celui de la fièvre typhoïde actuelle. La séro-réaction de Wright est fortement positive. La vacinothérapie amène une guérison apparente.

V. — *Un cas de fièvre typhoïde simulant la dysentérie au début et une congestion pleuro-pulmonaire à la fin.*

Le syndrome dysentérieforme guérit en trois jours par l'émétine et la congestion par les ventouses scarifiées. Entre ces deux syndrômes évolue

un état fébrile continu rappelant la courbe thermique et l'état digestif observés durant l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde.

VI et VII. — Deux cas de *fièvre typhoïde prolongée* pendant trois mois avec *transpiration* profuse spontanée.

L'allure de l'infection et la séro-réaction ont montré qu'il s'agissait bien d'une *éberthémie* plutôt que d'un *mélitensis*.

IX. — Un cas exceptionnel de fièvre typhoïde suivi de *rhumatisme* polyarticulaire aigu fébrile (ou pseudo rhumatisme ?) et d'*endo-myocardite* pendant la convalescence de l'éberthémie.

Les localisations articulaires et myocardiques semblent céder au salicylate de soude, au digalène, au strophantus. La mère est morte cardiaque. Une sœur présente une insuffisance mitrale post-rhumatismale.

X. — *Un cas de perforation intestinale*. — J'ai vu d'urgence, pendant l'absence du médecin traitant un seul cas de fièvre typhoïde où prédominaient des coliques intestinales et de vomissements incoercibles. Trois jours après ma deuxième visite nocturne d'urgence, la malade a été envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite. La malade est morte à peine hospitalisée. La nécropsie a montré qu'il s'agissait d'une perforation intestinale.

Je me rappelle une épidémie grave où l'entérorragie était l'indice de l'entrée en convalescence.

XI. — *Un cas d'éberthémie prolongée confirmée par le laboratoire*. — J'ai suivi à intervalles très espacés un petit malade chez qui la séro-réaction de Widal a été fortement positive. Son état fébrile n'était accompagné d'aucun signe subjectif ou objectif. Le malade présentait un état digestif parfait et un état général florissant. Il demandait, à corps et à cris, une alimentation solide qui fut permise progressivement. Le malade a guéri à la fin du 3^e mois, en mangeant à table avec ses parents et en se promenant. L'après-midi cependant ascension thermique accompagnée de sommeil et suivie de transpiration spontanée; au réveil, le malade dînait avec appétit. Pas de grosse rate. Rien aux poumons.

Pratiquement on pouvait éliminer le paludisme puisque la quinine n'avait pas agi et on était en droit de repousser l'hypothèse de bacillémie.

Scientifiquement seuls l'hémoculture, la recherche de l'hématozoaire et l'inoculation aux cobayes pouvaient trancher la question à moins que cela ne fut une infection indéterminée.

AUTRES CAS :

Toutes les observations que j'ai pu recueillir se rapportent à des fièvres typhoïdes prolongées, bénignes, le plus souvent avec entérorragies très apparentes ou légères cédant facilement à la glace et à l'opium.

TRAITEMENT :

Mes malades ont été mis à la diète liquide : lait, bouillon de légumes, etc. J'ai prescrit assez régulièrement l'urotropine et la paralactine et presque dès le début de la quinine pour éliminer le diagnostic de paludisme. Quand la température atteint ou dépasse 38°5 à l'aisselle, je conseille sauf contre-indication du pyramidon. J'ordonne un lavement quotidien en cas de constipation sauf à la fin du 2^e septénaire ou s'il y a des coliques intestinales. Compresses humides froides ou vessie de glace en cas d'indication symptomatique.

J'ai rarement prescrit la lotion, le drap ou le bain qui sont peu goûtés par la clientèle indigène. Je fais laver régulièrement mes malades, ce qui est plus facilement accepté. Dans les cas prolongés sans localisations digestives (appétit conservé, langue bonne, selles normales, etc), j'ai permis les soupes au lait, au bouillon de légumes, les purées, les compotes et confitures, les œufs, le jus de viande. Le vaccin curatif que j'ai employé rarement, me semble diminuer la sévérité de l'infection.

PROPHYLAXIE :

J'ai pu rarement réaliser l'isolement. En 1909, j'ai eu 12 cas de fièvre typhoïde dans la même famille, tous guéris sans séquelles. En général, la cause est hydrique, le contact direct ou indirect, les mouches, les porteurs de germe, les crudités, etc...

L'ébullition et la propreté sont très utiles dans la lutte contre la fièvre typhoïde.

Mieux encore nous avons la vaccination préventive qui a fait ses preuves dès avant les hostilités et pendant la guerre.

×

50 Cas de fièvre typhoïde en clientèle à Bizerte

par le Docteur **R. THIERRY-DETAILLE**

La fièvre typhoïde existe à l'état endémique, comme dans tous les ports de France, ou dans les grandes villes où le trafic plus intense amène des porteurs de germes qui viennent encore apporter leur tribut à l'infection locale. L'infection prend généralement une allure épidémique pendant les mois chauds et humides, août, septembre, octobre.

D'une manière générale la maladie se manifeste au début uniquement par de la fièvre avec ou sans céphalée. Nous n'avons observé de prostration véritable que dans trois ou quatre cas sur 50. En 4 ou 5 jours, la température atteint généralement son maximum qui oscille entre 39 et 40°. La rate est plus ou moins perceptible. La diarrhée fait souvent défaut et les taches rosées passent inaperçues dans la moitié des cas. Le gargouillement dans la fosse iliaque droite est un signe qui manque rarement et que l'on

peut percevoir dès les premiers jours de la maladie. La langue est saburrale, rouge sur les bords, mais ne présente les caractères de la langue rôtie que dans les formes graves qui sont exceptionnelles. Ce qui frappe surtout dans l'évolution de la maladie, c'est son caractère de bénignité, malgré l'élévation de la température. Dans la majorité des cas que nous avons observés, il s'agissait de sujets jeunes, entre 10 et 20 ans, et nous avons en à lutter très souvent contre le désir impérieux de manger que manifestaient nos malades alors que l'infection était encore en évolution. En règle générale, la maladie évolue en 20 à 30 jours, mais nous avons observé des cas, cependant bénins, sans complications où la fièvre persistait jusqu'au 45^e jour.

Dans une même famille, composée du père, de la mère, et de deux fillettes de 8 et 10 ans, nous avons pu noter trois cas extrêmement graves, dont deux mortels. Les deux enfants furent atteints à quelques jours d'intervalle et présentèrent d'emblée une forme grave. L'aînée succomba à une hémorragie intestinale, et la plus jeune qui fit des complications pulmonaires et cardiaques déjoua tous les pronostics en survivant à la virulence de l'infection.

Enfin, le père qui fut atteint quelques jours après l'entrée en convalescence de celle-ci, succomba en quelques jours, mais nous devons ajouter qu'il s'agissait d'un éthylique qui était notoirement en état de moindre résistance.

Contrairement à ce que l'on observe en France dans les infections éberthiennes, la constipation est la règle, et dans quelques cas très opiniâtre, surtout vers la fin de l'infection.

Nous avons toujours pratiqué systématiquement l'examen des urines au cours de la maladie et n'avons rencontré qu'exceptionnellement de l'albuminurie. Sur les 56 cas observés, nous n'avons noté comme complications, qu'un seul cas d'hémorragie qui d'ailleurs fut mortel et deux cas où le fléchissement du myocarde nous obligea à recourir à l'huile camphrée avec un résultat excellent.

Au point de vue thérapeutique nous nous sommes bornés surtout à des prescriptions d'hygiène rigoureuses et à un traitement symptomatique approprié aux circonstances. D'une manière générale pour combattre l'élévation de la température, nous avons eu recours aux enveloppements humides plus faciles à réaliser dans tous les milieux que la balnéation qui nécessite un matériel et des aides souvent difficiles à se procurer. Dans tous les cas nous avons obtenu des résultats très satisfaisants. Le pyramidon à la dose de 0 gr. 20 que nous avons donné dans quelques cas où la fièvre élevée s'accompagnait de céphalée, a provoqué des sueurs profuses avec abaissement très notable de la température, mais non sans fatiguer nos malades. Les frictions bi-quotidiennes de pommade au collargol et la

désinfection systématique du nez et de la bouche furent nos seules prescriptions habituelles.

Enfin, au point de vue régime, le bouillon de légumes et les tisanes en quantité suffisent.

Au point de vue prophylactique nous avons toujours pratiqué la vaccination dans le milieu familial et prescrit les mesures d'hygiène habituelles. Dans ces conditions nous n'avons jamais eu à observer plusieurs cas de typhoïde dans la même famille.

L'eau de boisson, dont l'analyse microbiologique avait démontré la nocivité à Bizerte, il y a trois ans, ne semble plus devoir être incriminée aujourd'hui grâce à une javellisation rationnelle.

La meilleure prophylaxie nous semble être la vaccination préventive et les conseils d'hygiène donnés à la population.

La question des épandages et la mise en vente des coquillages provenant de ports contaminés doit retenir notre attention.

Enfin, les ordures ménagères qui séjournent dans la ville indigène jusqu'à une heure avancée de la journée, sont également un foyer d'infection qu'une réglementation sévère doit pouvoir faire disparaître.

×

Notes cliniques sur 105 cas de fièvre typhoïde

observés en clientèle

par le Dr CASSUTO

Je vous apporte, sous forme de quelques notes cliniques personnelles, ma modeste contribution à l'étude de la clinique fièvre typhoïde en Tunisie. Je profite de cette occasion pour remercier une fois de plus notre confrère Massélot d'avoir amorcé cette question et exprimer toute ma gratitude aux confrères qui ont bien voulu nous faire part de leurs observations. Je regrette seulement qu'ils n'aient pas été plus nombreux.

Praticien, sans service hospitalier, je ne puis vous apporter ici des statistiques. J'ai, durant ces dernières semaines, compulsé les notes prises au chevet des malades suivis en clientèle privée et ce sont les impressions cliniques qui se dégagent de la compulsions de ces 105 observations retrouvées que je vais vous communiquer.

De ces 105 observations, 58 concernent des malades suivis entre 1907 et 1914, les 47 autres observations concernant des typhiques soignés de 1919 à 1923.

Le diagnostic de typhoïde a, dans tous ces cas, été confirmé par l'épreuve de Widal.

En général, et je suis en ce point parfaitement d'accord avec Massélot, la fièvre typhoïde, l'éberthose, comme Lemanski veut qu'on l'appelle, re-

vêt chez les acclimatés une allure beaucoup plus bénigne qu'en France, plus bénigne dans sa symptomatologie générale, plus bénigne aussi quant à son pronostic, puisque sur mes 105 malades suivis je n'ai noté que quatre décès dont deux par hémorragie intestinale, un par perforation intestinale et le 4^e par parotodite suppurée avec phlegmon diffus du cou.

L'allure clinique générale de la maladie n'a pas été la même au cours des épidémies auxquelles j'ai assisté. C'est ainsi que l'épidémie de 1907, une des plus graves que j'aie connues, était caractérisée par une hyperthermie considérable chez la plupart des malades, une fréquence peu commune en ce pays des formes ataxo-adyamiques et des hémorragies intestinales. Les cas observés ces dernières années, au contraire, ont revêtu une allure clinique générale beaucoup plus bénigne.

La durée moyenne de la période fébrile me paraît varier suivant l'âge des malades et suivant les épidémies. En 1907-1914, elle a été en moyenne de 28 jours chez les adultes et de 18 jours chez les enfants de 5 à 15 ans. Au cours de ces dernières années, je constate une moyenne de 26 jours chez les adultes et de 21 jours chez les enfants.

Les formes prolongées ne sont cependant pas rares : je viens d'en observer deux qui ont duré près de trois mois. Le début a été en général beaucoup plus brusque qu'en ne l'observe pas en Europe. Je confirme à ce sujet ce qu'a écrit Masselot. On dirait qu'en ce pays-ci le typhique passe brusquement de l'état de santé complète à l'état de maladie, et comme l'a dit Widal « qu'il brûle une étape, celle de sa période d'incubation. »

La plupart des typhiques observés sont arrivés à 40° en 48 heures au maximum. Souvent même dans 45 cas sur 105, j'ai noté le début par un frisson absolument comparable à celui du paludisme ou à celui de la grippe. A noter en particulier que sur les huit cas observés et suivis par moi depuis deux mois, six ont débuté brusquement avec l'allure clinique d'une grippe des phénomènes thoraciques (bronchite), la courbature générale et l'asthénie grippales. La persistance de la fièvre après disparition des autres symptômes grippaux a seule dévié le diagnostic vers l'infection éberthienne.

Je passe sur les autres symptômes de peu d'importance tels que épistaxis, etc., et j'en arrive aux symptômes cardinaux classiques de l'éberthosé. Je ne me souviens pas avoir observé d'herpès labial.

Le typhos. — J'avoue que depuis 1907, époque à laquelle l'épidémie avait revêtu un caractère ataxo-adyamique très marqué chez 20 sur les 28 malades soignés, je n'ai observé que deux cas d'éberthosé avec stupeur bien caractérisée. Dans un de ces cas datant de l'année dernière, une petite malade avait présenté un état de stupeur tellement accentué que c'était un véritable coma. Cette fillette est guérie et ce n'est qu'au cours de sa convalescence qu'elle présenta un séro-diagnostic franchement positif pour l'Eberth.

Chez tous les autres malades c'est à peine si en plein plateau typhique j'ai observé une légère obtusion intellectuelle avec prostration de l'insomnie. Dans la plupart des cas, le malade, enfant ou adulte, a gardé sa conscience pleine et entière sans présenter le moindre trouble psychique ou sensoriel tout au plus de l'asthénie.

La Fièvre. — La courbe thermique revêt rarement ici la forme classique. Si l'élévation de la T° est brusque, la défervescence rapide, sauf les cas d'hémorragie ou de perforation, est plutôt rare : le stade amphibole ou la longue lysis caractérisant ordinairement le dernier septennaire fébrile de l'éberthose tunisienne. A noter une défervescence du plateau, que je retrouve dans la plupart de mes courbes entre le 11^e et le 13^e jours, défervescence qui ne dure d'ailleurs que quelques heures.

Le Puls. — Les caractères du pouls ne m'ont semblé présenter rien qui ne soit classique : dicrotisme et dissociation constante sont en général observés. Je note en passant que sauf dans les cas où les malades présentaient de la myocardite ou des complications graves pulmonaires ou intestinales, la fréquence du pouls observé était due à l'abus des médications toni-cardiaques, telles que la spartéine, employés inconsidérément dans le but de soutenir un cœur défaillant en apparence, ou pour prévenir une défaillance possible de cet organe.

Syndrôme gastro-intestinal. — L'intolérance gastrique est, à mon avis, beaucoup plus fréquente surtout au début de la maladie que ne l'a noté Massélot. Quand l'invasion a été très brusque, comme il arrive souvent, j'ai noté des vomissements presque incoercibles pendant les deux ou trois premiers jours.

La Diarrhée. — Si je m'en rapporte à mes observations personnelles, d'accord avec ce qui a déjà été dit par d'autres confrères, la diarrhée est rare et lorsqu'elle est profuse et durable, je considère qu'elle est d'un pronostic assez fâcheux. Est-ce une coïncidence ? Sur 105 cas observés, j'ai noté 12 hémorragies intestinales survenues chez des malades qui n'avaient pas présenté d'autres symptômes importants d'éberthose que la fièvre et la diarrhée persistante. La tendance à la constipation est le plus souvent de règle et c'est pourquoi je suis, malgré tout, resté fidèle aux grands lavages intestinaux.

La douleur à la palpation et le gargouillement dans la fosse iliaque droite sont constants, le météorisme l'est moins.

L'hypertrophie splénique est en général peu appréciable, je dirai même qu'elle manque dans la plupart des cas : lorsqu'elle existe, la rate semble prendre une forme globuleuse et disparaître à peine d'un ou deux travers de doigt le rebord costal.

L'éruption de taches rosées n'affecte aucun caractère particulier à part qu'elle est en général très discrète et souvent tardive.

Syndrôme urologique. — Rien à noter de particulier. Comme l'a écrit Masselot l'albuminurie est rare en dehors des cas graves.

Quant aux formes étiologiques de la fièvre typhoïde, suivant l'âge, je n'ajouterais rien à ce qu'a dit Gérard sur la typhoïde de l'enfant en général très bénigne.

L'influence de l'éberthose sur l'évolution des tuberculoses ne présente rien de particulier. Dans trois de mes observations, elle ne paraît avoir eu que peu d'influence sur des tuberculoses latentes. Dans un 4^e cas elle a servi de coup de fouet à une tuberculose qui paraissait éteinte depuis trois ans.

La fièvre typhoïde des femmes enceintes est considérée comme d'un pronostic très grave pour le fœtus. Dans mes observations j'ai retrouvé cinq typhoïdes ayant évolué sur des femmes enceintes : Une a avorté à trois mois de gestation. Les quatre autres qui étaient respectivement une au 5^e, 2 au 6^e et une au 8^e mois de gestation au début de leur maladie, ont porté leur fœtus vivant à terme. De ces quatre enfants, trois sont encore vivants et bien portants quoique nés assez débiles. Coïncidence bizarre : un de ces enfants, garçon de 16 ans, a dû être opéré dernièrement d'une ectopie testiculaire double; un autre garçon a deux hernies congénitales inguinales, et une fillette, actuellement âgée de 14 ans, n'est pas encore réglée et présente des signes d'insuffisance polyglandulaire.

Complications. — *Hémorragies intestinales.* — Cette complication, si je m'en rapporte à mes observations, me paraît moins fréquente que ne l'a noté Masselot, puisque je ne l'ai observée que 12 fois sur les 105 malades au sujet desquels j'ai retrouvé des notes cliniques. Deux cas ont été suivis de mort. Ma statistique se rapproche très sensiblement de la normale. J'ajoute que sur les 12 cas, cinq ont été observés en 1907; deux en 1908 et trois en 1911-12 alors que depuis 1910 je n'ai observé que deux hémorragies intestinales d'ailleurs guéries sur 47 malades suivis.

Les autres complications observées par moi sont :

- 12 myocardites;
- 1 perforation intestinale;
- 1 parotidite;
- 1 polynévrite;
- 1 orchite;
- 2 ostéomyélites chez des enfants.

J'ajoute à ces complications classiques les suppurations très fréquentes au niveau des injections de quinine ou d'huile camphrée pratiquées au cours de la maladie. Ces suppurations notées dans 23 cas ont toutes été observées pendant la convalescence. Deux fois j'ai fait analyser le pus de ces abcès : il a été reconnu stérile.

Il est étonnant que dans ce pays où l'hépatisme, la cholémie sont si fré-

quents, le foie reste indemne presque toujours dans l'éberthose. Je n'ai observé qu'un seul cas d'atteinte des voies biliaires.

Je conclus donc, comme Masselot, que le chiffre des complications observé vient à l'appui de la constatation de l'allure moins sévère de la fièvre typhoïde en Tunisie.

Je terminerai ces quelques notes par quelques mots sur le séro-diagnostic.

L'épreuve de Widal peut seule, dans la plupart des cas, permettre de poser le diagnostic de la typhoïde tunisienne très souvent mono ou oligo-symptomatique. Malheureusement trop souvent aussi, l'agglutination n'apparaît que tardivement. Recherchée en général vers la fin du 2^e septénaire, on ne l'a trouvée positive qu'à la fin du 3^e dans 37 cas sur 105 ou même pendant la convalescence (dans 11 cas).

L'hémoculture elle-même ne paraît donner de résultats que dans les cas très rares où on pense, en clientèle, à la faire tout à fait au début de la maladie, alors qu'en l'absence de tout symptôme inquiétant on ne pense pas encore à la possibilité d'une infection éberthienne. Pratiquée plus tard alors que le sérum agglutine l'hémoculture est négative.

L'impossibilité dans laquelle se trouve actuellement le laboratoire d'éclairer le diagnostic du praticien, prolonge la période de tâtonnement si pénible pour le médecin auquel il incombe non seulement de soigner le malade mais aussi de préserver son entourage. Souhaitons que sous peu d'autres méthodes, peut-être une intra-dermo-réaction permettront au praticien de poser plus tôt un diagnostic souvent difficile et qu'il importe tant de rendre précocé.

Au point de vue du traitement, je suis resté fidèle à la balnéothérapie toutes les fois que ce traitement a pu être institué. C'est souvent, malheureusement, affaire de milieu. Et, quand l'entourage du malade est assez intelligent pour comprendre que la typhoïde est une maladie qui a surtout besoin d'être surveillée et que l'on doit éviter l'abus des médications antithermiques, cardiotoniques, antiseptiques ou autres, je me contente de bains en cas d'hyperthermie, de la glace sur le ventre surtout en cas d'hyperthermie, de météorisme et de diarrhée et d'une médication purement symptomatique. Dans les cas graves, j'use volontiers de l'abcès de fixation.

Quant à la vaccinothérapie curative, je l'ai systématiquement employée dans 15 cas en dehors de tout autre traitement que la balnéothérapie. Je n'ai constaté ni la diminution de l'hyperthermie ni celle de la durée de la période fébrile. Dans un cas, elle n'a pas empêché une hémorragie intestinale. J'use volontiers, depuis un an, de la vaccinothérapie par voie digestive. Est-ce une coïncidence ? Le fait est que les huit malades soignés de la sorte, ont présenté des typhoïdes d'allure très bénigne. Je me garderai bien de conclure qu'il faut employer ce traitement, mais le *primo non nocere* m'incite assez à le faire.

Telles sont, Messieurs, les quelques notes cliniques que j'ai cru devoir vous rapporter. Elles n'ont que la valeur d'avoir été réunies par la pratique de plus de vingt années d'exercice à Tunis et je suis heureux de constater qu'elles confirment, à peu de choses près, les notes présentées par les confrères qui m'ont précédé.

Discussion :

Le docteur *Masselot* prend la parole pour revenir sur deux points qui présentent un certain intérêt :

1° Le docteur *Masselot* estime que l'herpès est un signe d'une certaine valeur quand il s'agit de faire le diagnostic différentiel avec le paludisme. Le docteur *Masselot* n'a jamais vu d'herpès au début d'une typhoïde; d'autre part, la grande majorité des cas de paludisme présentent de l'herpès labial. L'herpès qui manque est un bon signe en faveur de la typhoïde.

2° Au sujet des hémorragies intestinales, la majorité des auteurs sont loin des chiffres du docteur *Masselot*. Il semble que l'on ait observé cette complication beaucoup moins fréquemment qu'il ne l'a observé lui-même. Il explique ce fait d'abord par la gravité des cas que l'on rencontre généralement en milieu hospitalier, ensuite par la surveillance des selles qui est faite d'une façon plus systématique et plus méthodiques par les infirmiers des hôpitaux.

Il est évident qu'en clientèle, les selles ne sont pas examinées d'assez près et que des petites, toutes petites hémorragies peuvent passer inaperçues dans le milieu familial quand au contraire, elles sont notées avec soin par un personnel stylé.

Il est un fait évident, c'est qu'en Tunisie, l'intestin saigne plus qu'en France.

Le docteur *Hayat* fait remarquer à propos des hémocultures, qu'elles sont surtout positives les premiers jours. Cependant il en a observé deux très tardives, l'une positive au 92^e jour, l'autre au 70^e.

Le docteur *Masselot* fait observer que d'après *Vidal*, les hémocultures sont positives au début dans 90 % des cas, le pourcentage diminue au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la période d'invasion.

Le docteur *Sméliansky* fait remarquer qu'au cours de cette épidémie il a observé presque exclusivement des cas graves avec complications méningées.

Le docteur *Benmussa* signale un cas de typhoïde chez un enfant qui présentait une ulcération du voile du palais suivie d'une perforation; son meilleur traitement fut le néo-salvarsan.

Le docteur *Raméry* fait remarquer qu'il devait s'agir d'une association fuso-spirillaire.

Le docteur *Hayat* signale un malade qui présentait du trismus, de la raideur, de la dilatation papillaire. Ces symptômes se sont rapidementapai-

sés. La ponction lombaire amèna un liquide avec albuminose et réaction leucocytaire. Un deuxième cas présentait des phénomènes méningés avec coma, surdité, mutisme, la ponction lombaire ramena un liquide avec polynucléose et albumine.

Un troisième malade présentait des escanes multiples, largement étendues. Le malade n'était qu'une escane de la nuque au talon. Ce cas s'est terminé par la mort.

A propos du traitement, le docteur Hayat fait remarquer que sous l'influence de Porot, élève de l'école de Lyon, il a prescrit du Pyramidon. A cette époque là, il y a dix ans, cela choquait ses habitudes. Mais il a essayé tout de même, et pendant ces dix ans de pratique, il n'eut aucun inconvénient à lui reprocher. C'est un traitement rationnel, simple que le docteur Hayat préconise même quand les bains sont possibles. Il le préconise à la dose de 0,15 par prise. La température baisse, les symptômes sont tous améliorés, la température ne revient au point de départ qu'au bout de 10 à 12 heures.

Le docteur Hayat n'associe jamais le pyramidon aux toni-cardiaques. Jamais il n'a produit de dépression. Encore faut-il choisir son pyramidon.

Le docteur Gérard fait observer que le personnel stylé de l'hôpital permet les soins de propreté minutieux. C'est bien pour cela que jamais on n'observe les ulcérations buccales dont a parlé Benmussa. Le Dr Gérard insiste sur la fréquence de l'herpès dans la typhoïde chez l'enfant.

Le docteur Maurice Uzan rappelle un cas de langue noire pileuse au cours d'une typhoïde, s'agit-il d'un champignon ou s'agit-il d'une véritable complication de la typhoïde ?

Le docteur Scialom a prescrit à l'hôpital militaire du Belvédère, et sous les ordres de Porot, les pyramidons comme traitement de la typhoïde. Il n'a jamais observé d'accidents. Il le considère comme un bon traitement.

Le docteur Scialom signale la fréquence de l'ictère.

Le docteur Masselot signale l'encéphalite. Il eut, à Constantine, à observer, avec Paiseau, qui était en tournée de Lipo-vaccin, le cas d'un enfant de 12 ans qui au cours d'une typhoïde tombe brusquement dans le coma et y reste pendant trois semaines. Nourri par la voie rectale, le liquide céphalo-rachidien ne présentait rien d'anormal. Pas de réaction méningée franche.

Le docteur Cassuto signale un cas semblable observé avec le docteur Hayat. Le malade était soutenu par des injections de sérum et des lavements nutritifs. Pas de réaction méningée.



Séance du 15 Février 1924

Présidence du D^r CASSUTO, président

Sont présents : MM. les D^{rs} Raméry, Masselot, Henry, Cohen-Hadria, Bismuth, Lumbroso, Bouquet, Lemanski, Disegni, Jaubert de Beaujéu, Benmussa, Appietto, Daireaux, Biecheler, Soria, Cortesi, Lévy Guido, Scialom, Sfez Isaac, Riberolles, Goéré, Bellon, Gérard, Brun, Hayat, Lalloum, Sfez Gaston, Minguet, Smeliensky, Lévy Benjamin, Montefiore, De Laguennère, Jamin, Doméla, Ortona, Uzan Maurice.

×

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

×

COMMUNICATIONS DU BUREAU

1^o Le Président, docteur Cassuto, informe la Société de la mort du docteur Guarneri. La Société s'est fait représenter aux obsèques et a envoyé une couronne.

2^o Le Président lit une lettre du médecin-accoucheur Michel Uzan. Notre confrère demande que l'on prenne des mesures à l'encontre des sages-femmes non diplômées qui sont un véritable danger public. Il demande si l'on ne pourrait pas prendre l'initiative d'élaborer un statut des sages-femmes.

Le docteur *Masselot* fait remarquer à ce sujet, qu'il existe une loi en vigueur en Tunisie; il n'y a qu'à l'appliquer. D'autre part la question du statut des sages-femmes est à l'étude en France. Il serait logique d'attendre son application puis de demander le même pour la Tunisie.

Le docteur *Brun* fait remarquer que l'on pourrait utiliser le travail du docteur Dinguizli sur cette question.

A l'unanimité la Société décide la formation d'une commission qui serait chargée de cette question. MM. les docteurs Cortési, Hayat et Michel Uzan acceptent de former cette commission.

Le docteur *Hayat* demande à la Société, si elle ne pourrait pas discuter quelques questions d'ordre professionnel.

Le Président déclare que la Société ne s'occupe que de questions scientifiques et cette question d'ordre professionnel serait discutée par le corps médical en réunion hors séance ordinaire de la Société.

PRÉSENTATIONS DE MALADES ET DE PIÈCES

Névrite sciatique et névrite radiale consécutives à des injections de quinine

par

F. MASSELOT et M. APPIETO

N..., âgé de 25 ans, employé des Postes, entre à l'hôpital de S... le 10 octobre 1923, étant atteint de paludisme. Il reçoit quatre injections intra-fessières de quinine à la dose quotidienne de 2 grs. La dernière injection pratiquée dans la région fessière gauche est mal supportée, elle est suivie immédiatement de douleurs vives sur tout le trajet du nerf sciatique. Depuis cette injection, la douleur est continue, elle devient paroxystique à l'occasion du moindre mouvement.

Le malade dirigé sur l'Hôpital Civil Français, est admis dans notre service, il présente un état général assez bon, quoiqu'il ait maigri en 4 mois de 8 kgr. Nous ne notons de particulier dans ses antécédents à part le paludisme; en particulier pas d'antécédents syphilitiques, d'ailleurs le W. (liquide cép. R. et sang) est négatif.

À l'examen, on est frappé par l'aplatissement de la fesse gauche, le pli fessier est effacé. Le membre inférieur gauche est légèrement atrophié, 1 cm. de différence avec l'autre membre. On détermine de la douleur en appuyant avec le doigt à l'émergence du sciatique, au niveau de la face postérieure de la cuisse, dans le creux poplité, autour de la tête du péroné, sur la région dorsale du pied (face antéro-externe). Les signes de Lassègue et de Bonnet existent.

Le réflexe achilléen est aboli à gauche, les réflexes rotuliens normaux. Hypéresthésie plantaire à gauche; pas de Babinski.

L'électrodiagnostic pratiqué par le docteur Jaubert de Beaujeu donne les résultats suivants :

« Les muscles fessiers sont inexcitables à gauche, le nerf sciatique au-dessous du pli fessier ne provoque pas de contractions des muscles postérieurs de la cuisse.

« Légère hypo-excitabilité du crural et des muscles antérieurs de la cuisse gauche.

« Biceps de la cuisse et demi membraneux sont inexcitables au courant faradique et hypoexcitables au galvanique avec secousse un peu lente :
« D. R. partielle.

« Sciatique poplité externe à la tête du péroné. Légère hypoexcitabilité galvanique et faradique.

« Les muscles antéro-externes : id.; sciatique poplité interne; hypoexcitabilité galvanique et faradique.

« Tibial postérieur à la malléole interne, presque normal. »

L'examen des divers organes ne révèle rien d'anormal. Il s'agit donc d'une névrite sciatique d'origine quinique.

E. V..., 44 ans, cultivateur, reçoit le 24 novembre 1923, une injection de quinine profonde au-dessous du deltoïde gauche; il ressent à la suite de cette injection, une douleur vive au niveau du tronc du radial, à la gouttière de torsion. Impossibilité de se servir de sa main. Il entre à l'Hôpital Civil.

Nous ne notons rien de particulier dans ses antécédents à part le paludisme et une rougeole à l'âge de 11 ans. L'examen des divers organes ne révèle rien d'anormal.

Le malade présente : main gauche tombante, fléchie sur l'avant-bras; il ne peut la relever; la face dorsale du poignet est légèrement saillante, les doigts sont à demi fléchis dans la paume de la main.

Les mouvements d'adduction et d'abduction de la main sont impossibles.

Les mouvements d'extension de la main sur l'avant-bras, des doigts sur la main sont impossibles; les deux dernières phalanges de chaque doigt sur la première sont possibles.

Les mouvements de flexion sont normaux d'amplitude mais diminués de force. La préhension des objets s'effectue mais avec une certaine difficulté.

La supination et la pronation sont normales mais s'effectuent sans force.

La sensibilité est émoussée sur tout le territoire du radial. Le malade a continuellement une sensation d'engourdissement dans le territoire de ce nerf. Il existe une atrophie de l'avant-bras gauche de 1 cm. Les réflexes olécraniens et radio-pronateurs sont abolis.

L'électro-diagnostic pratiqué par le docteur Jaubert de Beaujeu donne les résultats suivants :

« L'excitation du radial gauche du bras ne provoque pas de mouvement « du long supinateur ni de l'extenseur commun.

« Au faradique inexcitabilité des deux muscles ci-dessus. Au galvanique « hypoeccitabilité et secousse lente.

« Réaction de dégénérescence du radial. »

Ces cas de névrite quinique sont malheureusement d'observation banale et les exemples pourraient en être multipliés. La névrite siège habituellement au niveau du sciatique. C'est la première fois que nous rencontrons une paralysie radiale de cette origine. Il nous paraît intéressant d'attirer à nouveau l'attention sur ces lésions. Ces deux exemples démontrent une fois de plus le danger qu'il y a à laisser manier la quinine en injection par des mains inexpertes.

L'injection de quinine ne doit être pratiquée que par un médecin ou par une infirmière spécialement éduquée et possédant au moins le minimum

indispensable de connaissances anatomiques. Une infirmité durable est trop souvent le prix d'une injection mal faite.

Discussion :

Le docteur *Lemanski* est de l'avis de *Masselot* quant au fait de ne pas confier les injections de quinine à n'importe qui. Il est certes prudent de les faire soi-même.

Le docteur *Lemanski* n'a jamais observé de névrite radiale. Le cas paraît donc absolument exceptionnel.

Quant à la névrite sciatique, le docteur *Lemanski* en a observé quelques-unes. Il conseille pour éviter cet accident de faire l'injection de quinine, le malade étant au lit; dans cette position il est en effet impossible que l'on pique assez bas pour rencontrer le nerf. Quant au rôle des abcès quiniques dans la pathogénie des névrites, il fait remarquer qu'il est à observer près de 20 abcès; jamais ces abcès se sont compliqués de névrites sciatiques.

×

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES

Kystes dermoïdes des deux ovaires

Diagnostic radiographique

par les Docteurs **BRUN, CASSUTO** et **JAUBERT DE BEAUJEU**

Observation. — Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, Mlle C... qui occupe le 8^e rang dans une famille de huit enfants. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels à noter. Bien plus, c'est la seule de ces huit enfants que je n'aie jamais eu l'occasion d'examiner comme malade et je suis le médecin de la famille depuis près de 20 ans !

Il y a quinze jours, incidemment et alors que j'avais été appelé dans la famille pour un autre malade, la mère insista pour que j'examine cette jeune fille qui se plaignait de vagues douleurs abdominales et de constipation.

A l'inspection, le ventre paraissant normal, la malade interrogée indique la fosse iliaque gauche comme point douloureux et en effet dans cette région, le long de l'S iliaque, je perçois à la palpation, une petite masse bosselée dure, allongée et non mobile, donnant la sensation d'une série de petites saucisses. Poursuivant mon examen je découvre, dans la fosse iliaque droite, une tumeur arrondie, rénitente, du volume d'une tête fœtale à terme dont le fond remontait au niveau de l'ombilic, plus mobile latéralement que dans le sens vertical, indolore à la palpation, dont l'existence fut une révélation pour la malade.

En présence de cette tumeur et en l'absence d'autre symptôme ou trouble fonctionnel, le diagnostic clinique s'imposait de kyste de l'ovaire.

Mais je m'expliquais plus difficilement la nature de ce chapelet de saucisses » perçu dans la fosse iliaque gauche. Je demandai le secours à la radiologie et notre excellent confrère Jaubert de Beaujeu nous donna une des clefs du mystère. Vous verrez sur les épreuves qu'il va vous passer que le diagnostic de kystes dermoïdes avait parfaitement été fait par la radio.

La malade a été opérée il y a exactement huit jours par notre confrère le docteur Brun qui va vous montrer les pièces, deux kystes des deux ovaires dont un commençait sa torsion.

Cette observation n'a d'autre intérêt que le diagnostic radiologique de la nature des kystes.

Inutile d'ajouter que l'opérée de Brun va très bien.

×

Observation radiologique. — L'examen radioscopique après insufflation de l'intestin permet de distinguer nettement le pôle supérieur de la tumeur perçue à la palpation. Une radiographie est faite et elle montre en plus, se projetant sur les os du bassin et légèrement au-dessus, des ombres qui font penser à des corps étrangers contenus probablement dans cette tumeur.

Certains de ces corps étrangers ont l'aspect de dents, d'autres sont plus flous et paraissent être des productions osseuses irrégulières.

On peut distinguer plusieurs groupements :

Le premier groupe est en face de l'apophyse transverse gauche de la 5^e lombaire, au-dessus du sacrum et au niveau de la crête iliaque ou légèrement au-dessus, suivant l'incidence, il comprend :

1° Une petite dent avec canal dentaire nettement dessiné. Au-dessous il y a trois ombres, dents ou débris dentaires probables.

Le 2^e groupe est au-dessous, sur l'articulation sacro-iliaque et sur l'aile sacrée : une dent est nette et paraît complète. A côté, plusieurs ombres irrégulières, denses.

3° Au niveau de la région médiane du sacrum et un peu sur la droite, on voit des ombres irrégulières, opaques qui paraissent être des débris osseux ou productions ostéoïdes; enfin une ombre plus dense se projette sur le premier trou sacré droit et prend l'aspect d'un débris dentaire.

Pour avoir nettement chacune des ombres on a essayé plusieurs incidences.

En résumé : on pense qu'il s'agit d'un kyste dermoïde, assez volumineux et développé à droite et à gauche de la ligne médiane, avec débris dentaires et osseux inclus et visibles à la radiographie.

A l'opération on découvre deux kystes au lieu d'un seul, l'un développé sur l'ovaire droit, l'autre sur l'ovaire gauche.

Rétrospectivement, en examinant la radiographie après insufflation, on voit nettement les ombres ovoïdes des deux kystes, limitées par l'intestin distendu.

La radiographie des pièces enlevées montre sur le kyste gauche les dents qui se projetaient dans le flanc gauche, on peut en compter au moins sept et sur le kyste droit on ne voit qu'une seule dent assez bien formée et des ombres de débris osseux, irréguliers, mal calcifiés et de dents rudimentaires, sans émail.

Le diagnostic radiologique a été absolument confirmé par l'opération et par la radiographie des pièces enlevées.

Les deux kystes ayant été égarés, on n'a pu faire la vérification du contenu et voir s'il n'y avait pas aussi des corps non opaques aux Rayons X.

Le diagnostic radiologique de kyste dermoïde se fait rarement sauf pour les poumons.

Nous avons recherché dans la littérature les cas de kystes dermoïdes de l'ovaire, démontrés radiologiquement.

Dans la littérature radiologique française que nous avons consultée, nous n'avons pas trouvé de cas signalé.

Berruyer et Laquerrière ont publié (Journal de Radiologie, 1921, p. 29) un cas de kyste dermoïde du sinus frontal décélé à la radiographie par la présence d'une dent.

Le Bulletin de la Société de Chirurgie contient un cas présenté par Gosset en 1913 avec le titre suivant :

« Kyste dermoïde de l'ovaire droit avec production dentaire décélée à la radiographie et pouvant faire penser à un calcul de l'uretère droit ».

La radiographie était de Infroit, le diagnostic de dent ne fut fait qu'après l'opération.

C'est le seul cas que nous ayons trouvé dans la littérature française que nous avons consultée.

La littérature radiologique italienne de 1915 à 1923, signale une radiographie de kyste dermoïde de l'ovaire présenté par Rocchi en 1917, à la Société Médicale de Bologne.

Dans la littérature américaine de 1920 à 1924, un cas avec radiographie positive est publié par Edeiken.

Le diagnostic fut rendu possible par la présence, dans le bassin, de plusieurs dents incomplètes.

Dans le journal scandinave « Acta Radiologica » Hugo Laurell écrit une contribution à l'étude radiologique des vraies tumeurs mixtes du tronc, avec une bibliographie assez complète des travaux allemands.

Söderlund, le premier, eut l'occasion de diagnostiquer par la radiographie un kyste dermoïde de l'ovaire qui contenait une dent complètement développée.

Sonntag en a publié un autre cas en 1920.

Laurell publie un cas intéressant de kyste dermoïde du foie diagnostiqué par les Rayons X et qui contenait une dent.

Pless de Presbourg, présente à la réunion des radiologistes allemands à

Prague (29 octobre 1922) un nouveau cas de kyste dermoïde de l'ovaire diagnostiqué aux Rayons X par l'image d'une dent se projetant dans le bassin.

En résumé : les cas de kystes dermoïdes de l'ovaire diagnostiqués avec les rayons X et publiés dans la littérature, sont les suivants :

• Celui de Söderlund publié par Josephson dans *Hygea*, 1895;

Gosset : *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1913;

Rocchi : *Société Médico-Chirurgicale de Bologne*, 1913;

Sonntag : *Fortschritte auf d. Roentgenstrahlen*. Bd. 27, 1920;

Edeiken : 1922;

Pless : 1923;

auxquels s'ajoute le nôtre, 1924.

BIBLIOGRAPHIE.

Bulletin de la Société de Radiologie de France, 1919-1924

Archives l'Electricité Médicale, 1910-1923 ;

Journal de Radiologie 1914-1924 ;

GOSSET : *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1913, p. 707 ;

EDEIKEN : *Unsuspected Dermoid Cyst Diagnosed By Roentgen Examination*. *The American Journal of Roentgenology*. 1922, Vol. IX, p. 15 ;

ALBERTI : *La Letteratura Radiologica Italiana*, dal 1895 al 1920, Milan, 1922 ;

HUGO LAURELL ; *Ein Beitrag zur Roentgenologie der echten Mischgeschwülste des Rumpfes*. *Acta Radiologica* 1922. Vol. 1, n° 4 p. 406 ;

PLESS ; *Roentgenologisch diagnostizierte Dermoidzyste*. *Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen*, 1923. Vol. XXX, cahier 3/4, p. 359.

×

COMMUNICATIONS

Au sujet de quelques particularités

d'une occlusion intestinale mortelle

par le Docteur **J. GOËRÉ**

Chirurgien de l'Hôpital Maritime de Sidi-Abdallah

Voici tout d'abord l'observation de la malade :

Clémence J..., âgée de 19 ans, d'origine suisse, venue de France il y a 5 mois et domestique à Ferryville, m'est présentée la première fois au début de janvier. On note dans son passé une crise d'appendicite il y a deux ans, qui fut fort douloureuse et pronostiquée grave; la malade, après refroidissement, refusa une intervention conseillée et reprit sa vie normale. Depuis lors, elle est sujette à une constipation opiniâtre avec, de temps en temps, des débâcles diarrhéiques. Elle souffre fréquemment du ventre, dans la région ombilico-pubienne.

Elle se plaint depuis deux jours de prurit généralisé; son aspect seul en révèle la cause. Il s'agit d'ictère catarrhal et, sous l'influence du régime institué tout rentre dans l'ordre en quelques jours.

Deux semaines plus tard, le dimanche 27 janvier, la malade après avoir eu une selle normale, déjeûne avec appétit, puis se trouve prise brusquement, vers 13 heures, d'une douleur extrêmement violente qui part de la zone sus-pubienne et s'irradie rapidement à tout le ventre. En même temps apparaissent des vomissements alimentaires, puis bilieux. Le médecin qui la voit à ce moment, soupçonne des coliques néphritiques. La malade a ses règles depuis deux jours.

La douleur s'atténue momentanément sous l'influence de compresses chaudes, mais reprend, la nuit, avec une intensité plus forte. Une injection de morphine paraît sans effet sur elle. Les vomissements ont cessé.

Au matin du lundi, je vois la malade; les douleurs spontanées ont disparu; le ventre est plat, mais peu souple et toute pression dans quelque zone abdominale que ce soit, provoque à l'épaule droite une algie violente. Envies fréquentes d'uriner; température normale; pouls régulier à 80. Les vomissements n'ont pas reparu. La voix est claire et le faciès normal. Rétrospectivement le diagnostic de coliques est acceptable, plutôt hépatiques en raison de la douleur à l'épaule et de l'antécédent d'ictère.

La journée se passe sans reprise des douleurs spontanées, ni des vomissements. Vers 17 heures, le ventre toujours plat, accuse moins de défense. La malade n'a pas de fièvre et le pouls bat encore aux environs de 80 régulier et bien frappé. Les envies d'uriner sont moins fréquentes. Le faciès est excellent et la malade, tout à fait calme sans aucun stupéfiant, se propose de passer une bonne nuit.

Je décidai néanmoins de l'hospitaliser, ses maîtres, malades eux-mêmes en ce moment, et l'ayant soignée toute la nuit précédente, ne pouvant en cas d'incidents, affronter les fatigues d'une nouvelle insomnie.

La malade entre à l'hôpital maritime de Sidi-Abdallah le lundi 27 janvier à 18 heures, transportée en automobile sanitaire sur un parcours de 200 mètres.

Dans la nuit, la scène change. Le médecin de garde, M. le Médecin de 1^{re} classe, Carboni, dévoué et expérimenté, appelé d'abord pour une réapparition brusque des douleurs assiste à un ballonnement progressif du ventre, à une accélération rapide du pouls et, vers le matin, à la reprise des vomissements. En quelques instants le tableau clinique s'est modifié du tout en tout.

Quand je vois la malade, vers 8 heures, le ventre est ballonné, dans son ensemble, tendu, en bois. La respiration est courte, les extrémités se refroidissent, la voix est cassée, le teint est plombé et les yeux sont cernés. Dans les fosses iliaques, la percussion légère accuse de la submatité qui tranche sur la sonorité médiane. Le pouls est incomptable.

Une intervention d'urgence s'impose, très aléatoire.

Quelques bouffées d'éther endorment la malade que soutient une injection de sérum caféiné.

L'incision est faite médiane sus-ombilicale, comme amorce d'accès sur les voies biliaires.

Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule en abondance un liquide sanglant. Ce n'est pas du sang pur, ce n'est pas non plus de la sérosité seulement teintée. Pas d'odeur fécaloïde, pas de gaz. L'intestin-grêle dilaté à l'extrême, fait saillie hors la plaie sous pression difficilement maîtrisable.

Sur certains segments des plaques brun-verdâtres attestent déjà un manque de vitalité.

J'agrandis l'incision au-dessous de l'ombilic et j'explore rapidement le petit bassin. L'utérus est dur et petit; on le contourne ainsi que les annexes des deux côtés sans résistances ni sensation anormales. Le liquide du petit bassin est plus sanglant que celui de l'étage supérieur. Il n'y a pas de caillots, pas d'hémorragie actuelle.

A son retour la main empaume une masse dure siégeant sur la ligne médiane, mobile et qui s'énuclé facilement par la plaie.

Un segment intestinal formé de trois anses agglutinées, tordu sur son méso constitue cette tumeur.

Le bout afférent est sur le grêle distendu. Le bout efférent touche au cœcum d'où jaillit l'appendice indemne de toute lésion apparente. Le cœcum est plaqué dans la fosse iliaque sans aucune mobilité.

Après résection du segment intestinal étranglé, on pratique une anastomose termino-latérale au bouton, terminale sur le grêle et latérale sur le cœcum.

L'état de la malade inquiète de plus en plus l'anesthésie. On referme le ventre aux fils de bronze.

L'examen immédiat de la pièce enlevée montre un segment intestinal dur, épaissi, dont les anses sont agglomérées par un travail ancien et ne se laissent dérouler que péniblement. Il mesure 45 cm de long. A deux travers de doigt environ de l'extrémité coecale, sur la paroi opposée aux adhérences d'enroulement, repérée d'ailleurs avant toute manœuvre, une sorte de frange grasseuse effilochée masque un point faible de la paroi, réduite à une mince lame membraneuse qui ne peut avoir tenu qu'en raison de sa situation sur une anse plate, momentanément exclue.

Du côté de la muqueuse répond à cette perforation incomplète, une sorte de collerette cicatricielle circonscrivant un orifice dans lequel le stylet pénètre et soulève ensuite le voile membraneux, seul vestige de la paroi intestinale.

L'intestin dans le segment réséqué est épais de $\frac{1}{2}$ centimètre environ. La face muqueuse est tomenteuse, altérée par un travail inflammatoire très ancien, parsemé de suffusions sanguines en relief dur. En même temps que ces adénopathies intra-pariétales, on trouve dans le méso une chaîne de ganglions indurés.

L'autopsie devait donner l'explication de la brèche intestinale, en même temps qu'elle allait éclairer l'origine des accidents et leur évolution.

On vérifie l'étanchéité de l'abouchement opératoire iléo-cœcal. On prélevé l'appendice, libre de toute adhérence et macroscopiquement normal.

On constate sur le grêle, en amont de l'anastomose, des plaques amincies et des zones de suffusion sanguine.

La vésicule biliaire ne contient pas de calculs; l'estomac est fortement dilaté; la rate est petite; dans le haut abdomen rien ne retient l'attention.

Dans le petit bassin, l'utérus est globuleux et dur. Les annexes de gauche sont normales, mais à droite il existe sur le trajet de la trompe, un point épaissi, couleur lie de vin, d'où partent des franges qui semblent des adhérences déchirées.

Pour la facilité de l'examen on enlève d'un bloc utérus et annexes. La trompe droite est rompue en son milieu et des deux côtés la lumière en est oblitérée. La rupture de cette trompe est ancienne, mais les franges encore sanglantes et l'infiltration sanguine sous-séreuse témoignent d'un processus d'arrachement tout récent.

Désormais l'histoire de la maladie semble pouvoir s'écrire ainsi : Crise étiquetée appendicite il y a deux ans, en réalité salpingite avec pelvi-péritonite. La guérison survint par l'ouverture spontanée dans l'anse intestinale voisine, au milieu d'adhérences protectrices du pyo-salpinx causal dont le pus, tombé dans le grêle, ce qui est rare, se modifia suffisamment pour sortir inaperçu. Le segment intestinal, enflammé comme l'attestent les ganglions du méso et les lésions profondes de la muqueuse, congloméré par des adhérences plastiques, uni à la trompe rompue, occasionnait des douleurs fréquentes et tendait à se tordre sur son pédicule, provoquant ces accès de constipation opiniâtre qui relevaient d'une occlusion partielle.

Le dénouement du dernier de ces accès fut dramatique : La torsion du pédicule s'accrut; le météorisme tiraillant les adhérences entéro-salpingiennes parvint à les rompre causant une hémorragie en nappe qui s'ajouta à l'exsudat péritonéal séreux, en même temps que le segment intestinal libéré put achever d'enrouler son méso.

Ainsi s'expliquent la soudaineté d'apparition, la rapidité d'évolution, le caractère foudroyant des accidents terminaux.

Rougeole compliquée guérie rapidement par du sérum de convalescent

par les Docteurs HAYAT (de Tunis) et Cl. HALFON (de Sousse)

Les enfants B..., âgés de 7 et 5 ans, étaient déjà atteints de coqueluche quand l'aîné contracta la rougeole. Quelques jours après la guérison de ce dernier, son frère présente, lui aussi, une rougeole, mais cette rougeole avait une allure sévère. L'hyperthermie est constante et l'enfant a une température permanente de 40 à 41°, pendant toute la période d'invasion. Des crises convulsives apparaissent, se reproduisent et deviennent, le jour de l'éruption, presque subintrantes : ce petit garçon tombe dans un état lamentable car il passait de l'état comateux à l'état de contractures et de l'état de contracture à l'état convulsif, du matin au soir. L'éruption se fait irrégulièrement et prend le caractère nettement purpurique : de larges placards de couleur violet sombre disséminés çà et là et des hémorragies gingivales indiquent une forme de rougeole particulièrement grave. Au niveau des pouvons, congestion intense des deux bases, mais sans bronchopneumonie.

La situation est, avec raison, jugée désespérée. Des bains tièdes prolongés pendant vingt minutes et répétés trois à quatre fois par jour, n'abaissent pas la fièvre, et ont aucune action sur le retour des convulsions. Une ponction lombaire qui donne lieu à un liquide céphalo-rachidien peu tendu n'amène pas non plus l'arrêt des convulsions : l'examen qu'en a été fait par M. Diacono, le chimiste bien connu, nous donne l'assurance qu'il n'y a aucune réaction méningée. En désespoir de cause, nous avons recours — pour calmer le malade — à des inhalations de chloroforme (« la reine ») comme pour les cas d'éclampsie des femmes enceintes. Le résultat est brillant en ce sens que le malade arrive à avoir un repos de près de deux heures, après cessation de chaque séance de chloroformisation... Ce n'était pas la guérison : le cas s'annonçait mal; il fallait trouver un moyen pour juguler cette rougeole hémorragique qui se présentait ainsi d'une façon si maligne.

Il y avait là précisément, dans la chambre voisine, le frère aîné du malade, qui venait de terminer une rougeole dont il ne gardait plus qu'une très légère atteinte des bronches, sans parler de la coqueluche qui avait continué son évolution. Recueillir par la ponction d'une veine du bras 20 cc. de sang de cet enfant, laisser reposer ce sang dans le tube une demi-heure pour laisser surnager le sérum, injecter le sérum ainsi recueilli sous la peau du flanc du petit moribond, tout cela fut fait rapidement l'après-midi et on attendit le lendemain, sans essayer aucune autre médication quelconque.

En moins de 18 heures après l'injection de ce sérum de convalescent, nous assistons à une résurrection; la fièvre tombe à 38° et ne remonte plus

les jours suivants; l'éruption perd sa teinte violette; le malade reprend connaissance, les convulsions ne reparaisent plus, les bronches sont moins encombrées.

Cette observation démontre que le sérum des convalescents n'a pas seulement une action préventive contre la rougeole : employé à la dose de 20 cc. il s'est montré, dans notre cas, nettement curatif. Cette action curative est incontestable, puisque la rougeole a été arrêtée dans son évolution, dès le 2^e jour de la période éruptive et nous savons que cette période éruptive, dans les formes hémorragiques de la rougeole, se prolonge habituellement 8 à 10 jours.

Un deuxième fait est à noter : c'est la simplicité du traitement qui est à la portée de tous les médecins et ne nécessite aucune manipulation quelconque du sang recueilli : ni chauffage, ni addition de citrate de soude.

A l'occasion de l'observation que nous venons de citer, il nous a paru utile de rechercher dans la littérature médicale si d'autres essais ont été pratiqués dans le même sens que nous.

Nous avons relevé trois cas depuis 1918. Voici en résumé les observations de ces trois malades :

I. — 1918 : Bulletin de la Société Médicale de Hôpitaux. — Ribadeau, Dumas et Brissaud. — Adulte atteint de rougeole grave avec hyperthermie considérable 40/41. Eruption ecchymotique, épistaxis, albumine, phénomènes ataxo-adiynamiques compliqués, de collapsus, anémie, dyspnée toxique et incontinence de matières. Une injection intraveineuse de 100 cc de sang citraté, provenant d'un homme guéri de rougeole simple depuis huit jours, amène en quelques heures, une transformation remarquable de l'état du malade. Guérison complète quelques jours après.

II. — 26 décembre 1919 : Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux. — Enfant de 13 mois présente une rougeole avec une éruption à peine ébauchée, de l'hyperthermie et des phénomènes ataxo-adiynamiques. Le 5^e jour de la maladie, injection sous-cutanée de 20 cc. de sang citraté provenant d'un frère ayant eu la rougeole six mois auparavant : dès le soir du même jour, le petit patient jouait dans son bain.

III. — Société de Médecine militaire française, 20 juillet 1922 : Maniel, de Constantine. — Soldat entre avec rougeole confluyente. Hyperthémie 41°2. Noyaux de broncho-pneumonie aux deux bases. Injection sous-cutanée de 20 cc. de sang de rougeoleux arrivé au 15^e jour de sa convalescence. Amélioration très sensible le lendemain même. Guérison complète au bout de quelques jours.

Ces faits nous démontrent que nous disposons actuellement d'un moyen fort énergique qui nous fait espérer que nous sommes bien armés dans les cas très graves de rougeole. Si l'honneur de la découverte de l'action préventive du sérum de convalescent de rougeole revient à nos éminents confrères les D^{rs} Nicolle et Conseil et à tout l'Institut Pasteur de Tunis, il nous

appartiendra à nous, praticiens, de démontrer par la large extension de ce moyen thérapeutique, que c'est à eux aussi que nous devons la suggestion d'employer la même voie pour sauver certains rougeoleux d'une mort certaine.

Discussion :

Le docteur *Lemanski* rappelle que le Journal Médical français a fait paraître un numéro spécial sur l'hémothérapie. Dans ce journal, Castaigne fait remarquer qu'au lieu d'injecter aux rougeoleux du sang de convalescent, il était bien plus simple de prendre le sang du père qui a dû très certainement avoir la rougeole. Castaigne injecte le sang total, ce qui simplifiait encore l'opération. L'action bienfaisante de l'hémothérapie s'expliquerait par la mise en liberté de certains anticorps.

Le docteur *Masselot* rappelle que le pouvoir curatif du sérum de convalescent dans la rougeole, a été étudié particulièrement par Debray. Cet auteur a voulu modifier la vaccination par le sérum qui ne donne qu'une immunité très courte. Au bout de 15 jours, en effet, l'enfant put faire de la rougeole. Il a préféré laisser l'enfant commencer la maladie puis l'arrêter par le sérum de convalescent.

Le docteur *Raméry* fait remarquer que déjà en 1912 et 1913, Veill, de Lyon, injectait du sérum de convalescent aux rougeoleux. Il fait remarquer qu'avec le sérum l'injection est inoffensive, tandis que le sang total injecté dans une veine peut parfois provoquer des accidents.

Le docteur *Cassuto* fait observer que les injections de sang total se font en général intramusculaires et sont ainsi absolument inoffensives.

Le docteur *Maurice Uzan* fait remarquer que du sang total injecté dans le muscle, ne donne jamais rien, mais de l'hétéro-sérum injecté dans le muscle, donne, dans l'immense majorité des cas, des accidents sériques. Il est donc plus rationnel de faire des injections intra-musculaires de sang total.

Le docteur *Gérard* rappelle qu'il a fourni à Conseil du sang de convalescent, pris dans son service de l'Hôpital Civil Français.

Conseil faisait toujours l'injection de sang total dans les muscles, sans jamais d'accidents. Quand il utilisait le sérum il faisait des injections intraveineuses.

Le docteur *Soria* élargit la question de l'hémothérapie et signale que l'on traite bien d'autres maladies par les injections de sang. Ainsi un cas d'hématurie a été guéri par une injection intramusculaire du sang de la mère. Ces faits permettent de ne poser la question suivante :

Dans le cas du docteur Hayat la guérison est-elle due simplement au fait d'avoir injecté du sérum ou bien est-elle due à ce que ce sérum était du sérum de convalescent ? Autrement dit n'aurait-on pas obtenu le même résultat par l'injection de n'importe quel sang ?

Le docteur *Hayat* répond que cette idée ne peut se soutenir. Si le fait d'avoir injecté du sang a pu arrêter les hémorragies de cette rougeole grave et en consolidant les hématiques, certes l'arrêt de l'infection, l'arrêt de la maladie ne peut être due qu'à une action spécifique du sérum.

Le docteur *Ortona* rappelle à propos du moyen employé par Castaigne: injection du sérum du père. Qu'il lui paraît très difficile d'admettre que ce sérum puisse avoir une action spécifique.

D'autre part, il serait certes intéressant d'essayer d'injecter à des rougeoleux, du sang de quelqu'un qui n'a jamais eu la rougeole.

Le docteur *Hayat* ne pense pas non plus que le sérum du père puisse avoir quelque action, d'autant plus que dans les observation qu'il rapporte et la sienne. Il semble que le sérum du donneur est d'autant moins actif que l'on s'éloigne de sa rougeole. Ainsi dans l'observation où l'on a utilisé le sérum d'un convalescent de six mois, les résultats paraissent avoir été beaucoup moins brillants qu'avec le sérum de huit jours comme dans la première observation citée et la sienne.

Les docteurs *Cohen-Hadria* et *Maurice Uzan* font remarquer que lorsqu'on n'a pas de sérum de convalescent sous la main, on a toujours la ressource de faire de l'auto-hémothérapie.

Le docteur *Masselot* fait remarquer à propos de l'hémothérapie en général, qu'il faut bien se garder d'utiliser cette méthode thérapeutique à tout propos. Elle n'est pas exempt d'aléas.

Pratiquement, si dans un cas comme celui de *Hayat* il est permis de tout tenter, dans les autres cas, il est préférable d'éviter l'hémothérapie, car, sait-on, au juste, ce que l'on donne quand on injecte à quelqu'un du sang étranger. Même le sang d'un père.

Le docteur *Goéré* fait remarquer que pour éviter les inconvénients auxquels fait allusion *Masselot*, on pourrait byndalliser le sérum. Il donnerait les mêmes résultats.

Le docteur *Masselot* répond que dans la majorité des cas, il faut faire vite; la tyndallisation n'est plus possible.

Le docteur *De Laguennère* rappelle un travail de médecins roumains qui avaient traités 130 grippés par l'hémothérapie. Il semble qu'ils aient eu des résultats.

Le docteur *Masselot* termine la discussion en rappelant le nom de *Netter* qui fut le premier à indiquer la voie à tous les chercheurs de l'hémothérapie.



Indications Thérapeutiques de la Diathermie

La Diathermie est l'application directe des courants de haute fréquence. Les oscillations de cette modalité électrique traversant les tissus donnent naissance dans leur intimité à des effets calorifiques d'où l'origine de cette appellation.

Au Congrès de Physiothérapie de Londres, en 1922, le docteur Bourguignon rappela que tout le mérite de la création de la thérapeutique par la haute fréquence revient à D'Arsonval. Aussi pour rendre un juste hommage à cet illustre physicien biologiste, le professeur Bordier, de Lyon, proposa d'appeler D'Arsonvalisation diathermique les applications d'ordre médical de la diathermie.

Lorsqu'on soumet un sujet au passage du courant de haute fréquence, on observe qu'il manifeste une insensibilité totale aux effets électro-physiologiques. Cette action inhibitrice des nerfs sensitifs produit l'analgésie des tissus et par suite un relâchement des fibres lisses de l'appareil vasomoteur, d'où congestion et sudation. En outre, un courant de haute fréquence, de basse tension et de grande intensité, pénétrant dans l'organisme, éprouve de la part de celui-ci une certaine résistance. Aussi l'énergie électrique introduite se transforme-t-elle suivant une loi de physique universellement connue (loi de Joule) en énergie calorifique. Cette bienheureuse transformation permet à la chaleur produite de s'exercer dans la profondeur des tissus : elle est donc *endogène*. C'est une chaleur qui ne diffuse pas non plus : elle reste localisée à la région traversée par le courant électrique. Donc, le caractère spécifique de la diathermie est la production de chaleur dans la profondeur des tissus.

Cette branche de l'électrothérapie date de 1907. En France, à la suite de D'Arsonval, ce sont particulièrement occupés de la question Bergonie et Reebou, Oudin, Bordier, etc. En Allemagne, Zeyneck, Nagelschmidt, ont beaucoup étudié cette question; en Italie nous citerons Maragliano, Masotti, Pesce; en Angleterre, Cumberbatch, Patterson, Saberton, et surtout Turrel.

Tous les appareils de diathermie comportent le même nombre d'organes qui sont à peu près semblables. Ils s'en distinguent néanmoins par une seule pièce, c'est le système appelé éclateur. Nous utilisons le grand modèle de Gaiffe, système D'Arsonval (2.500 mA) avec éclateur de Broca. Les applications de diathermie se font au moyen d'électrodes métalliques nous utilisons des plaques d'étain de surface variable suivant les cas.

Nous ne pouvons nous étendre sur les effets physiologiques de la dia-

thermie; tous ceux que la question intéresse trouveront dans le remarquable ouvrage de notre Maître, le professeur Bordier, la question largement développée.

La diathermie est utilisée pour obtenir soit des effets médicaux, soit des effets chirurgicaux.

1° *Effets médicaux ou D'Arsonvalisation diathermique. Maladies de l'appareil circulatoire.* — Dans l'*hypertension artérielle*, les résultats signalés par Bordier sont vraiment remarquables. Les mêmes résultats favorables ont été constatés par Cumberbatch dans les *hypertensions* chez les *préscéreux artériels*. Les mêmes résultats favorables ont été publiés tout récemment encore par Duhem. Cet auteur n'a jamais constaté de différence avant et après la séance en soumettant ces malades à la D'Arsonvalisation simple au moyen de la cage (auto-conduction). Au contraire, avec la diathermie, sur quinze cas traités, il n'a eu qu'un seul insuccès; il s'agissait d'un malade atteint de néphrite. Duhem a vu la tension tombée de 21 cm. à 16 cm. Frédéric de Kraft (New-York City) prétend que la « diathermie agit surtout sur le système sympathique et les vaso-moteurs qui sont pour une bonne part en rapport avec les vaisseaux. La diathermie appliquée sur la région cardiaque apporte une certaine quantité de chaleur au sang qui influence ainsi le sympathique et les vaso-moteurs. Certains auteurs et Nagelschmidt en particulier, insistent sur les résultats très encourageants qu'ils ont obtenus dans les affections du muscle cardiaque défaillant en lui apportant du dehors, par l'intermédiaire de l'effet Joule, l'énergie qui lui faisait défaut.

Elle agit dans l'*angine de poitrine*, d'origine fonctionnelle, par sédation du spasme et élimination des toxines.

Elle peut également soulager dans les *anévrismes de l'aorte*. Il y a quelques années déjà le professeur Bergonie (Bordeaux) puis Nagelschmidt, traitèrent de la même façon que Duhem et avec d'heureux résultats les *aortites chroniques* et les *angines de poitrine*.

Delherm et Laquerrière ont publié plusieurs cas de *claudication intermittente* traités par la diathermie avec succès.

La diathermie est la médication qui donne les meilleurs résultats dans les *engelures* ou *érythèmes pernio* des dermatologistes, surtout dans les cas peu graves.

Les bons effets de la thermo-pénétration sur les *hémorroïdes internes* sont constants. Les applications sont faciles et indolores.

Maladies de l'appareil respiratoire. — Le traitement de certaines maladies de la plèvre et du poumon est une acquisition moins discutée. Les *bronchites chroniques* avec ou sans *asthme*, les *bronchites fétides* sont souvent améliorées par ce mode de traitement : les pleurésies aiguës peuvent en retirer un certain bénéfice mais il est surtout efficace dans les

épaississements pleuraux, reliquats de pleurésies anciennes qui accompagnent souvent de névralgies intercostales (Bergonie, Nagelschmidt).

Gunsett, de Strasbourg, a vu disparaître une pneumonie post-grippale qui n'avait pu être résorbée par d'autres moyens thérapeutiques.

Maladies de l'appareil digestif. — Les *gastropathies* relèvent de la diathermie; son influence se fait sentir sur le chimisme stomacal, la motilité de l'estomac et sur la nutrition de l'organe dont les sécrétions deviennent normales ainsi qu'il en résulte des analyses de Setzu. Les oscillations électriques de haute fréquence agissent aussi sur le grand sympathique des malades ainsi traités.

Dans les *dyspepsies*, les *entéro-colites*, questions bien étudiées, dans la thèse de Nemours, dans les *appendicites chroniques*, dans les *adhérences péritonéales*, dans les *réactions douloureuses de la vésicule biliaire*, la D'Arsonvalisation diathermique donnent des résultats remarquables.

Gaston Durand et Nemours étudiant les effets des courants de haute fréquence sur les *appendicites chroniques non opérées* et sur les *séquelles épiplœiques de l'appendite chronique opérée* ont montré le peu de constance des résultats généralement obtenus chez les premiers et la sédation généralement observée chez les opérés. La thermopénétration est particulièrement indiquée pour soulager tout ces « balafres ».

Gunsett de Strasbourg a obtenu des résultats remarquables dans les *affections hépatiques et vésiculaires* concordant avec ceux signalés par Aimard (Vichy).

L'on peut aussi calmer certaines viscéralgies qui surviennent au cours du *tabes*.

Maladies du système nerveux. — Dans le traitement des *névralgies* et des *névrites périphériques*, les résultats sont très inégaux. Madame Grunspan de Brancas a vu des sédations remarquables après deux à quatre séances; d'autres fois, les séances répétées et prolongées ne sont suivies d'aucune amélioration; ici comme ailleurs, le degré d'ancienneté de la maladie est un facteur de première importance. Lorsqu'il s'agit d'une sciatique par exemple, il faut d'abord traiter le nerf, le long de son parcours et insister ensuite sur chaque point douloureux en particulier. Cependant il semble que les succès de la radiothérapie sont venus un peu limiter son emploi. Les *névralgies* du plexus cervicales, du plexus brachiales, les *névralgies intercostales*, cèdent quelquefois après quelques applications de diathermie. Les résultats sont peu encourageants dans les *névralgies zostériennes* (Grunspan de Brancas).

Dans le traitement des *névralgies du trifurmeau* les résultats sont variables : les cas légers guérissent assez vite mais les cas graves où la galvanisation, la radiothérapie, l'alcoolisation ont échoué sont peu souvent et très difficilement améliorés.

Bordier affirme la guérison de *sciatiques* en très peu de temps lors-

qu'elles sont soignées au début. Dans le *tic douloureux de la face* les résultats obtenus sont très encourageants.

La *maladie de Parkinson* si rebelle à tous les traitements peut s'améliorer par la diathermie à condition de lui associer un traitement arsénical intense.

Dans la *poliomyélite antérieure chronique (atrophie musculaire, progressive de Duchenne de Boulogne)*, la diathermie arrive à faire disparaître le refroidissement des muscles atrophiés d'une façon définitive. En irradiant en même temps la moelle avec les rayons X très pénétrants, il est possible non seulement d'enrayer la marche envahissante des lésions des cornes antérieures mais d'amener la régénération des cellules les moins atteintes.

Par les procédés modernes (en particulier par la diathermie, la radiothérapie et la galvanisation, il est possible de guérir la *paralysie spinale infantile* ou au moins de la transformer en une affection qui « n'entraîne avec elle, ni infirmité, ni cul-de-jattisme » (Bordier).

Les hypothermies soit locales, soit générales, constituent l'une des plus intéressantes applications de la diathermie : par exemple le refroidissement d'un membre chez les malades atteints d'artérite. Le traitement de la maladie de Raynaud ou gangrène des extrémités, a donné des résultats très encourageants dans les cas de forme moyenne. Dans les hypothermies générales — quelle qu'en soit la cause — la D'Arsonvalisation diathermique est indiquée et constitue un traitement très actif.

Maladies du système musculaire. — Les *myalgies* sont très favorablement influencées par les effets de la thermopénétration. Elles cèdent en général rapidement. Dans les *lumbagos* la diathermie appliquée localement donnent des résultats rapides à condition de pouvoir l'employer assez tôt. Il en est de même du torticolis dans les cas un peu invétérés de cette maladie; il sera utile de faire suivre les applications de diathermie de contractions rythmées du trapèze par la galvanofaradisation (Bordier).

Maladies du système articulaire. — Les *affections articulaires* (rhumatisme, arthrites de toutes sortes), bénéficient du traitement diathermique. Les cas les plus favorables sont les arthrites à épanchements séreux : 1° goutteuse; 2° gonococcique. L'effet le plus frappant est la sédation de la douleur; la résorption de l'épanchement est plus tardive. Le pronostic est moins favorable quand l'épanchement est purulent comme il arrive si souvent dans les arthrites gonococciques néanmoins on voit encore s'opérer des guérisons mais il n'est pas toujours possible d'éviter les ankyloses tout au moins partielles. Chez les goutteux avec manifestations articulaires, on voit, d'après Vignale, l'articulation redevenir souple et indolore en même temps l'on constate dans le sang une baisse notable du taux de l'acide urique et de l'urée qui coïncide avec une augmentation du taux de l'acide urique urinaire, ce qui indique bien qu'il y a une élimination active.

Le *rhumatisme articulaire chronique* peut être heureusement influencé ainsi que les douleurs dites de croissance chez les adolescents si fréquents au niveau des articulations des genoux.

Dans les *calcifications périarticulaires*, les bourses séreuses notamment sous-acromiales et sous-deltaïdienne, Bergonié, puis Laquerrière et Vignale, ont signalé son heureuse influence.

Système endocrinien. — Les oscillations électriques paraissent avoir une action sur les glandes endocrines (ovaire et glandes thyroïdiennes en particulier. Dans la maladie de Basedow, la diathermie a donné à Bordier des résultats très encourageants. Ghilarducci, de Rome, a aussi obtenu des effets remarquables.

Affections cutanées. — L'action de la diathermie sur la nutrition du tissu traversé par les oscillations de haute fréquence est tellement marquée que c'est à elles qu'il faut avoir recours si l'on veut amener rapidement la cicatrisation des plaies atones telles que les ulcères variqueux et les ulcérations de différentes natures.

Maladies de l'appareil génito-urinaire. — Les affections des organes génitaux de la femme offrent un terrain bien favorable à l'emploi de la diathermie. Madame Grunspan de Brancas a vu disparaître des névralgies ovariennes qui ne sont souvent que les témoignages de vieilles affections inflammatoires, il en est de même des douleurs annexielles persistantes d'infiltrations péri ou paramétriques qui disparaissent quelquefois après une dizaine de séances de diathermie alors que toute autre action thérapeutique est restée sans aucun effet pendant plusieurs années.

Les affections gonococciques des voies urinaires, en particulier chez l'homme, étant donné le peu de résistance du gono à la chaleur, sont du domaine de la diathermie : les infiltrations péri ou para-urétrales en sont deux des meilleures indications.

La thermopénétration a aussi une action favorable constante dans la dysménorrhée. Pour Bordier, la diathermie peut donner dans l'aménorrhée, des résultats que les autres formes de l'énergie électrique ne connaissent pas. Elle est aussi à conseiller dans les ovaro-salpingites subaiguës ou chroniques.

Le professeur Bergonié a préconisé l'emploi de la thermopénétration généralisée à tout le corps chez les opérés en particulier chez les opérés de l'abdomen présentant après les interventions longues un refroidissement marqué. Cet utile procédé a donné des résultats remarquables chez les sujets à *nutrition insuffisante*. Bergonié englobe, sous la dénomination d'atoniques, les malades qui ne sont ni des anémiques, ni des atrophiques, ni des neurasthéniques, encore moins de gastriques purs, mais qui ont tous les symptômes de ces affections. La chaleur apportée par les applications forme alors une « ration d'appoint » des plus utiles.

2° *Effets chirurgicaux ou diathermo-coagulation.* — La diathermo-coagu-

lation consiste dans la mort des tissus grâce à l'action de la chaleur produite par l'appareil de diathermie. Ces effets de destruction ne sont réalisés que lorsque l'une des électrodes est prise avec une petite section par exemple une aiguille placée au contact du tissu ou enfoncée plus ou moins immédiat avec l'électrode mais elle se manifeste bien plus loin suivant que l'intensité du courant employé sera plus considérable.

Il est indispensable de posséder des électrodes actives variées nécessaires aux divers cas à traiter. L'anse diathermique de Bordier est utile pour toutes les tumeurs pédiculées. Les *loupes* et *kystes sébacés* sont facilement et rapidement enlevés au moyen du couteau diathermique. Nous n'entreprendrons pas ici la technique spéciale ce qui serait trop long.

Le rhinophyma peut être traité avec succès. Les *verruës* et *papillomes* sont facilement détruits. Citons comme justiciables de la *diathermo-coagulation*, le *xanthélasma*, les *molluscums*, les *cornes cutanées*, les *cors*, les *chéloïdes*, les *dilatations variqueuses*, les *véicules du nez*, les *noevi*.

Beaucoup de *cancers cutanés*, de *cancroïdes*, de *épithéliomas*, peuvent être guéris par la diathermo-coagulation. Dans certaines formes, au contraire, la diathermo-coagulation doit céder le pas à la radiothérapie ou au radium. Dans les épithéliomas des radiologistes, le traitement par la diathermo-coagulation donne des résultats remarquables. Bordier a soigné avec le plus grand succès et sans aucune trace de récidives, plusieurs radiologistes atteints d'ulcérations épithéliomateuses.

En Angleterre, ont traité beaucoup par la diathermo-coagulation les épithéliomas des muqueuses, les cancers de la langue ou de l'amygdale.

Les hémorroïdes procidentes sont facilement détruites par la diathermo-coagulation.

En urologie, elle commence à être appliquée couramment. La destruction des tumeurs de la vessie, préconisée par Heitz-Boyer, Cottenot et Courtade, est réalisée par l'unanimité des urologistes au moyen de la diathermo-coagulation.

Nous avons parcouru l'étendue des indications thérapeutiques du ressort de la diathermie. Elles sont multiples mais la plupart sont peu connues. Le traitement est indolore et simple; les résultats satisfaisants signalés fréquemment de tous les côtés, appellent l'attention et la considération de tous nos confrères vers cette nouvelle méthode thérapeutique.

Dr ALBERT PÉREZ.

ANALYSES

Disparition de la matité hépatique dans le pneumothorax droit

Dr Hector BÓNAN
Thèse de Paris 1924

Cette thèse, inspirée par le professeur Sergeant dont on sait l'incontestable compétence

en matière de pathologie respiratoire, nous fait connaître, en quelques pages, un signe nouveau d'une importance considérable dans le diagnostic de pneumothorax droit.

Ce signe est constant aussi bien dans le pneumothorax droit spontané que dans le pneumothorax artificiel sauf, dans ce dernier cas, lorsque des adhérences pleuro-diaphragmatiques fixent l'hémidiaphragme correspondant en position élevée. Il permet en particulier de déceler les pneumothorax latents et les pneumothorax muets sur lesquels le professeur Sergeant insistait tout récemment encore.

C'est à tort que l'on pourrait croire que le mécanisme de cette disparition de la matité hépatique et de son remplacement par une zone de tympanisme, est dû à la distension du cul-de-sac costo-diaphragmatique antérieur, par infiltration de l'air intra-pleural sous-tension. Il faut ici, de même que pour le signe de Kimbœeck, mettre en cause la parésie et l'hy-potonie de l'hémidiaphragme droit.

M. U.

Les sténoses pyloriques par ulcus du bulbe duodénal

L. ATTAL
Thèse de Paris, 1924

Cette thèse très documentée, faite à l'hôpital Saint Michel, sous la direction des doc-

teurs Victor Pauchet et Maurice Delort, porte sur 24 observations.

Elle permet de conclure que, les sténoses pyloriques par ulcus du bulbe duodénal sont caractérisées :

1° Cliniquement, par des vomissements alimentaires, vomissements de stase, quelquefois par des hémorragies (10 fois sur 24), l'existence d'une douleur nette à la palpation de la zone pancréatico-choledocienne de Chauffard;

2° Cliniquement, par l'hyperacidité du liquide à jeun et du liquide après repas d'épreuve, combinée à une évacuation retardée.

3° Radiologiquement, par une image d'estomac hypersthénique, en crochet, avec hypersécrétion assez considérable, par une déformation du bulbe duodénal (8 fois sur 24) par un transit intestinal retardé.

Le traitement médical que l'on peut tenter doit consister en lavages d'estomac suivis de gavage avec poudre de viande, lait, en prescription d'antispasmodiques (belladone, atropine) et d'un régime consistant en repas légers et fréquents avec viandes grillées et rôties, purées, pâtes, fromages frais et fruits cuits.

Si, après un mois, le malade n'est pas amélioré, s'il saigne, s'il continue à vomir, s'il maigrit, il faut opérer. Suivant le cas, le chirurgien pratiquera soit l'exérèse complète de l'ulcus en terminant par une opération de Péan, soit une gastro entérostomie marginale complétée par une jéjunostomie au bouton.

L'auteur n'a observé qu'un cas de mort sur les 24 cas opérés. Les résultats éloignés lui ont paru très satisfaisants à condition de faire suivre au malade un régime hypocarné après l'opération.

Cette thèse est illustrée de 36 belles figures signées Dupret qui en rendent la lecture encore plus attrayante.

M. U.

Le pansement iodo-éthéré

DELANCRE

Bruzelles Médical, 4^e Année, N° 17, 31 Janvier 1924, p. 331

Depuis avant 1914, l'auteur employait le pansement iodo-éthéré avec succès. Ce panse-

ment consiste après nettoyage de la plaie en badigeonnage de teinture d'iode au 1/15 suivi de l'application d'une compresse de gaze imbibée d'éther sous pansement occlusif.

Ce pansement agit par réfrigération anesthésique et par antiseptie liquide et gazeuse par vapeurs iodo-éthérées qui activent la réformation tissulaire.

Il ne s'applique qu'aux plaies non suppurantes et non cavitaires.

Il ne donne pas de brûlure iodée et l'infiltration œdémateuse de la cocaïne si on s'est servi d'anesthésie locale pour opérer, est vite dissipée.

Il active la sclérose cicatricielle et rend ainsi la cicatrice prématurément plus dense et plus résistante.

M. U.

**Traitement associé médico chirurgical
(craniotomie et bismuth)
dans la syphilis cérébrale
et la paralysie générale**

Henri DUFOUR

Bulletin Médical, 9-12 Janvier 1924, 38^e Année, N^o 2, p. 39

L'auteur rappelle que déjà Cantounet et de Martel, Rochon Duvi-gneau, Chaillous, Velter, Babinski, ont re-marqué l'efficacité dif-férente du traitement spécifique avant et après la craniotomie décompressive dans les cas de syphilis cérébrale avec hypertension crânienne. Il rap-porte un cas de ce genre qu'il a vu avec Cantonnet et fait opérer par Che-vrier, avec beaucoup de succès.

Mais il va plus loin et, dans deux cas, l'un concernant un homme de 29 ans, atteint de syphilis cérébro-spinale avec psychopathie simulant la P.G. sans hypertension du liquide céphalo-rachidien et l'autre se rapportant à un cas typhique de P. G., il combine la craniotomie à un traitement bismu-thique suivant de près l'intervention, et obtient des améliorations très sensibles.

Dans les deux cas, la craniotomie faite par Chevrier a porté sur l'hé-misphère gauche. Dans les deux cas, le traitement par le quinby suivit de près l'intervention.

M. U.

**Sur un cas de gangrène pulmonaire
traitée avec succès
par l'arsénothérapie sous cutanée
la sérothérapie antigangréneuse
et la teinture d'ail**

G. LAUZE (d'Aimargues)

L'Echo Médical des Cévennes, Janvier 1924, p. 9

L'auteur rappelle d'a-bord les observations de Perrin de Nancy, Dau-nic de Toulouse, con-cernant l'arsénothéra-pie dans la gangrène pulmonaire, celles de Dufour, Semelaigne et Ravina, Rathéry et Bordet, E. Weill, Semelaigne et Coste, Houzel et Sevestre, Netter, Girard concernant la sérothérapie anti-gangréneuse dans la même affection, celles de Lœper, Forestier et Hur-rier, Roch de Genève, concernant l'action favorable de la teinture d'ail dans ce cas.

Il rappelle les associations qui ont été faites de ces différentes médica-tions : sérum et ail (Lemerre, Kindberg et Piedelièvre), sérum et arsénic (Froment et Léorat), sérum et pneumothorax (Denechau, Estève et Quar-tier).

Dans un cas personnel, l'auteur a eu recours à la triple médication as-

sociée : injection quotidienne de 0,15 de novarsénobenzol dissous dans 1 cc. de novocaïne, sous-cutanée dans la région rétro-trochantérienne pendant vingt jours; injection sous-cutanée pendant trois jours consécutifs de 500 cm³ de sérum physiologique contenant 40 cm³ de sérum antiperfungens, 30 d'antivibron septique, 20 d'antioedématisiens, 10 d'antihystolyticus, 10 d'antistreptococcique, administration enfin par voie buccale de 20 gouttes de teinture d'ail par jour.

Il a obtenu ainsi une guérison complète qui se maintient depuis plus de huit mois.

M. U.

LIVRES REÇUS

La guérison de la tuberculose pulmonaire, par le Dr BURNAUD. — J.B. BAILLIÈRES et fils, éditeurs. — *Les Actualités Médicales*, Paris 1923.

L'auteur, médecin-directeur du Sanatorium populaire de Leysien, Privat, docent à l'Université de Lausanne, avait toute compétence et toute autorité pour traiter de ce sujet délicat. Il ne s'est pas agi dans son esprit d'affirmer la *curabilité de la phthisie*, comme l'avait fait, il y a plus de cinquante ans, dans un ouvrage célèbre, le Prof. JACCOUD. Mais bien plutôt de marquer, de façon précise, les signes cliniques définitifs de la guérison de la tuberculose pulmonaire.

M. BURNAUD dit : « Ce n'est ni dans les traités anciens (*Laënnec, Pidouy, Grancher*), ni dans les ouvrages modernes, de moins en moins inspirés par les recherches purement cliniques, qu'on trouverait la *description de la convalescence et de la sémiologie de la guérison*.

L'auteur établit que la *cicatrisation de la lésion locale* est indispensable à constater si on veut affirmer la guérison de la tuberculose. Mais cette cicatrisation n'implique pas toujours la *restitutio ad integrum*. L'arrêt des phénomènes évolutifs, l'arrêt dans l'extension des processus anatomo-pathologiques topographiques, l'amélioration de l'état général, comme poids, diminution ou disparition de la fièvre, la suppression de la toux de l'expectoration, l'amélioration des signes stéthoscopiques sont autant de symptômes qui peuvent faire penser, cliniquement, à la guérison d'une tuberculose observée. Il ne faut pas omettre les examens de laboratoire ou les données fournies par les signes radiologiques.

Le Dr R. BURNAUD consacre à chacune de ces marques des étapes vers la guérison des chapitres spéciaux, ou, dans des développements précis et judicieux, il donne la précieuse contribution de son autorité et de son expérience personnelles.

Mais, avec juste raison, l'auteur insiste sur la difficulté, généralement très grande, du diagnostic réel de la guérison de la tuberculose.

Souvent il ne s'agit que de torpidité, de latence, de chronicité, que de *guérison apparente*, de *rémission* momentanée qui ne peuvent passer pour une guérison définitive. Celle-ci peut, néanmoins, être, heureusement, constatée dans diverses circonstances : l'*épreuve du temps et du travail* est la plus

éloquente, dit l'auteur. Quand le terrain devient plus résistant, que l'évolution pathologique complexe régresse, on est en droit de parler de guérison. L'auteur rappelle que « SABOURIN déclarait guéri le malade qui, depuis trois mois, ne toussant, ni ne crachant, a repris les apparences d'une belle santé, ne présente plus de réactions après la marche ou après les causes diverses réveillant cette réaction, chez les phtisiques en évolution ».

Le livre du D^r R. BURNAUD est à lire et à méditer dans son entier. Pour ma part je l'ai fait avec le plus grand intérêt, et avec le meilleur profit, je puis le dire, et la plume à la main, pour noter et retenir d'excellents passages. C'est là une œuvre clinique d'une grande utilité pour tous les médecins.

D^r LEMANSKI.

ÆSCULAPE, grande revue mensuelle illustrée. Lettres et Arts dans leurs Rapports avec les Sciences et la Médecine. — Abonnement : 25 francs (Étranger : 30 francs). — Le numéro : 3 francs — 15, rue Froidevaux, Paris (XIV^e).

Sommaire du numéro de mars 1924

Le Docteur Pélissier, victime de la catastrophe du « Dixmude » (5 ill.), par le D^r Jules REGNAULT, ex-professeur à l'École de Médecine navale de Toulon — *Les convulsionnaires de Saint-Médard* (5 ill.), par le D^r Auguste MARIE, médecin de l'asile Sainte-Anne. — *Une saison à Caunterets en 1760 : La cure de l'abbé Voisenon* (5 ill.), par J. LORTEL. — *L'Art et la Folie* (4 ill.), par le D^r Jean VINCHON, ancien chef de clinique adjoint à la Faculté. — *Le Foie dans l'antiquité : la guérison de Tobie ; le foie dans la littérature arabe* (5 ill.), par le D^r Roger GLÉNARD. — *Supplément* (11 ill.).

Sommaire du numéro d'avril 1924

Le type physique des Egéens (5 ill.), par Jean AVALON. — *Les Anargyres Côme et Damien en Bas-Limousin* (6 ill.), par Victor FOROT, conservateur du Musée de Tulle. — *Les danses nuptiales des Néréides* (2 ill.) par MM. Louis FAGE et R. LEGENDRE. — *Les Convulsionnaires de Saint-Médard* (suite et fin, 3 ill.), par le D^r Auguste MARIE, médecin de l'asile Sainte-Anne. — *La mort de Lord Byron, racontée par Fletcher, son valet de chambre* (4 ill.). — *L'Ouïe, gravure de Daumier* (1 ill.). — *L'avarie d'une remplaçante au temps du Bien-Aimé* (2 ill.), par le Prof. Paul DELMAS, de Montpellier. — *Une « Césarienne » au XV^e siècle* (1 ill.). — *Supplément* (11 ill.).

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois de Mars 1924

DÉSIGNATION DES CONTRÔLES CIVILS	POPULATION CIVILE																		
	Fèvres typh. et paratyph.	Typhus	Varole	Scarlatine	Diphthérie	Choléra	Peste	Fèvre jaune	Dysentéries amb. ébacill.	Méningite cérébro-spinale	Poliomyélite antérieure aiguë	Pier. récurrente	Fièvre méditerranéenne	Rougeole	Grippe épidémique	Tuberculose	Oreillons	Téigne	Trachome
	1	2	3	4	6	8	9	10	11	13	14	15	16	A	C	E	G	I	K
Tunis	26	4	4	3	13								4	3		46	2		
Medjez-el-Bab		1																	
Bizerte	1			1															
Béja	2	1	4						1					23	7			1	
Souk-EI-Arba	12													7	1				33
Téboursouk		21	3																
Kef	1	1			1														
Maktar		2																	
Grombalia			1																
Kairouan		1																	
Sousse	5	3												1	11		2	1	7
Sfax														4					
Thala			2																
Gabès			11																
Tozeur			1																
Territoires Mer du Sud			3						1										
Hôpital Militaire de Bizerte																			
Hôp. Mil. Marit. Sidi-Abdallah	1																		
TOTAL	49	34	29	4	15				2				4	39	21	46	10	2	40

Nécrologie

Nous adressons nos vives condoléances à notre excellent collaborateur le docteur Paul DURAND, chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur de Tunis, qui vient d'avoir la douleur de perdre son père.

Congrès britannique d'Hygiène

Bordeaux, Mercredi 4 Juin au Lundi 9 Juin 1924, inclusivement

Sur l'invitation de la Municipalité et de l'Université de Bordeaux, il se tiendra dans cette ville, du 4 Juin au 9 Juin inclusivement prochain, un Congrès de Médecine sociale et d'Hygiène placé sous le patronage de S.M. le Roi d'Angleterre du côté Anglais et du Président de la République du côté Français.

Le Président du Congrès est le Vicomte BURNHAM et nous citerons parmi les Présidents d'Honneur : S. E. la Marquise de CREWE, Ambassadrice d'Angleterre, les Ministres de l'Hygiène, de l'intérieur, de la Guerre, de la Marine et des Travaux publics Anglais et Français; parmi les Vice-Présidents : les Maires des grandes villes d'Angleterre, de Belgique et de France et les Recteurs des Universités.

Le Comité d'organisation est composé des hautes personnalités administratives, militaires, religieuses et municipales de Bordeaux et des Représentants politiques du département de la Gironde.

Le Comité actif local est présidé par M. GUESTIER, Président de la Chambre de Commerce et le Pr. SIGALAS, Doyen de la Faculté de Médecine.

Le Congrès comprend six Sections : 1° Médecine Sociale et d'Hygiène Municipale. Présidents : *Anglais*, Sir H. D. ROLLESTON; *Français*, Prof. ACHARD. — 2° Section Navale, Militaire et Aérienne. Présidents : Vice-Amiral J. CHAMBERS, Médecin Inspecteur Général VINCENT et Médecin Directeur de la Marine GIRARD. — 3° Hygiène Industrielle. Présidents : Professeur Sir THOMAS OLIVIER et Professeur WILLIAM DUBREUIL. — 4° Maladies Tropicales. Présidents : Colonel Sir RONALD ROSS et Professeur A. CALMETTE. — 5° Pathologie, de Bactériologie et de Bio-Chimie. Présidents : Sir JOHN BLAND-SUTTON et Professeur G. MOURIQUAND. — 6° Section Féminine et d'Hygiène Publique. Présidentes : S. E. la Marquise de CREWE, LADY BLAND-SUTTON (Deputy) et Madame Wallerstein.

Communications : Les communications acceptées à ce Congrès doivent être annoncées au Comité actif et portent sur tous les sujets d'Hygiène Sociale, de Prophylaxie individuelle ou collective, et d'une façon générale ayant trait de près ou de loin au Bien-être de l'Homme. Le Congrès sera inauguré par une réception à l'Hôtel-de-Ville, le mercredi 4 Juin à 10. h. 30 en robe et costume. A partir du Samedi 7 Juin, auront lieu diverses visites et excursions sur lesquelles on obtiendra des détails en s'adressant aux Secrétaires du Congrès : MM. le Professeur B. CRUCHEF, Faculté de Médecine de Bordeaux et Docteur R. PIERRET, 7 bis rue Raynouard à Paris (jusqu'au 15-Mai) puis Villa Ménéval à La Bourboule (Puy-de-Dôme). La cotisation pour les membres de langue Française de ce Congrès est fixée à 30 francs, que l'on pourra envoyer à M. Edouard G. FAURE, trésorier du Congrès, 51, Cours de Verdun à Bordeaux.

Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

MAI 1924

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Quelques réflexions sur la physio-pathologie de l'onde pulsatile

A propos de trois observations

par le Docteur **RAMÉRY**.

Nous avons groupé les trois observations qui vont suivre bien qu'elles ne présentent d'autre caractère commun que celui d'une perturbation de l'onde pulsatile. Mais elles illustrent l'étude de la physio-pathologie du pouls, récemment reprise grâce aux procédés d'exploration de l'oscillométrie et de l'oscillographie par Billard et Merle, de Clermont-Ferrand, Mougeot, de Royat.

Ces observations sont les suivantes :

- 1° **Rétrécissement aortique pur d'origine rhumatismale;**
- 2° **Pouls paradoxal observé chez un jeune homme de 18 ans;**
- 3° **Aortite spécifique avec abolition du pouls aux deux membres supérieurs.**

OBSERVATION I

Le malade que nous vous présentons est un jeune engagé volontaire arrivé depuis quelques jours au 4^e Chasseurs d'Afrique et que le docteur Certain a eu l'obligeance de nous envoyer en consultation la semaine dernière pour une affection aortique.

P... A..., âgé de 18 ans, est charretier. Son père a été tué à la guerre; sa mère, son frère et sa sœur sont en excellence santé. A huit ans, ce malade a été atteint de rhumatisme articulaire aigu généralisé, qui l'a tenu un mois et demi au lit. Toutes les articulations ont été prises y compris les petites articulations des mains et des pieds. A neuf ans, une nouvelle poussée rhumatismale survient plus violente encore, qui oblige le malade à rester deux mois couché. Depuis, Poitiers n'a jamais été malade, il a pu

faire son métier de charretier sans être incommodé et il peut courir et même monter à cheval sans être essoufflé.

A l'examen nous constatons que la pointe du cœur bat en arrière de la 5^e côte, au-dessous de la ligne mamelonnaire; à jour frisant on aperçoit les contractions cardiaques qui dessinent une onde contractile sur la paroi thoracique. Le choc systolique est ample, senti sur une assez grande surface. En comprimant faiblement la paroi, on sent, au foyer aortique, un frémissement systolique très net. L'auscultation révèle un souffle holosystolique, ayant son maximum à la base au niveau du deuxième espace intercostal droit. Ce souffle a deux propagations, l'une supérieure intense, qui atteint les vaisseaux du cou à droite, l'autre inférieure; de telle sorte que le souffle s'entend dans la région presternale et mésocardiaque, puis diminue progressivement et disparaît en dehors de la pointe. Ce souffle est constant, toujours holosystolique dans les positions couchée, assise et debout. Le 2^e bruit est normal; la diastole est absolument libre.

Le pouls petit bat régulièrement à raison de 72 pulsations par minute. La tension artérielle égale aux deux membres supérieurs est de 10 $\frac{1}{2}$ -7; l'indice oscillométrique est de 3 divisions.



Courbe oscillométrique prise à l'humérale droite

La radioscopie faite par le médecin major Minguet montre un gros cœur dont l'hypertrophie porte sur le ventricule gauche et dont les battements sont très accusés.

Le frémissement, la situation et la propagation du souffle holosystolique de la base,

la petitesse du pouls en opposition avec les battements cardiaques perçus à la palpation et vus à la radioscopie, permettent d'affirmer le rétrécissement aortique. Reste à savoir s'il existe une lésion mitrale associée. Nous ne le croyons pas, d'abord parce que le souffle disparaît à la pointe et ne se propage pas en dehors d'elle, enfin, parce que s'il existait une insuffisance mitrale ou un rétrécissement mitral joints au rétrécissement aorti-

que, le pouls serait encore plus petit et l'indice oscillométrique n'atteindrait pas le chiffre de trois divisions. L'étiologie est, d'autre part confirmée par les antécédents. L'intensité des deux poussées rhumatismales, l'âge auquel elles sont survenues, forment les éléments de la loi de Bouillaud.

Bien que le cas soit exceptionnel comme le dit Lian, il s'agit bien d'un rétrécissement aortique pur d'origine rhumatismale.

Nous reviendrons tout à l'heure sur les renseignements complémentaires que peut fournir l'étude de la courbe oscillométrique.

OBSERVATION II

Pouls paradoxal chez un jeune homme de 18 ans

J'avais été chargé, l'année dernière, d'examiner les élèves de l'École d'Agriculture pour déterminer leur aptitude physique en vue de l'admission au cours de préparation militaire. Je fis pour chacun d'eux l'épreuve de la résistance cardiaque à l'effort par le procédé le plus simple, celui de Lian. Tandis que j'examinais un jeune homme de 18 ans admirablement développé au point de vue thoracique et musculaire, je m'aperçus qu'il existait chez ce sujet un pouls paradoxal; les pulsations s'éteignaient pendant l'inspiration et reparaissaient à l'expiration. Le cœur et les poumons étaient normaux. Je pensais à la possibilité de l'existence d'une côte cervicale surnuméraire et M. Minguet voulut bien faire une radiographie qui montra une colonne cervicale normale et un cœur normal. L'abolition du pouls était explicable par une compression des sous-clavières en partie écrasées entre la première côte et la face profonde de la clavicule lorsque le sujet, généralement un athlète, respire amplement en portant les épaules en arrière, comme l'ont montré Amburger et plus récemment Falconer et Mac Queen.

En effet, si le pouls s'arrêtait aux radiales pendant l'inspiration, il persistait aux carotides; la constriction ne pouvait être localisée que sur le trajet des sous-clavières et par conséquent l'arrêt du pouls était indépendant de toute modification d'élasticité du côté de l'aorte ou d'une diminution du débit cardiaque au cours d'une inspiration forcée comme il arrive dans l'épreuve de J. Müller.

Voici donc un cas où l'onde pulsatile est arrêtée complètement par une compression sur le trajet d'un vaisseau. Nous allons maintenant examiner le cas où le pouls est supprimé par une oblitération partielle de la sous-clavière gauche et du tronc brachio-céphalique à droite à leur origine.

OBSERVATION III
**Aortite spécifique avec abolition du pouls
aux deux membres supérieurs**

Dans un article intitulé « De la suppression de la pulsativité dans le membre supérieur gauche et de l'existence de deux régimes circulatoires opposés dans les lésions aortiques », le professeur Bard de Strasbourg (1), étudié avec minutie les causes du syndrome clinique suivant :

« L'abolition de la pulsativité sur un membre, le plus souvent le membre supérieur gauche, et l'absence de troubles caloriques, la conservation parfaite de la circulation de la peau et de la nutrition des tissus qui montrent le maintien d'une circulation efficace. »

Le cas qu'il rapporte est à peu près comparable à celui que j'ai eu l'occasion d'observer.

Je fus appelé, il y a un an, auprès d'un officier en retraite, âgé de 51 ans, atteint d'une bronchite banale. Au cours de l'examen, je m'aperçus que le pouls radial n'était pas perceptible à gauche. Je cherchais le pouls au membre opposé sans parvenir à sentir le moindre soulèvement. L'examen des carotides restait aussi négatif. La palpation des fémorales nous révéla un pouls à 80 bien frappé.

La pointe du cœur battait dans le 5^e espace intercostal gauche, la matité cardiaque n'était pas augmentée mais la matité aortique débordait légèrement le bord droit du sternum.

A l'auscultation, on entendait un souffle systolique ayant son maximum au foyer aortique. Souffle qui s'étendait vers les vaisseaux du cou mais qui n'était plus perçu à la région sternale au-dessous du 3^e costilage costal. Il n'existait pas de frémissement.

J'interrogeais le malade sur ses affections antérieures et particulièrement sur l'existence d'une syphilis ancienne. « Etant sous-officier, il y a vingt ans, me dit-il, j'ai eu un petit bouton sur la verge; le médecin-major que j'ai consulté à l'époque traita la plaie avec un peu d'iodoforme ». Le bouton avait d'ailleurs rapidement disparu et ce petit incident était presque complètement oublié par le malade. Une prise de sang et une réaction de Hecht Rubinstein, très fortement positive, me donna la certitude de cette syphilis ignorée. Depuis cette époque, le sujet était en bonne santé. Cependant il y a une dizaine d'années, il fut sujet de temps à autre à des vertiges suivis de vomissements. Au cours de la guerre, qu'il fit, comme officier de cavalerie, nes accidents disparurent mais depuis trois ans les vertiges devinrent très intenses et lorsque nous vîmes le malade, celui-ci

(1) Prof. Bard : *Presse Médicale*, n° 58, 22 juillet 1922.

nous disait qu'il n'osait plus passer dans les rues mouvementées de peur de tomber ou d'être pris pour un homme ivre.

Le diagnostic d'aortite spécifique était certain et nous instituâmes un traitement énergique : 12 injections intraveineuses de cyanure de mercure à 0,02 suivis de 10 injections intraveineuses de néosalvarsan soit 5 gr. 10 de produit actif après une cure d'iode de vingt jours nous reprenions le même traitement.

Nous avons revu ce malade, la semaine dernière avec le médecin-major Minguet. Les vertiges sont devenus moins violents et plus espacés, le souffle systolique a diminué d'intensité mais le pouls est toujours aboli aux membres supérieurs.

Trois hypothèses pouvaient expliquer l'abolition du pouls :

- 1° l'existence d'un anévrisme de la portion ascendante de l'aorte;
- 2° l'existence d'un rétrécissement aortique;
- 3° L'oblitération partielle de l'orifice de la sous-clavière et du tronc brachio-céphalique par des plaques d'artérite spécifique.

La radioscopie due à l'obligeance du médecin major Minguet montra un cœur à peu près normal avec une légère hypertrophie du ventricule gauche, celui-ci était animé de battements vifs. L'aorte ne présentait pas d'anévrisme mais une dilatation double de la normale.

L'absence d'hypertrophie cardiaque nette jointe à l'absence de frémissements éliminait le rétrécissement aortique. Restait donc l'hypothèse de l'oblitération partielle du tronc brachio-céphalique et de la sous-clavière à gauche à leur origine. L'oscillométrie nous confirma la réalité de celle-ci.

L'oscillomètre de Pachon avec le Brassard de Gallavardin placé sur l'humérale à gauche nous donna une oscillation d'une demi-division lorsque la tension du manomètre marquait $9 \frac{1}{2}$ et 9.

À droite, les premières oscillations débutèrent à $10 \frac{1}{2}$; à 10 l'oscillomètre atteignait une division à $9 \frac{1}{2}$, l'aiguille restait immobile.

Enfin au cou de pied la tension maxima était de 19, la tension minima de $11 \frac{1}{2}$ et l'indice oscillométrique de $3 \frac{1}{2}$.

La différence de calibre à l'origine de la sous-clavière et du tronc brachio-céphalique expliquait la différence constatée à l'oscillomètre, l'absence de rétrécissement sur le trajet des vaisseaux expliquait enfin l'existence du pouls et de la tension en concordance avec la lésion aortique constatée.

L'examen des membres supérieurs nous montra une circulation

périphérique qui ne paraissait pas perturbée. Les mains étaient normalement colorées, la chaleur conservée et le malade se plaignait seulement d'une frilosité légère à la main gauche.

Il peut donc exister une dissociation entre l'onde pulsatile qui constitue le pouls et la circulation périphérique efficace. Le rétrécissement causé par la présence de plaques d'artérite spécifique est suffisant pour arrêter l'onde pulsatile mais la circulation reste établie comme le dit Bord « non par le développement de collatérales hypothétiques mais simplement par le pertuis resté suffisant des orifices vasculaires rétrécis; de ce fait la transformation du courant saccadé en un courant continu qui est la règle au niveau des capillaires a pu être réalisé sans que cette régularisation prématurée ait compromis l'intensité et l'efficacité de la circulation périphérique ».

Dans l'observation du professeur Bard la malade présentait une abolition du pouls à gauche et l'oscillomètre donnait une oscillation d'une demi division entre 7 et 9 cm. de Hg. A droite, le pouls paraissait normal mais la tension maxima au Riva Rocci était de 14 cm. et la minima de 12 cm. par la méthode auscultatoire. Le faible écart des deux tensions et la faible élévation de la tension systolique contrastaient avec la présence d'une aortite bien caractérisée. Aussi cette remarque l'amena-t-il à penser qu'il existait également un début de rétrécissement au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique à droite. « Il est manifeste en effet, dit-il, que si l'influence d'un rétrécissement artériel peut être poussée jusqu'à la disparition complète de toute pulsatilité avec maintien de la pression efficace, ce résultat ne peut être atteint que par étapes et les premiers degrés doivent être représentés par l'effacement progressif des tensions extrêmes ».

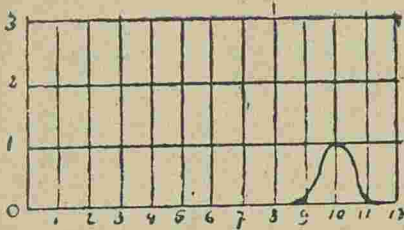
Chez notre malade on voit que le rétrécissement est plus accusé au niveau du tronc brachio-céphalique, il suffit pour cela de considérer les courbes oscillométriques ci-jointes.

Courbes oscillométriques

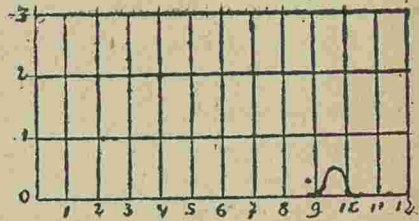
A côté du critère tensionnel classique avec P.D. élevée et P.S. élevée des aortites auquel on peut joindre deux autres symptômes dynamiques décrits par Mougeot (1) c'est-à-dire la brusquerie et la rapidité d'ascension de l'aiguille oscillométrique et l'asynchronisme du pouls radio-fémoral avec précession du pouls fémoral « il peut exister un régime particulier de P.D. basse liée à l'existence d'un ré-

(1) Dr Mougeot de Royat : « Quatre signes dynamiques de la sclérose aortique, leur mécanisme physio-pathologique », *Presse Médicale*, 12 avril 1922.

trécissement plus ou moins généralisé des orifices de gros troncs artériels ».



Courbe oscillométrique à l'humérale droite



Courbe oscillométrique à l'humérale gauche

Le mécanisme physio-pathologique des perturbations du pouls dans les trois observations que nous venons de rapporter se comprend facilement si l'on se souvient que l'onde pulsatile est créée par la réaction élastique de l'aorte, le cœur créant et mesurant la force nécessaire pour mettre cette élasticité en jeu (1)

Ces faits anciennement connus sont confirmés par l'étude récente de Billard et Merle qui ont repris les épreuves de J. Müller et de Vasalva (2)

Dans la sclérose aortique, l'élasticité de l'aorte est augmentée; son extensibilité diminue. Il faut donc une force plus grande pour mettre cette élasticité en jeu. L'onde pulsatile créée par l'aorte sera lancée avec violence, toutes choses égales d'ailleurs du côté de la périphérie; l'hypertension sera créée par la contraction cardiaque plus énergique d'où le syndrome oscillométrique et tensionnel suivant :

$$\begin{aligned} P S &> \\ P D &> \\ I O &> \end{aligned}$$

Si dans ce cas un rétrécissement vient à être interposé sur le trajet ou à l'origine du vaisseau, en amont nous aurons toujours le même syndrome mais en aval l'onde pulsatile sera plus ou moins arrêtée et nous aurons :

$$\begin{aligned} P S &\cong \\ P D &< \text{ tendant vers zéro} \\ I O &< \text{ id.} \end{aligned}$$

(1) Drs Billard et Mougéot : « La myo-hypertrophie artérielle compensatrice processus de défense », *Presse Médicale*, 2 août 1922.

(2) C. Billard et Merle : « Les Indications fournies par l'oscillométrie dans l'étude physiopathologique et le diagnostic des lésions de l'aorte », *Journal Médical Français*, décembre 1921.

Epreuve de J. Müller : Expirez profondément, bouchez les narines et faites un effort inspiratoire, le cœur se remplit et se distend comme dans les vaisseaux de la poitrine, mais tandis que l'accès du sang dans le cœur droit est facilité, son expulsion du cœur gauche est au contraire contrariée.

Epreuve de Vasalva : Expérience inverse de la précédente. Effort expiratoire après inspiratoire profonde détermine la compression du cœur et des vaisseaux thoraciques. Dans les deux cas mais par un mécanisme différent le pouls disparaît.

L'exploration des différents vaisseaux accessibles par les mesures oscillométriques permet de déterminer d'une manière précise la localisation du rétrécissement.

Dans le rétrécissement aortique pur d'origine rhumatismale, l'aorte a conservé toute son élasticité; aussi les caractères du pouls sont-ils variables avec le degré du rétrécissement. Dans le cas qui nous concerne on peut dire que la sténose n'est pas très marquée puisque l'indice oscillométrique est de 3. et que la P.D. = $3 \frac{1}{2}$.

Malgré l'arrêt plus ou moins complet de l'onde pulsatile, malgré le rapprochement des deux tensions extrêmes avec P.D. tendant vers zéro la circulation n'est pas très troublée. Dans l'observation du Prof. Bard, la capillaroscopie montrait une circulation capillaire normale absolument semblable des deux côtés et le tonomètre de Gartner enregistrait à gauche une pression artériocapillaire de 11 à 12 cm. de Hg. Nous n'avons pu, faute d'appareils, mesurer exactement cette tension périphérique chez notre malade (3^e observation) mais la seule observation clinique prouvait que la circulation était maintenue et probablement normale. L'interprétation de ce fait ne peut pas être précisée d'une manière absolue car nous ne connaissons pas ou nous connaissons mal tous les facteurs qui régissent cette circulation périphérique. Les artères musculaires possèdent en effet une propriété contractile trop peu connue qui favorise la progression du sang. « Chaque pulsation cardiaque excite les centres neuro-musculaires locaux et autonomes qui provoquent une contraction réflexe; ainsi se trouve confirmée au maximum de sa compréhension la conception du cœur périphérique exposée pour la première fois par Claude Bernard et sur laquelle Huchard plus et mieux que tout autre, a insisté au point de vue pathologique » (Mougeot). L'existence de cet automatisme a été démontrée récemment d'une manière irréfutable par Hürthle au moyen de l'électro-cardiographie.

Enfin il n'est pas jusqu'aux capillaires que l'on considérerait comme absolument passifs qui ne jouissent de propriétés contractiles, grâce aux cellules périthéliales de Roubet dont Policard vient de faire une étude d'ensemble (1).

(1) A. Policard : « Les capacités contractiles des capillaires sanguins. Mécanismes de leur mise en jeu », *Presse Médicale*, 26 décembre 1923.

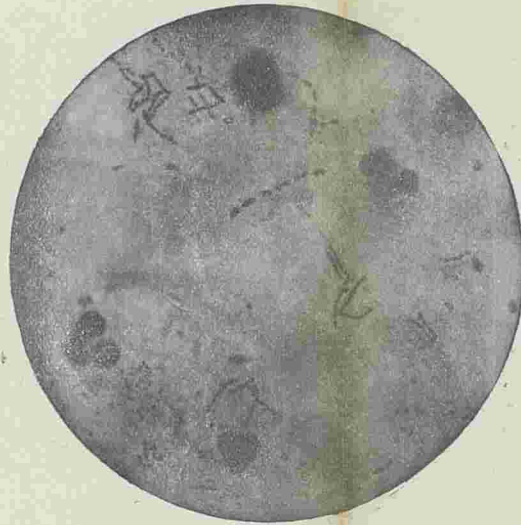
Involutions et disgrégations du bacille de Koch, à la suite des injections hypodermiques d'une solution iodo-arsenico-mercurico-phénolique (NEOBIOS), d'après la formule du Docteur Gatto-Ruffo.

(Recherches bactériologiques du Prof. F. VALERIO)



Avant le traitement.

E. 61.
Diam. 1300.
Ap. Num. 1.30



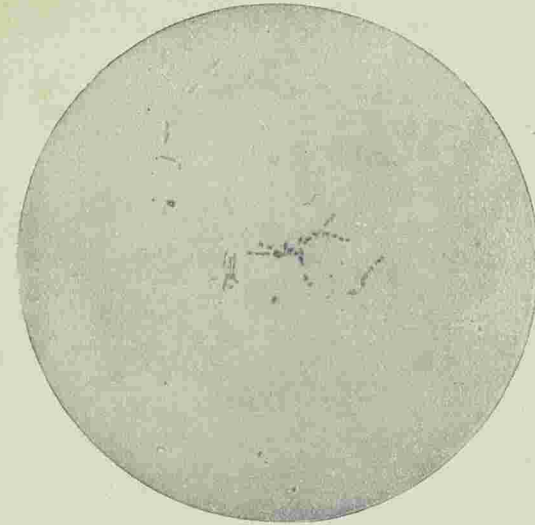
Après 10 jours de traitement.

E. 62.
Diam. 1300.
Ap. Num. 1.30.



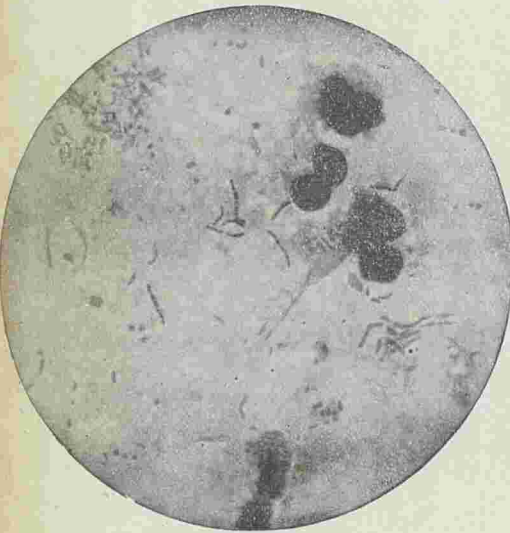
Après 35 jours de traitement.

E. 65.
Diam. 1300.
Ap. Num. 1.30.



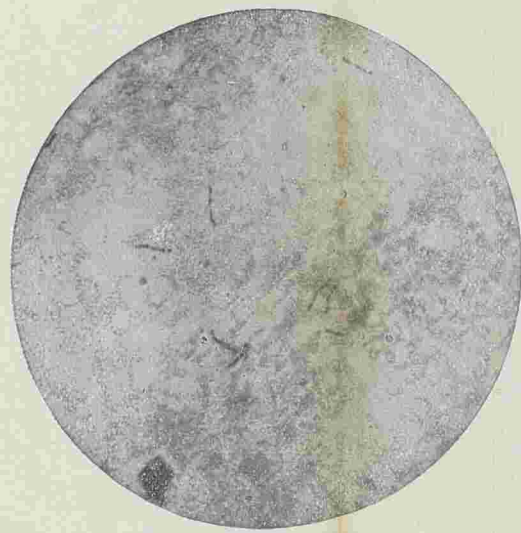
Après 40 jours de traitement.

E. 66.
Diam. 1300.
Ap. Num. 1.30.



Après 15 jours de traitement.

E. 63.
Diam. 1300.
Ap. Num. 1.30.



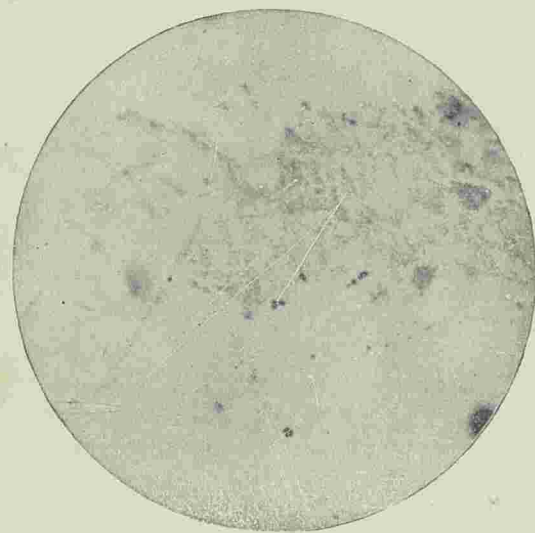
Après 30 jours de traitement.

E. 64.
Diam. 1300.
Ap. Num. 1.30.



Après 45 jours de traitement.

E. 67.
Diam. 1300.
Ap. Num. 1.30.



Après 60 jours de traitement.

E. 68.
Diam. 1300.
Ap. Num. 1.30.

The history of the United States is a story of growth and change. From the first settlers to the present day, the nation has evolved through various stages of development. The early years were marked by exploration and the establishment of colonies. The American Revolution led to the birth of a new nation, and the subsequent years saw the expansion of territory and the growth of industry. The Civil War was a pivotal moment in the nation's history, leading to the abolition of slavery and the strengthening of the federal government. The late 19th and early 20th centuries were characterized by rapid industrialization and the rise of a new middle class. The Great Depression of the 1930s led to significant government intervention in the economy. The mid-20th century saw the United States emerge as a global superpower, leading to the Cold War and the Vietnam War. The late 20th and early 21st centuries have been marked by technological advancement, globalization, and the challenges of a changing world.

Epithélioma primitif du poumon

chez un indigène musulman

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



Le cancer épithélial primitif du poumon est déjà une chose rare chez les Européens (2 pour 1000 environ) statistique des autopsies de l'Hôpital de Dresde (Ménétrier). Son existence chez les indigènes musulmans n'a pas, à notre connaissance, encore été signalée, c'est ce qui nous incite à présenter ces pièces et l'observation ci-jointe.

Le malade dont il s'agit était originaire du Maroc, journalier, âgé d'une trentaine d'années environ, venu à l'Hôpital Sadiki le 31 janvier 1923; il toussait, maigrissait et s'affaiblissait depuis quelque temps, et quinze jours avant d'entrer à l'hôpital, en levant le bras gauche, il avait senti un craquement douloureux au milieu de la partie moyenne de la clavicule gauche; à ce niveau se produisit, les jours suivants, une tuméfaction du volume d'une noix allongée dans le sens de la clavicule.

A peu près, à la même époque, au niveau de la fourchette sternale entre les deux chefs sterno-mastoïdiens, était apparue une masse arrondie s'élevant de deux centimètres dans la région cervicale, dure à la périphérie et mollasse dans sa partie médiane.

Des crachements de sang étant survenus à plusieurs reprises, et la voix devenant rauque, la gêne respiratoire augmentant, le malade se décide à rentrer à l'hôpital.

L'expectoration assez abondante, était formée de crachats épais, de couleur brun chocolat, due à du sang décomposé; pas d'odeur fétide, ni gangréneuse. La recherche du bacille de Koch fut négative à trois reprises différentes. A l'auscultation on trouvait de la congestion de la base droite, submatité, sous crépitants moyens, submatité au sommet droit avec respiration affaiblie, auscultation normale pour tout le reste du poumon. Ces signes n'étant pas en rapport avec l'état général du malade très amaigri, nous pratiquons avec le docteur Jaubert de Beaujeu, une radioscopie. Elle montre au niveau du lobe inférieur du poumon droit, une masse centrale très sombre, arrondie avec une partie cavitaire médiane, et de nombreuses petites masses arrondies, dont il est difficile de préciser le

siège, côtes ou poumons. La radioscopie montre aussi au niveau du gonflement de la région claviculaire gauche, une fracture manifeste, fracture survenue spontanément, nous le rappelons, en soulevant le bras.

Pensant qu'il pouvait s'agir d'une mycose, nous envoyons le malade à l'Institut Pasteur, pour ponctionner la tuméfaction siégeant entre les deux chefs sternaux, et cultiver, s'il y a lieu, cette tuméfaction fluctuante à sa partie médiane se confondait à sa partie inférieure avec la première portion du sternum dont elle semblait provenir. La ponction ramena un liquide épais sanguinolent, sans aucun élément figuré à l'examen direct. Résultat négatif des cultures.

Wassermann négatif; le malade est cependant mis au traitement au novarsénobenzol, quatre injections à doses progressives, mais son état s'aggrave, il se cachectise rapidement sans fièvre, sans modifications des signes pulmonaires, et meurt dans le marasme le 12 mars 1923.

A l'ouverture du cadavre, on trouve la fourchette sternale en partie rongée, molle, friable et la poche qui la surmonte remplie de sang décomposé, la clavicule gauche présente le même aspect au niveau de la fracture, os détruit friable, poche remplie de sang noirâtre; au niveau des 4^e, 6^e et 7^e côtes à droite, et 4^e côte à gauche, on trouve des proliférations osseuses, arrondies, molles; ce sont elles qui, à la radioscopie, se projetaient sur l'image pulmonaire et donnaient l'impression de nodules parenchymateux.

Les deux poumons sont farcis d'une quantité de petits nodules blanchâtres sous-pleuraux, un grand nombre siègent en plein parenchyme, au niveau du lobe inférieur droit en plein centre, se trouve une masse arrondie grosse comme une orange, molle, blanchâtre, avec une partie cavitaire remplie d'un pus chocolat et communiquant avec une bronche. On trouve de nombreuses dilatations bronchiques autour de la tumeur. Petites métastases blanchâtres, molles au niveau du foie et du rein.

L'examen des coupes dues à l'obligeance de Madame Brun, montre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique, les alvéoles pulmonaires dont on reconnaît la paroi conjonctive, sont remplies de cellules cylindriques. Il s'agit donc fort probablement d'un cancer d'une bronche intra-pulmonaire.

Le diagnostic du cancer primitif du poumon est toujours difficile,

le seul signe pathognomonique étant la constatation des produits néoplasiques dans les crachats ou dans les produits retirés par ponction de la plèvre et du poumon. Cependant, instruits par le cas que nous venons de rapporter, nous avons pu faire le diagnostic de cancer du poumon chez un maltais, diagnostic confirmé par l'examen du liquide pleural. Comme notre précédent malade, et c'est ce fait qui nous mit sur la voie du diagnostic, cet homme âgé de 56 ans environ, se fractura la clavicule, en levant le bras pour prendre sa casquette accrochée au mur au-dessus de sa tête.

ICONOGRAPHIE TUNISIENNE

Volumineux ostéo-sarcome du métacarpe et du carpe



Il est étonnant de constater encore à l'heure actuelle des tumeurs arrivées à un tel point de développement sans que le porteur n'ait songé jusqu'à ce jour à se faire soigner. Quelques pointes de feu appliquées par un rebouteux ont constitué l'unique traitement.

Cette tumeur, grosse comme un œuf d'autruche, est encore intéressante par sa localisation assez rare.

Ostéo-chondrome des doigts

C'est le deuxième cas que nous avons l'occasion de présenter à la Société, en moins d'une année. La photographie et la radiographie ci-jointes vous rendront mieux compte de la forme et des dimensions de cette variété de tumeur, qu'une description minutieuse. Ces tumeurs ont comme siège d'élection les petits os des extrémités. Très souvent multiples, ils



naissent fréquemment en pleine diaphyse, détruisent l'os par refoulement excentrique et peuvent atteindre un volume considérable; leur développement est progressif et lent sans retentissement notable sur l'état général, et ces tumeurs sont ordinairement bénignes, sans envahissement ganglionnaire, ni métastase. Dans notre cas, le volume de la tumeur seul apportait une gêne considérable et justifiait l'amputation du doigt.

D^r R.-G. BRUN.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 25 Janvier 1924

Présidence du D^r CASSUTO, *président*

Sont présents : MM. les docteurs Lemanski, Benmussa, Biecheler, Sbrana, Valensi, Bonan, Rogalski, Jamin, Roméry, Sfez Isaac, Bessis, Jarmon, Cortesi, Daireaux, De Laguennère, Soria, Smelianski, Lévy Benjamin, Lévy Guido, Masselet, Brun, Solal, Cohen-Hadria, Debache Aldo, Lalloum, Bismuth, Uzan Maurice, Nunez, Spezzafumo, Bouquet, Nalli, Durand, Sfez Gaston, Halfon, Plancke, Hayat, Pérez, Moschiano, Minguet, Jaubert de Beaujeu, Salvo, Henry, Gérard, Doméla, Lévy Emile.

×

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

×

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES

D^r BIECHELER. — Cancer primitif du poumon.

(Voir en tête de ce numéro)

×

COMMUNICATIONS

Les incidents

les accidents de la médication novarsénobenzénique dans le traitement de la syphilis

par les Docteurs

J. RAMÉRY

et

DAIREAUX

Médecin-Major à l'Hôpital Militaire de Bizerte

Médecin-Major à l'Hôpital Militaire du Belvédère

Le succès de la thérapeutique novarséno-benzénique dans le traitement de la syphilis primaire et secondaire, n'est plus une question de mode. Le novarsénobenzol est un médicament excellent et il n'est plus de praticien qui n'ait observé la cicatrisation rapide d'un chancre, ou la disparition surprenante de plaques muqueuses au bout de la 4^e ou 5^e injection.

Cependant tous les médicaments, surtout ceux qui sont les plus actifs, doivent être maniés avec précision et avec prudence et malgré toutes les précautions prises ils réservent des surprises inquiétantes désastreuses parfois, qu'il importe de bien connaître. C'est pourquoi nous avons relevé dans nos observations les accidents qui ont pu survenir au cours du traitement de la syphilis par le novarséno-benzol Billon en injection intraveineuse.

Depuis près de deux ans, nous avons traité à l'Hôpital du Belvédère, 227 malades et nous avons pratiqué plus de 2.000 injections.

Nous avons adopté le traitement mixte, c'est-à-dire que nous utilisons le mercure et l'arsenic dans les accidents primaires et secondaires. Lorsqu'il s'agit d'accidents tertiaires nous ajoutons l'iodure.

Voici quel est le schéma d'un traitement initial modifiable d'ailleurs suivant les cas d'espèces.

Nous donnons le mercure sous forme de bi-iodure à 0,02 centigr. en injection intramusculaire dans l'intervalle des injections de néosalvarsan et nous atteignons généralement 20 injections.

Les injections intraveineuses de néo-salvarsan sont pratiquées une fois par semaine; la progression type est la suivante :

0,15+0,30+0,45+0,60+0,90+0,90+0,90+0,90+0,90+0,90 soit un total de 6,90 de produit actif pour une série.

La dissolution du novarsénobenzol est faite immédiatement avant l'injection dans 4 cc. d'eau bi-distillée quelles que soient les doses, enfin l'injection est poussée en une minute, une minute et demie.

Les accidents que nous avons observés sont les suivants :

Cinq crises nitritoïdes;

Quelques réactions qui nous paraissent dépendre de l'action curatrice du médicament;

Une mort par accident encéphalo-méningé;

Une neuro-récidive par traitement insuffisant.

Nous ne dirons rien de la technique des injections intraveineuses que tout le monde connaît, ni des accidents locaux d'ailleurs facilement évitables.

Pendant l'injection, trois de nos malades ont eu la sensation d'un goût désagréable, déterminant une salivation abondante et de nombreuses déglutitions. L'un a donné coéue comparaison le goût de l'éther, les deux autres n'ont pu préciser, ils se contentaient de dire que c'était très mauvais.

La crise nitritoïde individualisée par Milian est un phénomène relativement fréquent; Milian l'a constatée 26 fois sur 532 individus.

MM. Jamin et Deleuil, 46 fois sur 12.914 injections.

Nous l'avons observée chez cinq de nos malades seulement et chez trois autres à l'état d'ébauche; il s'agissait en effet dans ces cas atténués de bouffée de chaleur à la face, disparaissant rapidement sans aucun traitement.

Voici nos observations résumées :

OBSERVATION I. — Ali ben Mohamed, soldat de la Garde Beylicale, atteint de syphilis tertiaire (glossite spécifique) supporte normalement les quatre premières doses de néosalvarsan. Pendant la première injection à 0,90, le malade est pris de vertige et de céphalée; brusquement la face se congestionne, les conjonctives sont très injectées, une toux sèche apparaît, le malade s'assied pour mieux respirer et il reste là haletant, anxieux, les lèvres turgescentes et violacées. Nous injectons immédiatement 0,001 milligramme d'adrénaline, quelques minutes après le malade se sent mieux; une demi-heure après tout a disparu.

La semaine suivante nous prenons la précaution de diluer un peu plus la solution et nous injectons lentement (3 à 4 minutes) la crise nitritoïde se reproduit avec la même intensité mais rapidement jugulée par l'injection de un milligramme d'adrénaline. A partir de la 3^e dose à 0,90, nous injectons un milligramme d'adrénaline cinq minutes avant l'injection intraveineuse et la crise nitritoïde ne s'est plus reproduite ce qui nous a permis d'arriver à la fin de la série.

OBSERVATION II. — Mohamed ben Hassine, matricule 1347, atteint de syphilis tertiaire (cicatrices de syphilides des jambes, douleurs ostéocopes des membres inférieurs, adénopathie inguino crurale, ganglions épitrochléens. W = +).

Les trois premières doses sont faites sans accident.

Le 11 décembre 1923, injection à 0,60; urticaire de la face, sans crise nitritoïde;

Le 18 décembre 1923, injection à 0,90; urticaire de la face et crise nitritoïde typhique.

Le 25 décembre 1923, injection à 0,90; mêmes accidents, les trois fois, guérison rapide par l'adrénaline.

Les 31 décembre 1923 et 8 janvier 1924, injection préventive d'adrénaline un milligramme; cinq minutes avant l'injection à 0,90, aucun accident ne se produit.

Enfin, le 15 janvier 1924, malgré l'injection préventive d'adrénaline urticaire intense généralisée et violente crise nitritoïde. Nous injectons de nouveau un milligramme d'adrénaline; une heure après tout a disparu.

OBSERVATION III. — Il s'agit d'un sous-officier qui a eu un chancre syphilitique en 1914 comme il n'a pas été traité régulièrement et malgré un W=0, nous croyons nécessaire de faire un traitement de sécurité en vue d'un mariage prochain. A la dose de 0,60, trois minutes après l'injection il est pris de vertige; malgré tout il peut arriver chez lui et là, les phénomènes congestifs de la face apparaissent avec, au contraire, du refroidissement et des fourmillements aux extrémités, puis il se produit

des vomissements et un état syncopal. Le malade a de la fièvre dans la nuit et tous les accidents disparaissent le lendemain matin. Le traitement arsenical est arrêté, le mercure est continué.

OBSERVATION IV. — Cette observation est résumée d'après nos souvenirs car nous n'avons pu retrouver les documents. Elle n'offre d'ailleurs d'autre intérêt que celui d'une crise nitritoïde particulièrement intense, qui nous effraya d'autant plus que c'était la première crise que nous observions. Cette crise survint à la 2^e injection chez un indigène atteint de syphilis secondaire, elle fut très violente et se compliqua de phénomènes congestifs pulmonaires amenant des crachats hémoptoïques; ces accidents durèrent jusqu'au lendemain, malgré l'adrénoline à haute dose.

OBSERVATION V. — Ahmed ben M'Hamed Bakloti, soldat de la Garde Beylicale : incontinence nocturne d'urine; syphilis ulcérée de la région sus-pubienne et de la base de la verge. Adénopathie inguino-crurale; leucoplasie des commissures labiales. W = +. Supporte bien les deux premières injections; à la troisième, le 9 janvier 1923, crise nitritoïde intense, traitée par l'adrénoline. Trois heures après, syncope, température à 40°, épistaxis violente. La céphalée et la température persistent pendant 48 heures, nous décidons de suspendre le traitement; le 13 janvier, subictère des conjonctives; le 15 janvier il passe en médecine avec un ictère franc intense (présence de pigments et de sels biliaires dans les urines, matières décolorées). Nous ne signalons pas cet ictère comme accident novarsénobenzolique parce que l'étiologie est discutable; on pouvait penser qu'il s'agissait d'ictère E., d'autant plus que cet ictère a guéri avec les syphilitides en substituant du novarsénobenzol au sulfarsénol en injection sous-cutanée.

La pathogénie de la crise nitritoïde est très complexe et les avis sont partagés. Il est certain que la rapidité avec laquelle elle survient, l'allure clinique, la constatation de la crise hémoclasique de Widal, tout cela rappelle étrangement le choc colloïdoclasique. Si nous ajoutons le succès de la médication anti-choe pour prévenir ou arrêter la crise, nous voyons qu'il y a là plus qu'une simple analogie.

Est-ce un accident anaphylactique ? il est bien difficile de le dire étant donné l'impossibilité de différencier le choc colloïdoclasique du choc anaphylactique en dehors de ce fait : la sensibilisation antérieure. S'il est rare d'observer les crises nitritoïdes à la première injection, certains auteurs les ont cependant signalées. L'hypothèse du choc ou de l'anaphylaxie est celle qui relie le plus de suffrages. (Ravant, Pinard, Danys, Sicard et Prof. Lumière, Kopaczudak). Milian soutient au contraire que les crises nitritoïdes dépendent d'une part, de l'insuffisance surrénale, d'autre part, de l'insuffisance de

l'alcalinité du sang. Cette alcalinité insuffisante favorise la décomposition du produit arsénical en sel monosodique qui est le grand générateur des crises nitritoïdes (1). Le rôle de l'acidité des tumeurs est encore défendu par Pomoret qui a étudié expérimentalement la crise nitritoïde chez le chien (2).

Quelle que soit l'opinion admise, le fait le plus pratique c'est qu'il existe des moyens susceptibles de prévenir ou d'enrayer la crise.

L'adrénaline est la médication qui nous paraît la plus efficace et la plus facile à appliquer. Elle n'agit probablement que sur une partie du complexe pathogénique, mais c'est celle qui est la plus évidente au point de vue clinique, nous voulons parler de la chute de la tension artérielle et des phénomènes congestifs.

On donne l'adrénaline en injection de 1 milligr., 5 minutes avant l'injection intraveineuse ou en ingestion 30 à 40 gouttes de la solution au 1/1000° dix minutes avant l'injection (3).

L'injection lente en 4 à 5 minutes ou l'injection en deux temps selon la méthode de Darys, est un autre moyen d'éviter la crise.

Pour empêcher la dissémination rapide du néosalvarsan, peut-être aussi en créant un choc local (topophylaxie) qui évitera la crise, Sicard, Paraf et Forestier recommandent de bloquer l'injection intraveineuse en maintenant le lien serré à la racine du membre où l'on fait l'injection, pendant 5 à 6 minutes.

Un autre procédé simple est signalé par Kopazeroski : Verser 3 ou 4 gouttes d'éther dans la solution aqueuse concentrée de novarsénobenzol et injecter lentement (4).

(1) L'alcalinité normale du sang étant de 212, les crises nitritoïdes ne s'observent pas chez les sujets dont l'alcalinité s'élève à 280 ou 300 tandis que ceux qui se présentent ont un chiffre bas descendant à 180 ou moins encore (Milon, *Soc. Médicale des Hôpitaux*, 14 janvier 1921).

(2) Crises nitritoïdes expérimentales chez le chien par injection intraveineuse de Novarsénobenzol (Pomoret, *Soc. de Biologie*, 30 avril 1921).

(3) Les accidents apparus il faut donner l'adrénaline en injection pour que l'action soit plus rapide : on injecte 1 milligramme dans les muscles ; au bout d'une heure si les phénomènes persistent injecter un autre milligramme par voie sous cutanée continuer ensuite l'adrénaline par injection 3 à 4 millig. par jour jusqu'à ce que la température soit devenue normale.

(4) La thérapeutique des accidents de choc consécutifs à l'injection des arsénobenzènes (Kopajewski, *Gazette des Hôpitaux*, 11 juin 1921, p. 28).

D'autres procédés moins pratiques ont été signalés. Nous les donnons pour mémoire : Anticolléoclasie novarsénicale par le carbonate de soude intraveineux Sicard, Paraf, *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 14 janvier 1921. Les auteurs utilisent la propriété antifloculante du carbonate de soude en injectant dans la veine 0,60 à 0,70 de carbonate de soude pur et sec dissous dans 30 c. c. d'eau salée physiologique ; l'injection peut se faire avec deux seringues de 20 c. c., elle doit être très lente.

Les inconvénients sont les suivants. Le carbonate de soude est un caustique puissant, il cause souvent des oblitérations veineuses, d'autre part il faut utiliser du carbonate de soude pur et sec contenu en verre dur.

Lumière et Chevrotier ont utilisé les propriétés antifloculantes de l'hyposulfate de soude (*Acad. des Sciences*, novembre 1920).

Quelques malades ont eu de la fièvre et ont souffert de céphalée le soir de l'injection, ces accidents persistaient encore le lendemain. Cinq d'entre eux ont eu une réaction intense, 39°5, céphalée violente, survenant à la deuxième et à la troisième injection.

Or, ces malades étaient profondément infectés; ils présentaient des accidents secondaires récents et ceux qui n'avaient pas d'accidents, étaient des malades insuffisamment traités. Tous avaient un Wassermann très fortement positif, à la 4^e ou à la 5^e injection ces phénomènes disparaissaient.

Nous pensons qu'il s'agit ici de réaction traduisant l'effet curateur du traitement, peut être par spirochétole intense.

Mort par accidents encéphalo méningés

Nous devons cette observation à l'obligeance du médecin-major Costa qui nous a autorisés à la publier.

Turillon Cavalier, de la remonte à Tébourba, vient à l'Hôpital du Belvédère le 3 janvier 1922, pour un chancre syphilitique du scrotum.

W = + + +.

Le traitement consiste en quatre injections de néosalvarsan à 0,30, 0,60, 0,90 et 1 gr., 20. La dernière injection fut pratiquée le 25 janvier un matin. Le militaire rejoint le jour même Tébourba; le 26 et le 27 au matin, Turillon fait son service sans incidents lorsque le 27 au soir, il est pris de crises convulsives et de vomissements. Le malade est évacué d'urgence par auto sanitaire sur l'hôpital.

Le 28 au matin, vomissements de bile et de sang; à 18 heures perte de connaissance, convulsions toniques et cloniques, ventre en bateau, trismus, écume aux lèvres, dilatation des pupilles, exagération des réflexes, le malade dans le coma, succombe à minuit.

Autopsie. — Poumons : aucune lésion apparente;

Plèvres : symphyse pleurale gauche totale de date relativement récente; adhérences diaphragmatiques de la plèvre droite.

Cœur : normal;

Capsules surrénales : macroscopiquement et microscopiquement intactes;

Foie : normal;

Cerveau : congestion pie-mérienne au niveau des régions pariéto-occipitales sans adhérences à la substance grise sous-jacente qui est intacte.

En coupe (région de la pariétale ascendante gauche) et après examen histologique, congestion de la pie-mère avec infiltration de cellules embryonnaires.

Cette observation est absolument comparable à celles qui ont été publiées; c'est-à-dire qu'il existe une période de latence de deux jours, puis la céphalée, les vomissements, les crises épileptiformes apparaissent suivis de coma terminal. Ici la dose utilisée était forte 1 gr. 20 mais des études particulièrement instructives de Serrede et Jamin, il découle que ces accidents ne se produisent guère qu'au début de la cure. C'est aussi l'avis de Pinard, de Monpini à Genève, celui-ci utilise couramment les doses de 1 gr. 20. Dutot a pu d'ailleurs atteindre sans danger les doses de 1 gr. 35, 1 gr. 50 et même 2 gr. 50.

Le chiffre de 274 morts relevé par le docteur Montberger pourrait paraître très élevé si nous ne le comparions au chiffre considérable, qu'il n'est pas possible d'établir d'ailleurs, des injections pratiquées sans incidents et nous rappelons à ce sujet la statistique tunisienne de nos confrères Jamin et Deleuil qui inscrivent un cas de mort sur 12.914 injections.

Il est impossible à l'heure actuelle de prévoir l'accident nerveux mortel. Peut être les recherches sur la réserve alcaline du sang donneront-elles quelques renseignements ? Peut-être aussi ces accidents dépendent-ils selon l'opinion d'Erbert en Allemagne et de Queyrot en France, de la présence de l'arsénoxyde malheureusement très difficilement dosable dans le novarsénobenzol (1).

La thérapeutique est le plus souvent inactive.

Cependant voici les préceptes de Louis Gueyrat :

- 1° désintoxiquer le malade par une saignée de 500 gr; injecter 1.000 à 1.500 gr. de sérum glucosé;
- 2° adrénaliser abondamment 5 à 6 mgr. par jour;
- 3° ponction lombaire (2).

Si le novarsénobenzol est une médication d'attaque excellente, nous pensons qu'il faut être très prudent lorsqu'il s'agit de traiter des accidents tertiaires déjà anciens. Il faut ici plus que jamais faire un examen complet du malade et se renseigner parfaitement sur l'état du rein et du foie.

D'une manière générale, quand le foie est déficient il ne faut pas

(1) Nicolas et Lacassagne. — *Annales de dermatologie syphiligraphie*, n° 6, 1921, rapportent un cas de mort par le novarsénobenzol pour lequel la toxicité du produit ne peut être mise en cause. La mort survint chez un sujet avec une dose de 0,45 injectée en prélevant la moitié de la solution préparée, dans une ampoule à 0,90, l'autre moitié avait été injectée à un autre malade qui ne présentait aucun accident.

(2) Louis Gueyrat. — *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 8 Avril 1921. Notes sur le traitement de la syphilis.

utiliser le novarsénobenzol et il vaut mieux recourir alors au mercure et à l'iodure.

Si le rein est plus particulièrement atteint on peut utiliser l'arsenic, encore faut-il aller très lentement dans la progression des doses; n'oublions pas que le néosalvarsan habituellement bien toléré par le rein, peut déterminer des altérations graves du parenchyme rénal chez des sujets ayant des reins cliniquement sains. Nous citerons l'observations de MM. Jamin et Deleuil que vous connaissez et celle de Lesné, où la mort survint par urémie aiguë après une injection intraveineuse de 0,15 de novarsénobenzol (1).

Un principe absolu, sur lequel tous les syphiligraphes sont d'accord, c'est que dans la syphilis primaire et secondaire, que l'on traite par le novarsénobenzol, il faut donner des doses suffisantes et prolongées, il faut s'efforcer d'atteindre la dose hebdomadaire de 1 cgr 1/2 (par kgr. sujet normal) et ne jamais suspendre le traitement à la 4^e ou 5^e injection, sous peine de voir apparaître de nouveaux accidents entre autres une neuro-récidive comme celle que nous allons vous communiquer.

Neuro-récidive par traitement insuffisant

A....., soldat de 2^e classe au 4^e Bataillon d'Afrique, voit apparaître un chancre syphilitique de la verge au mois de juin 1923, 30 à 35 jours après un coït avec une femme indigène d'un lupanar de Bou-Ficha. Il est soigné au Kef et on lui fait 4 ou 5 injections de néosalvarsan, puis on suspend le médicament parce que celui-ci manquait, paraît-il, à l'infirmerie de l'hôpital. Vers la mi-août c'est-à-dire 20 à 25 jours après la cessation du traitement, le malade se plaint de céphalée, de vertiges; il voit double; on lui fait quinze injections de bi-iodure à 0,01 sans résultats. Pendant ce temps il s'aperçoit que son visage est asymétrique; il ne peut plus fermer la paupière droite et ne peut pas lever la paupière gauche. Le malade est évacué sur l'hôpital du Belvédère, nous le voyons le 15 octobre 1923. Nous constatons une paralysie faciale droite portant sur le facial supérieur et inférieur, sans troubles gustatifs et sans troubles du côté de l'oreille; une paralysie de la 3^e paire à gauche se traduisant par du ptosis et du strabisme externe, il n'existe pas de troubles paralytiques de la langue, ni du voile du palais.

L'examen électrique fait par le médecin-major Minguet mentionne :

(1) Drs Jamin et Deleuil. — Accidents des médicaments antisypilitiques. *Revue des Sciences Médicales de Tunis*, Novembre 1922.

Lesné. — *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 18 Mars 1921, p. 399.

Dr Jamin. — Quelques idées générales sur le traitement de la syphilis, *Tunis-Médical*, Mai 1920.

« légère hyperexcitabilité faradique et galvanique du facial droit et des muscles de son territoire plus marquée sur le facial supérieur et pour le courant faradique sans réactions de dégénérescence.

L'examen des yeux fait par le médecin-major Costa, indique une paralysie du droit supérieur, du droit interne et de l'accommodation. Le réflexe à la lumière est à peine ébauché; la pupille est en mydriase moyenne, fond d'œil normal.

Le diagnostic ne paraît pas douteux. Il s'agit d'une paralysie alterne incomplète du type Weber par plaque méningée localisée dans la région interpédonculaire qui a déterminé par des troubles circulatoires restreints :

1° l'altération des fibres cortico-nucléaires du facial supérieur et inférieur avant leur décussation, situées dans la portion interne du pied pédonculaire gauche.

2° l'altération d'une partie des fibres directes du moteur oculaire commun à leur émergence au niveau du pied pédonculaire.

Le Wasserman fait le 18 octobre 1923 est très fortement positif (+ + +). Nous instituons aussitôt un traitement par le novarsénobenzol et nous faisons une série complète (10 injections 6 gr. 90 de produit actif). Nous observons dès la 6^e injection une amélioration de la paralysie de la 3^e paire et enfin la guérison à peu près complète de celle-ci à la fin du traitement. Malheureusement, la paralysie faciale n'a pas régressé; d'autre part, après la guérison du ptosis à gauche, nous constatons que le malade ne peut pas fermer aussi la paupière gauche, le frontal lui-même de ce côté est paralysé. Il existe donc une paralysie du facial supérieur à gauche. Ce qui à notre avis paraît confirmer la localisation précise de la plaque méningée (région interpédonculaire).

Trois faits sont à retenir dans cette observation :

- 1° la prépondérance des lésions sur le facial supérieur à droite;
- 2° l'atteinte seule du facial supérieur à gauche;
- 3° l'absence de réactions de dégénérescence.

Ils prouvent que la sémiologie constatée ne dépend pas de plusieurs plaques de méningite de la base atteignant le facial à son émergence au niveau du sillon bulbo-protubérontiel. Il faudrait admettre trois lésions méningées et d'autre part même, cette hypothèse admise, comment expliquer la prédominance des lésions au facial supérieur à droite et l'atteinte seule de celui-ci à gauche.

Il faut donc penser qu'il existe une lésion interpédonculaire dont la paralysie de la III^e paire nous donne la signature et tout s'explique si l'on veut admettre que les fibres cortico-nucléaires du facial supérieur passent dans la partie la plus interne du pied pédonculaire. En effet, si l'on a coutume de lire dans tous les traits de neu-

rologie que dans les hémiplegies organiques du type Weber, la paralysie du facial inférieur est plus accusée que celle du facial supérieur. C'est parce que dans ce cas la lésion n'atteint pas la portion la plus interne du pédoncule.

Voici d'ailleurs deux schémas comparatifs : l'un montre le siège de la lésion dans le Weber type; l'autre montre le siège de la lésion dans le cas qui nous concerne.

Si nous avons longuement insisté sur ces faits c'est que la position exacte des faisceaux costico-nucléaires du facial supérieur au niveau du pédoncule n'est pas indiquée dans la plupart des ouvrages de neurologie. Or, l'étude faite par Bechterew, du faisceau nerveux qu'il a appelé ruban accessoire ou ruban pédonculaire médial, nous donne une base anatomique en concordance avec les déductions que nous avons faites.

Voici la description de Bechterew :

« Le faisceau pédonculaire médial examine en dedans de l'extrémité médiale de la couche du ruban (ruban de Reil) dans la couche supérieure de la protubérance, il se myélinise tardivement consécutivement aux lésions hémisphériques, il dégénère toujours dans le sens descendant. Le faisceau chemine dans la région inférieure du pédoncule, il contourne la partie interne du pied et se place dans le 2 cm 1/4 interne à côté du faisceau pyramidal. Muratoff put suivre la dégénérescence jusqu'au noyau du facial du côté opposé après ablation expérimentale du centre cortical du nerf, mais ce n'est que lorsque le centre du facial supérieur a été extirpé que l'on peut observer la dégénération descendante (1) du ruban pédonculaire médial », schéma de Bechterew.

Nous voyons que la localisation établie par la clinique confirme cette disposition anatomique.

On peut donc opposer deux syndrômes du pied pédonculaire :

1° le syndrôme de Weber avec hémiplegie, paralysie faciale alternée portant surtout sur le facial inférieur paralysie directe de la III^e paire dont l'étiologie la plus fréquente est la thrombose ou de la cérébelleuse supérieure ou l'hémorragie des branches de la cérébrale postérieure;

2° le syndrôme de Weber incomplet sans hémiplegie avec une paralysie faciale alternée prédominant sur le facial supérieur; paralysie directe de la III^e paire par lésion cortico-méningée pédonculaire.

(1) Bechterew. — Les voies de conduction du cerveau et de la moelle, Octave Doin, 1900.

Dans le cas particulier, la lésion méningée empiète un peu sur le côté droit et c'est pourquoi nous avons observé la paralysie du facial supérieur à gauche.

Cette observation qui nous paraît intéressante au point de vue anatomique pose encore le problème du tropisme des tréponèmes. Ce malade a été contaminé par une indigène. Nous n'entreprendrons pas cette discussion qui serait déplacée ici. Cependant nous pensons avec Lacopère qui a bien étudié la syphilis dans l'Afrique du Nord qu'il n'existe pas un tréponème européen et un tréponème africain, mais un tréponème dont l'affinité porte sur les tissus ectodermiques et mésodermiques.

Les fibres cortico-nucléaires du facial supérieur passeraient dans la portion interne du pied pédonculaire, dans la région que Bechtereed a appelé ruban accessoire ou pédonculaire médial.

Voici d'ailleurs le schéma de Bechtereed; d'ailleurs Murrotoff put en suivre la dégénération jusqu'au noyau du facial du côté opposé après ablation expérimentale du centre cortical de ce nerf. Mais ce n'est que lorsque le centre du facial supérieur a été extirpé que l'on peut observer la dégénération descendante du ruban pédonculaire médial. Quand au contraire la lésion a porté sur le centre du facial inférieur, on voit dégénérer les fibres comprises dans le faisceau pyramidal qui vont jusqu'à la région de la IV^e paire, puis de là se croisent au raphé. Il existe donc au moins pour ce nerf crânien deux voies différentes de conduction centrale; l'une dans le ruban, l'autre dans le faisceau pyramidal.

D'après Hoche, le faisceau pontique aberrant de Chlésinger, le faisceau de Spitzka et la portion interne du pied du pédoncule peuvent rester intacts dans le cas de paralysie d'origine cérébrale du facial et du trijumeau.

Dans la région inférieure du pédoncule il contourne la partie interne du pied et se place ensuite dans le 2^e quart interne de ce dernier.

Ce faisceau chemine avons-nous vu, en dedans de l'extrémité médiale de la couche du ruban, dans la couche supérieure de la protuberance.

Discussion :

Le docteur *Jamin* demande si le docteur *Raméry* a observé des crises nitritoides qui n'aient pas été traitées par l'adrénaline ? A son avis, l'adrénaline ne donne aucun résultat appréciable une fois la crise déclanchée.

Le docteur *Jamin* a observé des crises sans adrénaline et d'autres avec adrénaline. Il semble bien qu'elles aient la même durée. Il donne l'adrénaline avant la crise, dans ce cas il semble qu'elle ait une action.

A propos du cas de mort relaté par *Raméry*, *Jamin* rappelle les travaux récents sur cette question qui tendent à démontrer que les accidents graves apparaissent chez les sujets porteurs de lésions de l'encéphale préexistantes.

Les autopsies de *Berger* semblent confirmer ces faits.

Au sujet du traitement de la réaction d'Hexheimer, *Jamin* tend à préciser que l'adrénaline par la bouche ou sous la peau n'a pas d'action. Il faut l'administrer par la voie intraveineuse quoique cela soit très dangereux. *Jamin* a observé un cas de coma chez un sujet qui a reçu 1/10 de mmgr. d'adrénaline dans 250 gr. de sérum.

Le docteur *Cohen-Hadria* conseille dans le traitement de la syphilis secondaire, de commencer par le mercure. Dans ces cas, en effet, la réaction d'Hexheimer est fréquente.

Le docteur *Masselot* se rappelle avoir examiné le malade nerveux que décrit *Raméry*. A son avis il semble qu'il y ait dans ce cas, des lésions poly-encéphaliques de la base postérieure, plutôt qu'une solution de continuité des faisceaux.

Le malade semblait présenter le tableau clinique d'une polyencéphalite de la base. Le docteur *Sfez* estime qu'il aurait été intéressant de connaître les renseignements fournis par l'analyse du liquide C. R.

Le docteur *Raméry* n'a pu faire cette analyse. C'est en effet, dit-il, une lacune dans l'observation qu'il présente. A propos des signes cliniques, *Raméry* rappelle que la 3^e paire n'était pas intacte et à la fin du traitement, le malade semblait amélioré. Il présenta ensuite de la paralysie du droit et de la pupille en mydriase moyenne.

Raméry pense que ces accidents sont d'ordre méningés et non d'ordre encéphaliques.

Le docteur *Guido Lévy* rappelle que l'on peut avoir aussi des réactions thermiques avec le sulfarsénol.

Le docteur *Brun* fait remarquer que l'on emploie actuellement l'adrénaline intracardiaque dans les syncopes chloroformiques. On a pu injecter près de deux milligrammes dans le cœur, sans inconvénient, on a même vu des retours à la vie, grâce à ce procédé. Le docteur *Brun* demande si dans les cas désespérés de crises nitridoïdes on ne pourrait pas utiliser le même procédé.

Le docteur *Jamin* fait observer que le mécanisme de syncopes cardiaques et de la crise nitridoïde sont absolument différents. D'autre part, on peut injecter 2 mmgr. dans la circulation artérielle sans inconvénient,

mais injecter 1/10 de mmgr dans la circulation veineuse est souvent dangereux.

Le docteur *Maurice Uzan* explique que l'adrénaline dans l'artère ne passe pas par le poumon, dans une veine, elle y passe, se met au contact de l'oxygène de l'air et devient toxique.

×

Tétanos céphalique partiel

Le docteur *Lemanski* lit l'observation d'une malade, jeune femme de 25 à 26 ans, qui, au 4^e ou 5^e jour d'une application d'eau oxygénée, pour teindre les cheveux en blond, fut prise de douleurs violentes du cuir chevelu, le jeudi soir. L'opération de décoloration avait été faite par le coiffeur, le lundi précédent. Les souffrances sont tellement vives qu'on doit employer des injections de sédol.

Le samedi, avec une température très légère, 38°5, apparaissent du trismus intense, de la dysphagie, des douleurs et de la raideur de la nuque. La tête est rejetée en arrière, les paupières sont contracturées. Douleurs pré-auriculaires et prémassétériennes, surtout accentuées à droite. Ni otite, ni angine, ni évolution de dent de sagesse. Diagnostic : tétanos céphalique partiel. Deux jours de suite, chaque jour. 30 cent. cubes de sérum antitétanique. Guérison.

En l'absence de paralysie faciale très accentuée, on peut penser à une névrite toxi-infectieuse de la branche maxillaire inférieure du trijumeau, du filet amygdalien du glosso-pharyngien (IX paire) avec contracture de l'orbiculaire des paupières (facial VII^e paire). c

Discussion :

Le docteur *Jamin* demande de quel produit on s'est servi.

Le docteur *Lemanski*. Le coiffeur a dit eau oxygénée à 20 volumes, c'est absolument faux; il n'y a pas d'eau oxygénée au-dessus de 12 volumes. Renseignements pris, le coiffeur a dû se servir d'un produit à base d'ammoniac et d'eau de Javel. Et cela avec des doigts et un peigne probablement très sales.

Le docteur *Sfez* demande s'il a été fait une ponction lombaire.

Le docteur *Lemanski* ne l'a pas pratiquée.

Le docteur *Nunez* pense que les 30 cc. de sérum qu'a reçus la malade sont insuffisants pour guérir un tétanos.

Sauf au début, répond *Lemanski*.

Le docteur *Brun* demande combien de temps après la friction est apparu le tétanos.

Le docteur *Brun* estime que, à priori, il ne semble pas que cela soit du tétanos. Le tétanos céphalique est le plus grave, il est presque toujours

mortel. D'autre part, il manque un symptôme important, la paralysie faciale.

Le docteur *Lemanski* rappelle que la malade avait une crispation du visage qui rappelait le rire sardonique.

Le docteur *Brun*. Le tétanos céphalique est d'autant plus grave que la période d'incubation est plus courte.

Le docteur *Lemanski*. A part le pithiatisme que l'on doit rejeter, quel diagnostic poser si l'on veut éloigner l'idée du tétanos ?

Le docteur *Domela* pense que, évidemment, le doute subsiste, mais il rappelle le tableau clinique de cette malade : Tête renversée, dysphagie et chute des paupières, il y avait donc de la paralysie faciale, pas paralysie de l'orbiculaire.

Le docteur *Brun* rappelle que dans la paralysie faciale — l'orbiculaire étant paralysé et le releveur de la paupière ne l'étant pas — l'œil est au contraire grand ouvert.

Le docteur *Masselot* pense que la friction un peu trop énergique du cuir chevelu a dû provoquer une dermatite du cuir chevelu, une sorte d'Erysipèle à syndromes douloureux qui a dû provoquer tout le tableau clinique.

Le docteur *Minguet* demande si l'on a regardé la dent de sagesse de cette femme ?

Lemanski. Oui, mais rien de ce côté-là.

Le docteur *Jamin* a observé du trismus chez une femme qui a reçu une teinture à base d'acide pyrogallique. Elle présentait des lésions inflammatoires du cuir chevelu.

Séance du 14 Mars 1924

Présidence du D^r CASSUTO, président

Sont présents : MM. les docteurs Cortesi, Sbrana, Sfez Isaac, Rogalski, Jaubert de Beaujeu, Benmussa, Appietto, Gontier, Raméry, Minguet, Casar, Cohen-Hadria, Sfez Gaston, Pérez, Crosse, Bouquet, Lemanski, Masselot, Brun, Lévy Benjamin, De Laguennère, Daireaux, Soria, Uzan Maurice, Smelianski, Riberolles, Disegni, Lalloum, Lumbroso, Hayat, Buvat.

×

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

PRÉSENTATIONS DE MALADES

D^r CROSSEL. — Kératodermie familiale.

×

D^r BOUQUET. — Ulcère de l'estomac perforé.

×

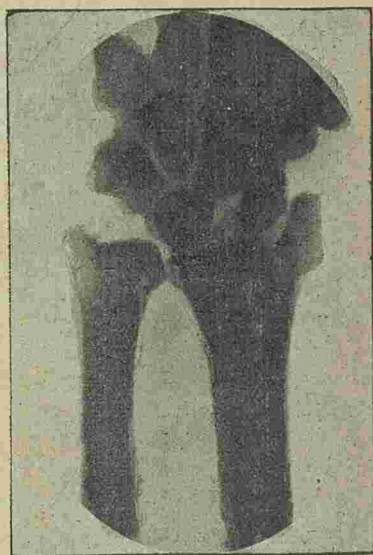
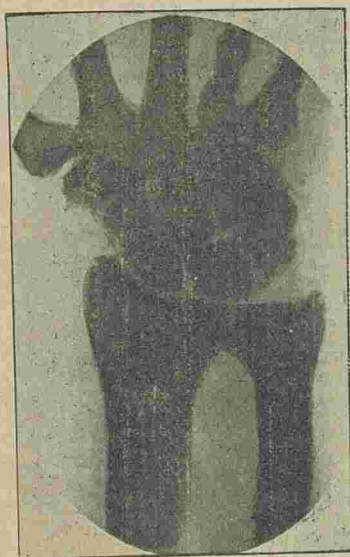
Fractures du poignet

par M. GONTIER, Interne à l'Hôpital Civil

Récemment est entré dans le service de M. Bouquet, à l'Hôpital Civil Français, un ouvrier qui était tombé d'une hauteur de 4 mètres environ, le corps penché en arrière, sur les mains portées au sol pour amortir le choc.

Cet homme présentait un gonflement très marqué des deux poignets.

Au poignet droit, le diagnostic de fracture de l'extrémité inférieure du



radius fut posé, le style radial étant sur la même ligne que l'apophyse styloïde du cubitus. De plus, douleur exquise à ce niveau.

Au poignet gauche, la douleur provoquée ne permit point un examen clinique très approfondi.

L'examen radiographique fut pratiqué immédiatement.

Au poignet droit, le cliché vu de face montre :

1° une fracture parcellaire de la base du style radial produite par le scaphoïde qui s'est enfoncé comme un coin à ce niveau et l'a en quelque sorte fait éclater.

2° On constate aussi un diastasis scapho-lunaire assez marqué, causé par un mouvement de bascule du scaphoïde à peine esquissé.

3° Le pyramidal présente un trait de fracture; il n'y a point de déplacement des fragments.

Au poignet gauche, la vue de face montre une fracture du scaphoïde offrant les caractères classiques, « le trait de fracture passe à la partie moyenne de l'os, un peu au-dessus de la partie rétrécie; il est à peu près horizontal et sépare la portion basale étalée en apophyse de l'extrémité supérieure articulaire.

Une fracture du pyramidal avec un léger diastasis pyramido-lunaire à la partie inférieure.

L'épreuve de profil du poignet gauche montre très nettement un écartement des deux fragments du scaphoïde et lève tous les doutes.

Qu'il pe soit permis de citer Destot.

Dans tous les traumatismes du poignet, l'attention doit être attirée sur le scaphoïde, car cet os est au centre traumatique et dans les associations sa fracture peut aisément passer inaperçue. Elle est cependant très fréquente (9% de la totalité des fractures d'après Ross et Wibert).

« C'est en somme à la radiographie qu'il faut demander de préciser un diagnostic.

« Il faut être très prudent et n'accepter la fracture que dans des conditions très nettes. Les formes, les aspects de cet os sont très variables suivant les attitudes et les individus.

« C'est ordinairement le cliché de profil qui permet de trancher le débat, mais encore faut-il qu'il soit bien fait et facile à lire, ce qui n'est pas toujours simple. »

J'ai pensé intéressant de communiquer ces images radiographiques, car si les fractures de l'extrémité inférieure du radius sont banales, celles du scaphoïde le sont beaucoup moins et celles du pyramidal assez rares.

×

Double lésion mitrale complicquée de médiastinite avec sclérose et ectasie de l'artère pulmonaire

par les Docteurs **Gaston SFEZ** et **Maurice UZAN**

M^{me} Esther B..., âgée de 45 ans, est entrée à l'Hôpital Israélite le 1^{er} février 1924, pour dyspnée et extinction de voix.

Depuis son enfance, elle aurait déjà accusé à plusieurs reprises quelques accidents dyspnéiques, des palpitations mais sans en être particulièrement incommodée.

Il y a une quinzaine d'années, alors qu'elle semblait en parfaite santé, elle eut un ictus qui marqua le début d'une hémiplegie gauche d'ailleurs

transitoire. Ce n'est que depuis une dizaine d'années qu'elle a remarqué quelques altérations de sa voix qui se sont amendées quelque temps. Mais à la suite de la grippe de 1918, il y eut une recrudescence des symptômes. Peu à peu ont apparus la céphalée, la dyspnée par crises espacées d'assez longues accalmies. Depuis deux ans, les crises se sont rapprochées et la malade a dû être hospitalisée trois fois.

Cette troisième hospitalisation a été commandée outre les signes habituels, par l'apparition d'œdèmes aux membres inférieurs.

Lorsqu'on examine actuellement la malade, on est tout de suite frappé par son attitude. Elle se tient assise, la position couchée faisant aussitôt réapparaître la dyspnée. Le faciès est un peu anxieux et présente de la cyanose des pommettes, du nez et des lèvres.

On peut même se rendre compte que la dyspnée est due à une cause mécanique, par les efforts qu'elle fait comme pour se libérer, à chaque inspiration, d'un poids sur le thorax.

Les veines du cou sont saillantes et décrivent des lacis bleus sur la pâleur de la peau. Par moments, à la suite d'efforts, elles se gonflent encore plus, d'une façon impressionnante. Il existe un léger tirage sus-sternal. La malade fait 32 respirations à la minute.

Les jambes variqueuses sont le siège d'un œdème mou qui garde assez profondément l'empreinte du doigt.

L'examen est ainsi tout de suite orienté vers l'appareil circulatoire.

Le pouls est petit, de faible amplitude et ralenti (60 pulsations à la minute). Il présente, par intermittence, quelques irrégularités. La tension artérielle au Vaquez-Laubry donne 11,5-8,5 aussi bien à droite qu'à gauche. Avec le Pachon, les chiffres sont un peu plus élevés : 13,9 mais encore égaux aux deux humérales. Les deux pouls sont d'ailleurs égaux, ne présentant pas de retard l'un sur l'autre. D'autre part les courbes oscillométriques pour les deux humérales se superposent presque et ne permettent pas de conclusion en faveur d'une anomalie. Il n'y a point non plus de précession du pouls fémoral sur le pouls radial du moins appréciable au doigt.

L'inspection de la région précordiale ne révèle pas de voussure, ni de battements, ni aucune rétraction de la paroi thoracique. La palpation nous montre la pointe battant à la partie inférieure du 6^e espace intercostal (vers la 7^e côte) très en dehors de la ligne mamelonnaire. L'aire de matité cardiaque nous apparaît augmentée dans toutes ses dimensions. Elle dépasse nettement le bord externe du sternum à droite. Le bord gauche de cette matité n'affecte pas une forme rectiligne. Il présente une espèce de cap arrondi vers le 3^e espace intercostal. Nous n'avons pas pu percuter l'oreillette gauche en arrière.

A l'auscultation, nous trouvons un cœur arythmique qui présente :
à la pointe, un souffle nettement systolique, presque « en jet de vapeur » se propageant dans l'aisselle;

à la base, prédominant au 2^e espace intercostal gauche tout contre le sternum, un dédoublement du 2^e bruit.

Si maintenant nous poussons nos investigations vers le poumon, nous trouvons d'une part quelques râles disséminés dans les deux bases et surtout un gros souffle bronchique au niveau du hile gauche.

Si nous essayons de saisir la trachée au-dessous du larynx, nous ne la trouvons animée par aucun battement systolique ou diastolique. D'ailleurs dans le cœur sus-sternal on ne sent aucun battement ni frémissement.

Le foie est légèrement augmenté de volume. La rate est normale.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont plus vifs à gauche. Il n'y a pas de clonus du pied ni de la rotule. Le Babinski est ébauché à gauche tandis que Oppenheim est nettement positif. Aux membres supérieurs les réflexes sont normaux.

Les pupilles sont égales et réagissent aussi bien à la lumière qu'à l'accommodation.

La voix est actuellement éteinte, voilée mais non bitonale.

Si nous interrogeons la malade sur ses antécédents, nous apprenons qu'elle n'a eu aucune maladie importante dans son jeune âge, qu'elle s'est mariée à 25 ans, n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches et qu'enfin son mari est mort jeune de pneumonie il y a 9 ans.

Les caractères de la voix de notre malade nous ont incités à demander au docteur Solal, un examen laryngologique qui a montré une paralysie récurrentielle gauche avec des lésions de laryngite chronique.

Des Wassermann faits à plusieurs reprises et une fois en particulier après réactivation, ont été toujours négatifs.

La première hypothèse qui se présenta à notre esprit fut celle d'une maladie mitrale s'accompagnant d'un anévrysme aortique, cause de tout ce syndrome médiastinal décrit ci-dessus. Cependant, cliniquement, quelques faits plaident contre le diagnostic d'anévrysme aortique : absence de battements, d'expansion, de frémissement, pression différentielle notable aux deux humérales, courbes ocellométriques superposables, aucun retard des différents pouls les uns sur les autres.

La double lésion mitrale nous semble au contraire suffisamment démontrée cliniquement : l'insuffisance par le souffle systolique très net de la pointe; le rétrécissement, par les commémoratifs (troubles cardiaques du jeune âge, petit ictus), par la présence du dédoublement du second bruit qu'on entend au foyer pulmonaire, par la dilatation des cavités droites appréciable à la percussion. Ces signes physiques caractérisant ce 4^e degré du rétrécissement mitral décrit par Vaquez, après Potain.

Nous avons alors demandé au docteur Pérez de vouloir bien éclairer no-

tre diagnostique par un examen radioscopique. Nous reproduisons ci-joint l'orthodiagramme qui nous a été remis.

Il permet de constater les particularités suivantes :

1° Dilatation des cavités ventriculaires et particulièrement du ventricule droit;

2° Hypertrophie du ventricule gauche masquant complètement le sinus costodiaphragmatique correspondant, même en inspiration profonde;

3° Surtout enfin, la présence d'une saillie arrondie occupant exactement l'arc moyen, qui ne semble pas animée de battements, et dont l'opacité égale au moins celle du reste de l'aire cardiaque.

Tout cela en position frontale antérieure.

En position O.A.D. l'espace rétrocardiaque apparaît uniformément sombre au moins dans ses 2/3 inférieurs.

Cet examen radioscopique élimine nettement le diagnostic d'anévrisme aortique qui se trouvait déjà ébranlé cliniquement. En effet, la saillie constatée sur l'orthodiagramme occupe strictement l'arc moyen. Or, nous savons que l'arc moyen ne correspond radiologiquement qu'à l'artère pulmonaire.

Cependant Delherm et Chaperon, dans un article paru dans le *Journal de Radiologie* de janvier 1923, écrivent : « L'arc moyen nous a paru être constitué normalement tout entier par l'artère pulmonaire jusqu'au point C; cependant nous avons admis que dans les cas de cœur transversal, l'oreillette gauche dilatée peut venir déborder le profil pulmonaire. »

Dans le cas qui nous occupe la saillie de l'arc moyen est par trop volumineuse pour être constituée uniquement par l'oreillette gauche dilatée et nous devons admettre l'existence d'une ectasie de l'artère pulmonaire avec sclérose des parois vasculaires étant donnée l'opacité de l'image.

De plus, le diagnostic de double lésion mitrale ne se trouve pas infirmé radiologiquement puisque nous constatons une dilatation des cavités ventriculaires prédominant à droite, et de l'oreillette gauche.

Nous nous trouvons donc en présence :

1° d'une double lésion mitrale;

2° d'une ectasie avec sclérose de l'artère pulmonaire;

3° de signes de compression médiastinales (paralysie récurrentielle gauche, compressions des veines et de la bronche gauche).

Comment expliquer la coexistence de ces différentes lésions ? Or, Traube avait déjà montré l'existence d'athérome de l'artère pulmonaire secondaire à l'existence d'une sténose mitrale et le rôle joué dans sa production par l'hypertension existant dans la petite circulation du fait du barrage mitral. Depuis, Vaquez et Giroux (*Soc. Méd. Hôp.* 24 juillet 1908), Laubry et Parvu (*Soc. Méd. Hôp.* 25 juin 1909), L. Giroux dans sa thèse (1910) et dans un article récent du *Monde Médical* (1^{er} juillet 1923) sont revenus sur ce point. Plus encore, Queyrat et Bordet ont observé récemment un ané-

vrysmes de l'artère pulmonaire avec sténose mitrale, chez un hérédo-syphilitique.

Ainsi donc se trouve réalisée la filiation de la sténose mitrale vers l'athérome et l'ectasie pulmonaire.

D'autre part, la paralysie recurrentielle a été notée par de nombreux auteurs au cours des sténoses mitrales. Ortner (Wien-Klin-Woch, X p. 753) la signala le premier en 1897. Depuis, en France, Lian et Marcorelles (Arch. mal. du cœur) en 1913, Claissé en 1913, (Soc. Méd. Hôp.), et, à l'étranger Fetterhoff et Norris en 1911, Brown et Hempstead en 1918, sont revenus sur ce point.

Lian, dont les recherches nous ont été rappelées aimablement par le docteur Benmussa, donnait de ce fait l'explication suivante :

« Dans un travail sur ce sujet, j'ai conclu en faveur de la théorie de D'Alexander : compression du récurrent par l'artère pulmonaire gauche, elle-même refoulée par l'oreillette gauche dilatée. Toutefois j'ai considéré comme nécessaire l'adjonction d'un des deux facteurs suivants :

1° soit l'existence d'une thrombose ancienne de l'oreillette gauche, dont la paroi doublée de caillots organisés est rendue plus rigide;

2° soit la présence d'une médiastinite chronique.

D'autre part, sous trouvons dans l'ouvrage de Vaquez sur les maladies du cœur l'explication suivante qui nous semble plus adéquate à notre cas :

« Enfin, pour Fetterhoff et Norris, ce ne serait pas l'oreillette mais l'artère pulmonaire, qui, en se dilatant viendrait comprimer le nerf récurrent. Ce mécanisme n'est pas inadmissible; c'est certainement lui qui était en cause dans un cas que nous avons observé et dans un autre qui a été rapporté par Bensaude où l'examen radioscopique montra une forte augmentation de l'arc pulmonaire. Cette interprétation a été également soutenue par Brown et Hempstead ».

C'est en effet, le cas de Bensaude cité ci dessus qui semble se rapprocher le plus du nôtre. Il y a cependant un point dans l'observation que nous rapportons qui n'a été signalé nettement par aucun des auteurs précédemment cités : c'est la compression veineuse et bronchique concomitante. Cette compression d'une part, l'obscurcissement de l'espace rétrocardiaque d'autre part, doivent nous faire admettre l'existence d'une médiastinite chronique tout au moins partielle.

En résumé, nous pouvons admettre dans ce cas le processus suivant : double lésion mitrale, hypertension dans la petite circulation, sclérose et ectasie pulmonaire, médiastinite chronique. On peut s'étonner de ne point voir plus fréquemment survenir des troubles secondaires chez les rétrécis mitraux. Il nous semble que ce processus nécessite, chez le malade, une tendance spéciale à la sclérose des organes intéressés. Or cette tendance sclérosante est la caractéristique des lésions spécifiques. Aussi, malgré l'a-

namnèse et la sérologie négatives, allons nous tenter dans ce cas, un traitement d'épreuve.

N.-B. — Au moment où nous présentons la malade, elle est encore sous l'influence d'une crise d'hyposystolie, qui masque un peu les signes d'auscultation.

×

Tumeur de la face antérieure de l'estomac

par les Docteurs **Gaston SFEZ** et **Maurice UZAN**

Le malade que nous allons vous présenter est âgé de 50 ans et n'a pas eu d'antécédents morbides héréditaires ou personnels qui semblent pouvoir retenir notre attention. L'œil qui lui manque a été perdu accidentellement.

Il fait remonter le début de l'affection actuelle à un an environ. Il a accusé des troubles vagues : douleurs et malaises sans horaires précis mais s'exagérant la nuit, pyrosis, mais n'a jamais présenté de vomissements, d'hématémèse, ni de malaria. Ses selles ont toujours été normales et régulières, il n'a pas eu d'anorexie élective et son état général était assez bien conservé.

Nous l'avons vu pour la première fois à l'Hôpital Israélite le 11 juillet 1923. La palpation est négative à cette époque. Un examen radiologique fait par le docteur Debbache confirme un examen qui avait été fait auparavant par le docteur Cattani (et dont nous n'avons eu connaissance qu'après). Tous deux montrent un estomac petit, un peu retractoré, évacuant rapidement par incontinence pylorique.

Le tubage fait à jeun montre l'absence de stase micro et micro-alimentaire, la présence de faibles traces d'acides de fermentation, une acidité totale faible 0,45, avec anachlorhydrie. La réaction de Weber est négative, celle de Thevenon Rolland faiblement positive. Après lavage, l'examen cytologique montre quelques rares hématies, et de gros placards épithéliaux banaux.

Enfin le repas d'épreuve de Delort-Verpy (solution de peptone salicylée) montre une faible acidité dans les tubes de prélèvement en série, ainsi qu'une évacuation très précoce puisque après 15 minutes on ne trouve plus de produits salicylés.

Nous concluons alors à un néoplasme infiltrant la région prépylorique. Mais le malade se refuse à toute éventualité opératoire.

Cependant, étant donné l'aspect florissant du malade, nous réservons le diagnostic de syphilis gastrique. Un Wassermann fait avant et après réaction a été négatif.

Nous nous contentons d'un traitement médical symptomatique et le malade quitte l'hôpital disant qu'il allait mieux.

Au début de cette année 1924, il apparaît une ascite avec des œdèmes des membres inférieurs qui ont évolué sans température. Le malade est

admis à nouveau à l'hôpital. Il a une grosse ascite que nous pouvions évaluer à 10 litres avec circulation collatérale, avec grosse rate, gros foie, œdèmes des membres inférieurs. Le malade refuse une ponction. Nous lui administrons des diurétiques (théobromine, chlorure de calcium). A la suite d'une diurèse très abondante nous avons vu disparaître ces hydropisies et le malade nous quitte le 8 février 1924, le ventre à nouveau libre, souple, la palpation de l'estomac ne révélant encore rien d'anormal. Nous nous sommes alors même demandés si notre premier diagnostic ne se trouvait pas infirmé et si nous n'avions pas à faire à une vulgaire cirrhose.

Cependant, les douleurs persistent, s'exagérant nettement la nuit et le 10 février, l'un de nous a constaté une résistance à la palpation du creux épigastrique. Du 10 février au 5 mars, nous n'avons pas revu ce malade, mais, entre ces deux dates, il s'est développé une énorme tuméfaction de l'hypochondre gauche et du creux épigastrique.

Il rentre pour la troisième fois à l'hôpital avec une radio nouvelle faite par le docteur Cattan et que nous vous montrons ci-joint :

La palpation nous permet de constater nous-même la présence d'une énorme masse, dure, à surface un peu irrégulière, dont on peut saisir le bord supérieur du creux épigastrique près de l'appendice syphoïde et le bord inférieur juste au-dessus de l'ombelic sur les côtés, elle semble se séparer de la matité splénique par une courte zone de sonorité. Il est beaucoup plus malaisé de la délimiter à droite ou par endroits, elle semble s'insinuer sous le foie qui est augmenté lui-même de volume. La consistance de cette masse est uniforme. On peut la mobiliser légèrement dans le sens vertical mais en provoquant des douleurs.

De plus, le malade a maigri, a moins d'appétit et semble plus anémique.

Un examen de sang montre une formule leucocytaire normale. A l'hémoglobinomètre de Talqvist nous trouvons 60 % d'hémoglobine.

Nous avons tenu à apprécier nous-même le volume de la masse épigastrique, radiologiquement.

L'examen fait en notre présence par le docteur Pérez montre l'estomac réduit à une simple petite bande supérieure d'où le bismuth s'écoule pour tomber dans un petit bas-fond en cul-de-sac. Tout le reste est infiltré par une masse qui semble occuper la face antérieure de l'estomac presque exclusivement. L'évacuation pylorique se fait facilement.

Nous avons effectué un nouveau tubage à jeun. Nous retirons un liquide assez abondant teinté de sang ne contenant pas d'HCL libre, ni d'acides de fermentation. Après lavage au sérum, aseptique, qui a été laborieux et incomplet, nous trouvons une albumino-réaction positive par litre, au dosage).

L'examen cytologique révèle :

la présence de globules blancs en très grand nombre, presque autant de polynucléaires que de grands et moyens mono sans lymphocyte;

la présence d'hématies nombreuses;

l'existence d'une flore microbienne très riche (cocci et petits bacilles courts);

des cellules épithéliales cylindriques et pavimenteuses de desquamation.

Quelques cellules déformées mais aucune ne permettant de faire un diagnostic net de néoplasie encore moins de la nature de cette néoplasie.

Le diagnostic qui s'impose à nous reste donc tumeur de la face antérieure de l'estomac.

Quelle est la nature de cette tumeur ? Trois diagnostics semblent devoir retenir notre attention : tumeur maligne (carcinome ou épithéliome, sarcome ou syphilis). Le diagnostic de périgastrite ne peut se soutenir ici de même que celui d'inflammation aiguë de la paroi gastrique, le malade n'ayant jamais présenté de température.

En faveur du carcinome, il y a évidemment la notion radiologique du début, la tumeur elle-même. Cependant quelques faits sont tout au moins anormaux au cours de l'évolution des carcinomes ou épithéliomes : persistance d'un état général satisfaisant pendant plusieurs mois, développement trop rapide de la tumeur actuelle après une longue période de latence, absence d'hémorragies, absence d'adénopathies, intensité des phénomènes douloureux et leur prédominance nocturne.

Cela nous a incité à rechercher dans les autres tumeurs gastriques celles qui cadreraient mieux avec ce tableau clinique. Or, le sarcome primitif de l'estomac peut avoir une évolution de ce genre, il a rarement été causes d'hémorragies, ne s'étend pas aux ganglions, il préfère les localisations pariétales aux localisations orificielles, il s'accompagne d'un état général longtemps satisfaisant, et sa formule leucocytaire est proche de la normale alors que dans le cancer on note une leucocytose dans 93 % des cas (Enriquez, Edouard Antoine et Caspérin). D'ailleurs une observation de Gosset, publiée en 1912 et reproduite dans la thèse de Thévenot (1920) rappelle d'assez près la nôtre sauf que la localisation, pariétale aussi, était postérieure dans ce cas.

Cependant les douleurs, leur exacerbation nocturne nous a rappelé l'enseignement de Hayem qui faisait de ce caractère un élément de diagnostic important en faveur de la spécificité gastrique. De plus, la syphilis peut être la cause de ces grosses tumeurs pariétales à développement rapide. Les observations de Hayem, de Bensaude et Rivet, celles de Lemierre Gauthier et Raubot-Lapointe, sont de cet ordre. La négativité du Wassermann ne doit pas faire nier l'existence d'une syphilis viscérale et nous rappellerons les phrases suivantes de Alban Girault parues récemment :

« 3^e cas. — La Σ est niée; la réaction de W. est négative. Dans ce cas

on ne doit pas écarter la syphilis et refuser un traitement d'épreuve, chez un sujet présentant des troubles gastriques rebelles à tout traitement ou porteur d'une tumeur jugée inopérable ».

Rien ne permettant de trancher le diagnostic, le malade refusant toujours une intervention au moins exploratrice, il ne nous reste qu'à tenter un traitement d'épreuve qui nous permettra de faire un diagnostic plus précis et, s'il y a lieu, d'améliorer l'état du malade.

Nous nous proposons de vous en reparler après traitement.

Discussion :

Le docteur *Soria* rappelle un cas semblable. Il s'agissait d'un malade qui présentait une hématurie bi-latérale avec une tumeur épigastrique dure et lobulée. Le docteur *Soria* pense qu'il doit s'agir d'un sarcome rétro-péritonéal.

×

Un cas d'insuffisance de la valvule iléo cœcale

par les Docteurs **E. LEVY** et **JAUBERT DE BEAUJEU**

La malade dont il s'agit nous est envoyée d'Algérie, pour un traitement radiumthérapique.

Agée de 65 ans, elle n'a pas eu de maladie grave auparavant, multipare, sans fausse couche.

Depuis l'été dernier, une diarrhée tenace s'est installée qui a résisté jusqu'ici à tous les traitements et qui prend de temps en temps l'aspect dysentérique avec sang et glaires. Les douleurs abdominales qui étaient peu vives et intermittentes au début, sont devenues permanentes et intolérables.

La malade présente actuellement un état de maigreur très marqué avec un teint cachectique jaune paille.

La palpation abdominale est douloureuse mais ne révèle pas de tuméfaction; on sent dans les aines quelques ganglions durs. Le toucher rectal ne révèle rien de particulier.

Cependant d'après les parents de la malade, son médecin, au cours du toucher rectal, aurait perçu à bout de doigt une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Pour déterminer exactement le siège de la lésion on décide de faire une exploration radiologique du gros intestin par lavement opaque.

Après purgation préalable, un lavement opaque de 1.500 cc. est donné. Il pénètre aisément, mais en présence des signes d'intolérance présentés par la malade, il faut se contenter d'une radiographie prise rapidement, sans pouvoir faire un examen radioscopique.

La plaque montre que tout le gros intestin est dessiné, il ne présente pas de déformation.

On voit en outre, que le liquide opaque a pénétré dans l'intestin grêle, dont il dessine quelques anses.

La région terminale du grêle au voisinage du cœcum n'a pas pris le bismuth alors que les anses plus éloignées sont nettes et bien dessinées.

Le lavement opaque a donc forcé la valvule de Bauhin et a pénétré sans effort dans le grêle.

D'après Jaugeas, l'insuffisance de la valvule iléo-cœcale n'est pas rare, elle peut être due à une malformation anatomique ou à des troubles nerveux, elle s'observe après la distension exagérée du colon et aussi dans l'appendicite chronique.

D'après Assmann, les causes d'insuffisance sont :

1° changement organique de l'état des valves : tuberculose, carcinome, processus ulcératif, dysentérique ou autres;

2° par l'influence de différentes causes sans lésion anatomique des valves : adhérences péricœcales, appendicite chronique, etc.

En l'absence de vérification opératoire dans notre cas, il est difficile de saisir la cause d'insuffisance, cependant il est permis de penser avec toutes les réserves d'usage, que la lésion siège au niveau de la lacune signalée plus haut sur la portion terminale de l'iléon et qu'elle a déterminé l'insuffisance de la valvule.

Arthropathie tabétique et accidents de travail

par E. NATAF
Thèse de Paris 1924

Cette thèse, basée sur une observation du professeur Auguste Broca, pose un problème mé-

dico-légal intéressant.

Un homme travaillant à la cisaille, s'est tordu la jambe droite sans tomber. Une demi-heure après son genou enfle, mais cela ne l'empêche pas de marcher en s'aidant d'une canne. Deux mois après, on peut retirer encore par ponction, du liquide séro-hématique de cette articulation qui est le siège d'une très volumineuse hydarthrose. L'examen clinique montre un épaissement de la synoviale et des os et en particulier révèle une masse charnue au-dessus et en dedans de la rotule. Les mouvements de latéralité sont considérables. Une radiographie montre une déformation des parties internes du fémur et du tibia, et des estompages par proliférations sous-périostées irrégulières.

L'examen neurologique fait par le professeur Claude, montre l'abolition des réflexes achilléens, et la conservation du réflexe rotulien à gauche seulement, l'inégalité pupillaire, un signe de Romberg et permet de décélérer des douleurs à caractère fulgurant.

La réaction de Bordet Wassermann est positive.

L'arthropathie de cet ouvrier est donc de nature tabétique et a été révélée par un mouvement de travail qui n'a pas le caractère juridique de l'accident.

Il n'y a donc pas lieu d'attribuer d'incapacité permanente et partielle dans ce cas.

M. U.

Etude chirurgicale sur la maladie de Barlow

par E. SAMAMA
Thèse de Paris 1924

Cette thèse, inspirée par le professeur Auguste Broca, constitue une bonne étude des lé-

sions osseuses, lésions chirurgicales, du scorbut infantile. Elle rappelle l'historique de cette question, les controverses suscitées, la clinique. Un excellent chapitre de diagnostic fait passer en revue de nombreuses méprises où la maladie de Barlow put prêter à la confusion avec le rhumatisme articulaire aigu, la pseudo-paralysie de Parrot, la paralysie infan-

tile, l'ostéomyélite, la tuberculose vertébrale, les fractures, etc., et rappelle l'aphorisme de Weill : chez un enfant qui crie sans cause apparente, il faut penser à la syphilis ou au scorbut.

Ce travail apporte encore deux notions sinon inédites, tout au moins bien peu connues :

Une notion radiologique : présence d'un liseré noir caractéristique au bas de la diaphyse et qui n'existe pas dans le rachitisme.

Une notion pronostique : à longue échéance, la radiographie montre que même certains décollements épiphysaires se réparent très bien.

De nombreuses illustrations viennent éclairer le texte et en rehaussent l'intérêt.

M. U.

**Congrès de Médecine Tropicale
de l'Afrique Occidentale**

Le premier Congrès
de Médecine Tropicale
de l'Afrique Occidentale

qui s'est tenu à Loanda (Angola) en juillet dernier et dont le compte rendu occupe deux numéros entiers de la Revue de Médecine et d'Hygiène Tropicales (1923, n^{os} 5 et 6) a traité de nombreuses et intéressantes questions. Il ne nous a pas semblé inutile de résumer succinctement les travaux de ce Congrès, la pathologie tunisienne présentant d'assez nombreux points communs avec la pathologie tropicale.

La première journée du Congrès a été consacrée à la lecture et à la discussion d'un grand nombre de communications relatives à l'assistance médicale indigène, à l'organisation des hôpitaux indigènes, à l'utilisation des noirs comme auxiliaires du service de santé. Les directeurs des Services Sanitaires des diverses colonies (belges, anglaises, françaises, portugaises) sont venues exposer leurs méthodes et ces communications, que nous n'avons pas à résumer ici, ont donné lieu à des échanges de vues très intéressants.

La plus grande partie des séances du Congrès a été consacrée à l'étude de certaines particularités de la pathologie tropicale.

A propos du *paludisme*, il a surtout été question de prophylaxie. La destruction totale des moustiques est difficile à réaliser et très coûteuse (WALRAWENS); les mesures prophylactiques hygiéniques, comme la quininisation préventive rendent beaucoup de services. Le professeur BRUMPT fait adopter un vœu tendant à encourager la production quinique, soit par plantation de quinquina, soit par synthèse chimique. D'après M. FRANCA, certaines plantes aquatiques détruiraient les larves de moustiques.

La *maladie du sommeil* occupe toute une séance : AYRES KOPKA précise les indications de l'atocyl; VAN HOOFF, TANON et JAMOT montrent l'inefficacité du 205 sur l'homme. Au point de vue prophylactique, les tournées des médecins de secteur, l'atocylisation préventive, le traitement des animaux malades rendent beaucoup de services. L'examen bactériologique du liquide recueilli par ponction ganglionnaire paraît nécessaire à Famot; pour RHODAIN, le trypanosome se trouve dans le sang précocement, mais pas de façon constante.

BLANCHARD étudie les *spirochetoses équatoriales*. C'est d'abord la fièvre récurrente dont la transmission est incontestablement due à l'ornithodoros moubata et réagissant bien à un traitement précoce par le 914. La spirochétose icterigène qui ressemble à la fièvre jaune, est transmise par les punaises des lits. MARCEL LEGER décrit les spirochètes sanguicoles des muridés. BEURNIER et CLAPIER montrent les bons résultats du stovarsol dans la gangosa et le piias.

JOYEUX montre la grande fréquence des *helminthiases intestinales* : l'ascaris, le trichocéphale et l'ankylostome sont les parasites les plus fréquents. Le traitement en masse peut se faire par l'huile de chénopodium (qui présente des dangers), le thymol (qui est trop cher) ou mieux par le tétrachlorure de carbone. L'installation de latrines est aussi une mesure prophylactique très utile. BRUMPT signale la rareté relative des anémies dues à l'ankylostome. DE MELLO dépose un vœu pour l'organisation par les colonies équatoriales, d'une campagne prophylactique générale qui lui paraît nécessaire, car le taux d'infestation est de 90 p. 100.

La *bilmarziose* fait l'objet d'un important travail de FRANCA qui propose un système de prophylaxie par l'éducation des indigènes, la surveillance des urines et des fèces, la stérilisation des porteurs d'œufs par l'émétique. Les injections intra-musculaires d'émétique sont cependant douloureuses et, il faut les abandonner (RHODAIN, DE MELLO, TANON). L'émétique est aussi curateur (doses maxima : 0,15 centigr. par prise, 1 gr. 50 au total); il est bon d'y adjoindre de l'adrénaline (DE SEQUEIRA). On peut suivre au microscope sous l'influence de ce traitement les altérations des œufs; c'est l'ovométrie (FRANCA).

Les *ulcères leishmaniques* sont difficiles à distinguer des ulcères fusospirillaires qui viennent d'ailleurs souvent les compliquer (D'ALMEIDA et ROBELLO); certains ont une très longue évolution (DE MEPLLO). Ils guérissent bien par l'air chaud local et l'émétique intra-veineux.

Les *maladies vénériennes* fréquentes aux colonies dont le sujet de nombreuses communications. SILVA NEVES dans une intéressante étude prophyl-

lactique montre qu'il faut se montrer tolérant pour la prostitution mais en la considérant comme une industrie insalubre qu'il faut surveiller et une profession immorale qu'il faut repousser. Il insiste sur la nécessité d'inspections sanitaires fréquentes chez les prostituées : inspections périodiques et inspections inattendues. En ce qui concerne la blennorrhagie des professionnelles, il préconise un certain électisme : il tolère les professionnelles immunisées contre le gonocoque mais il considère qu'il faut les soigner et que l'immunité rêvée par Janet de l'autovaccination des prostituées inoffensives pour toujours au contagion est bien hypothétique.

NOGUE étudiant la syphilis chez les noirs au Sénégal, signale la grande rareté dans les consultations du chancre et des plaques muqueuses, la fréquence des adénopathies et des douleurs ostéocopes pendant la période secondaire, le grand nombre d'accidents tertiaires cutanés. La syphilis cérébro-spinale n'est pas rare. Les avortements sont fréquents; la gemelliparité, trois fois plus fréquente au Sénégal qu'en Europe, est-elle liée à la syphilis ?

La lèpre très répandue en Afrique Equatoriale, est de traitement difficile. L'antimoine est un excellent agent adjuvant du traitement (DE SEQUEIRA).

ROBINEAU, dans une étude d'ensemble montre la supériorité de l'huile de Chaulmoogra et de la léprolysine (Chaulmoogra, goménol, eucalyptol et gaiacol).

L'éparseno n'a aucune action. D'après DE SEQUEIRA, les éthyl-éthers de l'huile de Chaulmoogra constituent le meilleur traitement; les syncardates sont moins actifs. Pour Léger, les diverses huiles de Chaulmoogra, de provenances différentes, ont des actions thérapeutiques aussi très dissimilaires : la meilleure est extraite de Taraktogenos Kurzii.

A propos de la *variole*, très répandue à l'état endémique, les différents auteurs ont insisté sur la difficulté de préparer un vaccin en pays chaud.

La *tuberculose* qui n'existait pas au A.O.F. en 1840 (THEVENOT), se répand de plus en plus. Les formes les plus courantes sont la granulée et les tuberculoses des séreuses (FORNARA). La tuberculose animale, très rare dans l'ensemble, est exceptionnelle chez les bovidés; pratiquement inexistante chez le zèbre, relativement plus fréquente chez les porcs (TEPPAZ).

D'autres communications sur des sujets variés, dont beaucoup de parasitologie pure, et que nous ne pouvons résumer ici, ont contribué encore à l'intérêt de ce Congrès. Le prochain aura lieu en 1927 à Dakar.

E. C.-H.

**Maladie naevique et pachydermie
vorticellée du cuir chevelu**

MARGAROT

Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Montpellier

Novembre 1923, p. 13

M. présente un cas de cette curieuse maladie appelée par Unna *cutis vericilis gyrata* et par Andry *pachydermie vor-*

ticellée du cuir chevelu et caractérisée par un épaissement et une laxité anormales de la peau du crâne, avec soulèvement et plissement de la surface cutanée bien plus étendue que la calotte sous-jacentes, l'ensemble revêtant un aspect cérébriforme.

Chez la femme présentée par M., au niveau de la nuque, les sillons de la pachydermie vorticellée donnaient par leurs plicatures à la région un vague aspect de gueule de lion. La malade avait eu outre le corps couvert de vastes naevi pigmentaires t pileux (elle s'exhibait dans les foires sous le nom de femme-lion). Ces nombreux naevi coïncidant avec la pachydermie vorticellée permettent à M. d'attribuer à cette maladie au moins dans le cas particulier, une origine naevique, et de la classer à côté de la maladie de Recklinghausen.

Il semble bien cependant que dans quelques cas la pachydermie vorticellée du cuir chevelu est consécutive à des inflammations chroniques survenues à l'âge adulte.

E. C.-H.

**Les méthodes nouvelles
de traitement des affections cutanées**

L. BROCC

Bulletin Médical, 1924, p. 99

Dans ce magistral article, B. expose d'abord les méthodes anti-anaphylactiques de désensibilisation spécifique.

Puis exposant la théorie de la colloïdoclasie de l'école de Widal, il rappelle qu'il avait entrevu cliniquement dès 1908, ce qu'il avait appelé à cette date *hyporésistance de la peau* et qui paraît bien grouper toutes les manifestations dermatologiques de la diathèse colloïdoclasique.

Ravaut qui s'est fait le promoteur de ces nouvelles méthodes en dermatologie, utilise les médications de désensibilisation non spécifiques et les médications de choc.

L'auto-hémothérapie donne quelques résultats dans les prurits (Ravaut), la furonculose (Nicolas), le zona (Spillmann); elle revient presque à la vieille méthode empirique des ventouses sèches avec grande extravasation sanguine.

L'auto-sérothérapie, elle, paraît se rapprocher davantage des médications de choc que des procédés lents de désensibilisation non spécifique.

Les autres médications de choc (protéinothérapie) par la peptone, le lait, etc., sont, comme l'auto-sérothérapie susceptibles de donner des réactions violentes.

La conclusion de B. est que ces méthodes, pour quelques succès brillants, ont aussi nombre d'échecs retentissants. Il considère que ces recherches sur le rôle de l'équilibre physique des humeurs dans les affections dermatologiques sont nécessaires, mais qu'elles sont loin d'être suffisamment au point pour qu'on renonce aux médications externes et aux grandes médications d'hygiène générale, de régime et de régulation des fonctions de l'organisme.

E. C.-H.

LIVRES REÇUS

L'Année Médicale Pratique. publiée sous la direction de C. Lian, agrégé, médecin des Hôpitaux. — Préface du Prof. E. Sergent, 1 vol. in-16, 524 p., 41 fig., Maloine, éditeur. Prix : 20 fr.

L'Année Médicale Pratique arrive à sa troisième année. Elle renferme, comme les deux volumes précédents (épuisés en librairie), l'exposé de toutes les données nouvelles et pratiques condensées en 300 articles classés par ordre alphabétique, et rédigés par des spécialistes pour chacune des branches de l'activité médicale (médecine, chirurgie, obstétrique, etc.). Elle contient également les notions nouvelles en législation médicale (lois, procès), ainsi que la liste de tous les médicaments, appareils et livres nouveaux.

En outre, ce troisième volume est enrichi de figures et renferme un nouveau chapitre bref, mais plein d'intérêt. Sous un titre suggestif : « A l'Horizon », il groupe les notions récentes qui, sans être susceptibles d'applications courantes immédiates, laissent entrevoir de brillants espoirs dans le domaine du diagnostic et de la thérapeutique.

Tous les médecins qui connaissent le petit volume de l'Année Médicale Pratique le considèrent comme indispensable, et en attendent chaque année l'apparition avec une véritable impatience. Il leur présente en effet tout le bilan médical de l'année, qu'ils ont toujours en vain essayé de se constituer à force de coupures insuffisantes et disparates, jamais ou mal classées.

Nul doute que tous les médecins sans exception arriveront rapidement à ne pouvoir se passer de l'Année Médicale Pratique.

Leçons de sémiologie cardio-vasculaire. — Les troubles fonctionnels, par Ch. LAUBRY, Médecin de l'hôpital Cochin. — 1 vol. (16 x 24, 5) de 500 pages avec figures. — Gaston DOIN, éditeur, Paris VIe. — Prix : 35 francs. — Franco France, 37 francs.

Le livre du D^r Ch. LAUBRY, conçu dans l'esprit traditionnel de la Clinique française, est une dérogation aux tendances actuelles de la Cardiologie, laquelle semble ne prendre corps dans le domaine des spécialités qu'à la

faveur des méthodes objectives nouvelles. Si utiles, cependant, soient ces méthodes précises, et si grands soient les progrès réalisés à la faveur des données graphiques, électrocardiographiques et radioscopiques, la cardiologie ne saurait s'en contenter. Elle est et doit rester une science médicale et, pour elle, la rigueur physique doit le céder plus d'une fois à l'art du clinicien. Savoir écouter le malade, discerner la vraie signification de ses plaintes, y puiser non seulement les éléments d'un diagnostic qu'on arrive ainsi à poser avant même que l'oreille intervienne, mais surtout les bases du pronostic dont les signes fonctionnels sont les matériaux les plus solides est un art délicat, utile et fécond.

Nul n'était plus désigné que le Dr Ch. LAUBRY pour en montrer l'importance et pour l'enseigner. Adoptant la forme didactique plus conforme à son désir d'éviter toute documentation bibliographique, il a appliqué son talent d'observation et ses facultés d'analyse à la mise en valeur des grands syndromes fonctionnels cardio-vasculaires : les douleurs cardiaques et l'angine de poitrine, les palpitations, les troubles respiratoires, cérébraux sensoriels, abdominaux et périphériques, les signes généraux et la fièvre. Leur description s'appuie sur une longue expérience, sur des observations personnelles nombreuses et vécues, sur une pratique médicale réfléchie et coordonnée.

Effleurant nécessairement certaines théories, n'en acceptant aucune exclusivement, ce livre de sémiologie qui s'efforce d'être le recueil impartial et nuancé des souffrances de l'appareil cardio-vasculaire, doit rester, de par sa conception et sa réalisation, une œuvre d'actualité.

~~~~~

**Les sténoses pyloriques par Ulcus du Bulbe duodénal**, par Victor PAUCHET et L. ATTAL, 1 volume in-8° de 76 pages avec 36 figures dans le texte. — Gaston DOIX, éditeur, Paris. — Prix : 8 francs.

L'ouvrage des Docteurs PAUCHET et ATTAL intéressera le milieu chirurgical et le milieu médical.

Il comporte tout d'abord une étude clinique complète des sténoses pyloriques par ulcus duodénal. Les auteurs ont voulu montrer par une étude anatomique du duodénum, la limite où commence celui-ci, car c'est là un des points les plus importants de leur travail. D'après les opérations chirurgicales sur l'estomac, le Docteur PAUCHET, d'accord avec les chirurgiens américains, a prouvé que le duodénum commençait aussitôt après la veine pylorique.

Ils décrivent ensuite, avec une netteté brève et complète, une partie très intéressante dans l'étude de la pathologie digestive ; la diathèse gastrique hyperthénique, nous montrant les causes essentielles de la formation de l'ulcus duodénal. Le diagnostic différentiel de cette lésion a surtout été bien étudié sur le vivant, pourrait-on dire, d'après de nombreuses observations cliniques personnelles, prises dans l'important service de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Michel.

L'étude radiologique a été bien décrite et grâce à quelques schémas, les auteurs nous montrent les points les plus importants susceptibles de donner au clinicien quelques signes de certitude d'ulcus duodénal sténosant.

L'étude du prélèvement du suc gastrique nous est expliquée clairement,

Le Docteur PAUCHET a voulu illustrer dans cet ouvrage la partie chirurgicale de la question. Il a montré les différentes méthodes que le chirurgien doit employer lorsqu'il est en présence d'un ulcère duodénal. Ces dessins sont clairs et précis, et sont à la portée de tous les chirurgiens.

Enfin les auteurs terminent par une série d'observations excessivement intéressantes, résumant toute l'étude des ulcères duodénaux sténosants.

**Précis d'électrophysiologie.** — *Déductions cliniques et thérapeutiques*, par le Dr W. WIGNAL. Préface du Prof. CHAUFFARD. — Gaston Doin, éditeur, 8, Place de l'Odéon, Paris, (VI<sup>e</sup>). — Un Volume in-16 de 172 pages. — Prix : 6 francs. Franco France : 6 fr. 60.

Ce petit livre s'adresse aussi bien à l'étudiant en cours d'Etude qu'au médecin praticien ; car il a pour but non d'enseigner la pratique électrothérapique mais de montrer comment les différentes modalités électriques en applications directes ou indirectes agissent sur notre organisme.

Chaque modalité électrique est étudiée dans un chapitre distinct qui comprend deux parties : dans la première y sont exposés ses modes d'action sur notre organisme et la façon dont ce dernier réagit, d'où l'on déduit dans la seconde partie les principales applications thérapeutiques que l'on retrouve résumées d'une façon claire et précise dans un tableau à la fin de chaque chapitre.

Les trois derniers chapitres sont consacrés à deux applications indirectes de l'électricité : la Radiothérapie et les Rayons Ultra-Violet. La Curie-thérapie y est aussi étudiée à cause de son mode d'action si voisin de la Röntgenthérapie.

**Syphilis du cœur et de l'aorte**, par L. BRIN et L. GIROUX, anciens chefs de clinique à l'hôpital Saint-Louis. — 1 volume (16 x 24,5) de 240 pages avec figures dans le texte. — Gaston DOIN, éditeur. — Prix : 15 francs. — Franco France, 16 fr. 50.

Alors que le rôle de la syphilis est primordial dans les affections de l'aorte et dans nombre d'affections du cœur, il est curieux de constater que, jusqu'à ces derniers temps, aucun ouvrage d'ensemble n'existait sur cette question.

C'est cette lacune que MM. Brin et Giroux se sont proposés de combler en écrivant ce livre.

Dans la première partie, après un chapitre de généralités, qui constitue une vue d'ensemble de la syphilis cardio-aortique, on trouvera une étude très complète des Arythmies syphilitiques (extrasystoles, brachycardies, tachycardies, etc.) et de l'hypertension artérielle dans ses rapports avec la syphilis : ce sont là deux questions essentiellement à l'heure du jour que tout médecin doit connaître actuellement.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, sont étudiées successivement les diverses lésions de la syphilis, acquise ou héréditaire, intéressant le cœur (péricardites, endocardites, myocardites, lésions du faisceau de His) et l'aorte (aortites, anévrysmes de l'aorte). Le livre se termine par l'étude de l'angine de poitrine syphilitique dans ses diverses modalités cliniques.

Le souci constant des auteurs a été de présenter clairement et simplement

les notions essentielles, de montrer comment la syphilis cardio-aortique se manifeste, comment on peut la reconnaître ou la soupçonner, enfin et surtout comment on peut la traiter. Les diverses médications spécifiques (mercure, arsenic, iode, bismuth) ont été longuement étudiées tant au point de vue de leurs indications respectives qu'au point de vue des résultats obtenus.

**Diagnostic par les méthodes de laboratoire au lit du malade**, par Ch. LESIEUR et G. MOURIQUAND, professeurs à la Faculté de Médecine de Lyon. *Collection des Actualités Médicales*. — Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Haute-faulle, à Paris, 6<sup>e</sup>. — Un volume in-16 de 206 pages, 6 francs.

Ce livre a été pour la plus grande partie composé par le regretté Professeur Ch. Lesieur. Dans ses papiers existait un manuscrit inachevé dont le titre a été conservé : il devait traiter des procédés permettant au clinicien, d'établir, par les méthodes de laboratoire, le diagnostic des maladies au lit du patient. Ce manuscrit a été achevé par les soins du Professeur G. Mouriquand, successeur de Lesieur dans la Chaire de pathologie et thérapeutique générales.

En une délicate et émouvante préface, M. Mouriquand expose quelle pensée l'a guidé pour faire exécuter cette publication posthume ; il a voulu respecter le plan directeur et la forme matérielle de l'ouvrage.

Le livre est conçu simplement et clairement. Dans une première partie, les auteurs exposent les procédés employés pour la récolte des humeurs, des produits pathologiques et pour leurs examens courants. Ne sont citées et retenues que les méthodes usuelles, ayant fait leurs preuves et qui n'exigent point un outillage trop perfectionné. MM. Lesieur et Mouriquand n'ont pas oublié que les données fournies par eux dans ce livre doivent être utilisées par les étudiants, par ceux qui fréquentent les hôpitaux, par les praticiens ; ils ont donc banni de leur exposé tout ce qui est recherche difficile et compliquée. Un deuxième chapitre est consacré à l'étude des plaies de guerre, car ainsi que les auteurs le font remarquer, le traitement des blessures fait exiger impérieusement une étroite collaboration entre le bactériologiste et le chirurgien. Dans une troisième partie sont résumés les principaux caractères morphologiques, biologiques, culturels, des microbes ou parasites communs ; un classement par ordre alphabétique permet au lecteur d'être vite renseigné.

Le format de cet ouvrage est commode. Il est rédigé dans un style concis, clair, « ramassé », exposant en quelques lignes ce que tout médecin doit savoir. Il sera très utile à beaucoup : aux étudiants qui y apprendront comment ils doivent procéder pour recourir aux recherches du laboratoire ; aux médecins praticiens qui pourront ainsi se remémorer la technique de ces investigations. Il faut donc savoir gré à M. Mouriquand d'avoir, par son utile et amicale collaboration, assuré la publication de cet excellent ouvrage.

**L'Asthme (Étiologie, pathogénie et traitement)**, par le Dr R. MONCORGÉ, ancien interne des Hôpitaux d'Alger et de Lyon. Médecin consultant au Mont-Dore. (Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine), 4<sup>e</sup> édition, un volume in-8 carré, 272 pages, 12 francs.

L'asthme considéré autrefois comme une entité nosologique bien définie n'est plus, aux yeux de la clinique actuelle, qu'un symptôme, un syndrome.

Il touche maintenant à toute la pathologie ; son horizon s'est considérablement agrandi, partant son importance et son intérêt. Les travaux de RICHER sur l'anaphylaxie, de WIDAL sur la colloïdoclasie, ont apporté à la question un nouvel intérêt, et éveillé de nouvelles curiosités. L'auteur s'emploie à ajuster les données cliniques de ces dernières années aux récentes conceptions biologiques, et à les faire entrer, les unes et les autres, dans le cadre d'une théorie pathogénique générale.

~~~~~  
Le Bréviaire Thermal des Coloniaux, par J. J. MATIGNON, Médecin consultant à Châtelguyon et S. ABBATUCCI. — *Guide clinique pour le choix des Stations Thermales pour Séquelles d'affections coloniales.* — A. Maloïne et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. — Un volume in-8, 1923, 43 figures. — Prix : 8 francs.

Ce petit livre vient à son heure. La question des eaux thermales a été à l'ordre du jour de tous les Congrès Scientifiques les plus récents et le « Bréviaire » écrit par les D^{rs} MATIGNON et ABBATUCCI, spécialistes en la matière, illustré de nombreuses figures, est appelé à renseigner le grand public sur toutes les ressources hydro-minérales de nos colonies et à faire connaître à tous les coloniaux les bienfaits qu'ils peuvent retirer pour leur santé, ébranlée par les rigueurs du climat tropical, d'une cure dans les stations thermales françaises.

~~~~~  
*Librairie J. B. Baillières et Fils, 19, Rue Hautefeuille, Paris*

**Les sécrétions internes, leur influence sur le sang**, par M. PERRIN et A. HANNS — 2<sup>e</sup> édition.

**Diagnostic par les méthodes de laboratoire au lit du malade**, par C. LESIEUX et G. MOURIQUAND. — Collection des Actualités Médicales.

**L'Asthme. Etiologie, pathogénie et traitement**, par le Docteur R. MONCORGÉ. — Vigot frères, éditeurs.

~~~~~  
A. Maloïne et Fils, éditeurs, 27, Rue de l'Ecole de Médecine, Paris

Les arts indigènes des Colonies Françaises, par S. CHAUVET.

Du symptôme à la maladie, par F. Coste, 5^e édition. Prix : 18 fr.

Clinique et Iconographie médico-chirurgicales des maladies de la Face et du Cou, par le Docteur H. ABOULKER d'Alger.

Traitement des plaies par douches d'air chaud, par J. BAUDALINE. Prix : 12 fr.

Clinique thérapeutique de Vittel, par les membres de la Société de Médecine de Vittel.

~~~~~  
*G. Doin, éditeur à Paris*

**L'Alcoolisme cérébral**, par R. BENON.

**Précis d'Electrophysiologie**, par W. VIGNAL.

—————

INFORMATIONS SANITAIRES

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois d'Avril 1924

| Désignation des Contrôles Civils                                                                  | Population Civile          |        |        |            |           |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------|--------|------------|-----------|---------|-------|--------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------------|------------------|------------------------|----------|-------------------|-------------|-----------|--------|----------|--|
|                                                                                                   | Fièvres typh. et paratyph. | Typhus | Varole | Scarlatine | Diphtérie | Choléra | Peste | Fièvre jaune | Dysentériques amb. et bacill. | Méningite cérébro-spinale | Poliomyélite antérieure aigue | Érys. récurrente | Fièvre méditerranéenne | Rougeole | Grippe épidémique | Tuberculose | Oreillons | Téigne | Trachome |  |
|                                                                                                   | 1                          | 2      | 3      | 4          | 6         | 8       | 9     | 10           | 11                            | 13                        | 14                            | 15               | 16                     | A        | C                 | E           | G         | I      | K        |  |
| Tunis . . . . .                                                                                   | 14                         | 2      | 3      | 2          | 11        |         |       |              |                               | 1                         |                               |                  | 14                     | 4        | 2                 | 42          | 20        |        |          |  |
| Zaghouan . . . . .                                                                                | 12                         |        | 1      |            |           |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| Béja . . . . .                                                                                    | 5                          |        |        |            |           |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| Souk-El-Arba . . . . .                                                                            | 1                          | 11     |        |            |           |         |       |              | 1                             |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| Maktar . . . . .                                                                                  |                            | 1      | 1      |            |           |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| Kef . . . . .                                                                                     | 1                          | 8      | 2      |            |           |         |       |              |                               |                           |                               |                  | 2                      |          |                   |             |           |        |          |  |
| Téboursouk . . . . .                                                                              |                            | 3      |        |            |           |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| Bizerte . . . . .                                                                                 |                            | 14     |        |            | 2         |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| Grombalia . . . . .                                                                               |                            |        |        |            | 2         |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| Sousse . . . . .                                                                                  | 5                          | 3      |        |            | 1         |         |       |              | 1                             |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| Sfax . . . . .                                                                                    | 2                          |        | 3      |            |           |         |       |              | 2                             | 3                         |                               |                  |                        |          | 92                |             |           |        |          |  |
| Kairouan . . . . .                                                                                |                            | 7      |        |            |           |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| Gafsa . . . . .                                                                                   |                            |        | 1      |            |           |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| Gabès . . . . .                                                                                   | 1                          | 1      | 1      |            |           |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        | 1        |                   |             | 1         |        |          |  |
| Thala . . . . .                                                                                   |                            |        |        |            |           |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| Territoires M <sup>rs</sup> du Sud . . . . .                                                      | 2                          |        | 5      |            |           |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| Hôpital Militaire du Belvédère.<br>Hôpital Militaire de Bizerte<br>Hôp. Mil. Marit. Sidi-Abdallah |                            |        |        |            |           |         |       |              |                               |                           |                               |                  |                        |          |                   |             |           |        |          |  |
| TOTAUX                                                                                            | 43                         | 70     | 18     | 2          | 18        |         |       |              | 4                             | 4                         |                               |                  | 16                     | 7        | 98                | 48          | 39        |        |          |  |

# VACCINS BACTÉRIENS I. O. D.

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

## Vaccin Pneumo-Strepto I. O. D.

Prévention et traitement des complications de la Grippe, des fièvres éruptives, de la Pneumonie.

## Vaccins Anti-Typhoïdiques I. O. D.

Prévention et traitement de la F. Typhoïde et des Paratyphoïdes.

## Vaccin Anti-Méningococcique I. O. D.

Complications septicémiques de la Méningite Cérébro-Spinale.

## VACCINS

~~~~~ Anti-Staphylococcique

Polyvalents ~~~~~

~~~~~ Anti-Gonococcique

~~~~~ Anti-Mélitococcique

~~~~~ Anti-Streptococcique

~~~~~ Anti-Dysentérique

~~~~~ Anti-Cholérique

I. O. D.

Pour Littérature et Echantillons  
Laboratoire Médical de Biologie  
46, Rue Dragon - MARSEILLE

D<sup>r</sup> DEFFINS, 40, Fg Poissonière, Paris  
REBOUL, Docteur en Pharmacie  
43, Allées Capucines, Marseille

## DÉPOSITAIRES :

HAMELIN, Pharmacien, 31 rue Michelet, Alger

CAMBE, Pharmacien, 10, Rue d'Angleterre

TUNIS

# HÉPATOGENES CHARVOZ

Spécifique par excellence de

## MALADIES DU FOIE

combinaison des produits opothérapiques et des médicaments cholagogues)  
1 pilule avant chacun des 3 repas

## CACHETS digestifs CHARVOZ

Gastralgies - Dyspepsies - Hyperchlorhydrie

1 cachet avant ou après chaque repas

Littérature et Echantillon PHARMACIE CENTRALE

12, Rue Neuve — LYON

Représentant exclusif pour toute la Tunisie

EDOUARD HAYAT 8, Rue des Tanneurs — TUNIS

# IODALOSE GALBRUN

**IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE**

Première Combinaison directe et entièrement stable de l'Iode avec la Peptone  
DECOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE

**Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme**

Vingt gouttes d'Iodalose agissent comme un gramme d'Iodure alcalin

Doses quotidiennes : 5 à 20 gouttes pour les enfants, 10 à 50 gouttes pour les adultes

Echantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 & 10, Rue du Petit-Musc, PARIS

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

Società Italiana, Specialità Farmaco - Terapeutiche  
**A. Wassermann & C<sup>o</sup>** (Milan)

**“ IODOS WASSERMANN ”**

(Voie buccale - Voie hypodermique)

(I<sup>r</sup>, II<sup>e</sup>, III<sup>e</sup> degré)

**Indication : ARTÉRIO SCLÉROSE - ARTHRITISME  
GOUTTE - LYMPHATISME - SYPHILIS - etc.**

Les mêmes spécialités associées à l'arsenic (acide monométhylarsénique)

**“ DIRSEN VALERO FOSFER WASSERMANN ”  
et “ DIARSEN IODOS WASSERMANN ”**

Déposit. : G. GRANARA - 67, Avenue de Paris

# Antiphlogistine

MARQUE DÉPOSÉE.



(S'emploie chauffée au bain-marie à 40° environ, recouverte de coton hydrophile; après 24 ou 48 heures se détache facilement.)

**Glycéroplasma minéral à chaleur durable**

Rappelez-vous de l'Antiphlogistine dans le traitement des Angines, Absès, Bronchites, Pneumonies, Synovites, etc., ainsi qu'en Gynécologie

Echantillons et Littérature : **B. TILLIER**, Phien de 1<sup>re</sup> classe  
116, rue de la Convention, PARIS (15<sup>e</sup>)



### Les Journées Médicales de Bruxelles

La quatrième session des Journées Médicales de Bruxelles se tiendra au Palais d'Egmont, du 29 juin au 2 juillet, sous le Haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges. Les plus hautes personnalités ont donné leur appui à ces réunions scientifiques où se rendent chaque année des centaines de praticiens et qui ont eu la plus heureuse influence sur les relations scientifiques entre les pays alliés et amis. Dans le Comité d'honneur nous relevons les noms de LL.EE. M. l'ambassadeur de la République Française, M. l'ambassadeur du Japon, M. le ministre de Suisse, M. le ministre de Roumanie, M. le chargé d'affaires du Grand-Duché de Luxembourg; des ministres de l'Intérieur et de l'Hygiène, des Affaires étrangères, des Sciences et des Arts, de la Défense nationale; du bourgmestre de Bruxelles, du gouverneur du Brabant, de l'inspecteur général du Service de Santé de l'armée, du directeur général de l'Hygiène, du Président du Conseil d'administration, du Recteur et des professeurs de clinique de l'Université de Bruxelles.

Comme chaque année, *Bruxelles-Médical* veillera à donner l'extension la plus grande au côté pratique des Journées, dont la formule nouvelle, qui tend à se généraliser, tient le juste milieu entre le Congrès trop spécialisé et les cours de perfectionnement trop absorbants. Les matinées seront réservées aux séances opératoires et aux démonstrations cliniques dans les hôpitaux et les cliniques; les après-midi aux conférences, communications et projections cinématographiques, particulièrement nombreuses cette année. En trois jours, avec le concours dévoué des chefs de service bruxellois et de spécialistes étrangers, les médecins seront mis au courant de tout ce qui s'est fait de nouveau dans la thérapeutique et dans la chirurgie de toutes les spécialités. Dès à présent, nous pouvons citer parmi les conférenciers, MM. le D<sup>r</sup> Alexis Carrel, du *Rockefeller Institute de New-York*, qui parlera, à la séance inaugurale, des *Tréphones cellulaires et leurs fonctions*; le prof. Bordet, directeur de l'Institut Pasteur; le prof. Cantacuzène (Bucarest); le prof. Marcel Labbé (Paris), qui entretiendra ses auditeurs de l'*Insuline*; le prof. Dustin et Cerf (*Les tumeurs du tube digestif*); prof. Ley (*Traitement de la paralysie générale par l'inoculation de la malaria tierce*); prof. Pauchet et R. Glénard (*La palpation méthodique de l'abdomen*); D<sup>r</sup> Dartigues (*Greffes testiculaires selon la méthode de Voronoff*); D<sup>r</sup> Lespinne (*Ce que le praticien doit connaître à l'heure actuelle de la sporotrichose*); D<sup>r</sup> Levaditi (*Etat actuel du problème de l'encéphalite léthargique*); D<sup>r</sup> Bidou (*Récupération fonctionnelle des paraplégiques*); Prof. Paul Carnot et R. Glénard (*Les mouvements de l'intestin en circulation artificielle*); D<sup>r</sup> Kopaczewski (*Protéinothérapie aspécifique. — Transfusion du sang. — Colloïdothérapie*); D<sup>r</sup> Siffre (*Coefficient minéral*

des dents et la tuberculose); D<sup>r</sup> Cerf (*Le tubage duodénal*); D<sup>r</sup> Gardette (*Les stations thermales et climatiques doivent être avant tout des villes de cure*); D<sup>r</sup> Keersmaeckers (*Le traitement du rhumatisme articulaire aigu*); D<sup>r</sup> Pierre Robin (*Les difformités maxillaires*); D<sup>r</sup> Petitjean (*La vaccination pratique*); D<sup>r</sup> Bidou (*Contention mécanique des spasmes*); prof. Broden (*La médecine tropicale*); D<sup>r</sup> Duchesne (*Les stations thermales d'Auvergne*); D<sup>r</sup> Tant (*Lésions de l'urèthre postérieur et leur traitement*); D<sup>r</sup> Maurel (*Technique du traitement chirurgical des kystes parodontaires*); D<sup>r</sup> P.-E. Lévy (*La psychothérapie*), etc.

La quatrième journée aura lieu à Liège, où un Comité, que préside le prof. Henrijean et dont le gouverneur de la province et le bourgmestre ont accepté la présidence d'honneur, organise une matinée scientifique du plus haut intérêt. L'après-midi de cette journée sera consacrée à des excursions notamment aux grottes de Remouchamps, au Fort de Loncin, au Barrage de la Gileppe, etc.

#### Exposition.

Une exposition internationale (Allemagne exceptée), se rapportant aux produits pharmaceutiques, aux stations climatiques, aux instruments de chirurgie et aux mobiliers opératoires, se tiendra au Palais d'Egmont, pendant la durée du Congrès.

Les congressistes seront invités à une série de fêtes et de réceptions organisées en leur honneur, notamment une représentation de gala au Théâtre royal de la Monnaie et une soirée à l'Hôtel-de-Ville de Bruxelles.

Tout un programme, spécialement conçu par le Comité des Dames, sera réservé aux Dames des congressistes (excursions, conférences, expositions, thés, etc.).

La cotisation a été fixée à 40 francs (25 francs pour les Dames et les médecins abonnés à *Bruxelles-Médical*).

Renseignements et inscription auprès du D<sup>r</sup> René Beckers, secrétaire général, 36, rue Archimède, Bruxelles.

### Distinctions honorifiques

Nous adressons nos très sincères félicitations à M. le Professeur PAUL DELMAS, de la Faculté de Médecine de Montpellier, à qui le Gouvernement Tunisien vient de conférer la cravate de Commandeur du Nicham-Iftikhar.

— Nos félicitations aussi à notre collaborateur et ami, le D<sup>r</sup> GÉRARD, qui vient d'être nommé officier d'académie.

— Notre ami le D<sup>r</sup> H. DIACONO, de Sousse, vient, sur la proposition du Professeur Calmette, d'être nommé membre titulaire de la Société de Médecine Publique et de génie militaire. Nous adressons nos plus vives félicitations au savant sérologiste de Sousse.

---

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

JUIN 1924

## TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

### **Fracture du bassin chez une femme enceinte Evolution normale de la grossesse jusqu'à terme - Césarienne**

par le Docteur **A. CORTESI**

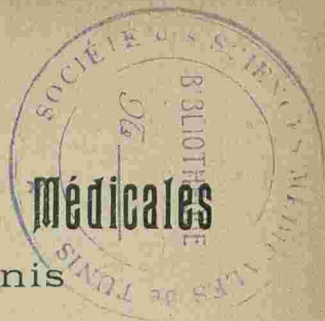
Chirurgien accoucheur de l'Hôpital Garibaldi

L'observation clinique que je vais relater, outre l'intérêt qu'elle présente en tant que fracture rare du bassin chez une femme enceinte, pose un problème à la fois clinique et médico-légal que nous essaierons de discuter après l'exposé de l'histoire clinique :

M<sup>me</sup> X..., italienne, 22 ans, couturière à la machine à pédales, est maîtresse de broderie à la machine. Rien à noter d'intéressant dans ses antécédents héréditaires et personnels. Réglée à 12 ans et depuis très normalement. Mariée à 15 ans, elle eut trois grossesses : la 1<sup>re</sup> à 16 ans qui se termina par une fausse-couche au troisième mois; l'autre à 17 ans, qui se termina aussi par une fausse-couche au 4<sup>e</sup> mois; et une troisième à 19 ans, qui finit par une fausse-couche de deux mois.

Tous ces avortements spontanés ne furent suivis d'aucun accident ni d'interventions opératoires, d'après les affirmations de la femme. Elle eut ses dernières règles le 27 mai 1923. Le 10 septembre 1923, en descendant de l'autobus, par ordre du chauffeur, M<sup>me</sup> X... tomba sous le véhicule et une roue lui passa sur le bassin transversalement de droite à gauche. Elle fut transportée ce jour même à l'hôpital italien dans les conditions suivantes :

Malade très choquée en état de subconscience avec pouls petit et fréquent (120); cyanose des lèvres et des extrémités, respiration fréquente (40), irrégulière, faible. Sur la paroi abdominale, dans les régions iliaques et in-



guino-crurale droites, on note des excoriations très étendues et des vastes ecchymoses.

La pression dans l'axe transversal du bassin et tous les mouvements du membre inférieur droit dans l'articulation coxo-fémorale, éveillent de très vives douleurs.

Prenant à pleine main l'aile iliaque droite, on peut lui imprimer des mouvements dans l'axe antéro-postérieur dans l'axe transverse et de bas en haut; la pression digitale en correspondance à l'articulation sacro-iliaque est très douloureuse comme tous les examens des régions inguino-crurale-pubienne et périnéale.

On pose le diagnostic de double fracture verticale du bassin à droite et l'on s'emploie à remonter l'état général de la blessée.

Le 12 septembre 1923, les conditions générales de la femme sont améliorées, mais le ventre est météorisé et on doit la sonder; on extrait des urines claires qui ne contiennent ni sang, ni albumine, ni sucre.

Le 14 septembre, les conditions générales de la malade sont meilleures, mais le ventre est très ballonné; pas d'émissions de gaz ni de selles et on est obligé de la sonder deux fois par jour.

Le 16 septembre 1923, à la suite d'un abondant lavement huileux, on obtient une abondante décharge intestinale et elle émet spontanément quelques centimètres cubes d'urine claire.

Le 17 septembre, on tente d'immobiliser la fracturée dans une gouttière de Bonnet; mais on doit la retirer le lendemain, à cause d'atroces douleurs accusées par la malade. Depuis ce jour on se contente de la laisser en position demi-assise avec les cuisses écartées et soulevées par deux coussins.

Le 30 septembre 1923, la malade commence à faire spontanément quelques mouvements du membre inférieur droit tout en se plaignant de fortes douleurs à la région sacro-iliaque droite.

La radiographie N° 1 faite à cette époque démontre en plus de la double fracture verticale du bassin à droite, une fracture de la branche montante de l'ischion à gauche, et une diastase des pubis : toute la moitié droite du bassin a été projetée d'avant en arrière de bas en haut, avec rotation de dehors en dedans.

Une exploration vaginale faite ce jour, permet de confirmer l'état de grossesse de cette femme au 4<sup>e</sup> mois et après deux mois de son accident elle pouvait quitter l'hôpital, guérie de sa fracture du bassin, avec une légère boiterie de la jambe droite, pour y rentrer les premiers jours de février 1924, dans son 9<sup>e</sup> mois de grossesse en vue d'une intervention.

Le 7 février 1924, la malade se plaint toujours de vives douleurs à la région sacro-iliaque droite; la marche la fatigue rapidement, mais la boiterie est à peine perceptible; légère lordo-scoliose de la colonne lombaire; aplatissement marqué de la fesse droite.

### Examen obstétrical

Grossesse utérine à la fin du huitième mois, fond de l'utérus au tiers moyen de la ligne xypho-ombilicale, présentation céphalique, petites parties à droite, dos à gauche; foyer d'auscultation du cœur fœtal à gauche. Tête mobile au détroit supérieur; dernières règles le 27 mai 1923; date probable de l'accouchement entre le 5 et 10 mars 1924.

### Pelvimétrie

|                                                                     |      |
|---------------------------------------------------------------------|------|
| Circonférence pelvienne :                                           | 0 96 |
| Entre les crêtes iliaques :                                         | 0 27 |
| Entre les épines iliaques ant. sup.                                 | 0 25 |
| Bitrochantérien                                                     | 0 32 |
| Baudelocque                                                         | 0 20 |
| Bi-ischiatique                                                      | 0 10 |
| Oblique droit (épine iliaque ant. sup droite au trochanter gauche)  | 0 30 |
| Oblique gauche (épine iliaque ant. sup. gauche au trochanter droit) | 0 29 |

A l'exploration, le promontoire n'est pas accessible, mais l'on constate aisément une asymétrie des deux moitiés du bassin : à droite on sent sans difficulté en correspondance de la branche montante de l'ischion un cal osseux exubérant.

Fin février, cinq jours avant l'accouchement, les conditions de cette primipare sont les mêmes qu'au commencement du mois. Aucune tendance à l'engagement de la tête qui déborde sur le détroit supérieur. Fond de l'utérus à l'apophyse xyphoïde. La radiographie N° 2 faite à ce moment confirme cet état.

Le 5 mars 1924 à huit heures du soir, la femme entre en travail; à dix heures, à l'examen abdominal, la tête est toujours mobile au détroit supérieur, les petites parties à droite, le dos à gauche; les battements du cœur fœtal sont normaux.

A l'exploration, le col est effacé, la dilatation atteint d'une pièce de deux francs, la poche des eaux tendue, est indemne.

Dans ces conditions, je décide une césarienne et j'interviens une demi-heure après.

Injection de 0 gr. 50 d'ergotine, anesthésie à l'éther, césarienne clas.

sique avec incision longitudinale du fond et de la paroi antérieure de l'utérus. Extraction d'un fœtus de sexe féminin du poids de 4 kilogrammes; extraction du placenta et des membranes sans incidents. Pas de drainage; tamponnement de la cavité utérine; suture de la paroi au gros catgut en un seul plan; suture des parois abdominales en trois plans.

Les suites opératoires furent normales et vingt jours après, le 26 mars, la femme quittait l'hôpital avec son enfant.

La radiographie N° 3 montre l'état de son bassin à cette époque. L'on constate une déformation asymétrique le ressemblant au bassin de Nœgelé, c'est le type pseudo-oblique ovalaire des bassins viciés par fractures.

### Remarques cliniques :

1) — Un fait très intéressant ressort de cette observation : Voici une femme qui trois fois de suite a avorté aux premiers mois de ses gestations. Sans doute, par suite des fatigues de son métier exercé depuis l'âge de douze ans.

Il a suffi que cette femme, à cause d'un traumatisme grave ait été dans l'obligation de garder le repos pendant six mois de sa grossesse pour que la gestation arrive à terme.

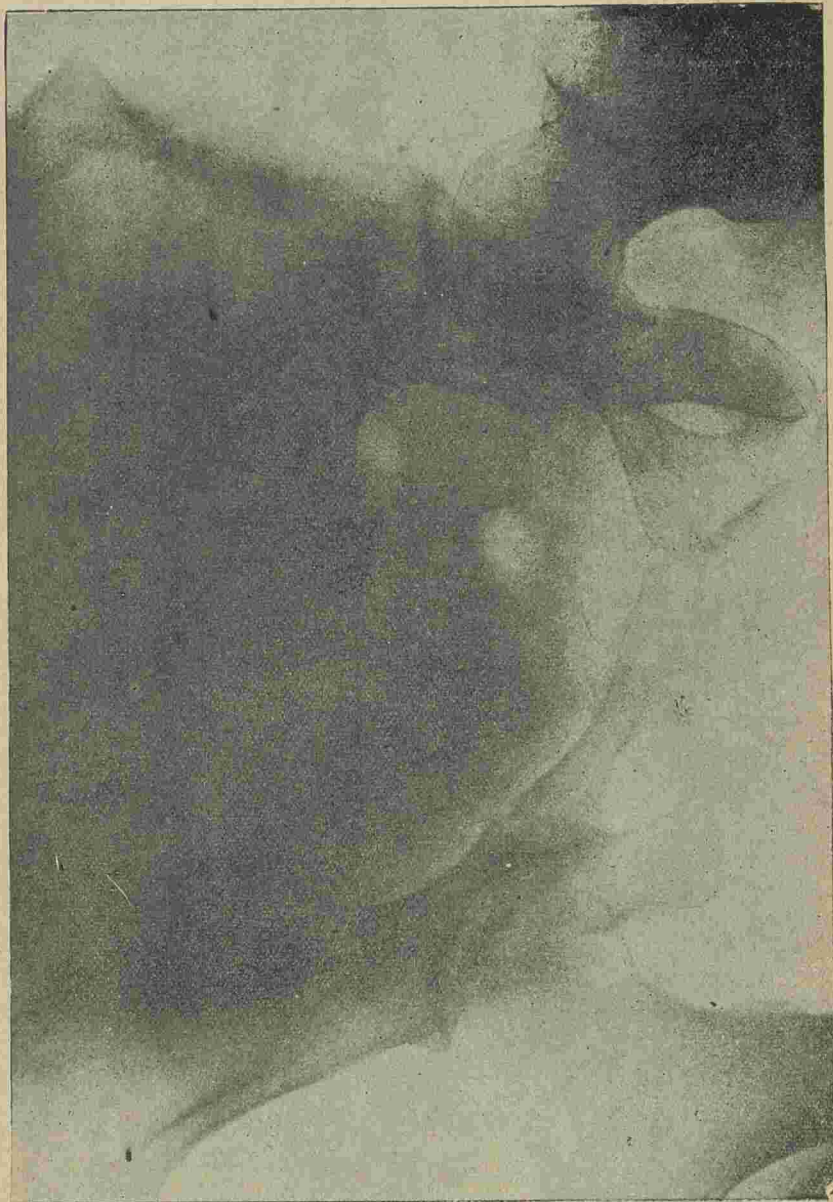
A noter en passant que les avortements précédents ne peuvent être attribués à une « lues latens. Deux réactions de Wassermann pratiquées au cours du séjour de la malade à l'hôpital, ont été négatives et la malade ne présente aucun stigmate spécifique.

2) — Aux points de vue radiographique et pelvimétrique du bassin, notons que, si la différence de longueur n'est que de un centimètre entre les deux diamètres obliques, chiffres à peu près normaux, l'asymétrie des deux parties du bassin est très marquée dans les radiographies. Ces faits sont explicables par les mouvements subis d'ascension de bas en haut, de rétroimpulsion et de légère rotation en dedans, subis par la moitié droite du bassin; par suite de ce déplacement les diamètres que l'on prend habituellement dans les pelvimétries externes n'ont présenté que des variations très légères et très difficilement appréciables, chez une femme plutôt grosse, comme l'était notre malade.

L'angle sacro-vertébral n'était pas accessible à mon doigt parce que le sacrum et la moitié gauche de la symphyse n'avaient subi aucun déplacement.

Les crêtes iliaques et les épines iliaques antéro-supérieures ont gardé leur distance parce qu'elles ont été déplacées d'avant en ar-

FRACTURE DU BASSIN (RÉDUCTION AU TIERS)



Cliché du Dr. DIESEGNI

PLANCHE N° I





FRACTURE DU BASSIN (RÉDUCTION AU TIERS)

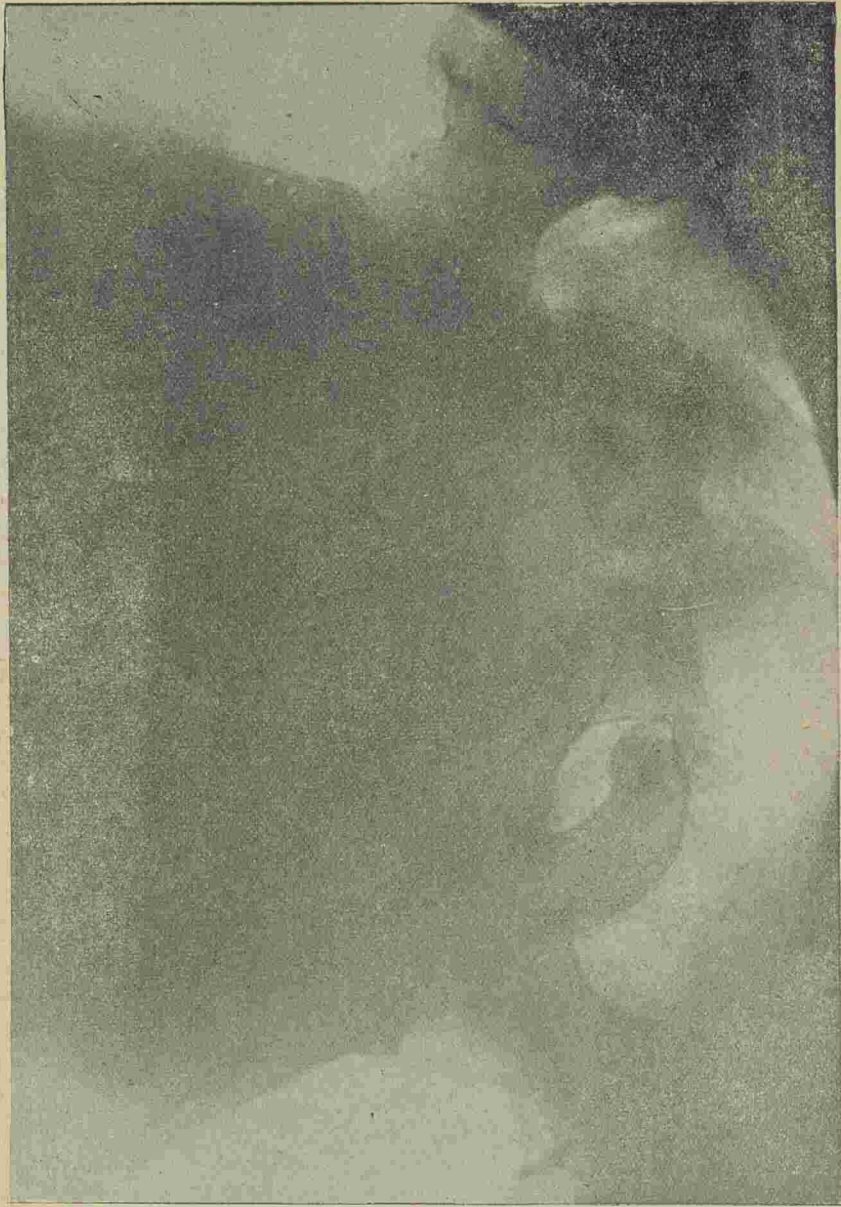


PLANCHE N° 2

Cliché du Dr DIEGNI



FRACTURE DU BASSIN (RÉDUCTION AU TIERS)



PLANCHE N° 3

Cliché du Dr. DIEZEL



FRACTURE DU BASSIN



PLANCHE N° 4

Décalque



rière mais très peu de dehors en dedans. L'espace utile à l'engagement de la tête de la moitié droite du bassin a presque complètement disparu. C'est surtout la moitié droite du bassin qui a été rétrécie par la disparition de la correspondance normale entre les différentes parties des os de la ceinture pelvienne. C'est par le mouvement de la moitié droite du bassin que la distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et le trochanter droit, a été réduite. Cet état est très net dans le schéma que je vous présente.

3) — Ma conduite devant ce bassin ainsi déformé a-t-elle été rationnelle ? Je pense que oui, parce que j'ai pu sauver la mère et l'enfant.

Un accouchement prématuré artificiel aurait-il permis sûrement la naissance spontanée de l'enfant ? Plutôt ne m'aurait-il pas obligé au dernier moment à une extraction artificielle qui aurait pu être désastreuse ? Avec une basio-tripsie à terme, j'aurais tué l'enfant et je crois que j'aurais plus facilement mis en danger la vie de la mère.

×

#### Remarques médico-légales :

Cette femme, comme je vous l'ai dit, est une ouvrière de la Compagnie Singer qui, pendant son travail, (commandée de service et pour cause de service), a été victime d'un grave accident. Cet accident, fracture du bassin, a eu comme suites, une incapacité temporaire totale de travail, et une incapacité partielle permanente. Donc cette femme a tous les droits à une indemnité pour son incapacité permanente évaluable à tant pour cent, dont est responsable la Compagnie Singer. Mais cette femme dans sa qualité d'épouse et de mère a droit encore, à mon avis, à la suite de sa fracture du bassin, à une autre indemnité civile, dont est responsable le patron de l'autobus qu'il l'a écrasée.

Par suite de son accident, elle est dans les conditions suivantes :

a) ou bien renoncer à ses devoirs de femme mariée et par conséquent être privée de son droit à la maternité;

b) ou bien accomplir ses devoirs de femme mariée et se soumettre à une opération césarienne au terme de toutes ses grossesses; ou bien encore se faire avorter aux premiers mois de gestation et renoncer ainsi au droit d'avoir d'autres enfants vivants.

A cause de son accident, certes, elle n'a pas perdu la « faculta-

tem generandi » mais elle a été mise dans des conditions telles que toutes les fois qu'elle devra accoucher, elle sera en danger de mort.

Si elle renonce à laisser arriver à terme ses grossesses, elle devra se soumettre en temps utile à un avortement provoquée avec ses dangers et avec le sacrifice d'un être qui aurait pu venir au monde.

Cette femme n'a pas perdu non plus la « facultatem coëundi », mais il est vraisemblable que la pensée qu'un contact avec son mari pourrait lui occasionner plus ou moins tard la mort, pourrait être une cause suffisante à engendrer chez cette jeune femme une frigidité psychique pour laquelle elle aurait peut être aussi le droit de demander à la loi, une indemnité.





# Rupture traumatique du rein; néphrectomie

par le Docteur **P. SORIA**, Chirurgien de l'Hôpital Italien

Le 23 février, était admis dans mon service de l'Hôpital Italien, un garçon de quinze ans. Par l'interrogatoire, j'appris, que quatre jours auparavant, c'est-à-dire le 19, pendant une partie de foot-ball, il avait reçu d'un compagnon, un coup de pied dans la région du flanc gauche; tout de suite, il ressentit une violente douleur, il tomba par terre et fut de suite relevé.

La douleur persista, pas très violente, si on juge qu'il put rentrer à pieds à son domicile lointain un  $\frac{1}{2}$  kilomètre, soutenu par un de ses amis.

Le lendemain matin, il nota que les urines étaient fortement rougeâtres, la douleur persistait tout en n'étant pas trop violente. Ce phénomène duraît depuis trois jours sans aucune amélioration, quand la famille fit transporter le jeune blessé, qui habitait Mateur, à l'Hôpital Italien, où il fut dirigé sur mon service.

A son admission, j'ai noté qu'il s'agissait d'un garçon bien développé pour son âge; il avait les traits tirés, le pouls à 90, la température à 37°; la respiration était plutôt thoracique et superficielle; la palpation de la région rénale et de la partie externe du quadrant supérieur de gauche, réveillait de la douleur. A la percussion de l'abdomen, il y avait une zone de matité qui était limitée par l'axillaire antérieure, et par la ligne ombilicale; cette matité était contiguë à une zone où le tympanisme était très prononcé.

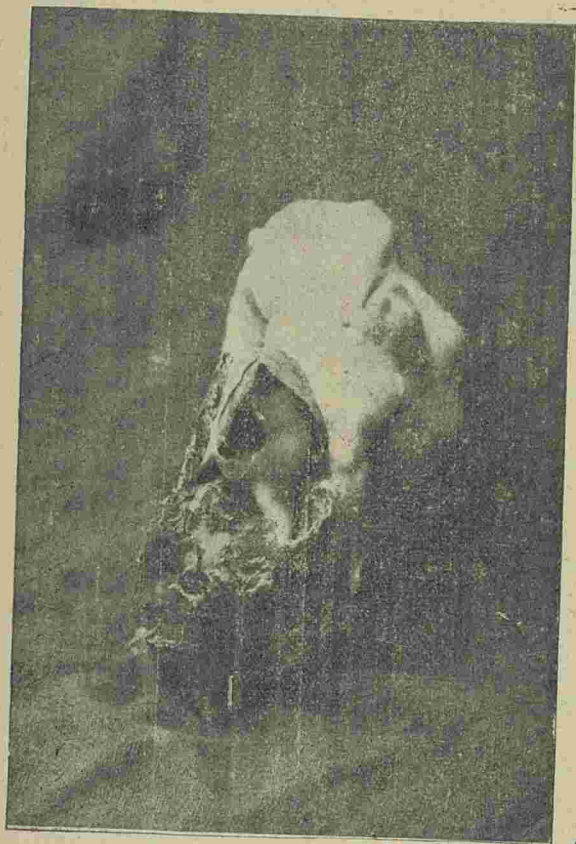
Les urines étaient totalement rougeâtres, d'un rouge Bordeaux très prononcé. Examinées de suite, elles donnaient : présence de sang, avec un taux d'urée de 13 gr. par litre. Je fis le diagnostic d'une rupture traumatique du rein gauche et avant de procéder à une intervention que je ne jugeai pas urgente à ce moment-là, j'ai voulu tenir le malade en observation pour pouvoir me rendre compte du fonctionnement rénal.

Le lendemain, malgré le traitement médical, l'hématurie avait continué; la quantité totale des urines avait été de mille grammes et la fièvre était arrivée à 38°. Une autre journée d'observation n'avait donné aucune amélioration au point de vue hématurie, mais si la diurèse avait été bonne (950) la fièvre continuait et la sensibilité abdominale n'avait aucunement diminué.

Dans ces conditions, je décidai d'intervenir.

Au moment d'opérer, pendant que je badigeonnais à la teinture d'iode

la région rénale, je m'aperçus qu'il y avait sur la peau, de nombreuses cicatrices dues à l'application de pointes de feu; ce fait me fit de suite suspecter que ce garçon devait avoir un passé rénal.



En effet, en l'interrogeant il m'apprit que de temps en temps il souffrait de douleurs dans cette région et qu'il avait quelques années auparavant uriné du sang. L'intervention, en effet, confirma mes prévisions.

Après l'incision classique de Guyon, j'arrivai de suite sur un rein assez gros; l'ouverture de la loge fit sortir une énorme quantité de sang et me permit de palper un rein, tout mamelonné, d'aspect franchement pathologique.

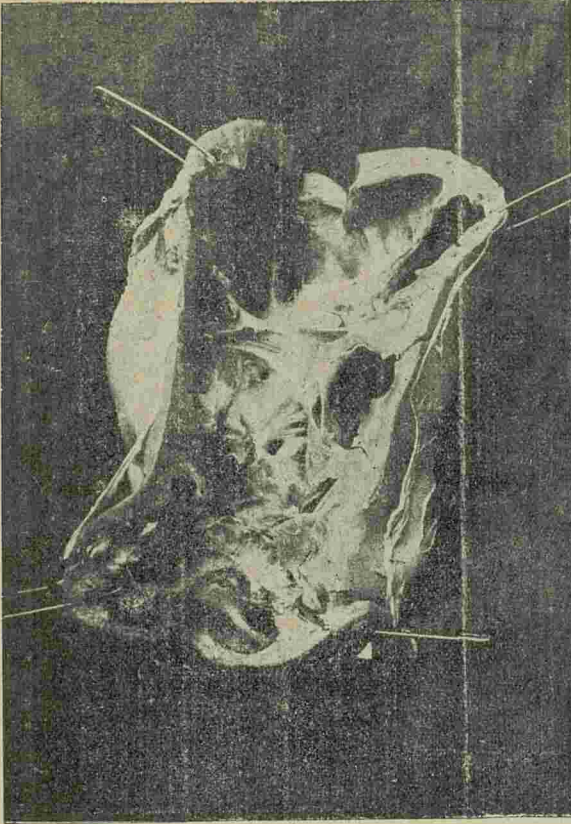
Ayant fait luxer le rein, je trouvai dans le pôle inférieur une vaste déchirure par laquelle on voyait sortir du sang.

Devant un rein d'aspect si pathologique, avec un fonctionnement rénal normal comme celui que j'avais constaté pendant deux jours d'observation, j'étais autorisé de procéder à une néphrectomie, car le rein tel que vous voyez, ne permettait aucune tentative de conservation. Après avoir extirpé le rein j'ai voulu vérifier le bassinet que j'avais laissé en delà de la section et j'ai trouvé qu'il était bourré de calculs de plusieurs grosseurs dont le plus gros avait la forme classique des calculs du bassinet, triangulaire et à 2 cm. par côté, d'autres qui étaient plus ou moins gros en nombre d'une vingtaine environ.

Les suites opératoires furent normales. L'opéré urina le jour même 550

grammes d'urine claire; mille grammes le surlendemain et au quatrième jour 1.500 gr.

La pièce anatomique mesure 17 centimètres de long et 10 centimètres



de large; elle a l'aspect par ses nombreuses bosselures d'un rein hydro-néphrotique, dans le pôle inférieur on voit la déchirure qui est longue trois centimètres; elle correspond à une poche de la grosseur d'une noix; l'épaisseur de la paroi est au maximum de 2 mm. A la coupe du rein on trouve de très nombreuses loges plus ou moins grandes. La plus importante est celle du pôle supérieur qui est grosse comme une mandarine, les parois de ces poches ont une épaisseur maxima de un centimètre et demi; les calculs ont l'aspect d'être d'origine unique. Il s'agit donc

d'une hydronéphrose calculuse qui est un type relativement rare chez l'enfant. En effet, Legueu, dans son traité, dit en avoir opéré seulement deux cas.

Ce cas mérite quelques considérations, en ce qui concerne le diagnostic et les indications opératoires.

Certainement, les enfants sont plus sujets aux ruptures des reins, parce qu'ils sont plus exposés aux traumatismes par la violence de leurs exercices, et par la témérité de leur âge; d'autre part, le rein manque de cette atmosphère grasseuse périrénale qu'on trouve chez l'adulte, merveilleux coussinet à cet organe si délicat; mais dans mon cas, le rein était franchement pathologique, prêt à éclater.

ter, à cause de la tension interne et de la minceur de ses parois. Cette rupture n'a pas été spontanée : comme on a décrit certains cas dus à une violente contraction musculaire mais au traumatisme, qui a été direct; car il faut calculer que le rein étant long 17 cm. il dépassait de beaucoup les fausses côtes : et justement la rupture a été au pôle inférieur.

J'avais posé le diagnostic de rupture du rein à cause de la persistance de l'hématurie, de la matité qui occupait une bonne partie du quadrant supérieur de gauche, avec sensation de défense, et à cause de la fièvre qui tendait à augmenter. Mais j'ai supposé qu'il s'agissait d'un rein pathologique, lorsque je vis les cicatrices des anciennes pointes de feu.

Un fait sur lequel j'attire l'attention c'est la bénignité des symptômes généraux qui ont suivi le traumatisme. Dans la littérature quelquefois on trouve décrits des états de schoek de collapsus, etc., mais dans la majorité des cas la rupture d'un rein n'est pas suivie de grandes manifestations. En effet, ce jeune garçon après une violente douleur qui l'a immobilisé pendant peu de temps, a pu faire à pied un demi kilomètre, soutenu seulement par un de ses amis.

Devant la persistance de l'hématurie et de la fièvre, l'indication opératoire était très nette. Qu'elle soit urgente dans les cas de traumatisme du rein, elle ne l'est pas. En effet, dans tous les cas que j'ai recueillis dans la littérature, l'intervention a eu lieu au deuxième ou au troisième jour et même plus tard.

L'intervention, d'autre part, n'est pas toujours nécessaire : dans une statistique, par exemple de Keller de Copenhague, sur 48 cas de traumatisme rénal recueillis dans son hôpital, il y eut seulement sept interventions; et de celles-ci, deux furent suivies d'une néphrectomie.

Mais il ne faut pas non plus tomber dans l'exagération de Nelson (1908), toujours partisan de l'abstention, ou de Michelson (1911, Archives für klinisch Chirurgie), qui sur trente observations de rupture du rein, toutes soignées par l'abstention, eut trois morts. Cet auteur ajoute seulement :

Une exploration rénale est une intervention rapide, même au chlorure d'éthyle : elle est nécessaire et obligatoire pour le chirurgien lorsque l'hématurie persiste et la fièvre tend à augmenter.

Certainement, qu'avant de procéder à cette intervention, l'idéal

serait d'avoir fait toutes les recherches par voie cystoscopique, pour être sûr qu'il y a un deuxième rein, pour qu'il n'arrive pas le cas de Denis (de Dreux) qui enleva un rein unique atteint d'hydronéphrose, dont les parois s'étaient rompues à la suite d'un traumatisme. A ce propos sont utiles certaines considérations faites par Pasteau, à la Société d'Urologie (séance du 13 mai 1923) rapporteur de trois cas de néphrectomie pour rupture traumatique, pratiquées par Chalon (de Besançon).

Après avoir écarté les cas dans lesquels à la suite de l'intervention on doit être conservateur, soit par un simple tamponnement, soit par une suture ou le **hamac** de Marcille, soit par l'excision du pôle détaché, il suture du moignon rénal, et les autres cas, où il n'y a aucune hésitation à pratiquer d'emblée la néphrectomie (profonde déchirure du rein, ou lésion des gros vaisseaux du pédicule), Pasteau parle des cas dans lesquels l'hésitation est permise ; c'est, dit-il, d'après les signes cliniques et les constatations anatomiques que le chirurgien se trouve orienter son opération.

Chalon donne une grande importance à l'élimination d'urines biliaires après l'hématurie du début.

Dans mon cas les urines se maintinrent pendant deux jours d'observation, toujours sanguinolentes; mais lorsque j'ai en main un rein pathologique tel que vous voyez, dont l'altération anatomique n'était pour rien en rapport au débit aqueux et urique constaté pendant deux jours de suite, débits excellents, tout à fait normaux; pour ces considérations sans aucune crainte, j'ai enlevé le rein, confiant dans le résultat final.

Au point de vue opératoire, j'insiste sur la facilité avec laquelle on arrive au rein, grâce à l'incision de Guyon, lorsqu'il s'agit d'intervenir chez un enfant : n'y étant pas de graisse périrénale, le muscle aussitôt incisé, le rein est visible par transparence dans sa loge : d'autre part, mon cas confirme une considération faite par Pasteau, sur la résistance du feuillet postérieur du péritoine chez l'enfant, que selon Leguen, se rompt le plus souvent avec le rein, tandis que dans mon cas, et dans beaucoup d'autres que j'ai recueillis dans la littérature, cette séreuse avait résisté à la pression brusque de l'inondation sanguine et urinaire.

# SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 11 Avril 1924

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

*Sont présents* : MM. les Docteurs Cassuto, Masselot, Soria, Gérard, Henry, Plancke, Lemanski, Cohen-Hadria, Pérez, Maurice Uzan, Guido Levi, Moschiano, Lumbroso E., Cortesi, Nunez, Appietto, Levi Emile, Salvo, Bismuth, Bessis, Brun, Spezzafumo, Lagoanère, Levi Benjamin, Rogalski, Montefiore, Sfez.

×

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

×

## COMMUNICATIONS DU BUREAU

Le docteur CASSUTO donne lecture des deux lettres suivantes : 1<sup>o</sup> Le docteur NICOLLE qui remercie la Société de la subvention accordée sur le Fonds Pasteur à un boursier de l'Institut; 2<sup>o</sup> Le docteur ALDO COHEN, boursier de la Société, qui rend compte de ses travaux à l'Institut Pasteur de Paris.

×

## PRÉSENTATIONS DE MALADES ET DE PIÈCES

### Névrite quinique du sciatique

par

le Docteur GÉRARD  
Médecin Chef de Service

et

M. APIETTO  
Interne

Le malade que nous présentons est entré à l'hôpital le 29 mars pour des douleurs continues et une grande gêne dans les mouvements de la jambe gauche rendant la marche difficile.

Agé de 19 ans, le malade présente du paludisme chronique depuis deux ans environ. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Au début de janvier 1924, étant à Medjez-el-Bab, il a reçu un traitement quinique pratiqué en injections intramusculaires fessières. La dernière injection (pratiquée par une Infirmière) a été faite à un centimètre en dessus du pli fessier gauche, sur la ligne médiane, et a été suivie immédiatement de douleurs très vives tout au long du trajet du sciatique.

Depuis, la douleur est continue, aux dires du patient, paroxystique, exagérée à l'occasion du moindre mouvement de la jambe.

A l'examen, le malade accuse en effet une douleur vive par la pression digitale au point d'émergence de son nerf sciatique gauche, sur toute la longueur du trajet du sciatique à la face postérieure de la cuisse, dans le creux poplité, autour de la tête du péroné, sur la région dorsale et à la face antéro-externe du pied, ainsi que dans toute la surface de la région plantaire externe.

Le signe de Lasègue et le signe de Bonnet sont nettement constatés.

Des troubles trophiques accusés accompagnent ces modifications de la sensibilité : ils consistent essentiellement en troubles vaso-moteurs sur la région dorsale et la face plantaire (rebord externe du pied). Les ongles sont craquelés et friables; plusieurs petites plaques de gangrène sont visibles sur la face dorsale des dernières phalanges des deux derniers orteils.

Atrophie musculaire marquée de tout le membre inférieur gauche, plus accentuée à la jambe où la différence de diamètre des masses musculaires au tiers moyen atteint 2 cm.  $\frac{1}{2}$  par rapport à la jambe droite; l'atrophie n'étant que de 1 cm. à la cuisse.

Les mouvements volontaires d'extension, de flexion, d'adduction et d'abduction sont impossibles.

Le malade « steppe » fortement en marchant, le pied gauche est balant, en équinisme marqué. Les réflexes rotulien et plantaire gauches sont normaux.

Le réflexe achilléen est aboli à gauche. On ne note pas de Babinski, mais une anesthésie plantaire marquée à gauche.

L'examen électrique du membre inférieur gauche pratiqué par le docteur Jaubert de Beaujeu donne : réaction de dégénérescence partielle du sciatique poplité externe et du tibial postérieur gauche.

Hypoexcitabilité du nerf sciatique gauche au pli fessier, du triceps et du demi-membraneux.

Nous avons fait pratiquer un Wassermann dans le sang et le liquide céphalo rachidien qui ont été négatifs. La formule leucocytaire est normale également dans le liquide céphalo rachidien. Une radioscopie du thorax n'a rien révélé d'anormal chez notre malade. L'examen ophtalmique est négatif, ainsi que l'examen des urines; le malade n'a pas de température.

Nous sommes donc autorisés à porter le diagnostic de névrite quinique du sciatique et nous avons cru intéressant de vous rapporter ce cas qui s'ajoute à ceux déjà présentés par notre collègue Masselot.

Nous avons institué un traitement électrique.

#### **Discussion :**

Le docteur *Cassuto* trouve que le mot névrite quinique n'est pas celui

qui convient. Ces névrites sont provoquées par la mise en contact de liquides corrosifs avec un nerf et ne sont pas dues à la quinine.

Le docteur *Lemanski* propose de les appeler névrites, après injections de sels de quinine intramusculaire.

Le docteur *Cassuto*. Il faut bien les distinguer des névrites paludéennes qui sont, elles, curables par la quinine.

Les névrites, dites quiniques, peuvent être provoquées par bien d'autres liquides caustiques. Dans certain cas, il a vu survenir une névrite du cubital après injection de caféine dans le bras.

Il a vu, d'autre part, une polynévrite quelques jours après des injections de quinine dans les fesses. Elle intéressait le crural et le sciatique dont le docteur Pérez a fait l'examen électrique. C'était là une névrite paludéenne qui fut guérie par la quinine.

Il conseille toujours de faire la piqûre de quinine bien en dehors vers le trochanter.

Le docteur *Lemanski*. Tous les médicaments ne provoquent pas des névrites quand ils sont mis au contact d'un tronc nerveux. On peut même rechercher quelquefois ce contact et dans le traitement de la sciatique n'a-t-on pas utilisé de cette manière le sédol, l'antipyrine, etc.

Le docteur *Masselot*. Cet accident est dû généralement à la négligence des infirmiers. La Société doit s'occuper de la réglementation du métier d'infirmier. On pourrait signaler ces faits au Gouvernement pour obtenir cette réglementation. La Société doit émettre un vœu dans ce sens.

Le docteur *Gérard* approuve le docteur *Masselot* mais croit qu'on rencontrera des difficultés car en France le métier d'infirmier n'est pas encore réglementé. Il vaudrait mieux en attendant, que les confrères fassent eux-mêmes leurs piqûres.

Le docteur *Plancke*. Les infirmiers n'en continueront pas moins à faire des piqûres de quinine. Il vaudrait mieux inviter les malades victimes d'accidents par suite de piqûres mal faites, à porter plainte.

Docteur *Lemanski*. Il y a des infirmières à compétence notoire. En voici un exemple : Une malade se faisait faire des piqûres de quinine par une infirmière laquelle, on le sut après, laissait le contenu de la quinine aller dans le lit. La seule injection qui fut entièrement faite sous la peau provoqua un abcès.

Sur la proposition du docteur *Masselot*, la Société adopte un vœu tendant à la réglementation de l'exercice de la profession d'infirmier.



## Contribution à l'intervention précoce systématique d'urgence dans l'appendicite aiguë

par le Docteur CORRESI

Chirurgien de l'Hôpital Italia

Je vais vous présenter, ce soir, des pièces banales, des appendices qui ont été enlevés à l'Hôpital italien dans le mois qui vient de s'écouler, à la suite de crises aiguës d'appendicites.

Mon but est celui de stimuler les récalcitrants, s'il y en a encore parmi nous, à l'opération précoce systématique d'urgence dans l'appendicite aiguë et de montrer encore une fois, en même temps la gravité des lésions dès les premières heures de la maladie.

×

Ce premier appendice est court, gros comme un pouce, œdémateux, ecchymotique, recouvert d'exudats fibrineux verdâtres avec son méso infiltré, congestionné, ecchymotique. Il a été enlevé le 2 mars 1924, d'urgence, à 4 heures de l'après-midi, à une jeune femme de 28 ans, dix-huit heures après le commencement de sa première crise d'appendicite.

À 9 heures du matin, à la première visite, cette femme qui avait vomi le repas du soir dans la nuit, ne présentait qu'une très vague douleur à la fosse iliaque droite, avec une température de 37° et un pouls de 80. Deux heures après la température était de 37°5; le pouls était à 110 et la douleur assoupie à l'heure de la première visite par une pastille de pantopon était à ce moment très vive avec défense abdominale très marquée.

Les suites opératoires furent normales et la malade quitta l'hôpital guérie, vingt jours après l'intervention.

×

Cet autre appendice, long de 10 centimètres environ, de la grosseur d'un auriculaire, présentant les mêmes caractères d'inflammation aiguë que le précédent, appartient à une jeune femme de 22 ans qui, le 26 mars 1924 au soir, fut prise à bord du bateau italien de douleurs à la fosse iliaque de droite, accompagnées de légère élévation de la température 37°5; pouls fréquent 100, et vomissements.

Envoyée à l'hôpital, le 27 au matin, elle fut opérée d'urgence à 9 heures du matin. T° 38°; P. 112.

La douleur dans la fosse iliaque droite était à ce moment très légère et la défense abdominale à peine marquée.

Opérée 14 heures après le commencement de la crise, cette femme qui avait un appendice rétro-cœcal, sortit de l'hôpital douze jours après l'intervention complètement guérie.

Cet autre appendice dont les caractères anatomo-pathologiques macroscopiques sont identiques au premier que je vous ai présenté, appartient à un jeune homme de trente ans qui fut opéré le 28 mars 1924 au soir, 40 heures après le commencement de la crise, avec une température de 38°8 et 120 de pouls.

Ce jeune homme avait présenté les vomissements classiques du début, et la douleur était de beaucoup plus vive à la région épigastrique qu'à la fosse iliaque droite; guéri, il quittera dans quelques jours l'hôpital.

×

Le dernier appendice que je vous présente, sur lequel vous pouvez constater en plus des signes d'inflammation aiguë, grave, une perforation lenticulaire près de son extrémité, appartenait à un jeune homme fort et vigoureux de dix-huit ans qui mourut 24 heures après l'intervention.

Ce malade fut opéré 74 heures après le commencement de la crise de laparotomie médiane sous et sus-ombilicale avec drainages des fosses iliaques et de l'hypogastre, deux heures après que le diagnostic de péritonite généralisée par perforation appendiculaire, avait été posé par le médecin appelé en consultation par le médecin traitant.

A l'opération on ne put que confirmer le diagnostic. Tout traitement demeura sans résultat, et le jeune homme fort et gaillard, mourut.

×

Je vous ai relaté des faits cliniques et des résultats opératoires, je vous ai présenté des pièces anatomiques. Si mes paroles ont réussi à tirer de mon côté quelque confrère encore chancelant, je serai satisfait d'avoir contribué à ce que le jugement médico-chirurgical en fait d'appendicites aiguës, soit constamment à l'unisson. Seulement alors les malades auxquels une intervention aura été conseillée par les trois ou quatre médecins qui auront consulté *more punico* dans la même journée, se soumettront à une opération non dangereuse et de résultat sûr et immédiat, toujours en temps utile et la mort par appendicite sera l'exception et la guérison, la règle.

#### Discussion :

Le docteur *Brun* approuve ces conclusions de toutes ses forces. Il rappelle les cas qu'il a publiés auxquels s'ajoutent trois cas récents, ce qui en porte le nombre à 52.

Il a eu souvent à lutter contre les résistances de quelques confrères et cela est regrettable de voir à Tunis, des médecins qui ne sont pas encore convaincus de la nécessité de l'opération précoce. Ce n'est point là une question personnelle. C'est l'intérêt du malade qui est en jeu. Il engage tous les confrères à porter tous leurs cas à la tribune de la Société.

Le docteur *Lemanski*. On vient d'entendre la voix des chirurgiens. Depuis 30 ans, il est interventionniste en cela disciple de Dieulafoy. Cependant si quelques médecins hésitent encore, c'est qu'ils ont rencontré parfois des chirurgiens non interventionnistes. De plus, beaucoup d'auteurs ajoutent maintenant au chapitre des appendicites aiguës, une foule de maladies qui peuvent les simuler. Il pense, comme le docteur Brun, qu'il vaut mieux opérer même en cas de doute.

Le docteur *Cortesi*. Il ne faut pas faire entrer en ligne de compte évidemment les cas non diagnostiqués. Ici la mentalité de la clientèle est toute spéciale et, on appelle au chevet du malade successivement différents médecins. Il faut que tous les médecins appelés soient d'accord pour affirmer la nécessité de l'intervention.

Le docteur *Lemanski* est de l'avis du docteur *Cortesi*. Mais parmi les chirurgiens, il y en a qui ne veulent pas opérer. Avec le docteur *Benmussa*, il s'est trouvé une fois en consultation avec deux chirurgiens qui ont refusé d'intervenir. On a laissé le malade plusieurs mois au repos, mais il dut être opéré à l'hôpital italien par le docteur *Cortesi*.

Il faut poser ce principe que toute appendicite aiguë doit être opérée d'urgence.

Le docteur *Soria*. On ne peut préjuger des lésions anatomiques par l'état du pouls ou de la température. L'opération systématique doit être élevée à l'état d'un dogme.

×

D<sup>r</sup> CORTESI. — **Fracture du bassin chez une femme enceinte.**

(Voir en tête de ce numéro)

**Discussion :**

Le docteur *Plancke* vient d'être désigné comme expert dans cette affaire. Il a pris un dessin de la fesse qui montre bien les caractères de la fracture du bassin. Au point de vue médico-légal, il est juste en effet que la femme soit indemnisée. L'incapacité due aux douleurs persistantes, à l'impotence des membres inférieurs, méritent une compensation. De même « l'impotentia gestandi » mérite une indemnité que le tribunal évaluera certainement très large. Quant à la frigidité secondaire, on ne peut l'évaluer.

Le docteur *Cortesi*. Une seconde action civile doit être intentée contre la Compagnie de transport.

×

D<sup>r</sup> SORIA. — **Rupture traumatique du rein nephrectomie.**

(Voir dans ce numéro page 239)

×

D<sup>r</sup> G. LEVY. — **Un cas de tuberculose rénale** Il s'agit d'un rein atteint de grosses lésions de fonte tuberculeuse et enlevé à l'Hôpital Italien.

### Discussion :

Docteur *Soria*. C'est le docteur Soria qui avait vu la malade avant. La cystoscopie seule avait déjà posé le diagnostic et guidé vers la sanction opératoire. On pouvait ne pas attendre les résultats de l'inoculation au cobaye.

×

### A propos d'un cas d'anurie prolongée d'origine toxique

par F. MASSELOT

Le 13 février 1924, le nommé C..., âgé de 19 ans, absorbe, en vue de se suicider, 2 gr. d'oxycyanure de mercure; il est pris, dix minutes après, de vomissements. Il reçoit environ 1 heure et demie après à l'hôpital français, tous les soins que nécessite son état, en particulier un lavage d'estomac suivi d'absorption d'eau albumineuse. Il se plaint dès le lendemain de douleurs vives œsophagiennes et épigastriques, et a des vomissements sanglants.

Il urine pour la dernière fois le 14 février à 17 heures et toutes les thérapeutiques employées pour réveiller la diurèse restent inefficaces (théobromine, diète hydrique lactosée, sérum glucosé hypodermique, saignée d'un demi litre et même cathétérisme des uretères).

Il reste ainsi anurique les 14, 15, 16 et 17 février. L'analyse de ses dernières urines donne des traces d'albumine et le dosage de l'urée du sang, 0 gr. 51. Celle-ci ne tarde pas à monter et atteint 2 gr. 6 le 16.

Le malade n'a pas d'œdème. Il présente comme signes marqués d'intoxication urémique, des crampes dans les mollets, une légère dyspnée, un état d'agitation caractérisé et des vomissements répétés et abondants.

La tension est normale, 14-7 au Pachon. Il a de plus des symptômes de stomatite incipiente.

Les signes d'intoxication urémique, l'anurie complète résistant à toute thérapeutique faisaient redouter une issue fatale.

Nous avons songé à ce moment à nous adresser à la chirurgie pour conjurer les accidents menaçants. Les classiques sans en être enthousiastes, conseillent d'y avoir recours en cas d'échec des thérapeutiques médicales, mais restent muets sur le point le plus important, celui de savoir à quel moment l'intervention doit être tentée.

Jaubran conseille : « la décapsulation du rein ou la néphrostomie avec drainage du bassinnet. » Legneu parle de « la néphrotomie qui abaisse la tension intra-rénale, fait une saignée abondante, et de la décapsulation qui produit aussi la décompression et la saignée, mais avec moins d'énergie ». Castaigne écrit dans la thérapeutique des néphrites : « on pourra par l'intervention chirurgicale amener la diurèse nécessaire et sauver la vie du malade. »

Il n'en demeure pas moins établi que ces interventions fort graves sont

rarement suivies de succès (peut-être d'ailleurs parce qu'elles ne sont entreprises que dans les cas désespérés) ce qui rend les chirurgiens moins interventionnistes que les médecins.

Nous étions très hésitants sur la conduite à tenir lorsque nous avons eu l'occasion de lire dans la remarquable étude de Valléry-Radot-Pasteur, sur l'anurie, la condamnation suivante du traitement chirurgical des néphrites : « Le traitement chirurgical des néphrites médicales est aujourd'hui abandonné en France » et plus loin cette phrase consolante : « Dans ces néphrites toxiques, l'anurie peut durer huit jours, dix jours et plus, l'azotémie atteindre des chiffres extrêmement élevés 5 et 6 gr., et la guérison peut cependant survenir. »

Nous avons donc poursuivi le traitement médical de ce cas et pratiqué ainsi que le conseille Valléry-Radot, des injections intra-veineuses de sérum glucosé hypertonique à 300 gr. pour 1.000.

La première injection le 16 a été de 50 gr.; la 2<sup>e</sup> le 17 de 100 gr.; la 3<sup>e</sup> le 18 de 150 gr.; et la 4<sup>e</sup> le 19 de 380 gr. Le 18, le malade a uriné 50 grammes d'urine sanglantes; le 19, 80 gr.; le 20, 710 gr. et le 21, 3.500 grammes d'urines claires. Depuis cette date, la polyurie a toujours dépassé trois litres jusqu'au moment de la sortie du malade, le 28 mars.

La suite de l'observation présente peu d'intérêt, car nous retompons dans le domaine des faits classiques et connus; nous ne la mentionnerons que pour être complet. La stomatite a évolué pour son propre compte jusque vers le 26. Elle a été, somme toute, peu intense. Les vomissements se sont arrêtés avec la reprise de la diurèse. Le malade a eu des coliques violentes pendant plusieurs jours avec évacuations diarrhéiques. Il a présenté dès le début et jusqu'à la fin du mois de février, des hémorragies sous conjonctivales assez importantes.

L'analyse des urines et du sang pendant la période de convalescence a donné :

|                 | Urée de l'urine | Albumine | Urée du sang |
|-----------------|-----------------|----------|--------------|
| Le 19 février : | 5 gr. 88        | 8 gr.    | 1 gr. 80     |
| Le 26 février : | 13 gr.          | 0 gr. 10 | 1 gr. 80     |
| Le 29 février : |                 |          | 1 gr. 10     |
| Le 5 mars :     | 11 gr.          | traces.  |              |
| Le 26 mars :    | 8 gr. 2         | néant    | 0 gr. 41     |

Le malade est resté au régime lacté intégral presque jusqu'à sa sortie et a été mis ensuite au régime végétarien déchloruré.

Le résultat fonctionnel obtenu a été excellent. D'une affection immédiatement menaçante pour son existence, le malade a guéri en ne conservant que des séquelles rénales. C'est néanmoins actuellement un brightique ainsi qu'en témoignent les traces d'albumine, la polyurie per-

sistant au-dessus de trois litres et l'azotémie de 0 gr. 41 malgré un régime aussi peu azoté que possible.

Nous avons cru utile de relater les hésitations que nous avons éprouvées à propos de ce cas, hésitations bien compréhensibles si l'on songe qu'il s'agit d'un fait clinique d'observation relativement peu fréquente, et également aussi que les auteurs sont sur ce point particulièrement imprécis et d'opinions discordantes. Un seul d'entr'eux, nous le répétons, Vallery-Radot-Pasteur, a répondu aux questions que chaque médecin se pose en face d'un cas analogue en condamnant d'une façon catégorique la chirurgie des néphrites médicales et en faisant observer à ceux qui seraient tentés de s'y adresser que l'anurie sécrétoire peut guérir au bout d'un laps de temps dépassant une semaine.

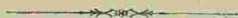
#### **Discussion :**

Le docteur *Maurice Uzan* prend la parole pour fixer seulement un point historique. Les premiers, dès 1913, Enriquez et Gutman avaient utilisé les mesures glycosés hypertoniques.

Le docteur *Lemanski*. A propos d'intoxication mercurielle, rappelle un cas d'intoxication par injections intra-utérine de solution d'oxycyanure de mercure. La sage-femme fut condamnée.

Le docteur *Plancke*. Il me semble bien qu'il s'agissait de sublimé en injections vaginales.

Le docteur *Lemanski*. Il s'agissait bien d'oxycyanure intra-utérin. La sage-femme, pour sa défense, avait même fait allusion à un texte de Tarnier où ce Maître préconisait les injections intra-utérines de sublimé. Mais à la même date, Tarnier disait à la tribune de l'Académie qu'il avait abandonné ce procédé.



### Les ligaments utéro-sacrés dans la statique utérine

R. POLLART

*Bruzelles Médical*, 4<sup>e</sup> année, n° 13, 17 janvier 1924

pages 245-249

---

ments utéro-sacrés dans la statique utérine et, partant, dans le mécanisme de la rétroversion.

Anatomiquement, il décrit un véritable muscle recto-utérin doublant le ligament utéro-sacré.

Physiologiquement, il montre que :

1° toute traction en arrière des ligaments utéro-sacrés a pour effet d'amener le col en haut et en arrière, forçant le fond utérin contre la vessie, et de relever en même temps le cul-de-sac postérieur.

2° l'action d'un pessaire bien appliqué se fait en réalité par l'intermédiaire de ces ligaments. En effet, le pessaire refoule le cul-de-sac postérieur et amène l'utérus en antéversion parce qu'ainsi les ligaments utéro-sacrés se trouvent raccourcis.

3° toute traction per vaginam sur le col utérin agit directement sur les ligaments utéro-sacrés.

Il en résulte que la cure opératoire de la rétroversion doit s'adresser pour une large part à ces ligaments.

L'auteur conseille de combiner à une fixation antérieure de l'utérus selon la technique de Doleris-Rouiller ou Grossen, un raccourcissement des ligaments sacrés, raccourcissement qu'on fera au moyen de deux surjets séparés, un par ligament.

On obtient ainsi une suspension idéale de l'utérus. De plus, par suite de ce raccourcissement des ligaments sacrés, les ovaires retrouvent une nouvelle fossette ovarienne qui leur évitera tiraillements et troubles circulatoires.

M. U.

---

### La leucopédèse gastrique

LÆPER et MARCHAL

*Annales de Médecine*, Octobre 1923, t. XIV, n° 4

---

de digestion.

Anatomiquement, la présence de leucocytes peut être constatée dans la muqueuse en période de digestion. Ces leucocytes progressent le long des

La leucopédèse est un phénomène constant dans l'estomac et semble lié aux phénomènes

espaces conjonctifs et se faulant entre les cellules épithéliales viennent tomber dans la cavité gastrique.

Cliniquement, on peut noter d'une façon constante la présence de globules blancs dans les liquides extraits de l'estomac.

Cette leucopédèse gastrique passe par des périodes de recrudescences coïncidant avec la digestion. Cependant il ne semble pas qu'il y ait un rapport quantitatif entre leucopédèse et sécrétion glandulaire.

Beaucoup de facteurs viennent influencer cette transsudation leucocytaire dans la cavité gastrique : la concentration moléculaire, la présence de ferments digestifs (pepsine, trypsine), d'éléments irritants, l'usage des amers (quassia, colombo).

Les globules blancs arrivés dans l'estomac exercent des fonctions multiples :

1° une fonction antitoxique. L'anaphylaxie alimentaire semblait due au moins en partie à une leucopédèse déficiente.

2° une fonction digestive. Les propriétés digestives des leucocytes sont à part, très faibles. Mais elles se trouvent activées par différentes substances : HCL dilué, acides organiques, pepsine, extrait pancréatique. Ces propriétés digestives ne s'exercent pas d'une façon égale sur toutes les molécules organiques.

Les leucocytes activés par HCL ou par acides lactiques ou acétiques poussent loin après le stade peptone la digestion des albuminoïdes. (Les polynucléaires prédominent dans ce cas).

Par contre HCL n'est pas favorable à l'action amylolytique des globules blancs mais le mélange suc pancréatique et bile active le proferment leucocytaire.

Avec l'huile, ce sont les lymphocytes qui acquièrent la prédominance.

Les globules blancs sont eux-mêmes digérés très rapidement par le suc gastrique et leur destruction provoque la libération de ferments qui peuvent suppléer dans certains cas à l'insuffisance digestive de l'estomac. Par contre, leur vitalité se trouve ainsi entravée et ils ne peuvent exercer leur pouvoir phagocytaire dans l'estomac.

Par là, se différencient les fonctions opposées des globules blancs dans l'estomac et dans l'intestin : Action leucopédétique dans la cavité gastrique; action phagocytaire dans l'épaisseur de la muqueuse intestinale.

Cette étude, très documentée, vient éclairer un peu plus la physiologie gastrique et les notions que nous avons, concernant l'anaphylaxie alimentaire. Elle donne une orientation nouvelle aux recherches et mérite d'être retenue aussi bien du clinicien que du physiologiste.



**Emploi de la cigüe et du bromhydrate  
de cicutine en pathologie gastrique**

FÉLIX RAMOND et PARTURIER

Société de Gastro-Entérologie de Paris, séance du 11 février 1924  
in *Archives des Maladies du tube digestif  
et de la nutrition*, t. XIV, n° 3, mars 1924, pages 245-250

Inspirés par les recherches de Marie, Bouttier et Pierre et de Guillaïn et Richaud sur l'action du bromhydrate de cicutine dans les contractures, et recherchant un autre sédatif, que la

belladone, des spasmes du tube digestif, les auteurs se sont adressés à la cigüe et à ses dérivés.

Ils ont employés soit une solution injectable de bromhydrate de cicutine à 15 p. 1000 aux doses de 1 à 3 centimètres cubes (3 cc = 4 cgr., 5) soit à une formule de suppositoire :

|                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| Extrait de cigüe.....     | 0 gr. 05 à 0,10     |
| Extrait de crataegus..... | 0 gr. 10.           |
| Extrait tebacique.....    | Un demi centigramme |
| Excipient.....            | q. s.               |

Dans trois cas, les auteurs ont constaté radiologiquement l'action antispasmodique de ces produits.

Cliniquement, la cigüe semble pouvoir rendre service toutes les fois qu'il s'agit de lutter contre un spasme; dans les dypepsies réflexes ou dans les dyspepsies nerveuses avec insomnies.

M. U.

**Aortites et syphilis congénitales  
chez l'enfant**

**Importance du diagnostic radiologique**

A. ENRIQUE et Juan-José BERETERVIDE  
*Archives de Médecine des Enfants*  
tome XXVII, n° 5, Mai 1924, pages 257-272

Etudiant radiologiquement les dimensions normales cardio - aortiques chez l'enfant, les auteurs ont eu l'attention attirée par l'aug-

mentation quasi constante du diamètre de l'aorte ascendante (la maxima normale étant 1 cm jusqu'à 8 ans et 1 cm, 3 jusqu'à 14 ans) avec ou sans exagération de l'ombre aortique, chez les enfants atteints de syphilis congénitale.

Ils en concluent que c'est là un signe très important et qui doit être recherché systématiquement toutes les fois qu'on suspecte l'origine spécifique d'une affection, et que la simple constatation de ce signe autorisé

l'institution immédiate d'un traitement spécifique qu'on exécutera avec constance, intensité et énergie.

Quatre belles observations et de nombreux schémas illustrent cet article qu'on lira avec profit.

M. U.

### **Poliomyélite à forme méningée**

Th. REH (de Genève)

*Archives de Médecine des Enfants*

tome XXVII, n° 4, Avril 1924, pages 234, 238

L'auteur relate un cas personnel de cette forme rare de poliomyélite. Ce cas présentait les caractères suivants :

1° période préparalytique de durée supérieure à la normale (douze jours).

2° syndrome méningé particulièrement prédominant avec douleurs, rachialgie, somnolence, kernig, raideurs, constipation, nausées, liquide céphalo-rachidien riche en éléments figurés.

Il fut ainsi très difficile d'exclure, jusqu'à la période de paralysies, une méningite tuberculeuse de forme anormale.

L'auteur rappelle à propos de cette observation l'étude parue dans le même journal en mai 1923, de Mlle Condat et basée sur trois cas dont deux du docteur Loubet.

M. U.

## BIBLIOGRAPHIE

### Essai sur la Paralyse tremblante de James Parkinson

par A. SOUQUÈS et Th. ALAJOUANINE

On lira, certainement, avec le plus grand intérêt, la traduction qui viennent de donner MM. A. SOUQUÈS et Th. ALAJOUANINE de l'*Essai sur la Paralyse tremblante* de JAMES PARKINSON (1) ainsi que les nombreuses notes qu'ils ont ajoutées au mémoire original, à peu près introuvable. C'est sur un des rares exemplaires (le cinquième existant), celui de la bibliothèque du Dr SYDNEY KUH, de Chicago, que les auteurs modernes ont pu faire leur traduction. C'est CHARCOT qui remplaça la dénomination de *Paralyse tremblante* par celle de *maladie de Parkinson*. Il y ajouta la notion de *rigidité*, qui avait échappé à l'auteur anglais. Celui-ci avait bien noté le tremblement de la tête, le début insidieux et la marche progressive de l'affection. Six observations très minutieuses et très complètes figurent dans le mémoire original. La propulsion en avant, la marche sur la pointe des pieds, l'apparence d'antmate, « *as a picce of machinery* » n'ont pas échappé à PARKINSON, qui décrit cette affection avec toute la vivacité et le coloris d'un artiste. Il est piquant de noter que les diagnostics de PARKINSON furent faits sur des passants, à distance pour ainsi dire, *rencontrés par hasard dans la rue*. PARKINSON fait un bon *examen des symptômes pathognomoniques*, et un complet diagnostic différentiel. CHARCOT montrait volontiers, à la Salpêtrière, à côté d'un parkinsonien un malade atteint de sclérose en plaques, pour mieux faire connaître les deux tremblements.

MM. SOUQUÈS et ALAJOUANINE (2) disent : « Jusqu'à ces dernières années, on n'était pas plus avancé que PARKINSON sur les causes éloignées, c'est-à-dire, sur l'étiologie de cette affection. On avait fait jouer, selon nous, bien à tort, un rôle capital à l'émotion. Il est intéressant de noter que PARKINSON n'en parle même pas. L'encéphalite léthargique a modifié profondément nos notions sur ce point, en montrant le rôle capital, dans l'étiologie de la paralyse tremblante, des maladies infectieuses, rôle déjà soupçonné par quelques auteurs »

Le mémoire de PARKINSON, traduit par des écrivains modernes, de la valeur de MM. SOUQUÈS et ALAJOUANINE, est d'une lecture instructive et attrayante, surtout à cause des nombreuses notes (exactement 43), qui suivent le texte et qui lui donnent toute l'allure scientifique contemporaine, qui ressort des travaux modernes, bien mis « à la page » par les annotateurs. Ainsi présenté le mémoire original de PARKINSON a toute la saveur suggestive d'une *reprise d'actualité*. La lecture de cette traduction sera certainement très utile au praticien qui, d'un moment à l'autre, peut rencontrer des « *séquelles éloignées d'encéphalite épidémique* », sous la forme parkinsonienne.

Dr LEMANSKI.

(1) Chez MASSON, éditeur, Paris, 1924.

(2) Note (28) p. 69.

## LIVRES REÇUS

**Causes. Prophylaxie et traitement de la Tuberculose pulmonaire, maladie évitable et curable**, par le Docteur B. BRUNON, professeur de clinique médicale, Directeur de l'École de Médecine de Rouen. Membre correspondant de l'Académie de Médecine. — 1 volume in-18 de 628 pages avec 28 figures dans le texte. — Gaston Doin, éditeur, Paris. — Prix : 35 fr.; franco France, 37 fr.

Ce livre s'adresse aux médecins praticiens. Les études de biologie et les travaux de laboratoire sont au second plan de son programme. Il donne les observations et les résultats d'une longue expérience, et sa préoccupation principale est de documenter le clinicien.

Les théories actuelles ne sont pas épousées à la légère ; l'auteur marque même une tendance à revenir aux idées de l'École clinique française par opposition aux idées théoriques allemandes qui ont séduit le monde médical depuis cinquante ans.

Le traitement est étudié avec soin sous toutes ses faces et les questions de régime alimentaire ont été particulièrement développées.

Pour l'étiologie comme pour la prophylaxie et le traitement, ce livre apporte une très riche documentation sans faire appel à une longue et fastidieuse bibliographie.

Le ton général de l'ouvrage est tout à la fois conservateur et révolutionnaire. L'auteur a l'audace de critiquer le dogme de la contagion. Chaque phrase caractérise son esprit indépendant. L'ensemble du travail se juge par les premiers mots du préambule : « Je dirai ce que j'ai vu en me défendant contre ce que j'ai lu. »



**Transfusion du sang**, par Victor PAUCHEZ et Auguste BÉCART. — 1 volume in-8 de 186 pages avec 52 figures dans le texte. — Gaston Doin, éditeur, Paris. — Prix : 18 fr.; Franco France, 19 fr. 80.

La transfusion du sang est à l'ordre du jour. C'est un moyen héroïque dans la pratique médicale, chirurgicale, obstétricale et infantile. Ses indications sont multiples : hémorragies aiguës, hémorragies répétées, maladies du sang, goître exophtalmique, anémie pernicieuse, dépression pré ou post-opératoire. Tous ces cas pathologiques sont justiciables de la transfusion. Les indications sont quotidiennes et si on ne s'en sert pas plus souvent, c'est parce que le praticien n'est pas organisé pour cela.

En suivant les indications de ce livre, tout chirurgien, tout médecin, tout accoucheur, tout spécialiste, doit pouvoir exécuter une transfusion du sang. Les donneurs se trouvent facilement, dans la famille ou chez les amis, le fait de donner du sang ne nuisant à personne.

On trouvera dans cet ouvrage après un court chapitre « *Historique* » les *Indications chirurgicales*, puis *médicales* de la transfusion. Les *accidents consécutifs*, les *groupes sanguins* sont décrits ensuite avec tous les détails désirés. Le *choix du donneur* est le chapitre qui précède celui très important des *méthodes de transfusion du sang*.

Les auteurs conseillent deux méthodes : 1<sup>o</sup> la méthode du sang stabilisé,

c'est-à-dire rendu incoagulable par addition de citrate de soude ou par des traces de sulfarsénol. Le sang se conserve ainsi sans se coaguler. C'est le procédé à recommander aux praticiens et aux confrères qui font peu usage de la transfusion ; 2° celle du sang pur. Pour que le sang puisse être employé pur, il faut faire usage d'un matériel paraffiné ou vaseliné. En effet, le métal, le verre, le caoutchouc, provoquent la coagulation. Le paraffinage préalable empêche la coagulation. La seringue de Bécart, présentée à l'Académie de Médecine, est un instrument qui rend pratique et facile cette opération.

Bécart a pratiqué plus de 1.000 transfusions du sang. C'est le résultat de sa pratique qui a été exposée dans ce volume que chaque praticien devra avoir dans sa bibliothèque.

~~~~~

Le Problème de l'Anaphylaxie, par Auguste LUMIÈRE. — 1 volume in-8 de 242 pages, avec 46 figures, dont 12 planches en noir et 22 planches en couleurs, d'après autochromes, hors-texte, reliure de luxe. — Gaston Doin, éditeur, Paris. — Prix : 30 fr.

Voici un livre qui suscitera, dans les milieux scientifiques, de vives discussions, d'où doit sortir une orientation entièrement nouvelle de la médecine.

Rompant en visière avec les errements des nombreux auteurs qui, depuis les travaux de PORTIER et RICHER, se sont attachés à décrire les manifestations et les effets du choc anaphylactique sans donner aucune indication pratique sur l'origine même de ces phénomènes, A. LUMIÈRE apporte, sur la cause initiale de ces troubles, des explications qui éclairent leur pathogénie et ouvrent des horizons nouveaux à leur thérapeutique.

L'étude du rôle des colloïdes chez les êtres vivants avait fourni, il y a trois ans déjà, à cet auteur, l'occasion d'indiquer les relations existantes entre les phénomènes d'anaphylaxie et les réactions physico-chimiques produites dans l'intimité des tissus vivants. L'ouvrage qu'il vient de mettre en librairie a pour but d'apporter des précisions nouvelles sur cette importante question, de prouver, par une argumentation solide que la constitution et la floculation colloïdales sont à la base des troubles anaphylactiques, comme ils sont à l'origine de tous les phénomènes d'ordre physiologique et pathologique.

Les milieux humoraux, les protoplasmas cellulaires, les tissus des animaux et des végétaux au sein desquels s'effectuent les processus vitaux, sont tous des colloïdes, et par là, condamnés à la destruction fatale par floculation. Cette floculation peut être lente ou rapide, physiologique ou pathologique. Physiologique elle aboutit progressivement à la sénilité et à la mort. Pathologique elle explique les phénomènes morbides — les phénomènes anaphylactiques comme les autres — aigus ou chroniques, locaux ou généraux.

Par quel mécanisme ces floculats peuvent-ils déclancher les accidents anaphylactiques ? Par l'intermédiaire des terminaisons nerveuses incluses dans l'endothélium des vaisseaux capillaires des centres.

Ces filets nerveux appartiennent, on le sait, au système vago-sympatique. Leur excitation soudaine, par un floculat abondant, détermine un réflexe qui

a pour effet de provoquer la surdilatation brusque des vaisseaux viscéraux. Ainsi s'expliquent les symptômes essentiels du choc aigu ou suraigu : congestion, hypotension artérielle, leucopénie, syncope, crises solaires, etc. Si, au contraire, l'irritation primitive des centres est réalisée progressivement, au moyen de doses subintrantes, par un flocculat moins abondant, l'endothélium vasculaire s'accoutume à cette excitation. Une excitation ultérieure, même violente, ne déterminera plus la réaction vago-sympathique, cause déterminante du choc ; il y a désensibilisation. Plusieurs auteurs avaient noté cette intervention du système vago sympathique dans le choc. Aucun n'en avait pénétré le mécanisme.

Poussant plus loin ses investigations, l'auteur s'attache à dégager les causes de la sensibilisation. Pour expliquer le processus par lequel les micelles sériques de l'animal sensibilisé peuvent ensuite flocculer sous l'influence du même corps protéique, point n'est besoin de faire intervenir, comme on l'a fait jusqu'ici, la formation de substances mystérieuses. Les mêmes accidents peuvent être reproduits en introduisant dans la circulation des substances chimiques insolubles, sous une forme dispersée ou flocculée. Ces flocculats artificiels agissent de façon purement mécanique.

Quant aux moyens de combattre le choc, ils sont indiqués par les considérations qui précèdent. Ils consistent à éviter la formation ou l'introduction brusque d'un précipité flocculé dans le sang, à dissoudre le flocculat par des procédés appropriés, à empêcher l'action brusque de ce précipité sur l'endothélium des vaisseaux cérébraux, à diminuer l'excitabilité vasculaire ou à paralyser la vaso-dilatation de ces vaisseaux et enfin à compenser le déséquilibre entre le volume de la circulation dilatée et celui de la masse sanguine au moyen, par exemple, de copieuses injections de sérum physiologique.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les idées exposées par l'auteur.

Nous n'exagérons en rien en déclarant qu'il n'avait pas été apporté, depuis PASTEUR, une contribution d'une telle importance au progrès des sciences médicales.

La théorie colloïdale d'A. LUMIERE ne se borne pas, en effet, à résoudre, de la façon la plus réactionnelle, le problème de l'anaphylaxie. Elle éclaire d'un jour nouveau les fondements mêmes de la médecine. Elle substitue aux incertitudes de la science moderne, des données précises sur la pathogénie, et, par là, sur la thérapeutique éventuelle de la plupart des maladies.

Les preuves de son exactitude, elle les tire à la fois de la logique simple et rigoureusement scientifique avec laquelle elle explique tous les phénomènes d'ordre pathologique ou physiologique et du fait qu'après trois ans d'épreuves, il n'a pas été dressé contre elle une seule objection qui vaille.

On pourra discuter sur la validité de ces hypothèses, mais on ne saurait négliger ou passer sous silence une étude de cette importance, sortie de la plume de l'un des savants les plus estimés et les plus originaux de notre époque.

Ajoutons que l'on retrouvera avec plaisir dans cet ouvrage, la clarté, la concision et cette sobre élégance qui donne tant d'attrait aux écrits d'Au-

guste LUMIÈRE et que de nombreuses figures, d'une valeur probante indiscutable, illustrent le texte, dont 22 magnifiques planches en couleurs, d'après autochromes.

L'Esprit et la Tendance de l'Instrumentation chirurgicale, par L. DARTIGUES.

Préface du P^r J. L. FAURE. — 1 volume grand in-8^e carré, de 124 pages, avec de nombreuses planches et figures. — Prix : 10 francs.

Dartigues a tenté, dans ce livre tout à fait original et qui n'a pas de précédent, une description de la morphologie des instruments de chirurgie : il a étudié le taxisme de ces instruments, ainsi que la physiologie motrice de l'opérateur qui s'en sert. Il a enfin posé les bases rationnelles d'une classification instrumentale entourée de considérations générales et philosophiques des plus intéressantes et de très haute portée.

Le livre se termine par un exposé des instruments personnels de l'auteur.

La préface si élogieuse du P^r J. L. Faure fait bien ressortir l'intérêt qui s'attache à ce livre écrit d'une façon aussi claire et aussi attrayante qu'il est possible.

Silhouettes médico-chirurgicales (1^{re} série), par le D^r DARTIGUES, avec préface du D^r L. M. PIERRA. — 1 volume grand in-4^e carré, de 116 pages, avec 26 photographies et 26 des-ins originaux. — Prix : 10 francs.

Tout le monde connaît la « manière » si originale et si pittoresque de Dartigues, et tout le monde sait que sa plume, toujours indépendante et fière, n'est jamais amère ni méchante.

Jamais peut-être le distingué chirurgien, qui a su fixer ou renouveler si heureusement la technique de tant d'interventions abdominales, n'aura été davantage lui-même qu'en consacrant à ses pairs, dont beaucoup sont ses amis, ces notices humoristiques illustrées d'excellentes photographies et de dessins originaux d'intention évidemment satirique, mais jamais cruelle.

L'ensemble constitue une galerie unique en son genre et que tiendront à posséder tous ceux qui s'intéressent aux gloires et aux espoirs de la médecine et de la chirurgie françaises contemporaines.

Ajoutons qu'une préface du D^r L. M. Pierra exprime fort heureusement quelques-uns des sentiments qu'inspire l'auteur à ses amis, c'est-à-dire à tous ceux qui l'ont beaucoup approché et qui ont pu le voir à l'œuvre.

Conseils aux nerveux et à leur entourage, par le Docteur H. FEULLADE, médecin, directeur de la Clinique médicale d'Ecully. — 1 volume in-18 jésus. — E. Flammarion, éditeur Paris. — Prix : 7 fr. 50.

La Bibliothèque des Connaissances Médicales publie un volume intitulé : *Conseils aux nerveux et à leur entourage*.

Le nervosisme est une question d'actualité. La vie moderne, avec ses obligations et ses inconvénients, exige une plus grande activité physique et morale qu'autrefois, et par suite provoque la fatigue, puis l'épuisement du

système nerveux. De même qu'il est besoin d'une hygiène physique pour augmenter la résistance organique, de même il est besoin d'une hygiène psychique pour développer la résistance du cerveau.

Le Docteur Feuillade, de Lyon, décrit dans cet ouvrage les différentes formes de nervosisme, et donne des directives pour le modifier. Il insiste sur le rôle de l'entourage des nerveux dans l'évolution de certains états maladifs. Il montre que les tâches mentales peuvent être combattues avec succès; l'essentiel est de chercher à les atténuer dès la plus tendre enfance. A l'occasion du traitement, en même temps qu'il expose les méthodes pratiques à employer dans la cure des malades, l'auteur donne des conseils sur le genre d'éducation qui convient aux enfants en général, et particulièrement à ceux qui présentent un tempérament nerveux.

Ce livre sera donc lu avec intérêt aussi bien par les nerveux et leur famille que par les maîtres chargés de l'éducation des enfants et de leur santé morale.

La Scarlatine, par le Docteur M. BRELET, professeur à l'École de Médecine de Nantes. — 1 volume in-18 jésus. — E. Flammarion, éditeur, Paris. — Prix : 7 fr. 50.

La scarlatine, comme les autres fièvres éruptives, est intéressante à tous points de vue. Ses formes cliniques sont nombreuses, d'abord parce qu'on rencontre une gradation de cas depuis la scarlatinette jusqu'à la scarlatine maligne rapidement mortelle, et ensuite parce que des complications très variées peuvent venir modifier la marche de la maladie. Ces aspects multiples de la scarlatine en rendent souvent le diagnostic assez difficile.

La pathogénie de cette fièvre éruptive a été très discutée; mais l'auteur de ce volume, voulant faire une étude surtout clinique, ne s'est pas attardé à la controverse de la pathogénie, préférant développer plus longuement deux questions d'une importance pratique très grande : la prophylaxie et le traitement.

Au chapitre de la prophylaxie, M. Brelet indique ce qu'il faut faire quand la scarlatine survient dans une famille, dans une école, dans une caserne, comment enfin doit être organisée l'hospitalisation des scarlatineux.

Le traitement est exposé avec beaucoup de détails, pour montrer que le rôle du médecin soignant un scarlatineux est toujours très important; dans les formes légères, il s'agit de prévenir l'apparition des complications et de tenir le malade isolé afin d'éviter la transmission de la scarlatine à son entourage; dans les cas graves, un traitement énergique permet souvent de lutter avec succès contre une infection qui s'annonçait très redoutable.

La Tuberculose rénale chronique, par le Docteur F. CATHELIN, chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie, ancien chef de clinique et Lauréat de la Faculté. — 1 volume in-18. — E. Flammarion, éditeur, Paris. — Prix : 7 fr. 50.

La *Bibliothèque des connaissances médicales* publie aujourd'hui un volume de M. Cathelin sur la **Tuberculose rénale chronique** c'est-à-dire sur la **Tuberculose rénale chirurgicale**.

Il s'agit là d'une grosse question d'actualité et qui domine de beaucoup par sa fréquence les affections qu'on rencontre ordinairement dans les services des voies urinaires.

M. Cathelin, un des deux ou trois chirurgiens de France qui ont opéré le plus de tuberculoses rénales, était donc particulièrement qualifié pour traiter ce sujet d'une importance capitale.

Il n'a fait qu'effleurer ce qui a trait à l'anatomie pathologique et à la pathogénie qui intéresse moins directement le praticien et s'étend par contre longuement sur le diagnostic et le traitement.

C'est un livre que ne devront donc pas seulement consulter les spécialistes et les chirurgiens mais surtout la grande masse des médecins-praticiens qui, grâce à lui, pourront ainsi sûrement, sans les ressources ultérieures, du laboratoire, poser un *diagnostic précoce* et rendre ainsi un inappréciable service à leurs malades.

ESCALAPE, grande revue mensuelle illustrée, Lettres et Arts dans leurs rapports avec les Sciences et la Médecine. — Abonnement : 25 francs (Etranger : 30 francs). Le numéro : 4 francs 15, rue Froidevaux, Paris (XVI^e)

Sommaire du numéro de Mai 1924

Numéro spécial consacré au Salon des Médecins

Sonnet Liminaire (1 ill.), par le Prof. Jean-Louis FAURE. — *Le 1^{er} Salon des Médecins* (19 ill.), par le D^r Paul RABIER. — *Le Docteur Sabouraud, sculpteur* (4 ill.), par Elie FAURE. — *Le Docteur Hallé, peintre* (2 ill.), par le D^r Ch. VILLANDRE. — *Une lettre du Docteur Hérain* (5 ill.), par le D^r de HÉRAIN. — *Le Docteur Malfaire, peintre paysagiste* (2 ill.), par le D^r DUBAR. — *Les Médailles du Prof. Hayem* (2 ill.), par le D^r Benjamin BORD. — *Charles Villandre, chirurgien et sculpteur* (4 ill.), par le D^r AMEUILLE. — *Le Docteur P.-E. Colin, graveur sur bois* (4 ill.), par A. BRUNOT. — *Supplément* (14 ill.).

Dans ce numéro se trouvent reproduites les œuvres des médecins artistes suivants : Prof. agr. Philibert, F. de Hérain, Janet, Papin, Prof. Bezançon, Wilborts, Lemièrre, Gaudier, Grégoire, Oberthur, Fay, Briau, Jaeger, Prof. Marcel Labbé, Lortat-Jacob, Escat, Desmier, Sabouraud, Hallé, Mailfaire, Prof. Hayem, Ch. Villandre, P.-E. Colin, A. Darier, Rendu, Moy, Funck-Hellet, Delmont-Bebet, Marchand, Routier, Eybert, Jumentie, Malherbe, Maurice Grimbert, Wagner, Le Clerc, de M^{me} Brouardel et de M^{lle} Alice Baillièrre.

Parmi ces œuvres figurent de nombreux paysages, des sujets de genre et les portraits des médecins suivants : Rabier, Pierre Bertin, Desmier, Broco, Darier, Lavenant, Rubens-Duval, Zislin, Jayle, Louste, Mailfaire, Hayem, Hanriot et ceux des Internes de la Salle de Garde en Médecine des Enfants-Malades en 1921-1922.

Ce numéro spécial est vendu 6 francs.

Histoire et Pratique de la Balnéothérapie

dans les ÉBERTHOSES et les PARAÉBERTHOSES

par le Docteur LEMANSKI

A propos du traitement des maladies fébriles par l'eau froide, on peut encore dire qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil. HIPPOCRATE fait mention de l'eau froide dans l'érysipèle; après lui GALLIEN en usa dans les pyrexies. Je relève l'intéressant passage suivant dans la *Thérapeutique générale* du Prof. GRASSET (p. 546) :

« Hippocrate a longuement étudié « l'eau dans les maladies aiguës » : les bains tous les jours ou à de plus longs intervalles. Il détaille la manière de les donner : « on aura tout prêt, et en grande quantité, un mélange d'eau froide et d'eau chaude pour arroser le malade à sa sortie du bain et on versera sur lui l'eau, à diverses reprises et avec rapidité. » Il recommande surtout le bain dans les péripneumonies : dans ce cas, le bain « adoucit la douleur ressentie dans le côté, dans la poitrine et dans le dos : il mûrit l'expectoration, la facilite, dégage la respiration, ôte le sentiment de lassitude, est diurétique, dissipe la pesanteur de tête et humecte les narines ». Hippocrate traitait aussi l'érysipèle par l'eau froide; ce que, dit JULES RENOY, « aucun de nous n'a tenté encore, alors que tant de motifs nous y sollicitent. »

On sait que les Arabes traduisirent les ouvrages des médecins grecs : HIPPOCRATE, GALLIEN, PAUL D'EGINE, AARON, en 685, sous le nom de PANDECTES, avait réussi une compilation des plus anciens médecins de la Grèce.

Les médecins arabes continuèrent donc la tradition des Anciens, HIPPOCRATE, GALLIEN, PAUL D'EGINE, MUSA : un des leurs RHAZÈS (1) recommandait la balnéothérapie froide dans la rougeole ou la scarlatine maligne, pour favoriser l'éruption. Les Arabes, par la longue occupation de l'Espagne, pénétrèrent en Europe et fondèrent, aux dires de BORDEU (2), les écoles de Salerne et de Montpellier. Il ne semble pas qu'ils aient propagé leurs traditions hydrothérapiques, malgré la réputation d'AVICENNE

(1) RHAZÈS, dit le Dr GUSTAVE LE BON, dans son important ouvrage : *La Civilisation des Arabes*, fut un des plus célèbres médecins arabes (850-932).

Il exerça pendant cinquante ans la médecine à Bagdad. Tous les travaux de ses devanciers furent soumis par lui à une sévère critique au lit du malade... Il employa l'eau fraîche dans les fièvres continues.

(2) BORDEU (1722-1776) : *Recherches sur l'Histoire de la Médecine*, nouvelle impression, Masson, 1882, Paris.

(980-1037); ALI-ABBAS (X^e siècle); AVERROES (1126-1188) : cependant l'École de Salerne, dont ils furent les animateurs, enseignait bien des principes hydrothérapiques de la pratique arabe.

Au moyen-âge, l'oubli se fait sur ces méthodes. Comme le dit GRASSET, « ce traitement subit au moyen-âge une éclipse. Puis il y a une reprise au XVIII^e siècle. HAHN guérit le typhus avec l'eau froide et publie un *traité de la médication réfrigérante dans les maladies aiguës*, CURRIE systématise le traitement hydrothérapique en montrant l'utilité du thermomètre et la nécessité de commencer le traitement dès l'apparition des premiers symptômes... GIANINI (1805) donne des bains froids, nuit et jour, à ses fébricitants, qu'il nourrit en même temps. Les Français suivent timidement ce mouvement. Cependant on baignait largement à Montpellier. » (Thérapeutique générale, p. 547).

GRASSET rappelle la pratique de son maître FUSTER (1853), un partisan de cette méthode.

On peut lire, encore aujourd'hui, avec fruit un chapitre, des si attrayantes et disertes cliniques de LASSÈGUE, consacré au traitement des maladies aiguës par l'eau froide (paru dans les *Archives générales de Médecine* en 1872). Le célèbre professeur écrit :

« CURRIE est le premier qui, prenant le principe à la lettre, ait opposé méthodiquement le refroidissement comme remède unique à l'élévation de la température dans les maladies aiguës. Son livre « *Medical report on the effects of water, cold and warm, as a remedy in fever and febrile diseases* » est encore un exemple à suivre et un modèle à citer. L'étude des exacerbations vespérines, celle de l'abaissement de la température à la suite d'immersions, plus ou moins froides, de la durée de cet abaissement et de son influence sur la marche des pyrexies, est le thème sur lequel après lui on n'a fait que des variations. Les règles qu'il posait en 1797 ont gardé leur valeur, et pour ma part, ce livre que j'ai lu et relu est resté le guide le plus précieux de la pratique ». (Études Médicales du Prof. LASSÈGUE, tome II, p. 1100).

Et LASSÈGUE fait remarquer que BRAND, en 1861, s'inspira de la pratique de CURRIE pour le traitement des affections typhiques et typhoïdes. Mais il est aussi certain, comme l'indique le docteur TRIAIRE (1), que le médecin allemand eut connaissance de la thérapeutique réfrigérante employée par RÉCAMIER (1774-1852). Le célèbre médecin de l'Hôtel-Dieu avait eu en 1811, alors âgé de trente-cinq ans, une pyrexie grave, certainement une fièvre typhoïde, pour laquelle il exigea, malgré l'opposition énergique de ses confrères, les bains froids méthodiquement administrés.

« A partir de ce moment, écrit le docteur TRIAIRE, RÉCAMIER poursuit

(1) Dr TRIAIRE : *Récamier et ses contemporains*, Paris 1899.

ses travaux sur les bains froids dans les fièvres continues, et il marche dans cette voie thérapeutique avec une confiance absolue et une méthode parfaite. Les règles qu'il pose de la médication réfrigérante sont identiques à celles que BRANDT a fait prévaloir dans la thérapeutique contemporaine et quand on relit les nombreuses observations que les thèses et les journaux du temps ont publiés sur ce sujet, on est forcé de croire que BRANDT s'est inspiré des travaux de RÉCAMIER et a adopté sans grande modification les principes de sa méthode ». (TRIAIRE : RÉCAMIER et ses contemporains, pp. 156 et 157).

Cette méthode trouve une illustration toute particulière dans l'observation que RÉCAMIER prit de sa propre maladie de 1811. Un de ses élèves, PAVET DE COURTOILLE, publia en 1813, une thèse où, d'après son maître, il relève nombre d'observations relatives à la balnéothérapie dans les pyrexies typhoïdiques.

RÉCAMIER avait pu connaître les travaux de CURRIE et de GIANINI et s'en inspirer. GIANINI, en 1805, avait publié des observations de fébricitants traités par les bains froids. RÉCAMIER parlait couramment l'italien, qu'il avait appris en Corse, étant prisonnier de guerre, en 1795, à la suite de la capture par les Anglais du vaisseau *Ça ira*, sur lequel il était embarqué, comme chirurgien en second. Il avait donc pu prendre connaissance des travaux de GIANINI, dans le texte même, ou dans la traduction qu'en avait donné HEURTELOUP.

Comme tout novateur RÉCAMIER connut l'envie, les critiques, les oppositions acharnées de ses contemporains. Il faut en excepter ANDRAL qui se plut à rendre justice à son collègue.

Le docteur TRIAIRE conte agréablement une anecdote qui a trait à cette bonne confraternité, dans ce même livre sur RÉCAMIER :

« ANDRAL ayant un jour assisté lui-même à un de ces faits de résurrection par le bain froid, plein d'admiration pour le talent et l'initiative de RÉCAMIER, se rend à la Faculté pour faire son cours de pathologie. Là, au milieu d'un nombreux et ardent auditoire qui se pressait sur les gradins de l'amphithéâtre, de médecins qui encombraient l'hémicycle, il raconte avec chaleur le fait clinique dont il vient d'être le témoin, et après avoir rendu hommage à l'ingéniosité, au brillant talent de RÉCAMIER, il termine en s'écriant au milieu des bravos des assistants : « Voilà, Messieurs, comme on fait la médecine. » (note inédite). (TRIAIRE, p. 159, *op. cit.*).

RÉCAMIER, au nombre des avantages de la balnéothérapie, avait noté la polyurie favorable présentée par les fébricitants : ce fait n'avait été mentionné ni par CURRIE, ni par GIANINI.

Mais après RÉCAMIER, la balnéothérapie ne semble pas avoir été retenue par ses successeurs : elle tombe en désuétude, sinon en discrédit, malgré les efforts de JACQUES (de Lure) 1847, de LEROY (de Béthune) 1856. Il faut pour la retrouver en arriver, vers 1861, à la pratique des médecins al-

lemands : BRANDT (1861); LIEBERMEISTER et HAGENBACH, épidémie de Bâle (1866 à 1867); ZIEMSEN et IMERMAYN (1863 à 1869).

On sait, sans doute, comment FRANTZ GLÉNARD, prisonnier de guerre, au cours de la guerre de 1870-71, fut à même de suivre, pendant cinq mois chaque matin, le service de BRANDT, le médecin de Stettin auquel il avait été recommandé.

Le fils de FRANTZ GLÉNARD, le docteur ROGER GLÉNARD, dans son livre récent sur l'*Hépatisme* (Paris, 1922) trace un curieux portrait de BRANDT.

« Il était, écrit-il, d'origine bavaroise, âgé d'une quarantaine d'années, et homme d'une grande élévation de caractère, d'une exquise bonté, d'une urbanité extrême. Comme médecin, comme homme il se prodigua; il dénoua sa bourse pour les prisonniers français, admirablement secondé par sa digne femme et par ses filles. Il y avait vingt mille prisonniers à Stettin; BRANDT les soigna, il accepta en outre d'être le répartiteur des généreux secours que les Comités lyonnais, avisés par l'étudiant en médecine, envoyèrent à leurs compatriotes. A l'issue de la guerre, le Gouvernement français, auprès duquel affluèrent les témoignages de gratitude de nos anciens captifs à Stettin, pria celui qui s'était si bien occupé d'eux, d'accepter un vase de Sèvres, comme signe de reconnaissance nationale. » ROGER GLÉNARD ajoute encore :

« Quel contraste une semblable histoire ne forme-t-elle pas avec l'attitude des médecins allemands, pendant les terribles années de guerre que nous venons de traverser à nouveau ? Quel vent d'aberration alors souffla sur tant de nos confrères d'Outre-Rhin, faisant disparaître en eux tous les beaux sentiments d'humanité qui ont toujours été comme l'apanage de notre profession ? » (*Hépatisme*, p. 11).

FRANTZ GLÉNARD avait appris de BRANDT à refroidir, stimuler et nourrir les typhiques, du début à la fin de l'infection. Cette formule thérapeutique, il l'appliqua en 1873, après en avoir obtenu l'autorisation du docteur FAIVRE, dont il était l'interne. Lors de l'épidémie de fièvre typhoïde, en 1874, à Lyon, la méthode put être appliquée largement. Plus tard, JUHEL RENOU désigna cette balnéothérapie antityphique de méthode de BRANDT-GLÉNARD. C'était rendre justice à celui qui faisait rentrer, en France, et connaître à nouveau la thérapeutique de RÉCAMIER.

TRIEPIER et BOUVERET (en 1886) soutinrent les efforts de l'école lyonnaise, malgré le grand nombre de ses détracteurs. Vinrent ensuite les travaux de BOUGHARD, de JUHEL RENOU, de CHANTEMESSE, de DIEULAFOY, de WIDAL, qui donnèrent tout le poids de leur autorité à une méthode qui, si efficace, mérite bien de ne plus être abandonnée par les médecins actuels.

×

Cette rapide histoire de la balnéothérapie, ignorée, peut-être, en cer-

tains détails et en quelques points, m'a paru ne pas être inutile. Ceux qui la connaissent auront encore plaisir à l'entendre : d'autres y trouveront, sans aucun doute, sujet à instruction et à méditation. L'enseignement du passé n'est jamais stérile. La méthode de BRANDT-GLÉNARD a d'illustres ancêtres et de puissants répondants. Tout cela est fait pour fortifier la pensée défaillante des contemporains qui complotent de « faire neuf » en critiquant et en abandonnant avec fracas les plus solides acquisitions thérapeutiques des temps révolus. Il est, au contraire, indispensable de conserver une méthode aussi efficace et énergique qui a donné tant de satisfaction à bien des médecins dans les cas les plus graves. Par notre expérience personnelle, étayée sur celles des prédécesseurs, nous devons avoir une conviction forte et agissante.

Pour ma part, je puis dire que je n'ai jamais eu de défaillances et de déboires avec la balnéothérapie. D'une famille de médecins, au contact des miens, depuis la plus tendre enfance, j'étais entraîné et habitué aux pratiques hydrothérapiques : (tub, douches, piscines, bains de vapeur immersions). Parvenu aux études médicales, j'adoptai avec enthousiasme cette thérapeutique par l'eau froide — et cet enthousiasme ne s'est pas démenti depuis quarante ans.

Quel que soit le traitement médicamenteux préconisé et employé, même en faisant confiance à la vaccinothérapie, il n'est pas possible d'abandonner dans les infections — et en particulier dans les Eberthoses et les Paraéberthoses — l'intervention par les bains tièdes ou froids.

Les méthodes d'application de la balnéothérapie ont beaucoup varié depuis CURRIE, en passant par RÉCAMIER, pour en arriver à BRANDT.

Celui-ci a donné l'exposé vigoureux de sa méthode hydrothérapique dans la pyrexie éberthienne.

Dès le début de la maladie, nuit et jour, chaque fois que la température atteint 39°, bain toutes les trois heures à 20 degrés, d'une durée de quinze minutes. Affusions froides sur la tête et la nuque au début, au milieu, et à la fin du bain. Friction sur le corps, à l'exception de l'abdomen. Après le bain, boisson chaude : lait, café, thé, chocolat, potages légers, bouillons dégraissés, etc.

Ajouter à l'eau du bain un antiseptique (naphthol) si l'eau du bain ne peut pas être renouvelé.

BOUCHARD, ZIEMSEN ont apporté quelques modifications à cette pratique : ils ont préconisé les bains tièdes, 4 ou 5 degrés, au-dessous de la température et progressivement refroidis jusqu'à 25 ou 20 degrés, la durée du bain pouvant atteindre 25 à 30 minutes. On donne enfin à six bains par 24 heures.

Pour ma part, je suis resté fidèle aux usages suivants : Chaque fois que le malade atteint 38°5 ou 39°, température rectale, je fais donner un bain, dont la température initiale d'immersion est de 34° à 30°, sui-

vant la gravité de l'infection, la résistance de l'individu, la persistance de la fièvre. De 34° à 30°, la température du bain peut être descendue jusqu'à 25° ou même 20°. Pour calmer le frisson du début, je fais donner une tisane très chaude, légèrement alcoolisée. Compresses d'eau fraîche sur la tête : légère friction dans le dos ou sur les jambes, pour ne pas laisser le malade complètement inerte ou immobile dans la baignoire. La durée du bain sera de dix ou quinze minutes : on rafraîchira l'eau, le thermomètre à la main et devant les yeux, en soustrayant du liquide de la baignoire, remplacé par de l'eau froide, versée du côté des pieds, et bien mélangée au milieu. A l'apparition du frisson, s'il se produit avant la durée proposée du bain, quelques gorgées de tisane chaude.

A la sortie du bain, le malade sommairement séché, rapidement, sera roulé dans des couvertures, étendu sur le lit, préparé à l'avance. Il prendra à nouveau de la tisane ou du thé chaud : et il demeurera dans le maillot vingt à trente minutes.

Le bain sera renouvelé toutes les huit heures, si la température atteint 38°5 ou 39°, dans le rectum. En cas d'hyperthermie, il sera donné toutes les quatre heures. C'est là une question de tact, de nuances et d'opportunité (1).

Je n'ai pas à m'étendre sur les bienfaits de la balnéothérapie : avec beaucoup de médecins et de bons esprits je les affirme considérables, surtout, comme je le pense avec la plupart des fidèles à cette méthode, elle est appliquée le plus près possible du début de la maladie.

On peut dire succinctement qu'elle régularise le pouls et la respiration, elle influence favorablement le système nerveux et particulièrement « l'état typhoïde », la diurèse augmente, elle régularise la température par l'intermédiaire des réflexes du système nerveux.

« L'eau dans les infections aiguës, dit GRASSET (2), présente toute une gamme, dont le maniement nécessite un certain doigté. Mais l'action recherchée est dans tous les cas une action régulatrice de la température, éliminatrice des poisons et des déchets, stimulatrice de la circulation et des oxydations normales, frénatrice des processus protéolytiques, *régulatrice du système nerveux dans sa fonction antitoxénique par la nutrition.* »

Je terminerai cet exposé historique un peu long, dont je m'excuse, et ce véritable plaidoyer en faveur de la balnéothérapie (qui est en même temps un véritable acte de foi, solide et inattaquable), en signalant les plus habituelles contre-indications au bain froid dans les *Eberthoses* et les *Paraéberthoses*, indiquées par la majorité des auteurs :

Affection du cœur et emphysème antérieure à la pyrexie; les hémor-

(1) Voir Lemanski : *L'art pratique de formuler*, 5^e édition, 1921, Masson, Paris. -- Appendice, pages 308 et suivantes.

(2) GRASSET : *Thérapeutique générale*, op. cit., p. 600.

rhagies intestinales tardives; la péritonite à la suite de perforations; la pneumonie survenant très tard au déclin de l'infection, et s'accompagnant de faiblesse du cœur, de tendance à la syncope; l'âge avancé du malade (1) (45 ou 50 ans) avec marques de sénilité précoce, artéro-sclérose généralisée.

A propos des hémorragies intestinales, Lyon écrit dans sa *Clinique thérapeutique* (p. 931) : « On a dit que les hémorragies intestinales étaient plus fréquentes chez les malades traités par les bains froids : c'est là une erreur qu'il importe de relever, car sa propagation pourrait contribuer à mettre en suspicion la méthode. En réalité, l'usage méthodique des bains froids prévient indirectement les hémorragies, car l'intestin fonctionne mieux chez les malades baignés, les matières septiques ne tendent plus à s'accumuler au niveau des plaques de Peyer ulcérées, les infections secondaires se produisent plus difficilement ».

Je m'associe pleinement aux considérations exposées par le docteur GASTON LYON. J'ajouterai encore à ces assertions l'autorité du Prof. DIEULAFOY qui fut le maître écouté et respecté des médecins de ma génération. Il écrit dans son Manuel de pathologie interne (2) :

« Peut-on mettre au bain froid le malade qui a des hémorragies intestinales ? Je réponds oui sans hésiter. Je n'ai perdu que trois malades atteints de fièvre typhoïde avec hémorragies intestinales et traités par les bains froids; d'après mes observations, les hémorragies intestinales ne sont ni rappelées, ni aggravées par les bains froids; l'amélioration suit son cours et la guérison peut être obtenue, même avec des cas qui semblaient désespérés. Mon ami BLACHE sait bien à quels cas je fais allusion, MARFAN se rappelle certainement un cas analogue. Par conséquent, à moins de raisons spéciales, à moins que les hémorragies, par leur extrême abondance, menacent d'enlever le malade par syncope, je suis d'avis que l'hémorragie intestinale n'est pas une contre-indication absolue du bain froid ».

Enfin, nous pourrions encore ajouter l'opinion autorisée des maîtres modernes comme G.-H. ROGER, F. WIDAL, P. J. TEISSIER. Ils déclarent dans le *Nouveau traité de Médecine*, (fascicule I, p. 93, *l'Infection*), sous la signature de l'un d'eux, G. H. ROGER.

« On réalise contre l'hyperthermie une véritable médication naturiste en favorisant la déperdition de chaleur, par les enveloppements humides, les lotions froides, les bains tièdes et les bains froids. Les effets favorables sont dus non seulement à la soustraction du calorique, mais aussi à une

(1) Pour ma part, je ne crois pas que l'âge (45 ou 50 ans) soit un véritable contre-indication du bain froid. J'ai fait baigner sans inconvénients des malades de 50 ans et plus atteints d'éberthoses ou de paraéberthoses.

(2) Edition de 1908 (15^e édition), en quatre volumes : tome IV, p. 206 et 207.

sédation du système nerveux et à une amélioration de la circulation; la pression générale se relève et ainsi se trouve favorisée la sécrétion urinaire; le passage du sang se fait plus facilement à travers le poumon et ainsi diminuent la stase et la congestion. Si la balnéation est de plus en plus considérée comme la méthode générale à employer dans les infections aiguës, les antithermiques chimiques sont assez délaissés. »

A propos des paratyphoïdes, le docteur HENRI MALLIÉ (1) dit : « L'accord semble se faire sur l'efficacité et les modes d'emploi de la balnéothérapie. Comme toute médication, elle protège d'autant plus qu'elle est plus précocement mise en œuvre et dans toute sa rigueur ». Et le même auteur dit aussi : Ni quinine, ni aspirine, ni pyramidon. »

Dans une « Chronique » du *Journal Médical Français* (15 octobre 1913, n° 10), le Professeur agrégé J. CASTAIGNE exprime toute sa confiance dans la balnéothérapie, concurremment employée avec la vaccinothérapie, déjà recommandée par CHANTEMESSE, HALLION et BAUER, VINCENT, RIMBAUD.

« Le traitement, écrit CASTAIGNE, grâce auquel, depuis une vingtaine d'années, la gravité des fièvres typhoïdes a diminué est la balnéothérapie. Il serait intéressant de faire la courbe du nombre des adeptes que cette thérapeutique a faits depuis 1871, date à laquelle FRANZ GLÉNARD fit connaître les bienfaits du système de BRANDT, cette courbe présenterait une ligne ascendante, d'abord légèrement, puis très rapidement; et si l'on construisait une courbe de la gravité globale annuelle de la fièvre typhoïde, je suis persuadé qu'on verrait que cette courbe est inversement proportionnelle à la précédente; c'est-à-dire que la confrontation de ces deux courbes montrerait qu'au fur et à mesure que la balnéothérapie était de plus en plus adoptée, la mortalité de la fièvre typhoïde diminuait d'une façon parallèle; il y aurait là une preuve évidente de l'action utile de cette thérapeutique. »

×

J'ai multiplié, sciemment, les références historiques et les citations des auteurs, favorables à la balnéothérapie et convaincus de son efficacité, pour bien montrer aux médecins pusillanimes, hésitants, sceptiques, peu familiarisés avec le commerce des écrivains, de la littérature médicale, ancienne ou contemporaine, imparfaitement instruits des bienfaits de la balnéothérapie, combien, d'après les plus sûres et incontestables autorités médicales, cette méthode est efficace et recommandable dans les pyrexies.

Le bain froid n'est pas la seule thérapeutique à employer. On peut y joindre avec profit l'usage de l'urotropine et de la teinture d'iode à l'intérieur, l'emploi de l'adrénaline, des toniques cardiaques, de l'abcès de fixation, de quelques antithermiques, ces derniers administrés avec tact

(1) Dr Henri MALLIÉ : *Les Infections paratyphoïdes*, op. cit., Maloine, Paris, 1923, p. 177.

et discrétion. Il ne faudrait pas non plus écarter de parti pris la vaccinothérapie, parce qu'elle n'a pas encore donné des résultats absolument probants.

Dans le numéro du 1^{er} avril 1916 des *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, j'ai publié quelques observations de fièvres typhoïdes, traitées par la vaccinothérapie (13 cas avec leurs courbes de température). Dans le courant de mars 1916, disais-je, dans mon service de l'Hôpital civil, j'ai eu à soigner quatorze femmes et douze hommes, atteints de fièvre typhoïde. Les mêmes procédés de traitement ont été employés : chaque malade a reçu des injections de vaccin fluoruré de NICOLLE (1). Sur vingt-six malades, un seul décès. En ville, en clientèle, douze cas, traités de même façon, pas de décès. Je n'ai rapporté, ajoutais-je, dans les *Archives* que les observations les plus intéressantes. Depuis le début de la guerre nous avons eu à soigner, par les mêmes procédés, une cinquantaine de cas de fièvre typhoïde.

Si je suis intervenu, si longuement, à la suite de l'étude, particulièrement intéressante du docteur MASSELOT, c'est qu'il m'a paru impossible, à la suite de la symptomatologie et de la statistique, de ne pas parler de la balnéothérapie, pour lui rendre toute la justice qui lui est due, et pour lui conserver, notoirement, toute la place qu'elle mérite dans la thérapeutique contemporaine des Eberthoses ou paraéberthoses.

(1) A la bactériothérapie a toujours été jointe la balnéation, les antithermiques discrets, l'iode, les toni-cardiaques, la glace sur le ventre et sur le cœur, etc. On consultera avec fruit le numéro de Mars 1919, du *Journal Médical Français*, consacré à la vaccinothérapie. Celle des Eberthoses est traitée par le *prof. agrégé Rathery*. Il donne des opinions contradictoires d'après les divers auteurs : il ne croit pas qu'elle ait encore fait ses preuves définitives.

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois de Mai 1924

Désignation des Contrôles Civils	Population Civile																		
	Fèvres typh. et paratyph.	Typhus	Variole	Scarlatine	Diphthérie	Choléra	Peste	Fièvre jaune	Dysentéries amib. et bacill.	Méningite cerebro-spinale	Poliomyélite antérieure aigue	Tét., tétanos	Fièvre méditerranéenne	Rougeole	Tuberculose	Oreillons	Grippe épidémique	Teigne	Trachome
	1	2	3	4	6	8	9	10	11	13	14	15	16	A	E	G	C	I	K
Tunis	30	7	3		14				2				16	5	46	2	2		
Medjez-el-Bab		2																	
Bizerte	2																		
Béja	1													2					
Souk-El-Arba	1	1			1														
Kef	3	7	2											2					
Téboursouk			3																
Zaghouan	9		1																
Gromballa	1				1											2			
Sousse	7	3		1	1				1						1		1		
Sfax	4	1	4						4										
Maktar		2	1						1										
Thala															1				
Gabès	4																		
Gafsa			2																
Territoires M ^{rs} du Sud			2																
Hôpital Militaire du Belvédère.				1										2	5	17	4		
Hôpital Militaire de Bizerte														1		2			
Hôp. MIL. Marit. Sidi-Abdallah			1																
TOTAUX	62	23	19	2	18				8				16	12	53	28	8		

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Contribution à l'étude de la Bismuthothérapie dans les Syphilis Cutaneo-Muqueuses et Viscérales

par le Docteur HENRI CICILE

(Thèse de la Faculté de Lyon, Décembre 1923)

L'action du bismuth sur le tréponème et sur les lésions syphilitiques est maintenant incontestable. Sans doute, certains cliniciens préfèrent toujours l'arsénothérapie : d'autres sont encore des fervents de la mercurothérapie; la plupart des spécialistes et des praticiens considèrent désormais que le bismuth est un des meilleurs éléments de la lutte antisyphilitique. C'est pourquoi paraissent de si nombreuses études sur la bismuthothérapie : voici un travail très intéressant, très consciencieux, qui vient compléter l'étude de l'Oléo-Bi, déjà commencée de divers côtés et notamment par M. le docteur Peyrus (thèse de Lyon, 1923). Ce bismuthique est parfaitement toléré et semble particulièrement actif, surtout dans les lésions cutané-muqueuses et viscérales, même chez les enfants : c'est ainsi que dans deux observations (XVI et XVII) d'hérédo-syphilis précoce, l'état des petits malades s'est totalement transformé dès les sixième et septième injections d'un quart d'ampoule d'Oléo-Bi tous les deux jours. Notons aussi divers cas très intéressants d'accidents ostéo-articulaires, douleurs ostéocopes, aortites spécifiques, pseudo-tumeur blanche de la période tertiaire, et même de chancres très rapidement cicatrisés. En résumé, bon produit, très actif, bien toléré, parfaitement maniable et facile à administrer par voie intramusculaire, ce qui explique son utilisation de plus en plus fréquente dans tous les cas où la bismuthothérapie est indiquée.

ECHOS ET NOUVELLES

Légion d'Honneur

Nous adressons nos plus sincères félicitations à notre collaborateur et ami le docteur MINGUET, médecin major de 2^e classe, Radiologue de l'Hôpital du Belvédère, qui vient d'être fait chevalier de la Légion d'honneur.

Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

JUILLET 1924

A propos de l'accouchement indolore

par M. Paul DELMAS

Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier

—><—

La constance des sensations douloureuses au cours de la parturition comporte si peu d'exceptions que, dans le langage courant, enfanter et être en douleurs sont synonymes.

- Pour le physiologiste la douleur ainsi observée relève de la compression des filets nerveux contenus dans l'épaisseur de la paroi de la matrice au cours de la contraction utérine pour une part et, pour l'autre, de la distension de ceux du col pendant la période de dilatation et de la filière vaginalo-vulvo-périnéale pendant l'expulsion.

A l'encontre de Barnes, pour qui ces souffrances étaient comme la rançon de l'œuvre de chair, conséquence de l'anathème formulé au troisième chapitre de la Genèse, les accoucheurs se préoccupent d'atténuer sinon de supprimer la perception consciente de la douleur, tel Deventer qui, par l'ingestion de pilules d'opium, aurait, en bon mari, rendu indolore les dix couches de sa propre femme.

Sans autre historique du problème, il convient de séparer l'insensibilité presque toujours recherchée durant les interventions obstétricales de celle susceptible d'être réalisée au cours d'un accouchement spontané.

Dans le premier cas, en effet, les conditions sont sensiblement les mêmes qu'à l'occasion de tout acte opératoire. Selon ses préférences et son entraînement, celui-ci fera appel aux divers types de narcose là ou tel autre utilisera l'analgésie rachidienne. La durée de l'insensibilisation recherchée est, en effet, susceptible d'être réalisée pratiquement, sans risques prohibitifs, pendant un espace de temps limité.

Il n'en est plus de même alors que l'accouchement est abandonné aux seules forces de la nature. L'ignorance où l'accoucheur se trouve du moment qui le sépare de la période d'expulsion l'obligerait, en effet, soit à

répéter ses rachis un nombre inacceptable de fois, soit à poursuivre l'inhalation de l'anesthésique de façon par trop prolongée.

En fait qu'il s'agisse du chloroforme à « la reine » de Simpson ou du moderne protoxyde d'azote, préconisé par Cohn, l'accoucheur se borne à administrer l'anesthésique de façon discontinue, alors que la contraction apparaît pour escamoter en quelque sorte les douleurs une à une.

Cette manière de faire peut n'être pas sans inconvénients chez des sujets à viscères tarés. Elle suppose, au surplus, un médecin expérimenté, à poste fixe auprès de la parturiente, pour épier et deviner au fur et à mesure chaque contraction utérine.

L'activité des chercheurs s'est donc tournée vers d'autres procédés dont le type est l'injection directe ou indirecte dans le torrent circulatoire de composés hypogènes dont le type est l'association scopolamine-morphine préconisée en 1905 par le professeur Kronig et son assistant Gauss.

Mais le « Dammerschlaf » ou sommeil crépusculaire ainsi réalisé, s'il plonge la femme dans une torpeur somnolente, conserve, malgré leur antagonisme, les sérieux inconvénients de ces deux drogues dont l'une touche la contractilité utérine, tandis que l'autre exerce sa toxicité sur le fœtus. De plus, il comporte un mode de réalisation assez complexe et une surveillance plus étroite.

I

Les composés uréiques semblent échapper à de semblables objections.

A. — Une première association médicamenteuse connue sous le nom d'Hémipnal répond à la formule trichloro-butylalcool diallyl-malonylurate d'éthylmorphine. L'action hypnotique du dial s'y double de l'effet analgésique de la dionine, encore renforcé par l'anesthésie provenant du dédoublement du chlorétone en ses deux composants, chloroforme et acétone.

Commercialement, le produit est présenté sous la forme de cachets contenant 0 gr. 35 de principe actif, ou mieux, pour en éviter le rejet par vomissements, en suppositoires d'une teneur double. Un premier suppositoire est introduit alors que la dilatation est comme deux francs. Deux heures après, un deuxième sera administré. Au besoin, un troisième sera donné au bout de trois nouvelles heures. Exceptionnellement, un quatrième serait donné après un nouveau délai de quatre heures. Mais cette dose ne devra pas être dépassée. Le silence et la demi-obscureté sont recommandés autour de la parturiente.

Les résultats, dit le professeur Hamm, au congrès de Gynécologie de Genève, en août 1921, sont « sensiblement ceux de la scopolomine-morphine, mais obtenus beaucoup plus simplement et sans le moindre danger ni pour la mère, ni pour l'enfant. »

L'accouchée sommeille entre les douleurs un peu obnubilée. Au moment de la contraction, elle se réveille, gémit de façon inconsciente, puis se rendort.

Cependant, de l'avis de ses promoteurs eux-mêmes, tel Raillon dans sa thèse de Lyon, 1923, le produit prête à quelques critiques. Son inconstance tout d'abord, puisque le professeur Bossier donne sur 100 cas environ 70 résultats excellents, et 10 convenables contre 20 échecs. De plus, il existe parfois un peu de ralentissement de la contraction au point de rendre utile une piqûre de pituitrine. Ils ajoutent, enfin, que la surveillance de l'accouchée pendant les premières heures doit être attentive en raison de l'insidiosité des hémorragies, s'il en survient.

Aussi, cet agent est-il contre-indiqué dans les cas d'inertie utérine, de placenta proevia, et, de façon générale, toutes les fois qu'une intervention paraît probable. Cette objection paraît tenir à la présence dans le composé de l'élément dionine dérivé de l'opium.

B. — D'où la recherche et la réalisation par Redonnet, en 1920, d'un produit de synthèse résultant de la neutralisation par une base légère, l'acide diethylbarbiturique ou véronal, et l'acide dialhylbarbiturique ou dial. Le corps ainsi obtenu est le somnifène ou dialyl isopropyl propényl barbiturate de diethylamine donc vierge de tout dérivé de l'opium.

Ce produit peut être employé « per os » sous forme de gouttes, quatre-vingt environ. La crainte assez fondée de son rejet par vomissement en fait préférer l'administration par piqûres. La même dose, soit 3 centimètres cubes correspond à une ampoule $\frac{1}{2}$. Trois ampoules, soit 6 cmc. semblent représenter la dose utile. Il n'est pas indispensable à la façon de Bardet, d'utiliser la voie intra-veineuse. Comme Cerné le précise dans sa thèse de Paris, 1923, l'injection sera faite profondément, en plein quadriceps.

L'effet de la piqûre demande une heure environ pour se manifester. La somnolence, puis le sommeil apparaissent. Au bout de trois heures, la femme reprend insensiblement conscience de ses douleurs, tout en restant assoupie dans leur intervalle. Une quatrième ampoule sera quelquefois réclamée par l'intéressée. Il est exceptionnel qu'une cinquième soit utile.

C'est qu'en effet, la contraction utérine n'est pas touchée, si ce n'est pour être objectivement augmentée de fréquence et de durée au cours de

l'heure qui suit l'injection. Celle-ci faite alors que la dilatation est comme deux francs, dilatation et expulsion sont ramenées à six heures environ.

Point d'effets secondaires sur la mère ou sur l'enfant, car le produit très maniable ne s'accumule pas. Durant les quelques heures que dure l'élimination, la femme demeure somnolente. La conscience revient peu à peu sans aucune céphalée. Souvent le sujet amnésique ne croit à la réalité de son accouchement qu'en promenant sa main sur son ventre devenu plat.

Il ne paraît pas exister de contre-indication.

Un composé très proche, chimiquement du précédent, l'isopropyl propényl barbiturate d'amidopyrine ou allonal, peut être donné à la dose de trois comprimés de 0 gr. 15 centigr. à défaut du précédent. Mais son action obstétricale reste encore à préciser.

II

Dans une voie toute différente, d'autres chercheurs se sont efforcés de supprimer la douleur au cours d'accouchement, non plus en agissant sur le fonctionnement des neurones corticaux par des produits gynogènes, mais en faisant appel à des applications de composés analgésiants au niveau du col, et plus tard du vagin et de la vulve.

La voie leur avait été ouverte par Doléris qui, en 1884, badigeonnait le col, à plusieurs reprises, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 %. Mais l'action en était passagère, aussi y avait-il renoncé pour prôner avec Malartie, en 1900, les rachis, d'une action toute différente. La question était à reprendre.

Le résultat paraît aujourd'hui atteint par l'usage d'un produit synthétique, le Nikétol ou chlorhydrate de para-amino-benzophthalamate d'éthyle résultant des recherches de M. A. Chesnais, docteur ès-sciences. Ce produit qui correspond à la réunion de deux éthers, ayant chacun de puissantes propriétés anesthésiques, se présente sous la forme d'un sel parfaitement défini, rigoureusement neutre et d'une stabilité absolue. Soluble dans le sérum physiologique et mieux encore dans l'eau distillée additionnée de chlorure de sodium chimiquement pur, ces solutions supportent la stérilisation à l'autoclave à 120°, sans subir aucune décomposition. Leur conservation est indéfinie.

Ses propriétés physiologiques ont été exposées, le 3 novembre 1922, à la Société des Chirurgiens de Paris, par le docteur Marcel Sénéchal, chirurgien de la maison départementale de Nanterre. Ses conclusions ont été confirmées à cette même société par MM. Péraire et Victor Pauchet. Elles peuvent être résumées ainsi.

Action purement locale se traduisant par une anesthésie constante, parfaite, instantanée, et de longue durée, quatre heures environ. Pas de causticité; même à forte concentration, aucune irritation des tissus n'a jamais été constatée. Enfin, pouvoir bactéricide net, prouvé par des essais sur cultures (staphylocoque, quarante minutes; streptocoque, dix-huit heures).

En retour, sa toxicité est pratiquement nulle. Expérimentalement des doses relativement fortes (1/50 du poids vif d'une solution au centième) ont été injectées dans le péritoine et la saphène d'un chien sans déterminer aucun phénomène morbide. Même en rachi, la solution à 8 % n'a fait apparaître de troubles méningés chez l'animal, mis en observation pendant plus d'un mois.

Utilisé pour les rachi en solution à 8 % à la dose de 1 à 2 cmc., il est surtout employé en chirurgie pour l'anesthésie locale ou par infiltration au taux de 1 %; la dose de 50 cmc. peut être largement dépassée sans inconvénients.

Mais seule l'anesthésie par imbibition intéresse l'accoucheur. La technique est la suivante :

Dès l'apparition des douleurs, après injection vaginale antiseptique, et sous le contrôle de valves ou d'un spéculum, détersion minutieuse au niveau du col et des culs-de-sac, de toutes les sécrétions qui pourraient former à leur surface un enduit isolant, vingt centimètres cubes de la solution à 5 % imprègnent une compresse aseptique à l'aide de laquelle les culs-de-sac sont badigeonnés avec soin. La compresse sera laissée en place un quart d'heure, puis retirée. Cette application peut être renouvelée sans inconvénients dès que la femme accuse à nouveau de la sensibilité. A la dilatation complète, la même manœuvre sera pratiquée, après détersion préalable de la partie inférieure du vagin et de la vulve, petites lèvres et clitoris y compris.

Sitôt l'application faite, la femme continue à avoir conscience des contractions, mais elle n'éprouve plus de douleurs ni de dilatation, ni d'expulsion. Aussi peut-elle se lever, si elle le désire, puis la présentation appuyant sur le périnée, pousser sans appréhension. La durée de l'accouchement est, de ce fait, généralement diminuée. Si quelque manœuvre est indiquée, l'accoucheur peut y procéder sans être gêné par l'indocilité de la patiente qui se conforme, au contraire, aux instructions qu'il lui donne.

Le produit n'a aucune action sur la mère, ni sur l'enfant, pendant ou après l'accouchement. Mais par contre la suppression des douleurs évite à

la femme l'épuisement nerveux ou la somnolence qui succèdent si souvent au travail.

×

Tels sont, à l'heure actuelle, les agents qui peuvent être opposés, en connaissance de cause, aux douleurs du travail, cet opprobre des accoucheurs.

Il convient toutefois, en terminant de signaler que les assertions des promoteurs de ces divers procédés sont encore appuyées sur un nombre de cas trop limités pour permettre des conclusions définitives. Ici encore, l'épreuve du temps permettra seule de retenir la technique qui mérite d'être conservée.



A propos de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant

par les Docteurs

GÉRAIRD F.

et

JAUBERT DE BEAUJEU

Médecin Chef de Service

Chef du Service de Radiologie

de l'Hôpital Civil Français de Tunis

Les notes que nous publions aujourd'hui sont rédigées depuis plusieurs mois et des circonstances matérielles indépendantes de notre volonté en ont retardé la parution. Elles sont tirées des observations que nous avons pu faire au cours de l'année 1923, par l'examen clinique et radiologique systématique du thorax des petits malades traités dans le service de médecine infantile de l'Hôpital Civil Français.

Elles n'ont aucune prétention venant après les travaux multiples qui font autorité sur la matière et que nous citons à la fin de cet article, dans une courte bibliographie. Nous avons voulu seulement apporter notre modeste contribution à un sujet d'intérêt constant pour les praticiens. Nous n'avons retenu pour notre étude que des radiographies instantanées qui sont venues confirmer la nécessité à notre avis très grande encore, d'attirer l'attention sur la tendance exagérée qu'on a trop souvent, même aujourd'hui, de porter avec abus le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant atteint de troubles de l'appareil respiratoire.

Cette tendance est celle même que le Prof. Léon Bernard dénonçait en la condamnant à la tribune de l'Académie de Médecine, en juillet 1923. Avec l'autorité que comportait de sa part cette déclaration, Léon Bernard ajoutait que cet abus s'aggrave de l'étiquette d'adénopathie tuberculeuse qu'on lui adjoint trop facilement.

Avant le concours précieux de la radiologie, on n'avait pas une notion très claire du substratum anatomique des ombres hilaires normales, il s'ensuivait fatalement des inconvénients graves au point de vue de l'interprétation des états pathologiques à retentissement hilairé ou périhilairé, en particulier précisément des adénopathies trachéo-bronchiques.

Et la difficulté constante du diagnostic avait amené l'**Association nationale américaine pour la tuberculose** à consacrer une somme

importante pour établir d'abord le type clinique et-radiologique d'un thorax normal d'enfant (entre six et dix ans). Des sommités radiologiques d'Amérique (Baetger, Pancoast, Dunham) furent désignées pour ces recherches, on peut résumer ainsi les conclusions de leurs travaux :

« Un essai de description d'une poitrine normale est pratiquement impossible; en général tous les enfants entre 6 et 10 ans ont déjà eu à un certain moment une ou plusieurs affections des voies respiratoires même légères (rhumes, coqueluche) qui produisent des changements qui peuvent troubler plus ou moins longtemps l'image pulmonaire. Les ombres hilaires peuvent être considérées comme normales lorsqu'elles ne dépassent pas le tiers interne de l'hémithorax. Les nodules calcifiés que l'on voit dans le hile sans évidence de lésion pulmonaire n'ont d'autre signification que l'indice d'une lésion inflammatoire guérie mais non nécessairement tuberculeuse.

« On les trouve communément dans les thorax normaux. Les ramifications bronchiques ne sont pas visibles dans les régions apicales; si elles le deviennent, elles peuvent accompagner un processus inflammatoire mais non tuberculeux nécessairement. »

En première approximation et en se basant sur ces considérations et sur d'autres, développées par Barjon, Assmann, on peut préciser que le thorax normal est celui dont le hile est peu accentué, bien séparé du médiastin et dont le réticulum pulmonaire est peu marqué ou indiqué par des lignes fines se ramifiant en Y et non d'une façon désordonnée, il faut en outre que l'examen radioscopique ait montré un diaphragme mobile et un médiastin postérieur clair.

En France, la question n'était pas négligée non plus et suivant le conseil judicieux de Belot « le radiologue ne cessant jamais d'être médecin et de penser en médecin » les travaux furent poursuivis.

Avant les données précises sur les ombres hilaires normales établies par Delherm et Chaperon, en 1922 et 1923, la radioscopie et la radiographie avaient déjà fait faire à l'étude de l'adénopathie trachéo-bronchique un pas considérable que F. Masselot mit bien au point dans une revue générale de la question parue dans la « Gazette des Hôpitaux » (23 et 30 août 1919). A cette époque, et résumant diverses images radiologiques d'adénopathie trachéo-bronchique, Masselot s'exprimait ainsi : « Tantôt c'est une large bande sombre, grossièrement lobulée, accolée à l'ombre cardio-aortique et voi-

« tant la clarté médiastinale. Tantôt c'est une masse obscure à con-
« tour arrondi, festonné, polycyclique coiffant la base de l'ombre
« cardiaque. Parfois les images sont plus discrètes, formées de pe-
« tites taches isolées appendues au pinceau d'ombres bronchiques
« comme des fruits après une grappe. Mais il existe tous les inter-
« médiaires entre le petit ganglion qu'il faut rechercher au niveau
« de l'épanouissement du pinceau et la masse énorme qui noircit
« tout un médiastin. Deux variétés plus rares d'images radioscopi-
« ques se voient quelquefois, la région hilare paraît normale, la
« région supracardiaque est libre mais la partie supérieure de l'om-
« bre médiane est déformée par des adénites hautes, d'autrefois
« c'est l'inverse qui se voit, l'ombre du cœur cache les adénites sauf
« sur les radiographies extra-rapides. Sur celles-ci, elles apparais-
« sent sous forme d'ombres ovoïdes qui rappellent l'aspect que don-
« nent sur les plaques certains maux de Pott dorsaux. (Albert Weill).»

Mais ces constatations radiologiques ne sont pas toujours en concor-
dance avec les signes physiques. Baréty et Ségard, dans deux thèses
inaugurales, et tous les phthisiologues dans leurs travaux, l'ont noté
depuis longtemps; nous l'avons constaté par l'examen systématique
du thorax à l'écran, contrôlé par des radiographies.

S'il est bon d'écouter Delherm et Chaperon qui nous disent :
« Méfiez-vous des ombres des gros vaisseaux et des bronches au
« hile : leurs images peuvent donner le change pour des ganglions
« bronchiques, et ce que vous prenez parfois pour une glande calci-
« flée n'est que l'entrecroisement de veines et d'artères pulmonai-
« res »; il ne faut pas oublier aussi que des masses ganglionnaires
que l'on a pu vérifier à l'autopsie, peuvent être transparentes aux
rayons.

Certainement, le diagnostic est plus sûr, mieux affirmé, quand les
signes radiologiques et cliniques sont convergents.

C'est en nous basant sur cette considération primordiale, que
nous avons sélectionné les notes cliniques et radiologiques des en-
fants hospitalisés dans le service de l'un de nous, en 1923, pour af-
fection respiratoire non spécifique.

Négligeant systématiquement les petits malades à affections ca-
ractérisées : pleurésies, tuberculoses évolutives, cardiopathies, nous
avons retenu seulement des cas où l'on voyait nettement à l'écran
que les champs pulmonaires étaient clairs mais où les ombres hi-
laires attiraient l'attention car elles paraissaient généralement exa-

gérées. L'indocilité des petits malades ne permet de faire souvent qu'un examen rapide de la mobilité du diaphragme et d'avoir une idée de la transparence des champs pulmonaires et du médiastin postérieur : nous avons pensé que des radiographies thoraciques nous donneraient des documents précis, comparables à loisir et complèteraient l'examen radioscopique.

Les épreuves que nous présentons réunissent pour la plupart les conditions exigées pour les radiographies instantanées, c'est-à-dire que les contours du diaphragme et du cœur sont absolument nets, les déplacements communiqués par ces deux muscles aux bronches, vaisseaux et parenchyme pulmonaire peuvent être considérés comme nuls et les ombres pulmonaires normales ne sont pas agrandies comme cela peut arriver dans des radiographies posées.

Pour l'interprétation des radiographies il a été tenu compte des données nouvelles admises universellement à la suite des travaux de Delherm et Chapéron, en France, et de Assmann, en Allemagne. Les artères pulmonaires forment la presque totalité de l'ombre hilaire normale, les bronches normales donnent des images claires dont on peut apercevoir certains segments chez les sujets normaux. Au point de vue radiologique nous avons essayé de faire un classement sans nous préoccuper tout d'abord du diagnostic clinique.

Parmi les cas non douteux nous ne montrerons que pour mémoire l'image d'un rétrécissement mitral pur qui est typique avec l'exagération de l'arc moyen. Nous avons laissé de côté les images de pleurésie et de lésions du parenchyme pulmonaire qui sont classiques, il nous reste alors une trentaine d'images parmi lesquelles nous avons cherché d'abord celles pouvant être considérées comme l'image d'un poumon normal, malgré des signes cliniques sur lesquels nous reviendrons. Donc, nous avons cru pouvoir considérer comme normales radiologiquement les images thoraciques suivantes :

N° 1 — Enfant de 9 mois, (F...), paraît remplir les conditions indiquées, le hile est séparé du médiastin, les ramifications qui en partent sont fines, les champs pulmonaires sont clairs, cependant l'enfant tousse, a un état sublébrile, un certain retard à la croissance, sans autre symptôme d'altération des autres appareils.

Le N° 2 est normal également. Trois images thoraciques insuffisantes au point de vue radiographique n°s 4, 5, 6, n'ont pu être classées, mais elles paraissent plutôt appartenir aux images considérées comme normales. Et pourtant, il s'agit d'enfants de 13 mois, 2 ans,

14 mois et 6 ans, chez lesquels on portait cliniquement le diagnostic d'adénopathie t. b. bilatérale avec amaigrissement, ascension thermométrique quotidienne vespérale, toux coqueluchoïde, parfois même quelques accès de dyspnée à forme asthmatique et de l'anorexie.

Le groupe suivant pour lequel l'interprétation radiologique est douteuse et sert de transition entre les hiles radiologiquement normaux et ceux radiologiquement pathologiques est plus intéressant. On a, soit un hile un peu marqué mais séparé du médiastin, soit un hile avec des ramifications fines, mais parsemées de petits grains de plomb; ce sont les n^{os} 23, 19, 24, 3, 18, 20, 21, 22, 17, 16, 15, 27, 26. — Et il ne s'agit pas là, à vrai dire, d'adénopathie réelle, car malgré les signes stéthacoustiques suspects, bien que pouvant donner le change pour des signes précurseurs; avant-coureurs de l'adénopathie tuberculeuse, leur diagnostic différentiel restait embarrassant. Les treize images ci-dessus énumérées concernent en effet des enfants de 4 à 14 ans, qui étaient venus à l'hôpital pour de la fièvre et des symptômes généraux ayant fait craindre une infection tuberculeuse. En dehors de la notion fréquente de contamination possible dans le milieu familial, les antécédents personnels (rougeole, coqueluche) la persistance d'une toux catarrhale en imposaient au premier abord. Mais la plupart du temps les meilleures conditions hygiéniques réalisées à l'hôpital, ont aussitôt fait de modifier le tableau clinique. L'aspect pâle, anémique, l'asthénie sans cause réelle, la cyanose, la tachycardie qui traduisaient un état suspect ont fait place à une augmentation d'appétit, de poids, à un tel changement dans l'état général des petits malades qu'il n'était plus douteux qu'il faille éliminer l'adénopathie tuberculeuse même dans sa forme fruste ou atténuée, puisqu'ils sont sortis apparemment guéris.

Nous ne saurions trop insister, à ce propos, sur les dangers de l'auscultation et de la percussion pratiquées chez les enfants hâtivement ou une seule fois, en passant. Si celles-ci peuvent révéler quelques-uns des signes capitaux prêtés à l'adénopathie (souffle interscapulo-vertébral, échophonie, signe de d'Espine il y a en réalité de très grandes difficultés dans l'appréciation de ces signes. Il importe grandement de procéder plusieurs fois à l'auscultation et à la percussion des zones suspectes. Il est prudent, presque toujours, de réserver son jugement. Il y a bien longtemps que l'on sait que des résonances anormales du thorax de l'enfant et la variabilité même de

son mode de respiration, font que l'on note fréquemment des différences d'examen sur les observations rédigées par des médecins différents pour un même petit malade. Il est besoin d'un contrôle à l'exploration physique des hiles et du médiastin, l'examen radiologique s'impose.

Enfin le 3^e groupe, où les réactions hilaires ne sont pas douteuses et indiquent un état pathologique, comprend 12 images.

Le n^o 7 montre du côté droit à la place du hile une ombre homogène élargissant le médiastin, il s'agit très probablement d'une série de ganglions entourés d'un magma compact, ce cas correspond assez exactement à l'adénopathie trachéo-bronchique classique.

Les signes cliniques dans ce cas étaient probants; ils simulaient même une lésion plus grave des poumons. On notait, en effet, de la bronchophonie, de l'élévation de tonalité des sons et de la matité sous les clavicules, matité allant en augmentant du moignon de l'épaule au hile.

Dans les cas suivants, les altérations étaient marquées par une inspiration rude et souvent saccadée, le retentissement de la voix haute et de la voix chuchotée nettes, parfois même signes frustes de congestion de la base ou du sommet, souvent transmission exagérée des vibrations vocales, et enfin souffle expiratoire interscapulo vertébral ou se propageant le long du manubrium.

Le n^o 8 montre une tache noire au niveau de la 6^e côte droite, ganglion calcifié avec un hile mal séparé du médiastin, s'irradiant très loin dans le champ pulmonaire avec des lignes épaissies; ganglion avec réaction péribronchique.

Le n^o 9 montre une calcification de chaque côté avec des hiles empâtés et un réticulum pulmonaire plus visible que normalement (péribronchite).

Le n^o 10, grosse réaction hilaire droite qui est compacte par endroits. Péribronchite.

Le n^o 11 et le n^o 12, même constatation.

Le n^o 13, hile irrégulier avec de petites taches dans les champs.

Le n^o 14, même aspect, avec des petites taches dans les poumons. Péribronchite.

Le n^o 15, exagération des deux hiles sans aspect d'image ovaire. Le contour du cœur gauche est effacé. Médiastinite et réaction hilaire.

Le n° 28 montre un hile droit élargi, collé au médiastin avec des ramifications accentuées.

Le n° 29 présente un gros magma hilare à gauche avec épaissement des ramifications pulmonaires; à droite, hile également très marqué et accentuation des tractus dans les champs.

Le n° 30 traduit enfin un hile irrégulier avec de nombreuses petites taches disséminées dans les champs et des lésions de péribronchite.

×

En résumé, notre but étant de rechercher la concordance ou la discordance des signes cliniques et des signes radiologiques, nous avons constaté sur les trente cas qui font l'objet des radiographies instantanées ici présentées, que la radiologie devait et pouvait seule fixer le diagnostic hésitant et surtout préciser le degré de la localisation et partant le pronostic du processus ganglionnaire.

1° S'il y a accentuation simple des ombres hilaires, le phénomène est souvent banal; nous l'avons rencontré 5 fois sur 30.

2° Si au contraire, l'activité des lésions s'accuse déjà et donne seulement à la radio une accentuation des ombres hilaires, en forme soit de triangle, soit d'un demi disque, mais le tout encore flou, le doute subsiste quand même. C'est ce qui se confirme dans nos treize cas de la 2^e série où les signes cliniques peuvent prendre, à tort, une trop grande importance.

3° Enfin radiologiquement, dans douze cas (3^e série de nos images) nous avons pu affirmer la lésion hilare diagnostiquée cliniquement. Nous en reproduisons sur une planche hors texte les six images les plus probantes, dont voici l'explication.

Fig. I. — Poumon d'un enfant considéré comme normal cliniquement et radiologiquement.

Fig. II. — Hile aggloméré et compact à droite.

Fig. III. — Arborisations hilaires exagérées sans calcifications visibles.

Fig. IV. — Accentuation du hile droit avec deux calcifications.

Fig. V. — Hile gauche collé au médiastin, hile droit prolongé jusqu'au diaphragme. Calcification des deux côtés.

Fig. VI. — Réactions hilaires des deux côtés avec calcification et début de réaction péribronchique dans les champs pulmonaires.

On peut remarquer que dans la moitié des cas seulement nous avons eu des ombres presque homogènes indiquant des ganglions compacts, agglomérés dans un magma cellulaire. Par contre dans

trois cas nous avons trouvé des petites taches isolées appendues aux ombres hilaires. Dans tous les autres cas nous avons trouvé une image particulière mais non homogène, un hile épaissi se terminant dans les champs pulmonaires par de fines dentelures ou aiguilles. Cette image ne peut être celle de masses ganglionnaires mais plutôt celle de réaction du tissu qui entoure les organes du hile et qui se propage de proche en proche le long des bronches dans l'intérieur du poumon. C'est en constatant des images semblables que Delherm et Chaperon ont pu dire que l'on avait fait un abus du diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique et que de nouvelles recherches anatomo-pathologiques sont nécessaires pour décrire la constitution des hiles pathologiques.

Quant à la question primordiale de la nature tuberculeuse ou non bacillaire des adénopathies trachéo-bronchiques chez l'enfant, nous ne l'aborderons pas ici, pour aujourd'hui.

Le diagnostic étiologique de l'adénopathie nécessite en dehors de la notion de rougeole, de coqueluche, de grippe, de pneumonie ou broncho-pneumonie capables de provoquer passagèrement une hypertrophie des ganglions du médiastin des examens radiologiques à distance et en séries, et aussi la pratique de la cuti-réaction à la tuberculine.

Nous avons pratiqué fréquemment cette épreuve, mais elle a presque toujours été négative. Or, si celle-ci est négative dans la première enfance parce qu'elle est faite alors que l'organisme même, porteur de bacilles, peut avoir perdu le pouvoir de réagir à la tuberculine, elle devrait être très fréquente dans la seconde enfance (60 % des cas dans la statistique la plus récente de Génévrier).

Nous nous réservons de revenir un jour sur ce point en faisant état de nos documents sur les enfants suivis depuis deux ans au dispensaire de l'œuvre Villemin où nous l'avons pratiquée amplement sur les nombreux enfants fréquentant notre consultation. Et où elle nous a permis de nous faire une opinion alors que l'installation radiologique ne pouvait répondre que par une radioscopie et non par des radiographies instantanées. Celles-ci sont d'ailleurs toujours préférables pour fixer un diagnostic encore trop souvent hésitant par le seul secours de la clinique, qui tend à tenir pour suspecte toute adénopathie prolongée malgré une observation et un traitement appropriés.



BIBLIOGRAPHIE

ASSMANN. — Die Klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen. *Leipzig*, 1922.

BARJON. — Radiodiagnostic des affections pleuro-pulmonaires. *Paris*, 1916.

L. BERNARD ET VITRY. — *C. R. Académie de Médecine*, 10 juillet 1923.

L. DELHERM ET R. CHAPERON. — Etude radiologique du substratum anatomique des ombres hilaires normales. *Gazette des Hôpitaux*, 4 et 6 juillet 1922, p. 837.

L. DELHERM ET CHAPERON. — Comment doit-on interpréter les ombres hilaires normales. *Journal de Radiologie*, juillet 1923.

L. DELHERM, DUEM ET CHAPERON. — Les ombres hilaires normales et pathologiques sur quelques sujets vivants. *Société de Radiologie Médicale de France*, 11 novembre 1922.

GENEVRIER ET BONNIN. — Diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant, en vue du placement dans les écoles de plein air. *Presse Médicale*, 7 novembre 1923, p. 837.

GILBERT ET CARNOT. — Maladies de la plèvre et du médiastin. — Tome XXX. J.-B. Baillière, juillet 1922.

A. R. MARFAN. — La tuberculino-réaction, sa valeur pour le diagnostic de la tuberculose des enfants du premier âge. *Presse Médicale*, 8 décembre 1923, p. 1025.

F. MASSELOT. — L'adénopathie trachéo-bronchique (revue générale). *Gazette des Hôpitaux*, 23 et 30 août 1919.

H. MERY, G. DETRE ET A. DESMOULIN. — Le diagnostic radiologique de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. *Presse Médicale*, 19 mars 1921, p. 221.

H. MERY ET L. GIZARD. — Technique de l'examen anatomo-pathologique des poumons. *Presse Médicale*, 20 avril 1921, p. 313.

F. NOBECOURT. — Clinique des enfants. Affections de l'appareil respiratoire. *Masson et C^o*; voir 1924.

PANGOAST, BAETGER ET DUNHAM. — X Rays and Clinical finding in the normal Chest (Children six ten years of age). *American Journal of Rontgenology*, 1922, p. 537.

J. RENAULT. — Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique (causerie clinique recueillie par Ségard. *L'Hôpital*, 1924).

ROGER, VIDAL ET TEISSIER. — Nouveau traité de médecine. Maladies de l'appareil respiratoire. — Tome XI; *Masson et C^o*, 1923.

M. SEGARD. — L'adénopathie trachéo-bronchique; mise au point et discussion de quelques communications récentes. *Journal Médical Français*, janvier 1924, p. 26.

SERGENT. — Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire. — *Maloine*, Paris, 1923.

ALBERT WEIL. — La radiographie des adénopathies thoraciques. *Journal de Radiologie*, 1914, p. 183.

Pseudo-kyste séreux de l'arrière cavité des épiploons développé à la suite d'un traumatisme

Opération. — Guérison

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

Nous avons eu l'occasion d'intervenir, il y a huit mois environ, pour un pseudo-kyste séreux de l'arrière cavité des épiploons.

Voici l'observation résumée :

Amor ben Salah, âgé de 15 ans, est admis à l'Hôpital Sadiki le 27 juillet 1923. Il y a onze jours, il a été victime d'un accident, la roue d'une charrette lui est passée sur le ventre. Le blessé a pu néanmoins se relever et rentrer chez lui à pied; mais bientôt apparaît une tumeur dans la région épigastrique, tumeur qui augmentera lentement mais progressivement pour atteindre aujourd'hui le volume d'une tête d'adulte. A l'examen on constate que cette tumeur occupe tout l'hypochondre gauche atteint l'épigastre en dedans, l'ombilic en bas. Elle soulève tout l'étage sus-mésocolique de l'abdomen formant une voûture qui contraste avec le reste de l'étage inférieur de la cavité abdominale retractée, et ayant l'aspect du « ventre en bateau ». Cette tumeur, mate à la percussion, est très fluctuante. Le reste du ventre est souple, le malade va régulièrement à la selle; il n'a jamais eu de vomissement. La T° est à 37°; le pouls bien frappé à 80. Cette tumeur n'est que très peu douloureuse; le malade se plaint simplement d'être gêné pour respirer depuis que la tumeur a acquis un certain volume. Devant l'augmentation rapide de la tumeur accusée par le malade, on décide d'intervenir immédiatement.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale verticale, sur laquelle on branche une incision horizontale latérale gauche (incision en L). A l'ouverture du péritoine on constate que l'estomac, dont les parois sont œdémateuses, est refoulé en haut et en avant. Le colon transverse est abaissé, la rate quoiqu'un peu grosse, n'est pas déchirée. Il s'agit manifestement d'une tumeur kystique de l'arrière cavité des épiploons. On effondre le ligament gastro-colique lui-même infiltré; il s'échappe alors de l'arrière cavité, trois litres environ d'un liquide jaune citron, avec de nombreux débris fibrineux blanchâtres. Ce liquide se coagule très rapidement à l'air libre et prend l'aspect de gelée de pommes. Tout le liquide évacué, il persiste une cavité qui n'est autre que l'arrière cavité des épiploons, dont les parois sont recouvertes de fibrine;

l'examen des différents organes qui la limitent ne permet de décèler aucune lésion anormale. Seul le mésocolon transverse est infiltré, œdémateux, comme l'étaient et le ligament gastro-colique et la grande courbure. On prélève aseptiquement un peu de liquide qui est envoyé à l'Institut Pasteur. On ferme la paroi en trois plans en laissant dans l'arrière cavité un drain et une mèche qui seront enlevés le troisième jour. Le lendemain la T° monte à 38° pour tomber à 36° le lendemain et se maintenir au-dessous de 37° les jours suivants. Quinze jours après, les fils sont enlevés; l'orifice laissé par le drain suppure légèrement; le trajet est lavé avec une solution de chloral au 4 pour 1.000.

Quatre jours après l'intervention, le blessé quitte l'hôpital complètement cicatrisé et la tumeur ne s'est pas reproduite.

Voici les résultats de l'analyse chimique pratiquée à l'Institut Pasteur. par M. Bance : Liquide d'aspect jaune louche, légèrement souillé de sang. Par les acides : effervescence marquée (présence de bicarbonate). Réaction légèrement alcaline, glucose : absence; albumine : plus de 1 gr.; Nacl. 5 gr. 265.

×

Il s'agit donc là d'un exemple d'épanchement séreux développé dans l'arrière cavité des épiploons à la suite d'un traumatisme violent intéressant la partie supérieure de l'abdomen. Ces kystes ou pseudo-kystes, ont été bien étudiés en France surtout par Auvray, dans sa communication au Congrès Français de Chirurgie, 1910, qui distingue deux grandes variétés de kystes de l'arrière-cavité :

- 1° Les kystes sanguins;
- 2° Les pseudo-kystes séreux.

Les premiers ne sont en réalité que des hématomes récemment bien étudiés par Miginiac (Revue de Chirurgie, Janv.-Févr. 1919), ils sont assez fréquents et peuvent s'expliquer soit par une hémorragie ayant pour point de départ les nombreux vaisseaux pancréatiques et péri-pancréatiques, soit par des lésions du pancréas lui-même avec toutes ses conséquences.

Par contre **la pathogénie** des kystes à liquide clair reste obscure. Lécène, dans un rapport à la Société de Chirurgie, séance du 2 juin 1920, page 838, à propos d'une observation de Leclerc émet les conclusions suivantes :

« Si dans quelques cas l'analyse chimique a pu montrer que le liquide contenait certains éléments de la sécrétion pancréatique, il en

est d'autres où cet examen a été négatif en ce qui concerne la présence de ferments pancréatiques. Si donc il est des cas où l'on peut parler, avec bien des chances de dire vrai **de pseudo-kystes séreux traumatique d'origine traumatique**, il en est d'autres où cette interprétation pathogénique n'est rien moins que démontrée. Pour ma part je ne vois pas pour quelle raison on n'admettrait pas qu'il pût s'agir quelquefois dans ces cas **de ruptures de vaisseaux lymphatiques avec formation consécutive d'un épanchement séreux.** »

Au point de vue **clinique** ces kystes ne se caractérisent souvent que par l'apparition d'une tumeur dans l'étage supérieur de l'abdomen après un traumatisme violent porté sur cette région. Dans notre cas, la fluctuation des plus nettes nous a permis de penser à une tumeur liquide. L'insufflation gastrique et colique complétée par l'examen radioscopique sont d'un utile secours pour établir un diagnostic précis.

Malgré tout, il faut bien avouer que le plus souvent le diagnostic n'est posé qu'au cours de l'intervention chirurgicale.

Le traitement chirurgical est du reste le seul traitement possible. Celui-ci est du reste très simple; ouvrir la poche, l'assécher et drainer, il ne saurait être question évidemment d'enlever la poche kystique puisqu'il s'agit de pseudo-kyste. En ne drainant pas on risque de voir le kyste se reproduire. Ce n'est peut-être pas une chirurgie bien brillante, dit Lecène, mais j'estime néanmoins que c'est la conduite la plus prudente et la plus sûre.

On peut, en cas de légère infection de la poche consécutive à son ouverture et à son drainage faire un lavage quotidien avec une solution d'hydrate de chlorur à 4 pour 1.000.

Les cas de kystes séreux de l'arrière-cavité, publiés jusqu'à ce jour, sont **assez rares**.

Pour en faire le diagnostic, il suffit d'y penser; encore faut-il que l'attention des médecins soit attirée sur leur existence, c'est ce qui nous incite aujourd'hui à publier cette observation.



SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 9 Mai 1924

Présidence du D^r CASSUTO, *président*

Sont présents : MM. les Docteurs Brun, Uzan Maurice, Cortési, Cohen-Hadria, Lumbroso, Bonan Hector, Gérard, Benmussa, Bonan Abraham, Lemanski, Masselot, Gontier, Bogas, Minguet, Debbache Aldo, Sfez Gaston.

×

COMMUNICATIONS DU BUREAU

Admission. — Est admis à l'unanimité, comme membre titulaire, le docteur HECTOR BONAN.

×

Correspondance. — Le Président, docteur CASSUTO, fait part à la Société, de l'invitation envoyée par l'Université de Bologne qui fête son centenaire.

×

PRÉSENTATIONS DE MALADES ET DE PIÈCES

Un cas de Kala-Azar guéri

Le docteur LEMANSKI présente un jeune garçon de 13 ans, le nommé C... atteint en 1916, à l'âge de 5 ans, de Kala-Azar confirmé, avec splénomégalie très prononcée, actuellement en très bonne santé. Le diagnostic fut confirmé par les examens de laboratoire pratiqués, à Tunis, par le docteur NICOLLE. Cet enfant fut alors traité par des injections quotidiennes d'*hectine* (a), à dix centigrammes par ampoule. Après une série de douze injections, l'amélioration fut très notable. Quinze ou vingt jours après la cessation du traitement, la rate qui était très diminuée de volume, redescendait à nouveau au niveau de la ligne bi-iliaque. Il fallut trois ou quatre séries d'injections d'*hectine* pour obtenir le retour *ad integrum* de cette véritable rate en accordéon.

Le Cas de C..... est le 45^e de la série relevée par NICOLLE, qui en fit l'objet d'une communication à la *Société de Pathologie exotique* (8 mars 1916).

La photographie de cet enfant, alors âgé de 5 ans, figure dans le *Traité*

des Leishmanioses, de LAVERAN, p. 89 (1917, chez MASSON), et dans le *Précis de Médecine des enfants*, de P. NOBÉCOURT, p. 317 (1922, chez MASSON).

Dans la série actuelle de *Kala-Azar*, de NICOLLE, on ne connaît que deux cas de guérison confirmée.

Discussion :

Le docteur Cortési signale l'intérêt très grand de ces cas fort rares de guérison de *Kala-Azar*. Le docteur Cortési a essayé l'hectine mais sans succès. Il a essayé aussi le néo, le Rubyl, et ne fut pas plus heureux. Il est juste de préciser, dit-il, que l'hectine a été essayée sur un très mauvais cas. Le seul résultat obtenu fut une légère diminution du volume de la rate après chaque série de dix piqûres.

Le docteur Cortési rappelle qu'actuellement on ne connaît que deux cas de guérison de *Kala-Azar*, le premier est celui présenté aujourd'hui par le docteur Lemanski; le second est un cas de Maccotta qui avait refusé toute sorte de traitement.

Le docteur Lemanski fait remarquer que l'hectine dans le traitement du *Kala-Azar* ne présente actuellement qu'un intérêt historique. L'émétique s'étant imposé comme le traitement de choix et donnant des résultats bien supérieurs.

×

Echinococcose secondaire du péritoine

par le Dr BOUQUET et M. GONTIER

Les pièces présentées proviennent d'une femme âgée de 41 ans, qui a été opérée ce matin par M. Bouquet à l'Hôpital Civil Français.

Nous sommes en présence d'un cas typique d'*echinococcose secondaire du péritoine*.

Chez cette malade, les renseignements sont difficiles à obtenir avec précision. Seul l'examen des cicatrices nous a permis de diriger l'interrogatoire et de reconstituer l'histoire de la maladie.

Il y a 10 ans environ, à la suite d'un effort, elle aurait ressenti une douleur brusque dans l'hypochondre droit. Quelques mois après, elle aurait été opérée à l'Hôpital Italien par le docteur Cortési.

Quatre ans plus tard, elle est opérée par M. Bouquet, d'un kyste hydatique du poumon gauche, évacué par vomique.

Trois ans après, c'est-à-dire il y a deux ans, l'Hôpital Italien la reçoit à nouveau, porteuse cette fois d'un volumineux kyste hydatique du péritoine.

Enfin, ces jours derniers, elle est entrée dans le service de chirurgie, apyrétique, n'accusant aucune douleur, ne présentant aucun symptôme

particulier, mais simplement une tumeur abdominale au niveau de la fosse iliaque droite.

Cette tumeur (perçue par la malade elle-même) était ovoïde, de la grosseur du poing, indolore, renitente, à contours très réguliers. Son caractère essentiel était son extrême mobilité, roulant sous les doigts elle était mobilisable presque sous les hypochondres et jusqu'à la fosse iliaque gauche. Au toucher vaginal, cette masse nettement distincte de l'utérus, présentait les mêmes caractères de mobilité et au palper combiné fuyait d'entre les doigts.

Cette extrême mobilité en tous sens était bien surprenante même pour un kyste de l'ovaire. Cependant il fallait y penser.

Ce sont les renseignements anamnestiques qui nous ont imposé le diagnostic.

×

COMMUNICATIONS

D^r BRUN. — Pseudo-kyste traumatique de l'arrière cavité des épiplooses.

(Voir en tête de ce numéro, page 290)

×

D^{rs} GÉRARD et JAUBERT DE BEAUJEU. — A propos de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant.

(Voir en tête de ce numéro, page 281)

**Pustule maligne
et sérothérapie anti-charbonneuse**

Dr Marcel L'HEUREUX

L'Echo Médical du Nord, 28^e Année, N^o 23, 7 Juin 1924, p. 273

L'A. rapporte un cas de pustule maligne observée sur un colon au Maroc. Le malade a été examiné au 4^e jour : le diagnostic s'imposait

cliniquement et bactériologiquement. Etat général très mauvais, lymphangite très étendue. Traitement chirurgical classique : cautérisation de l'escharre, injections sous-cutanées concentriques de 15 cmc. de solution de Lugol, pulvérisations chaudes. Traitement médical stimulant. L'auteur injecte 60 cc. de sérum de l'Institut Pasteur, puis 20 cc. le lendemain. Le malade guérit en quelques jours.

A ce sujet, l'A. rappelle les observations de Roux, R. Curti, Y. Conforti, Perrin, Perrin et Chèze, Douglas Symmers, Bodin, Regan, etc., où la sérothérapie fit aussi merveille.

En réunissant tous ces cas, on trouve que la mortalité reste de 7,68 % (9 sur 117). On peut en tirer quelques notions thérapeutiques extrêmement importantes.

Le traitement chirurgical n'a qu'une action très relative : il se réduira à des pulvérisations chaudes, ou en applications humides. Le traitement médical consistera en stimulants, toni-cardiaques et diurétiques.

Le sérum seul a une action spécifique : il sera employé précocement. La voie intraveineuse est à recommander au début; son action sera poursuivie par des injections sous-cutanées et locales de foyer.

On pourra combiner à la sérothérapie l'usage de métaux colloïdaux (électrargol, Perrin) ou surtout d'arsénicaux (J. Roux), que certains auteurs ont même employés à l'exclusion de la sérothérapie (Grasser, de Vienne).

M. U.

**Quelques remarques sur le traitement
alimentaire de l'athrepsie**

Prof. ROHMER, de Strasbourg

Pédiatrie, 13^e Année, N^o 6, Juin 1924, p. 88

Dans l'athrepsie aiguë dernier stade de la « dyspepsie aiguë atrophiante », l'auteur préconise le lait de nourrice écrémé qui lui au-

rait donné toujours des résultats satisfaisants.

Dans l'hypothrepsie et l'athrepsie chroniques, il faut suralimenter les enfants en tenant uniquement compte de leur capacité digestive.

M. U.

Un cas de méga-œsophage

Jean TIPREZ et Pierre DEPREUX

L'Echo Médical du Nord

28^e Année, N^o 24, 14 Juin 1924, page 289

Les A. rapportent un cas de méga-œsophage chez un sujet de 44 ans, datant de dix ans. Elle semble confirmer par sa symptomatologie, l'opinion de Bard qui fait de cette affection une « malformation tissulaire ». Une image curieuse de stase radiologique à trois étages : œsophagien, gastrique, caecal, traduit bien les intermittences des évacuations œsophagiennes. Les A. ont tenté l'huile scuroformée localement contre le spasme et la dilatation contre l'obstacle du cardia; le malade se refusant à toute intervention chirurgicale.

M. U.

Sur la guérison spontanée de la syphilis

Prof. Ch. AUDRY, de Toulouse

Bruzelles Médical

4^e Année, N^o 57, 19 Juin 1924

Il nous faut tout d'abord reconnaître que « nous sommes hors d'état de savoir si un syphilitique est réellement, définitivement, mathématiquement guéri ». Aucune méthode d'exploration ne permet de le faire et par suite la « soi-disant guérison de la syphilis n'est pratiquement qu'une proportion plus ou moins élevée de chance favorable. » Disons seulement : « Un syphilitique est guéri quand il se trouve en état de latence totale et définitive ».

Ceci posé, la syphilis peut-elle parfois guérir spontanément ? L'auteur répond oui.

1^o L'examen des lignées héréditaires permet d'assurer que la syphilis peut guérir *dans la lignée*. S'il en avait été autrement, que serait devenue la population de l'Europe ou mieux encore celle de Madagascar, totalement infectée et mal soignée ? Combien seraient nombreux les cas de syphilis de deuxième, voire de troisième génération, qui nous paraissent au contraire exceptionnels.

2^o Chez l'individu même, on peut voir des guérisons spontanées, soit

que l'on ait affaire à une syphilis abortive ou une syphilis évolutive effacée. S'il en était autrement, on ne comprendrait pas ces guérisons par traitements insuffisants par une seule piqûre, ou par des méthodes anciennes telles que les « sudorifiques », les bois, la décoction de Zittmann, des pilules ou des frictions mercurielles, notoirement peu actives. Cependant l'auteur a retrouvé de ces malades ainsi traités; ils ont des sérologies négatives et restent cliniquement guéris. On est alors bien obligé d'avouer que « le temps est un élément fondamental de la guérison de la vérole ».

Ces considérations sont consolantes mais elles ne doivent pas faire oublier cependant de traiter tous les syphilitiques aussitôt, aussi fort et aussi longtemps que l'exigeront les indications récentes.

M. U.

Sérothérapie anti-gangréneuse et infiltration d'urine

D^r BLANCHOT*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*10 Juin 1924, N^o 41, p. 461

Depuis longtemps, l'auteur (sa première observation date de février 1921) pensait que la sérothérapie anti-gangréneuse méritait

d'être appliquée au traitement des phlegmons urinaires.

Les observations de de Berne Lagarde et Flandrin, publiées en mai 1923, l'ont confirmé dans cette manière de voir et il rapporte aujourd'hui cinq cas tous guéris. Un cas cependant mourut deux mois après l'intervention, dans un état de cachexie extrême ne relevant pas de sa gangrène.

L'auteur associe toujours l'incision à la sérothérapie qu'il administre par voie sous-cutanée à la dose de 30 cc. (10 cc. de antiperfingens, 10 cc. d'antivibron septique et 10 cc. d'antiœdématisiens) par injection; cette injection étant renouvelée quotidiennement pendant deux à trois jours.

M. U.

Le tubage duodénal

Edmond LIBERT

Thèse de Paris, 1924

Sous la direction du professeur Paul Carnot, l'auteur a entrepris de longues et remarquables

recherches sur les ressources fournies pour le diagnostic et la thérapeutique des affections de l'estomac, du duodénum, du pancréas et du foie, par le tubage duodénal. Cette thèse constitue une synthèse des nombreuses publications de l'auteur soit seul, soit avec la collaboration du professeur Carnot ou du docteur Lavier.

Dans un article de cette revue, nous avons déjà parlé suffisamment de la partie chimique et des applications thérapeutiques. Aussi nous contenterons-nous de reproduire les conclusions de l'auteur concernant l'étude microscopique du liquide duodénal.

7° L'examen et l'ensemencement du liquide recueilli par tubage permettent de décèler plus aisément et plus fidèlement que la coproculture, la présence des germes typhiques et paratyphiques; la biliculture mérite d'être plus souvent employée dans le diagnostic des affections éberthiennes (1).

8° La recherche du bacille tuberculeux dans le liquide duodénal présente en dehors de l'intérêt théorique qui s'y attache, une réelle valeur pratique pour le diagnostic dans certains cas.

9° La flore permanente du duodénum paraît moins riche que celle des segments sur et sous-jacents du tube digestif chez les sujets normaux : la bile et les sécrétions pancréatiques jouent sans doute un rôle dans cette « stérilisation duodénale ». Pourtant on rencontre, même en dehors de tout trouble dyspeptique un certain nombre d'espèces microbiennes dont les plus fréquentes nous paraissent être le bacille coli, certaines variétés de streptocoques, divers cocci Gram positif et des levures.

10° A l'état pathologique on peut observer un développement insolite de la flore aérobie et anaérobie du duodénum. Nos recherches ont fixé surtout notre attention sur le rôle des streptocoques et de certains champignons encore mal déterminés.

11° L'étude parasitologique du liquide duodénal présente un grand intérêt dans les hépatites amibiennes où elle nous a permis parfois de décèler des amibes ou des kystes, et dans les cas de lambliaose intestinale. »

M. U.

Le traitement non sanglant des dilatations de l'œsophage

Dr Gaston DURAND

Société de gastro-entérologie de Paris

séance du 10 Mars 1924

in Archives des Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition

T. XIV, N° 4, Avril 1924, p. 355

invétéré du cardia ou mieux de l'épicardia d'un côté, malformation primi-

Deux théories actuellement sont en présence pour expliquer la dilatation totale de l'œsophage : malformation acquise, secondaire à un trouble fonctionnel

(1) Les recherches récentes de Waldman confirment pleinement ces résultats (Cf. *Presse Médical* 28 Juin 1924. — Analyses 422),

L'auteur rapporte deux observations qui diffèrent par :

1° l'absence de spasme dans le premier cas et l'existence d'un spasme de l'extrémité inférieure et de l'extrémité supérieure de l'œsophage dans le second;

2° le mode de fonctionnement évacuateur de la poche œsophagienne.

Ainsi donc tous les cas de dilatation totale de l'œsophage ne sont pas exactement superposables quant à l'existence ou à l'absence d'un spasme de l'épicardia.

La dilatation donne des résultats semblables dans les deux cas.

Le traitement a consisté en :

1° abstention de fatigues physiques;

2° diététique : repas très espacés, composés d'aliments non irritants par contact et en état de divisibilité aussi complète que possible.

3° lavages de l'œsophage quotidiens puis intermittents.

4° dilatations poussées au plus fort calibre possible qu'on réalisera par le moyen du cathétérisme « multibouginaire » de Guisez.

La durée du traitement ne peut être fixée à priori. L'auteur a adopté comme critères de l'amélioration objective de l'état du malade, les constatations radioscopiques après repas d'aliments mélangés de sels opaques, identiques à ceux qui constituent l'alimentation habituelle du patient. Tant que l'examen radioscopique montrera une stagnation dans l'œsophage au-delà d'une fraction de minute d'un bol baryté, on ne saurait parler de guérison réelle.

Cependant, sans attendre de résultat absolu, on peut obtenir la disparition des symptômes subjectifs et on ramène ainsi les malades au stade pré-clinique, à la phase silencieuse de leur affection. On n'en continuera pas moins la diététique et de loin en loin des sondages, et de temps à autre, on aura recours au contrôle radiologique.

Au sujet de cette communication, le docteur Raymond Grégoire discute le terme d'épicardia qui ne correspond à rien d'anatomique. Le muscle diaphragme au niveau de l'orifice diaphragmatique forme un véritable sphincter qui peut comprimer l'œsophage. Comme Lardennois, Grégoire pense que toute irritation ou ulcération au voisinage de ce sphincter peut produire sa contraction (comparaison avec fissure anale). La dilatation peut en effet donner des résultats. En 1922, il a essayé de réaliser la section de l'anneau musculaire, cause de la striction, le malade guérit. Braine, Lardennois, Hertz ont observé des cas analogues.

Le docteur Oettinger croit à l'origine congénitale, et admet entièrement la théorie de Bard. C'est là une affection incurable. La dilatation, la sec-

tion de l'anneau musculaire peuvent améliorer la vidange œsophagienne quelquefois mais ne constituent pas un traitement radical et définitif.

M. U.

**De la sérothérapie anti-gangréneuse
dans le traitement
de l'appendicite gangréneuse**

Dr G. MICHEL, de Nancy

Bruelles-Médical, 4^e Année, Nos 54-55, 8-12 Juin 1924

A l'exemple de Paul Delbert (XXIX^e Congrès français de Chirurgie), de Lardennois et son élève Bouchez (Th. de Paris, 1920), de Bérard et Cotte, etc.,

l'Auteur, avec la collaboration de ses élèves Mathieu et Rakovatz, dont la thèse récente est consacrée à ce sujet, emploie systématiquement le sérum antigangréneux de l'Institut Pasteur, toutes les fois que, opérant tardivement une appendicite il trouve des lésions de gangrène et de péritonite en voie de généralisation. Il rapporte dix-huit observations que l'on peut résumer ainsi :

N ^o	Lésions	Sexe et Age du malade	Date de l'opération	Résultat
I	Péritonite appendiculaire	jeune fille	4 ^e jour	guérison
II	Appendicite gangréneuse	garçon 4 ans	2 ^e jour	d ^o
III	d ^o	homme 32 ans	33 ^e heure	d ^o
IV	d ^o	homme 18 ans	3 ^e jour	d ^o
V	d ^o	homme 16 ans	3 ^e jour	d ^o
VI	Gangrène appendiculaire	homme 16 ans	4 ^e heure	d ^o
VII	Appendicite gangréneuse	homme 24 ans	2 ^e jour	d ^o
VIII	d ^o	soldat	3 ^e jour	d ^o
IX	Volum. abcès appendiculaire	femme 24 ans	2 ^e jour	d ^o
X	Péritonite appendiculaire	femme 26 ans	3 ^e jour	d ^o
XI	d ^o	femme 19 ans	18 ^e heure	d ^o
XII	d ^o	homme 16 ans	8 ^e jour	mort
XIII	d ^o	homme 17 ans	5 ^e jour	mort
XIV	d ^o	homme 16 ans	8 ^e jour	mort
XV	Appendicite gangréneuse	homme 59 ans	48 ^e heures	guérison
XVI	d ^o	homme 14 ans	24 ^e heure	d ^o
XVII	d ^o	homme 21 ans	3 ^e jour	d ^o
XVIII	d ^o	garçon 6 ans	7 ^e jour	d ^o

L'Auteur employait en général la formule suivante de sérum

Sérum antiperfringens :	20 cc.
Sérum antivibron septique :	10 cc.
Sérum anti-œdématisiens :	10 cc.
Sérum physiologique :	250 cc.

pour une fois. Les doses ont pu être doublées quelquefois et dans l'observation XVII on ajouta du sérum antisporegènes.

L'injection se fait sous-cutanée le plus souvent. Elle est répétée le lendemain de l'opération. L'auteur eut recours à l'injection intraveineuse dans deux cas graves, d'ailleurs mortels (XIII et XIV).

Enfin, à deux reprises, l'auteur employa la voie abdominale, versant le sérum dans la cavité abdominale lors de l'intervention.

Il complète son article, en rapprochant de ces cas deux observations de péritonites herniaires traitées avec succès par l'opération combinée à la sérothérapie gangréneuse.

M. U.

**Un cas d'adéno-épithéliome
de l'angle gauche du colon
chez un enfant de 10 ans**

A MOUCHET et A. BARANGER

Pédiatrie, 13^e Année, N^o 6, Juin 1924, p. 93

Une petite fille de 10 ans, admise dans le service de Mouchet, à l'Hôpital St-Louis, présentait des phénomènes d'occlusion aiguë après une période d'obstruction chronique. L'opération permit d'étudier histologiquement la tumeur intestinale, cause de ce syndrome : c'était un adéno-épithéliome de l'angle gauche du colon.

Dans la littérature médicale française, l'épithélioma intestinal à l'inverse du sarcome, n'est pas signalé. Haussmann, en 1882, cite neuf cas étrangers et Steffen de Stettin, en 1905, en relate dix autres. Ce cas méritait donc d'être signalé.

M. U.

Sur un cas de pneumococcémie

CANTORNÉ et MAGNANT (service du Prof. Cruchet)

Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest

10 Juin 1924, N^o 11, p. 459

Les A. rapportent l'observation d'un homme porteur de sinusite maxillaire (porte d'entrée de l'infection?) qui fit tour à tour des localisations pneumococciques au poumon, dans le péritoine, dans l'endo-

carde, aux reins et aux méninges enfin. Ce cas montre bien la progression par étapes successives de l'infection pneumococcique.

A noter l'impossibilité de réussir une hémoculture; en revanche les pneumocoques furent retrouvés dans les crachats puis dans le liquide rachidien.

Tous les traitements utilisés : quinine, métaux colloïdaux, abcès de fixation, autohémothérapie, sérothérapie anti-pneumococcique, autovaccinothérapie, échouèrent et le malade finit par mourir.

M. U.

Les fibromyomes de l'appendice

Dr Louis LÉORAT

Marseille Médical, 61^e année, N^o 49,

5 Juillet 1924, p. 869

A propos d'un cas récent opéré pour appendicite aiguë où la coupe révéla un fibromyome de l'extrémité de l'appendice, l'A. étudie cette rare affection. La littérature médicale n'en renferme que deux autres cas, l'un de Mouchet et l'autre de Heurtaux. Cependant, l'A., de même que Ewing, pense que cette tumeur de l'appendice est beaucoup plus fréquente. D'où la nécessité d'examiner par coupes sérieuses les appendices enlevées chirurgicalement ou ? l'autopsie.

De plus, il met en parallèle ces fibromyomes avec les névromes appendiculaires décrits récemment par Masson, car il existe une relation entre l'appendicite oblitérante et ces tumeurs, et la coexistence du fibromyome et du névrome de Masson doit être très fréquente.

M. U.

De la persistance de l'oxyde de carbone dans le sang putréfié des individus intoxiqués par le CO

par le Docteur L. VERDIER

Toulouse Médical

25^e année, N^o 43, 1^{er} Juillet 1924, p. 436

Après avoir rappelé les deux cas observés par le prof. Etienne Martin, de persistance de CO dans le sang putréfié ou dans les exsudats putrides chez des individus intoxiqués par ce gaz dont la mort remontait respectivement à dix jours et à trois mois, l'Auteur rapporte trois nouvelles observations personnelles semblables. Chez deux jeunes filles, il retrouva dans le sang conservé pendant plus de trois mois, les réaction du CO. Le troisième cas concernait un cadavre exhumé après 22 jours.

La recherche du CO se fait, soit par l'examen spectroscopique ou par la réaction de Kunkel. Cette dernière consiste à traiter le sang par une solution de tannin à 2 gr. 50 pour 100. Si il y a du CO dans l'échantillon analysé, il se forme un coagulum rose brique.

L'A. se propose de rechercher la durée de la présence du CO dans le sang suivant les circonstances de température, de lieu, etc.

M. U.

**La version pour sommet mobile
à la période d'expulsion**

Docteur René NETTER
Union Médicale du Nord-Est
47^e année, N° 6, Juin 1924, p. 90

Le médecin est appelé pour assister une parturiente dont les poussées sont impuissantes à expulser une tête arrêtée depuis deux

heures sur le périnée. La tête est en transverse mais mobile, trop mobile, remontant et virevoltant au contact de la main. Si on applique le forceps, on croit la saisir, mais on dérape, une fois, deux fois, plusieurs fois. On est menacé de traumatiser la tête foetale ou de favoriser des procidences graves.

Il ne faut pas alors s'entêter. La tête ne demande qu'à remonter. La refouler et recourir à la version podalique, facile et moins meurtrière pour l'enfant.

M. U.

**La syphilis héréditaire nerveuse
ultra tardive**

par le Docteur M. CHARTIER
Revue Médicale Française
5^e année, 1924, Nos 1 et 2, p. 41 et 87

L'A. a tenté de réunir dans une sorte de synthèse, toutes les observations dont plusieurs personnelles, de syphilis héréditaire nerveuse

débutant après la 20^e année, montrant ainsi la possibilité de l'apparition ultra-tardive de la syphilis nerveuse héréditaire.

Dans certains cas, le B. W. reste négatif dans le sang et dans le liquide C. R. Mais le plus souvent on observe une dissociation de ces réactions (celle du liquide C. R. devenant positive seule) qui a une grosse importance du point de vue du diagnostic.

L'existence antérieure de stigmates hérédo-syphilitiques en particulier osseux, mais qui peut cependant faire défaut, facilite ce diagnostic.

Le traitement « pierre de touche » tranche en dernier ressort le problème.

L'A. emploie avec succès une thérapeutique active : arsénobenzènes comme traitement d'attaque, puis bismuth et iode, auxquels il associe toujours la diathermie générale comme agent de diffusion médicamenteuse.

M. U.

**Patogenesi e trattamento
delle stenosi cicatriziali dell'esofago**

Dott. BRUNO BRUZZI

Publicazioni della clinica oto-rino-laringologica

della R. Università di Napoli

diretta dal Prof. G. GRADENIGO

1923, vol. I.

Ouvrage très documenté, reposant sur 33 observations personnelles et réunissant vingt pages d'indications bibliographiques.

L'Auteur constate la fréquence relativement grande des sténoses cicatricielles de l'œsophage imputables à l'ingestion volontaire de caustiques chez les femmes napolitaines.

Ces sténoses intéressent toujours tout un segment de l'œsophage qu'il faut considérer dans son ensemble mais non en son point le plus serré. Elles affectent généralement une forme tubulaire mais dans le segment aortico-bronchique elles sont courtes, parfois annulaires ou même en forme de diaphragmes.

Le pronostic de ces lésions s'est amélioré depuis l'ère de l'œsophagoscopie.

Et, en fait, l'œsophagoscopie seule peut permettre un diagnostic précis et l'institution d'un traitement vigoureux.

On doit maintenant abandonner toutes les vieilles méthodes de traitement : dilatation rapide, œsophagotomie interne, électrolyse, laminaire, etc.

La gastrostomie elle-même doit être seulement réservée aux cas — exceptionnels — de spasme surajouté empêchant l'alimentation ou d'œsophagite grave.

Dans la presque totalité des cas, on peut toujours obtenir par la dilatation lente sous œsophagoscopie et en se dispensant de la gastrostomie, le retour à un fonctionnement quasi normal de l'organe.

M. U.

Réflexions sur la pneumonie infantile

Prof. G. MOURIQUAND (de Lyon)

Archives de Médecine des Enfants

t. XXVII. — N° 8, Août 1924, p. 462

L'Auteur nous offre une nouvelle étude du signe du « triangle d'hépatisation » qu'il avait décrit avec le prof. Weil, en 1910.

L'examen radioscopique a rendu plus facile l'étude de la pneumonie infantile : il permet en effet de constater une ombre triangulaire caractéristique et qui, lorsque le foyer est localisé au sommet comme c'est le cas le plus souvent, a une base axillaire alors que le sommet atteint le hile. Au moment de son apparition, ce triangle a des contours nets auxquels se surajoutent ensuite des ombres adjacentes qui le déforment mais qui disparaissent vite pour laisser subsister l'image primitive (triangle de retour).

Cette image triangulaire éveille l'idée d'un infarctus ce qui tendrait à montrer tout au moins que la pneumonie paraît conditionnée par l'inflammation d'un territoire vasculaire déterminé. Telle était d'ailleurs l'opinion admise anatomiquement par Tripier qui niait l'existence de pneumonie centrale. Cependant, l'Auteur, et d'autres, parmi lesquels Coste et Roubier, ont montré l'existence radiologique indiscutable de ce type central de pneumonie.

Mais la pneumonie centrale ne peut permettre d'expliquer les foyers « muets » car dans bien des cas, le foyer muet se traduit radioscopiquement par le triangle typique. L'A. pense avec Weill que le triangle d'hépatisation est silencieux, le plus souvent n'étant pénétré par l'air respiratoire, « et que ce qui soufflé et crépite, c'est la splénisation et la congestion qui l'entourent. »

Le signe du triangle est-il pathognomonique de la pneumonie ? Ce triangle a été observé — rarement il est vrai — au cours de la bronchopneumonie pseudo lobaire (Lemaire et Lestoquoy) de certaines pneumonies tuberculeuses curables ou de la pneumonie caséuse. Mais dans ces cas, M. Duhem pense que l'ombre en est alors moins homogène.

En tous cas, le triangle axillaire garde une grosse valeur diagnostique.

M. U.

Etude Pharmacologique de l'Arsylène

par M. le Prof. G. POUCHET

Bulletin Médical, 16-19 Avril 1924, N° 16, p. 440-444

monocalcique, per os, se présente sous la forme d'une poudre blanche,

L'acide allyl ou propényl-arsinique (Arsylène) employé sous forme de sel monosodique, en injections, et de sel

inodore, de saveur salée et fraîche, soluble dans l'eau, assez soluble dans la glycérine, et fort peu soluble dans l'alcool. Sa solution aqueuse manifesta une réaction très faiblement acide et ne subit aucune modification avant la température de 120°. Ce composé doit être considérée comme un homologue supérieur du méthylarsinate disodique. Il contient 40 % d'arsénic.

Après une étude pharmacologique et physiologique complète de ce produit, et après avoir rappelé les multiples travaux auxquels il a donné lieu dans tous les cas où les cacodylates sont indiqués, qu'on l'utilise à doses intensives (ampoules de 2 cc.), à doses toni-stimulantes (ampoules de 1 cc.) ou à doses progressives selon la méthode de Fowler (granules), le professeur Pouchet fait remarquer que l'Arsylène est capable, tout comme l'acide arsénieux, d'influencer très sensiblement le cours de la trypanosomiase expérimentale. La légère infériorité de son action par rapport à celle de l'acide arsénieux est plus que largement compensée par sa tolérance qui donne la possibilité de prolonger la médication, même à doses relativement élevées, sans courir les risques de l'arsenicisme, auquel aboutit fatalement le traitement par l'acide arsénieux, si l'on cherche à réaliser le maximum d'efficacité. On peut dire que l'arsylène réunit la facile tolérance des alcoylarsinates à l'énergique action thérapeutique de l'acide arsénieux; cette étude pharmaco-physiologique très importante vient d'ailleurs confirmer les résultats thérapeutiques très intéressants obtenus de divers côtés et dont notamment la thèse de Culty (Lyon, 1923) a rendu compte.

DEUX RESSUSCITES DE PENDAISON

par le Docteur LEMANSKI

J'ai pensé, Messieurs, que vous ne m'en voudriez pas, si, pour une fois, rompant avec les traditions, sérieuses et respectables, de notre Compagnie, je faisais trêve aux présentations impressionnantes de malades, femmes, hommes, vieillards ou enfants, complets ou incomplets, aux communications chirurgicales, toujours instructives et brillantes, aux sévères discussions cliniques ou thérapeutiques.

Imitant, un peu en cela, la nature et la biologie, entrons dans le domaine de la douce et hilarante fantaisie, ondoiyante et diverse, elle aussi, sujette aux caprices déconcertants. Voici les faits.

×

Au temps où un tremblement de terre détruisit les trois quarts de Lisbonne, les sages réunis dans la capitale du Portugal, décidèrent, pour calmer les cieux et apaiser la colère de Dieu, de donner au peuple un bel autodafé.

« En conséquence, dit l'auteur auquel j'emprunte ces renseignements, on saisit un Biscayen, convaincu d'avoir épousé sa commère, deux Portugais qui, en mangeant un poulet, en avaient arraché le lard; on vint lier, après le dîner, le docteur P... et son disciple C..., l'un pour avoir parlé, l'autre pour avoir écouté d'un air d'approbation. »

Le Biscayen et les deux Portugais subirent la supplice du feu; le docteur P... (soyons discrets et continuons à le désigner ainsi, ce docteur en métaphysique, théologie et cosmologie), fut simplement pendu.

Or, il advint que quelques années après, un beau jour, le disciple rencontra son maître, le docteur P..., bien vivant, en chair et en os, à Constantinople.

Je laisse maintenant la parole au génial conteur, auteur de cette observation, rare, exceptionnelle et surprenante.

« Mais vous, mon cher P..., dit C... le disciple, comment se peut-il que je vous revoie ? Il est vrai, dit P..., que vous m'avez vu pendre; je devais naturellement être brûlé; mais vous vous souvenez qu'il plut à verse lorsqu'on allait me cuire; l'orage fut si violent qu'on

désespéra d'allumer le feu; je fus pendu, parce qu'on ne put mieux faire; un chirurgien acheta mon corps, m'emporta chez lui et me diséqua. Il me fit d'abord une incision cruciale depuis le nombril jusqu'à la clavicle. On ne pouvait pas avoir été plus mal pendu que je ne l'avais été. L'exécuteur des hautes œuvres de la sainte inquisition, lequel était sous-diacre, brûlait à la vérité les gens à merveille, mais il n'était pas accoutumé à pendre : la corde était mouillée et glissa mal, elle fut nouée; enfin, je respirais encore. » (1)

A la vérité, l'incision cruciale fut un procédé parfait de résurrection rapide. Les chirurgiens ont toujours eu de ces trouvailles opportunes. Celui-ci, eut grand-peine, tout d'abord; croyant avoir affaire au diable en personne. Mais humain et compatissant, comme tous ses confrères, aidé de sa femme, non moins bonne, il se mit à recoudre le patient, l'habilla, le réconforta et l'aida à assurer son salut par la fuite.

Messieurs, vous l'avez deviné l'auteur de cette « observation miraculeuse » n'est autre que Voltaire, le Voltaire des contes et romans immortels. Il s'agit, en l'espèce, en ce récit du docteur Pangloss et de son disciple Candide.

Des esprits chagrins ou moroses, trop soucieux de vérité et d'exactitude, pourraient dire que l'observation est dénuée de tout intérêt, née trop manifestement de l'imagination déréglée du conteur. En cette enceinte, on pourrait m'objecter même : « Vraiment, croyez-vous que le docteur Pangloss ait été pendu, si mal pendu qu'il ait pu en réchapper ?

×

Les hommes de génie ont toujours dépassé leur siècle, en des anticipations troublantes. Voltaire était, comme D'Alembert et Condorcet, digne de l'encyclopédie : il savait beaucoup. On dut lui parler d'un cas exceptionnel de ce genre : il sut retenir le fait et s'en servit.

Bien longtemps après lui, à Tunis, il y a une vingtaine d'années, un fait analogue vint lui donner raison et rendre moins invraisemblable son récit. Et d'ailleurs par la magie et l'éclat du style, par la fine ironie, par la satire philosophique acérée, Candide peut se passer de véracité, et de preuves authentiques.

Si la première observation de resuscité de pendaison appartient à l'anecdote littéraire, la seconde, que je vais vous relater, se recommande d'une authenticité parfaite.

(1) VOLTAIRE. *Candide*, p. 200, édit. Garnier.

Il y a vingt ou vingt-cinq ans, on pendait aussi mal à Tunis qu'à Lisbonne. Cependant, à cette fonction n'était pas employé un sous-diaire, plutôt habitué à brûler. Le bourreau était de la partie.

Il advint qu'un Arabe, coupable d'assassinat, n'eut pas le dernier espoir d'être absout par la grâce souveraine du Bey. Il devait mourir. On lui mit la fatale corde au cou. Il ne pleuvait pas au Bardo, ce jour-là. Le condamné était alors lancé dans l'espace, sans plus de façon. Le pauvre hère était un plongeur, pêcheur d'éponges à Sfax ou à Djerba. Devant ce triste dénouement, il dut, par un réflexe naturel de métier, faire une profonde inspiration. Peut-être à ce soin dut-il de ne point trépasser ?

On le détacha, au bout de quelques instants, et une voiture transporta le corps inanimés vers le cimetière des suppliciés, non loin situé, là où on devait faire les ablutions rituelles, avant l'inhumation, en présence du docteur Dinguizli, chargé, alors de constater la mort légale.

Quelle ne fut pas, à cet instant, la surprise de notre confrère, quand il vit, sous l'action des premières aspirations d'eau, s'agiter quelque peu le supplicié, qui, simplement évanoui, reprit, bientôt, petit à petit, tous ses sens.

La clémence beylicale commua en travaux forcés à perpétuité, la pendaison manquée.

Quelques années plus tard, au cours d'une expertise médico-légale au bagne de La Goulette, en compagnie du docteur Dinguizli, j'eus l'occasion de voir ce ressuscité de pendaison, tout aussi heureux que le docteur Pangloss, de Voltaire.

Depuis, on transforma, à l'anglaise, les appareils de pendaison du Bardo : un fauteuil, une élégante corde de soie, un mécanisme faisant jouer une trappe, et le condamné est lancé à l'éternité.

Le docteur Plancke, sévèrement, atteste la mort.

×

Pardonnez-moi cette petite incursion dans la fantaisie, d'une part, et dans l'histoire tunisienne d'autre côté. Vous ne m'en voudrez pas, si je vous ai quelque peu distraits de plus graves soucis.



De l'emploi de l'Allonal en pratique odonto-stomalogique

par MM. les Docteurs JULIEN TELLIER et PAUL BEYSSAC

(Association des Dentistes du Rhône, 18 Février 1924, et Province Dentaire, Mars-Avril 1924, N°2)

La lutte contre la douleur est une préoccupation constante du médecin et du dentiste; on la combat soit par les anesthésiques généraux, soit par les anesthésiques locaux, soit par les analgésiques ordinaires dont les résultats sont parfois excellents, mais parfois aussi infidèles, soit enfin par les hypnotiques dont on connaît les avantages et aussi les inconvénients.

L'Allonal est à la fois analgésique et hypnogène : c'est un « analgésique renforcé », capable, en amenant progressivement la sédation de la douleur et des phénomènes morbides, de déterminer un sommeil paisible, semblable au sommeil physiologique, suivi d'un réveil normal, sans lassitude et sans maux de tête.

Au point de vue chimique, c'est un isopropyl-propénylbarbiturate d'amidopyrine qui complète l'action calmante de l'amidopyrine par les propriétés sédatives des composés barbituriques.

MM. Tellier et Beyssac viennent de publier les résultats de leur pratique qui leur permettent de conclure que l'Allonal peut rendre de grands services dans la lutte contre la douleur (2 à 3 comprimés par jour) au cours des opérations qui sont effectuées sur la région gingivo-dentaire et dans la cavité buccale.

De même dans deux articles récents du « Concours Médical » (24 février et 27 avril 1924), M. Mallein-Gérin a signalé l'action très nette et très constante que présente l'Allonal sur l'élément douleur.

Comme la toxicité de l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine est pour ainsi dire nulle et que, dans les très nombreux cas où il a été utilisé, on n'a jamais constaté de phénomènes d'accoutumance et aucune modification de la tension sanguine, il semble que ce médicament très maniable soit susceptible de donner des effets excessivement satisfaisants dans toutes les algies de quelque nature qu'elles soient.

INFORMATIONS SANITAIRES

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois de Juin 1924

DÉSIGNATION DES CONTRÔLES CIVILS	Février 1924															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Tunis	1	4	9	3	2						1					
Grombalia																
Bizerte			2	1	3											
Medjez-el-Bab																
Béja					1											
Souk-El-Arba																
Kef																
Sousse																
Sfax																
Kairouan																
Maktar																
Gafsa																
Gabès																
Téboursouk																
Zaghwan																
Territoires N°s du Sud																
Hôpital Militaire du Belvédère.																
Hôpital Militaire de Bizerte																
Hop. MIL. Mart. Sidi-Abdallah																
TOTAUX	85	5	16	5	13						5				14	67

Revue Tunisienne des Sciences Médicales

et Tunis-Médical réunis

AOUT 1924.



A propos d'un cas mortel de rage humaine

Diagnostic confirmé par inoculation

au cobaye du liquide céphalo-rachidien

par le Docteur **F. GÉRARD**

Médecin Chef de Service à l'Hôpital Civil Français

Il s'agit d'un enfant âgé de 9 ans, admis dans notre service le 22 septembre 1922, qui nous est envoyé par le docteur Poirson, de Medjez-el-Bab, avec le diagnostic de syndrome nerveux ? Il avait été mordu, au Goubellat, le 24 avril précédent par un chien non retrouvé, et il avait subi, du 28 avril au 18 mai, le traitement antirabique intensif à l'Institut Pasteur de Tunis.

Il ne présenta rien d'anormal à la suite de ce traitement. Mais le 2 ou 3 septembre, après une grande frayeur, l'enfant perd connaissance pendant plusieurs minutes. Et aux dires des parents, cette frayeur aurait été provoquée par la crainte d'être frappé, après avoir brisé accidentellement une bouteille. Depuis ce moment, le malade a présenté de l'abattement, même de la stupeur; n'ayant plus d'appétit; il éprouvait du dégoût même pour certaines choses pour lesquelles il n'avait auparavant aucune répulsion. On notait des vomissements, des poussées fébriles.

Depuis trois jours l'enfant ne s'alimente plus du tout, il y a impossibilité absolue de lui faire boire la moindre quantité de liquide froid ou chaud. La simple vue d'un verre d'eau provoque un spasme pharyngé.

Examiné par nous dès son entrée dans le service, le malade présente d'abord une certaine stupeur; on note des traces de morsure au genou et à l'aisselle gauches, en voie de cicatrisation. Malgré son état d'hyperexcitabilité, on le rassure facilement et il répond assez bien aux questions, quoique d'une voix entrecoupée. Il semble dans

un état général assez bon, sans fièvre, avec un pouls presque normal à 88.

L'attention est attirée surtout par les signes d'hydrophobie marquée qu'il présente, et chaque fois qu'on tente de lui faire avaler un liquide quelconque, le spasme pharyngé se produit intense; l'enfant qui sent sa gorge se serrer, repousse énergiquement le verre qu'on lui offre; cependant il déglutit normalement sa salive. Sensible au moindre courant d'air, le malade est hyperexcitable et l'on peut provoquer une courte crise simplement en soufflant sur son visage, ou en soulevant brusquement le drap du lit. Une vive lumière provoque encore des spasmes et l'inquiétude, l'agitation constantes ne sont que passagèrement atténuées par l'obscurité et le silence absolu qu'on s'efforce de réaliser autour du petit malade.

L'inspiration est saccadée et on note souvent après plusieurs contractions spasmodiques du diaphragme quelques secondes d'apnée après lesquelles le malade pousse un profond soupir.

La motilité est normale aux membres supérieurs tandis que les mouvements sont défectueux aux membres inférieurs. Il y a de la parésie à droite. Les troubles de la sensibilité sont aussi nettement accusés à droite et l'on constate des fourmillements, de l'hypers-thésie.

Les réflexes pupillaires sont normaux à la lumière et à l'accomo-dation; pas d'inégalité pupillaire. L'examen des réflexes tendineux donne : rotuliens : faible à droite; exagéré à gauche; achilléen : exagéré à gauche également; olécrâniens exagérés des deux côtés. Crémastérien normal.

Babinski positif à gauche; ébauché à droite seulement; pas de Kernig; pas d'anesthésie du pharynx; pas de troubles sphinctériens.

On note de la constipation. Rien d'anormal dans les urines. Aucun stigmate de syphilis ou de tuberculose, ni personnellement, ni dans les antécédents héréditaires du malade.

Nous portons le diagnostic de **méningo-encéphalite diffuse** et instituons un traitement symptomatique : d'abord sirop de chloral, bromure de potassium, bains sédatifs, lavements évacuateurs. Puis, devant l'agitation persistante, lavements de chloral, bromure de potassium, morphine en injections sous-cutanées, par 1/2 centigr. Le 2^e jour la température s'élève le soir à 37°5, le pouls faiblit, le tableau s'assombrit; nous prescrivons des toni-cardiaques en injections

(huile camphrée, spartéine et pratiquons une ponction lombaire : liquide clair, à peine hypertendu qui donne :

Examen pratiqué	{	leucocytes 11,4 par mm^3
à l'Institut Pasteur		polynucléaires 16 %
le 23 septembre		lymphocytes et mono 84 %
		albumine 0 gr. 18 ‰ absence de microbes

Le 24, le malade reçoit du sérum glucosé (300 cc.) deux lavements alimentaires, on fait une nouvelle ponction lombaire qui ramène 25 cc3 de liquide sans obtenir une grande modification de l'état général qui s'aggrave d'heure en heure.

Le 25, l'agitation est plus marquée, le petit malade angoissé n'a pas eu une minute de repos : nouvelle ponction lombaire; l'examen du liquide céphalo-rachidien donne un résultat sensiblement semblable au précédent :

Examen	{	leucocytes 21 par mm^3
du 25 septembre		polynucléaires 19 %
		lymphocytes et mono 81 %
		albumine 0 gr. 22 ‰ absence d'éléments figurés

Le liquide est alors envoyé à l'Institut Pasteur aux fins d'inoculation.

En même temps on note des modifications du côté des réflexes qui sont : achilléens et rotuliens complètement abolis; ébauche de Babinski des deux côtés; crémasterien complètement aboli. Le ventre est en bateau; pas de diarrhée, carphologie, le malade plafonne sans inégalité pupillaire, ni modification des réflexes à la lumière et l'accommodation.

Le malade succombe dans la nuit du 25 au 26 septembre. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

×

Bien que n'ayant pu nous défendre de penser, devant le tableau clinique, à un cas de rage humaine, nous hésitions pourtant devant l'affirmation du diagnostic en raison du traitement suivi et de la longue incubation qui aurait accompagné ce cas (5 mois) aussi notre doute était grand.

Le 19 octobre 1922, l'Institut Pasteur nous apprenait que le cobaye inoculé par trépanation avec le céphalo-rachidien prélevé sur le

malade, la veille de sa mort; le 25 septembre, avait contracté la rage.

Nous avons alors communiqué l'observation clinique à M. le docteur Nicolle, qui a bien voulu nous préciser le traitement suivi par l'enfant.

Observation extraite des registres de l'Institut Pasteur

B. F., 9 ans, mordu le 24 avril 1922 au Goubellat, par un chien inconnu. Une morsure de gravité moyenne siégeant au genou droit; deux morsures graves, pénétrantes, de l'aisselle gauche. Traitement commencé le 25 avril, terminé le 28 mai; vingt-cinq inoculations, savoir : 1^{re} série, moelles de 6, 6, 4, 4, 4, 4, 3, 3, 3, 2 jours; 2^e série, moelles de 4, 4, 3, 3, 2 jours; 3^e série, mêmes moelles; 4^e série (supplémentaire) mêmes moelles.

Le traitement est le traitement intensif; il a été suivi régulièrement, sauf une absence avant la deuxième piqûre.

×

A notre connaissance on ne relève pas dans la littérature médicale d'autre cas où le diagnostic de la rage ait été porté à la suite de l'inoculation du liquide céphalo-rachidien (prélevé pendant la vie) que celui signalé par Konradi en 1922 dans le « **Centralblatt für Bakteriologie** ».

Nous avons donc cru intéressant de publier in-extenso notre observation. Ajoutons que dans le cas de Konradi (1) il s'agissait d'un enfant de 3 ans et demi, atteint après quatorze jours d'incubation de rage paralytique. Au 3^e jour le liquide céphalo-rachidien s'est montré virulent pour le lapin et le cobaye.

(1) DANIEL KONRADI. - *Vie Virulenz des cerebrä spinal-flüssigkeit bei des Wens-chlichen Wut.* Centralblatt f. Bakt. T. LXXXVIII p. 113, 1922 (in *Bulletin Institut Pasteur*, Paris, 1922, p. 88).



Maladie de Recklinghausen familiale

Types cliniques différents

par le Dr E. COHEN-HADRIA



Les observations que nous rapportons aujourd'hui sont intéressantes en ce qu'elles montrent la possibilité pour une maladie familiale comme la neurofibromatose de Recklinghausen de présenter dans une même famille des types cliniques très différents.



Tita G..., 19 ans, domestique, se présente à notre consultation à l'Hôpital Israélite, le 14 mai 1924. Elle nous signale que depuis sa naissance elle présente sur le corps des taches pigmentées.

Son père est bien portant; sa mère présente, paraît-il, la même dermatose qu'elle. Elle est l'aînée de six enfants vivants qui ne présentent, dit-elle, aucune lésion cutanée.

En découvrant la malade, on constate qu'elle est couverte de petites taches pigmentaires, lenticulaires, couleur de café au lait. Ces petites taches, non saillantes, non prurigineuses, ne desquament pas au grattage. Elles sont très abondantes sur le tronc et le cou, plus rares sur les membres; il n'y en a pas sur le visage.

On constate de plus sur le tronc de loin en loin, de larges taches plus claires, de contour irrégulier. Elles sont en assez petit nombre; il n'y en a ni sur les membres ni sur le visage. On observe quelquefois au centre de certaines de ces taches des petits éléments lenticulaires, de tonalité plus sombre, qui tranchent sur le fond café au lait clair de cet élément.

Enfin, le front et les aisselles sont le siège d'une pigmentation diffuse et il semble que la malade est sale.

Un examen attentif ne nous permet de constater ni lésions des nerfs, ni fibromes cutanés.

De plus, la jeune malade paraît avoir une intelligence moyenne.

Nous nous croyons cependant autorisés, d'après le caractère des taches pigmentaires, à porter le diagnostic de neurofibromatose de Recklinghausen.



La mère, que nous avons demandé à voir, se présente à nous quelques jours plus tard.

Jouija, 45 ans. Signale que son père est mort d'affection indéterminée,

et que sa mère, d'origine tripolitaine, atteinte de troubles mentaux, s'est suicidée à 50 ans. Elle a deux frères qui n'auraient aucune lésion cutanée. Signalons cependant que, depuis cette date, l'un d'eux est venu mourir à l'hôpital, addisonien et bacillaire pulmonaire.

Les lésions pigmentaires de la mère sont absolument identiques à celles de la fille. Il est donc oiseux d'en faire une nouvelle description : on retrouve là encore des taches lenticulaires, des taches hépatiques et des zones de pigmentation diffuse.

Mais en plus de ces éléments pigmentaires, on observe disséminés sur tout le corps, quelques-uns même atteignant le visage (un en particulier au niveau du sillon naso-génien), de petites tumeurs cutanées assez dures, saillantes, hémisphériques, de la grosseur d'un noyau de cerise, quelquefois un peu plus grandes. Ces tumeurs sont irréductibles et non douloureuses.

De plus, sur le trajet de certains nerfs, on observe des tumeurs d'un type bien différent. Il s'agit d'éléments nœus à base d'implantation large, partiellement réductibles, indolores. Mais ces éléments, qui sont incontes-

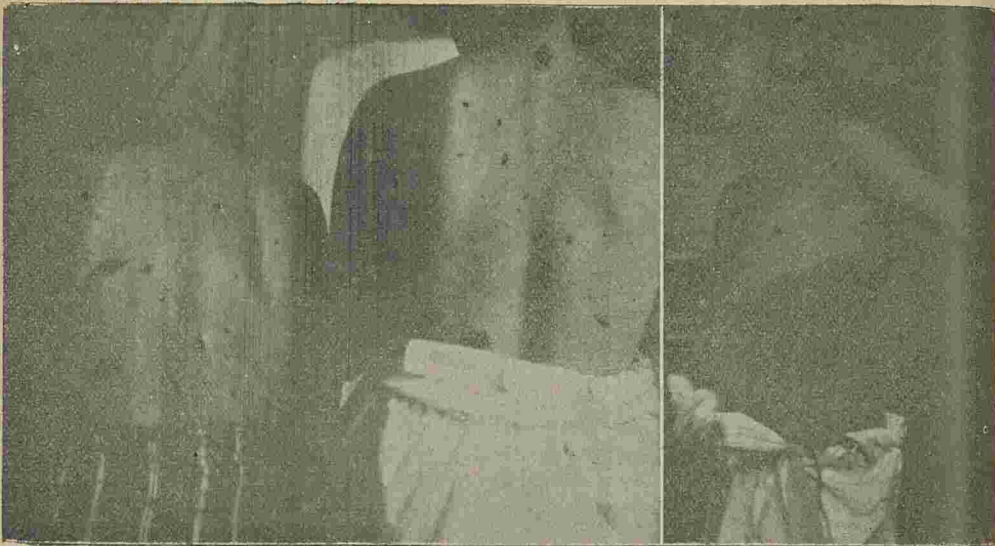


Fig. 1

Photo du Dr DISEGNI

Fig. 2

tablement des nevromes, sont rares. Il y en a quelques-uns sur les membres et sur le tronc. On n'en voit qu'un sur la photographie ci-dessus (fig. 1), (que nous devons, ainsi que la deuxième photographie, à l'obli-

geance de notre confrère et ami le docteur Disegni); ce névrome est bien reconnaissable à sa base étalée. Ces éléments tumoraux sont d'apparition tardive tandis que les taches pigmentaires sont congénitales.

Pas plus que sa fille, la mère ne présente de troubles mentaux.

Un interrogatoire plus serré de la mère nous ayant révélé que deux de ses enfants présentent encore des lésions cutanées; nous nous les faisons présenter.

×

Frère, 11 ans, présente quelques taches pigmentaires disséminées, mais l'une d'elles attire particulièrement notre attention (fig. II).

Il s'agit d'une grande tache assez sombre, de couleur chocolat, de contour irrégulier, qui couvre tout le flanc et une partie de l'hémithorax gauche. Sur cet immense naevus en certains points, on observe de petites taches lenticulaires encore plus pigmentées; à sa partie supéro-antérieure, le grain de la peau est plus gros; à la palpation, la peau paraît épaissie; le tissu sous-cutané présente une très grande laxité sans qu'on puisse, en le palpant, avoir la sensation caractéristique de palper des intestins de poulet. Ces phénomènes ne sont apparus, au dire de la mère de la malade, que depuis peu de temps tandis que la tache est congénitale.

Pensant à un début de tumeur royale, soit sous forme de névrome, soit sous forme de dermatolyse, nous prions notre aimable confrère M^{me} Brun de nous faire une biopsie. Voici la petite note que nous a remise M^{me} Brun à ce sujet et dont nous la remercions bien vivement.

« L'épithélium est normal. Le tissu conjonctif hypertrophié contient outre des glandes sébacées et sudoripares et des follicules pileux, de *petits névromes*, ce qui serait en faveur de la maladie de Recklinghausen. »

Il s'agit donc bien là de début de tumeur royale à type de névrome flexiforme.

×

Enfin, le jeune frère présente, mais beaucoup moins accentuées, les mêmes lésions que sa grande sœur Tita : taches pigmentaires lenticulaires et hépatiques disséminées sur tout le corps.

×

Le diagnostic clinique et histologique de neurofibromatose de Recklinghausen s'impose donc. Mais ces observations cliniques appellent un certain nombre de remarques intéressantes :

1^o Alors que le syndrome pigmentaire, qui présente les mêmes caractéristiques typiques chez trois de nos malades (obs. I, II et IV), est congé-

nital, le syndrome tumoral est tardif. Chez deux de nos malades (obs. I et IV), il n'est pas encore apparu. Chez la mère (obs. II), les tumeurs parurent à l'âge de 20 ans; chez la petite, de l'observation III, qui a 11 ans, la tumeur existante est d'apparition récente.

Peut-on faire un diagnostic de maladie de Recklinghausen sur la simple constatation des lésions pigmentaires ? Nos observations permettent de répondre par l'affirmative et de confirmer ce que dit Darier dans son Précis de Dermatologie : « Les pigmentations ont un aspect si caractéristique par l'association des trois formes que je viens de mentionner que, même si elles existaient seules, on serait en droit de diagnostiquer la maladie de Recklinghausen.

Ainsi dans la neurofibromatose la neuromatose et la fibromatose sont symptômes inconstants et peuvent manquer.

2° La *tumeur royale* à laquelle les premiers auteurs attachaient beaucoup d'importance, est très inconstante. Nous ne la constatons que dans l'observation III où elle est à son début et où le diagnostic clinique est hésitant entre une tumeur à type de névrome pexiforme comme dans l'observation publiée dans cette *Revue* par Broc et Bruin, ou une dermatolyse se rapprochant de la pachydermie vorticellée du cuir chevelu.

Chez la mère qui pourtant présente des tumeurs depuis plus de 20 ans, aucune ne se distingue des autres par un plus grand volume.

3° Si le syndrome cutané de la neurofibromatose de Recklinghausen est chez nos malades, incomplet et imparfait, le syndrome psychique manque complètement et toutes nos malades ont un psychisme normal. Cependant on trouve dans leurs antécédents la présence d'une mère ou grand-mère que sa folie a conduite au suicide. Si donc on ne trouve pas de troubles psychiques chez nos malades, on constate cependant une hérédité mentale certaine.

Pour ces quelques remarques, il m'a paru intéressant de présenter ces quatre cas familiaux d'une maladie ou plutôt d'une difformité cutanée qui est inguérissable et dont le pronostic *quoad vitam* est excellent, c'est-à-dire qui ne présente aucun intérêt au point de vue thérapeutique.

Purpura et Hémorragie méningée sous-arachroïdienne

par les Médecins-Major **RAMERY** et de **LAGOANÈRE**

Le 1^{er} avril nous recevions un indigène, Brahim ben Ali, évacué d'urgence du fort Sidi-ben-Hassen sur l'Hôpital Militaire du Belvédère. Le billet d'admission mentionnait : (Prostration, exanthème du thorax, grosse rate. Ne présente ni diarrhée, ni constipation. Pouls régulier à 60. T° 36°8).

L'un de nous voit le malade une demi heure après son entrée et constate des taches purpuriques de dimensions variables essaimées sur le thorax et sur les membres supérieurs; il existe quelques éléments isolés sur la face, sur l'abdomen et sur les membres inférieurs. Le malade n'a pas perdu toute sa connaissance; il se plaint de maux de tête violents. La raideur de la nuque et le signe de Kernig sont manifestes; les réflexes rotuliens sont abolis; la rate est grosse et déborde les fosses côtes de deux travers de doigt; le pouls bat à 54; la température ne dépasse pas 37°2; les urines sont normales. Devant ce tableau clinique, et malgré la faible élévation thermique, nous pensons à une méningite cérébro-spinale; la ponction lombaire donne un liquide entièrement hypertendu qui jaillit à un mètre; le liquide est louche, très légèrement hématique dans les deux tubes; nous injectons 40 cc. de sérum polyvalent dans le rachis et 40 cc. sous-cutané.

Le lendemain matin le malade est moins prostré et nous pouvons obtenir les renseignements suivants : Ses parents sont morts depuis dix ans; il a trois frères en bonne santé, et lui-même n'aurait jamais eu aucune maladie. La céphalée aurait débuté il y a quatre jours, mais, le 30-mars, deux jours avant son entrée à l'hôpital, il aurait été pris brusquement de vomissements en même temps que la céphalée devenait beaucoup plus violente. La température n'a pas été prise; le malade prétend avoir eu de la fièvre.

Le 2 avril, les signes physiques sont les mêmes (raideur de la nuque, Kernig, pas de troubles de la sensibilité; abolition des réflexes, pupilles normales. Examen négatif du cœur et des poumons. Le malade a uriné et est allé à la selle. L'analyse bactériologique du premier liquide de ponction, mentionne une réaction lymphocytaire sans aucun germe à l'examen direct, ni à la culture. L'analyse chimique donne :

Albumine : 0,35 tube de Sicard
Sucre : 0,50 pour mille

Une nouvelle ponction lombaire, en position couchée donne issue à un liquide très hypertendu qui se projette à 75 cm. environ; liquide trouble, légèrement hématiche dans les deux tubes. Le sédiment est toujours peu abondant; il existe de nombreux polynucléaires à noyaux peu altérés et d'assez nombreux globules rouges; rares lymphocytes et rares cellules endothéliales; même résultat négatif des cultures.

Le 3 avril nous injectons encore 40 cc. du sérum intrarachidien et 40 cc. sous-cutané, cependant nous sommes très perplexes et le diagnostic de méningite cérébro-spinale ne nous satisfait pas. La température varie, entre 37° et 37°5; aussi pensons-nous à la possibilité d'une hémorragie méningée sous-arachroïdienne d'autant plus vraisemblable que nous avons constaté les particularités suivantes : La piqûre de la ponction lombaire déterminait chaque fois un saignement très prolongé et un petit hématome à son niveau, nous pratiquons le jour même, l'épreuve de Duke, c'est-à-dire la mesure du temps de saignement (durée 14 minutes). Le signe du lacet est positif; la coagulation du sang se fait normalement au bout de 16 minutes, mais, même après 48 heures, il n'y a pas de rétractilité du caillot, et l'on est obligé de centrifuger pour recueillir le sérum en vue d'une réaction de Wassermann et d'un Weill-Félix tous deux négatifs.

Formule leucocytaire :

Lymphocytes :	12 %
Moyen mononucléaires :	15 %
Grands mononucléaires :	2½ %
Formes de transition :	1½ %
Polynucléaires neutrophiles :	67 %
Eosmophiles :	2 %
Basophiles :	0

Diminution considérable des hémotoblastes — Absence d'hématozoaires

En somme nous obtenions le syndrome sanguin de l'hémogénie décrit par P.E. Weill, c'est-à-dire, augmentation du temps de saignement; coagulation normale au point de vue de son apparition, troublée cependant puisqu'il n'existe pas de rétractilité du caillot; diminution des hémotoblastes.

Dans la nuit du 3 au 4, le malade est très agité, délirant, d'autre

part il n'a pas uriné. La vessie est distendue; le bain tiède ne favorise pas la miction; on est obligé de sonder le malade et l'on retire un litre d'urines. Haleine fétide; vomissements.

Le 4 avril, le liquide, au moment de la nouvelle ponction lombaire, moins hypertendu, s'écoule goutte à goutte, le culot de centripur-gation est plus abondant, les polynucléaires sont en grand nombre et cette fois plus altérés; d'autre part, nous croyons trouver sur une lame, trois cocci gram négatif, mais n'ayant pas les caractères du méningocoque; d'ailleurs, la culture est toujours négative. Cette formule leucocytaire, jointe à l'abaissement du sucre dans le liquide céphalo-rachidien (0,22 o/oo), nous décide, le 5 au matin, à faire une nouvelle injection de sérum intra-rachidien. L'hémoculture faite avait été négative au bout de 48 heures, en bouillon ordinaire, en bouillon albumine d'œuf et sur gélose-sang. D'autre part, la sérosité des taches purpuriquesensemencée sur gélose-sang est restée également négative. Le malade est toujours contracturé, les gencives saignent.

Le 6, s'installe un strabisme interne de l'œil gauche;

Le 7, des frottements péricardiques très nets font leur apparition. Cependant le malade est moins prostré le jour et moins agité pendant la nuit.

Le 9, nouvelle surprise, un zona apparaît sur le pavillon de l'oreille gauche et dans le sillon auriculo-temporal; les vésicules sèchent rapidement. Quoiqu'il en soit, nous faisons un ensemencement du liquide louche vésiculaire qui reste absolument stérile.

Le 10, les frottements péricardiques ont complètement disparu; le malade se sent mieux; cependant la céphalée, le strabisme convergent; la rétention urinaire et l'abolition des réflexes persistent.

Du 12 au 14, pas de changement; nous décidons de faire de l'hémothérapie lorsque, le soir, le malade tombe dans le coma avec stertor, et meurt le 15 avril, à 17 heures.

Autopsie

A l'ouverture de la calotte crânienne, la dure-mère ne présente rien d'anormal. Celle-ci, incisée à droite, montre à sa face interne un petit foyer hémorragique en nappe au niveau du lobe frontal. A gauche, par la petite incision pratiquée, s'écoule un liquide brunâtre, et quelques caillots apparaissent. Tout l'hémisphère gauche baigne dans le sang et des caillots sont adhérents à la dure-mère sur

sa face interne; certains même sont organisés. Il n'existe pas d'hémorragie dans la fosse cérébelleuse ni dans les ventricules latéraux. Il s'agit, en somme, d'une hémorragie en nappe sur presque toute l'étendue de la face interne de la dure-mère.

Il n'existe pas de lésions macroscopiques au niveau du cerveau, du cervelet et du mésocéphale.

L'autopsie de la moelle montre des suffusions sanguines au niveau des méninges spinales, sur la face interne de la dure-mère.

Au niveau du thorax, suffusions sanguines sur les plèvres pariétales et viscérales.

Le cœur est normal, plutôt petit; suffusions également sur le feuillet viscéral du péricarde. Rien à signaler au niveau du médiastin.

Abdomen : intestins volumineux, ganglions mésentériques très nombreux; la rate, très grosse, pèse 950 grammes; elle n'offre rien de particulier à la coupe, macroscopiquement.

Foie volumineux : poids, 2 kilogr.

Les reins, les capsules surrénales, le pancréas sont normaux. Les coupes histologiques des ganglions mésentériques ont montré des lésion inflammatoires banales, sans signes d'inflammation nodulaire.

Si le syndrome de purpura avec hémorragie méningée sous-ara-chnoïdienne paraît nettement établi, la question du diagnostic étiologique reste en suspens. Il ne paraît pas y avoir eu d'infection aiguë à l'origine, puisque les cultures du sang, du liquide céphalo-rachidien de taches purpuriques ont été négatives; d'autre part, la température est restée à peu près normale au début de l'affection. Les infections chroniques comme la tuberculose, peuvent être éliminées: nous n'avons trouvé à l'autopsie aucune lésion bacillaire récente ou ancienne. La syphilis ne paraît pas non plus en cause; d'ailleurs le Wassermann était négatif. Le Paludisme ancien aurait pu être invoqué; cependant le malade prétend n'avoir jamais eu d'accès fébrile et d'autre part, nous n'avons pas trouvé d'hématozoaires dans le sang. Nous concluons donc à un purpura primitif. Peut-être s'agit-il d'une maladie de Werlhoff, maladie généralement bénigne, compliquée d'hémorragie méningée; c'est possible, d'autant plus que l'apyrexie du début et la faible élévation thermique tardive sont en faveur de cette hypothèse. D'ailleurs, si la maladie de Werlhoff constitue une entité clinique, sa cause reste encore inconnue.

Si nous abdiquons devant le diagnostic étiologique, il est, du moins, quelques particularités intéressante que nous voudrions souligner.

1° Chaque piqûre des téguments faite soit par ponction lombaire, soit par l'injection de sérum sous-cutanée, déterminait une hémorragie capillaire de longue durée et, ultérieurement, une tache ecchymotique de 8 à 10 millimètres de diamètre. La ponction de la veine au pli du coude n'amena pas d'hémorragie veineuse mais toujours le même suintement capillaire. Aussi pensons-nous que, sans le cas de purpura primitif avec syndrome hémogénique, le facteur « fragilité spéciale des capillaires », comme la théorie de Nolf l'exprime, paraît prépondérant, beaucoup plus que les troubles de la coagulation. Ce fait peut expliquer que les injections de sérum n'améliorent pas sensiblement le purpura, tandis que le sérum donne d'excellents résultats dans le traitement de l'hémophilie.

2° Le deuxième point intéressant c'est l'apparition d'une zona au niveau du pavillon de l'oreille, à gauche, du côté de l'hémorragie méningée. La cause peut dépendre, soit d'une irritation au niveau du ganglion de Gasser, — quoique cependant nous n'ayons pas vu macroscopiquement d'hémorragie à ce niveau, — soit encore d'une irritation diffuse, les méninges dure-mériennes recevant leur innervation du Trigumeau.

3° Enfin, le dernier point particulier est qu'il ne faut pas tenir compte d'une réaction leucocytaire à polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien après une injection de sérum, et qu'il ne faut pas conclure de ce fait à une infection méningée. En effet, comme Widal l'a montré, cette seule injection peut, par simple irritation, amener une polynucléose intense; mais, dans ce cas, les globules blancs sont à peu près intacts. D'ailleurs, comme Dopter l'a signalé dans la cérébro-spinale, au début, il arrive parfois qu'à la première ponction lombaire le liquide sort à peine louche et que la réaction leucocytaire soit faible. Une injection de sérum suffit pour amener la polynucléose et pour faire, en quelque sorte, sortir, en même temps, les germes pathogènes.

Trois cas de Malformations Congénitales du Cœur (Radiographies)

par les Docteurs **BROC, CHAURAND** et **JAUBERT DE BEAUJEU**

Le premier cas a été observé chez un adulte musulman, entré à l'Hôpital Sadiki en état d'hyposystolie.

La radiographie du thorax de face, montre une dilatation et une exagération de l'arc moyen ou arc pulmonaire, avec un développement exagéré des cavités droites surtout du ventricule.

Le hile est très marqué des deux côtés (hile cardiaque).

En oblique l'interprétation est plus difficile et reste douteuse.

Pour Vaquez (1) cette image est celle du rétrécissement de l'artère pulmonaire avec communication interventriculaire.

Cet aspect radioscopique était considéré autrefois comme dû à une persistance du canal artériel.

D'après Assman (2) et Teschendorf (3) cette image est le signe de l'élargissement du tronc de l'artère pulmonaire, élargissement survenant congénitalement par suite de divisions inégales du tronc artériel commun, ou par persistance du canal artériel, par sténose pulmonaire, par perforation du septum ventriculaire, par perforation du trou de Botal.

D'après les radiographies données par ces auteurs, notre cas correspondrait à un élargissement de l'artère pulmonaire avec persistance du trou de Botal.

Le deuxième cas a été présenté par Broc et Biecheler (4), il y a un an, à la Société Médicale; nous venons de le revoir et nous avons cru bon de joindre sa radiographie à celle des deux autres cas.

Il s'agit d'un enfant de 14 ans qui se plaint d'étouffements.

Les lèvres, le nez et les extrémités des membres supérieurs sont

(1) H. VAQUEZ et E. BORDET. — Le Cœur et l'Aorte. — J.-B. Baillière.
H. VAQUEZ et E. BORDET. — Radiologie des vaisseaux de la base du Cœur. — J.-B. Baillière et Fils, 1920.

(2) ASSMAN. — Die Klinische Röntgendiagnostik der Inneren Erkrankungen. — Leipzig, 1922.

(3) TESCHENDORF. — Beiträge zur Röntgenologie der Fehler des rechten Herzens und zur Diagnose des Aortenaneurysmas. — Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. — Volume XXXI; Cah. 4; janvier 1924.

(4) BROC et BIECHELER. — Maladie Bleue. — *Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, février 1923, page 74.

cyanosés. Il est d'apparence chétive et son développement est retardé. 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 pouls est petit, la tension artérielle 8-10 au Pachon. On trouve une hyperglobulie nette. 6.200.000. Hémoglobine 7.5 (Sahli). La radiographie donne l'image typique, dite en sabot, qui caractérise le rétrécissement pulmonaire simple avec communication interventriculaire.

Le troisième cas concerne un enfant né le 1^{er} janvier 1924, qui nous a été envoyé à l'âge de deux mois par le docteur Chaurand pour cyanose congénitale avec crises paroxysmiques.

A l'auscultation, on perçoit un frémissement cataire, l'accentuation du 2^e bruit au niveau de l'artère pulmonaire et un souffle systolique avec maximum au niveau de l'appendice xyphoïde.

L'examen radioscopique a montré des poumons clairs avec un diaphragme bien mobile.

Le cœur est énorme, globuleux, le thymus n'est pas visible.

Les hasards de la radiographie instantanée nous ont donné une vue du thorax en inspiration. Dans la projection du cœur, les arborisations bilaires sont visibles; elles sont étalées et étirées par l'état d'inspiration du poumon.

L'épreuve permet une analyse plus complète des particularités de ce cas : on voit l'aspect globuleux du cœur, il déborde largement à droite et son bord gauche, très convexe, atteint presque la paroi latérale du thorax. L'oreillette droite et le ventricule droit sont dilatés.

L'interprétation du profil gauche du cœur est plus difficile. En haut, l'ombre du pédicule vasculaire est mince et concave, au lieu d'être convexe et ne déborde pas l'ombre de la colonne vertébrale; puis vient une partie convexe légèrement oblique d'abord, ensuite descendant presque verticalement jusqu'au diaphragme.

En résumé : il s'agit d'une énorme dilatation du cœur avec un pédicule vasculaire de forme anormale.

D'après Variot (1), les lésions anatomiques de la cyanose sont dues à une transposition des gros vaisseaux accompagnée de malformations diverses et complexes, telles que communications interventriculaires, rétrécissement de l'artère pulmonaire, etc.

Comme signe radiologique il signale l'agrandissement de la silhouette du cœur.

Assman (p. 94) donne les indications suivantes :

« D'après Hochsinger, chez les enfants, une forte cyanose et des bruits du cœur nets avec deuxième bruit claquant à la base, font penser à une transposition pure. Comme signe radiologique, de la Camp cite l'invisibilité du ruban aortique. »

Les résultats des autopsies (Variot, Assman) ont toujours montré que la dilatation du cœur droit est énorme et que le ventricule droit peut occuper toute la face antérieure du cœur.

Au point de vue radiologique, la comparaison avec les observations antérieures permet de penser à un cas de transposition des gros vaisseaux, à cause des signes suivants :

- 1° Enorme dilatation du cœur;
- 2° Invisibilité de l'arc aortique et forme anormale du pédicule vasculaire.

Il est probable que les lésions sont très complexes, car ici s'ajoute une convexité de l'arc moyen que nous n'avons pas retrouvée dans les radiographies de Variot et d'Assman.

Weill, Bertoye et Delore (2) viennent de publier un cas de cyanose due non à une transposition mais à une endocardite fœtale avec emplacement normal des gros vaisseaux.

Le signe de de la Camp, invisibilité du ruban aortique, pourrait peut-être différencier les deux variétés de cyanose.

Weill ne donne pas d'indication sur l'aspect radiologique du pédicule vasculaire.

De toutes façons cette affection est très grave; notre petit malade est mort dans une crise, deux mois après.

(1) VARIOT. — *Traité pratique des Maladies des Enfants du premier âge.* — Octave Doin, 1921, page 513.

(2) WEILL, BERTOYE et DELORE. — *Lyon Médical*, page 308; 1924.



Note sur la posologie et les indications récentes du cacodylate de soude

par le Docteur **LEMANSKI**

Médecin Honoraire de l'Hôpital Civil Français

C'est en 1896-1897 que DANLOS, dans les *Annales de Dermatologie*, dans la *Semaine Médicale* (1899), dans la *Gazette hebdomadaire*, fit connaître l'usage du cacodylate de soude dans le psoriasis et diverses syndromes cutanés.

Le professeur A. GAUTIER fut le vulgarisateur véritable (1899-1900) de l'arrhénal et du cacodylate de soude. Dans une thèse de Lyon (1900) CHARRASSE étudia les diverses indications de l'emploi du cacodylate de soude.

Si on consulte certains traités de thérapeutique, ou quelques formulaires de cette époque, il ne faudrait pas s'étonner de la réserve des auteurs, au point de vue de la posologie de ce médicament.

Dans le formulaire et consultations médicales et chirurgicales de LEMOIRE et GÉRARD (Paris, Vigot frères, 1913), la posologie du cacodylate de soude, par la voie hypodermique, est fixée de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par 24 h.

Les auteurs donnent la formule de A. GAUTIER :

Cacodylate de soude :	6 gr. 40
Alcool phéniqué à 1/100 ^e :	X gouttes
Eau distillée :	100 gr.

Une injection par jour, que l'on peut doubler, en laissant le malade se reposer huit jours.

LYON et LOISEAU dans leur formulaire (11^e édition, Masson, 1920), indiquent « 0 gr. 10 ou 0 gr. 20 », ou même des doses plus élevées, en préconisant de préférence la voie hypodermique.

Il n'est pas inopportun, à l'heure actuelle, de rappeler sur quelles autorités on peut s'appuyer dans l'emploi des hautes doses de cacodylate de soude, devenues presque courantes aujourd'hui.

J'indiquerai en premier lieu, à titre personnel, les ouvrages que j'ai en ma possession et que j'ai pu consulter. Tout d'abord dans le travail de RAVAUT (Syphilis, Paludisme, Amibiase, 1918, Masson), à la page 96 :

Cacodylate de soude :	0 gr. 10 à 1 gr. par jour.
Arrhénal :	0 gr. 10 à 1 gr. par jour

« Solutions à 10 pour 100, réparties en ampoules de 1 cmc.; injection

profonde dans la fesse : zone indiquée pour les injections mercurielles. »

Dans un *mouvement thérapeutique* (Presse Médicale, 8 janvier 1921), que j'ai sous les yeux, CHENISSE cite, à propos du *cacodylate de soude à hautes doses* dans la syphilis et certaines dermatoses, les travaux de PROKHOROW, de MARÉCHAL (th. de Paris, 1919), de H. ROZIÈS (*Gazette des Hôpitaux*, 24 juillet 1920). Ces auteurs en arrivaient à des doses variant entre 4, 5 et 6 gr. par jour, en commençant par 0 gr. 50 par jour, en augmentant tous les 5 jours de 0 gr. 50. MARÉCHAL, malgré ces doses très élevées, ne relève pas d'accidents toxiques, mais la médication ne se montra pas très efficace dans la syphilis, même par la voie intra-veineuse. Elle se recommande davantage dans les dermatoses, dans l'eczéma, en particulier, d'après RAVAUT.

Dans un autre article de la *Presse Médicale* (28 septembre 1920), que j'ai également sous les yeux, M. F. NIDERGANG, étudie *les arsénicaux à hautes doses dans le traitement de certaines affections pulmonaires*.

L'auteur donne les renseignements suivants sur sa technique :

« Nous avons, dès le début, employé les injections intra-veineuses; les intra-musculaires n'étant pas supportables par suite du degré de concentration. Injection intra-veineuse bi-hebdomadaire, en débutant par 1 cmc. de la solution (50 gr. de sel pour 100 gr. d'eau distillée), et en augmentant, chaque fois, de 1 cmc. jusqu'à un total de 10 à 12 injections, soit au maximum 5 à 6 gr. de sel arsénical, en une seule injection. »

L'auteur, dans sa conclusion, dit que le cacodylate de soude ne semble pas avoir d'action bien nette dans la tuberculose pulmonaire *confirmée*, mais, il serait indiqué nettement dans l'emphysème pulmonaire, avec ou sans bronchite, et dans les dyspnées asthmatiformes vraies. D'après le même auteur, cette médication serait indiquée dans la bronchite fétide et la gangrène pulmonaire.

J'ai lu avec le plus grand intérêt la thèse récente, très documentée, de JEAN REVELLI (Montpellier, 1923) qui est une mise au point très exacte de la question de l'emploi du cacodylate de soude à hautes doses.

L'auteur cite, à ce sujet (p. 29, de sa thèse), les auteurs qui ont étudié les effets des hautes doses de cacodylate de soude.

« Des essais nombreux, dit-il, nous font noter parmi les auteurs BONNET et MORENAS, CRAMPON, CLEUET, LIHERMITTE et QUESNEL, RODRIGUEZ, FRACASSI, NIDERGANG, BOISSEAU et PRADAL, SOUQUES, LEGRAND et AUGUSTE, PORRU, MAGANDDA, SANFILIPPO, MIQUET, LEVRAT, THÉRASSE, BERGMANN, DESCOMBIERS, CLIDE, RIVIÈRE, JOSÉ, AROSO, ROZIÈS (d'Aupt). » (1).

(1) La bibliographie donnée par M. JEAN REVELLI est très complète (voir sa thèse).

Des spécialités récemment lancées, offrent au public médical des solutions de cacodylate de soude représentant, par chaque ampoule, de 0 gr.30 à 0 gr. 50 de médicament par dose en injections intra-musculaires ou sous-cutanées. On peut donc les employer sans danger, quand on compare cette posologie à celles que nous venons d'indiquer.

Il sera, cependant, toujours prudent de surveiller, attentivement, les malades, quand on en arrivera aux doses fortes.

JEAN REVELLI résume les signes d'intoxication (p. 30, op. cit.) : « céphalée, éblouissements, vertiges, bourdonnements d'oreille, excitation cérébrale, euphorie trop marquée, impulsions motrices diverses, salivation exagérée, nausées, diarrhée. »

JEAN REVELLI ajoute :

« Rappeler, en outre, les trois signes donnés par SICARD et H. ROGER (de Marseille) qui sont : la diminution du réflexe achilléen, la réaction érythémateuse cutanée à la teinture d'iode, l'élévation du coefficient azotémique. »

×

Les hautes doses de cacodylate de soude semblent devoir conquérir la confiance des médecins, dans la thérapeutique de certaines affections d'origine nerveuse. JEAN REVELLI a consacré sa thèse inaugurale à une *contribution à l'étude du traitement de la chorée de Sydenham par les hautes doses de cacodylate de soude*.

Il s'appuie, pour ces indications thérapeutiques sur l'autorité de SICARD, H. ROGER (de Marseille), PRENET, etc.

Plus récemment, LHERMITTE et QUESNEL ont étudié les effets des arséniacés sur les contractures organiques et la maladie de PARKINSON, dans la *Revue de neurologie* (décembre 1919).

D'autres auteurs, ont étendu la médication par le cacodylate de soude à hautes doses, aux séquelles d'encéphalite épidémique, affectant la forme du *syndrome parkinsonien*. Nous citerons SOUQUES, MARÉCHAL, CRAMPON et CLEUET, FRACASSI (1921), BELARMINO, RODRIGUEZ (Bordeaux, 1921).

Je relève dans le *Traité des maladies du cerveau*, de HENRI-CLAUDE et LÉVY-VALENSI (Paris, Baillières, 1922), la phrase suivante :

« Contre l'hypertonie, le cacodylate de soude à hautes doses (LHERMITTE et CORNIL, BELARMINO-RODRIGUEZ) qui peut être dangereux » (p. 373).

Je relève, par contre, dans un travail de TH. ALAJOUANINE paru dans le *Journal Médical Français* (Traitement des formes prolongées de l'encéphalite épidémique) d'avril 1923, le passage suivant :

« Il en est de même de la médication cacodylique à hautes doses (LHER-

MITTE, B. RODRIGUEZ, SICARD) qui pour être efficace, doit atteindre des doses toxiques (SOUQUES). SICARD, cependant, se trouva bien de l'emploi journalier, pendant deux mois, de la dose de 0 gr. 20 de cacodylate de soude.

Il est certain que le neurotropisme des effets pharmacodynamiques du cacodylate de soude en rend l'emploi justifié dans le *syndrome du Parkinson*, dans les séquelles d'encéphalite épidémique, se présentant sous la forme du parkinsonnisme, dans la chorée. Nombreux sont les observateurs qui, récemment, rapprochent la chorée de SYDENHAM, la chorée de DUBINI, le syndrome de K. WILSON, le syndrome infundibulaire, le syndrome pallidal de l'encéphalite épidémique, à forme plus ou moins intense ou atténuée.

Aussi, comme le pense TH. ALAJOUANINE, sera-t-on autorisé à employer les moyennes et hautes doses de cacodylate dans les formes prolongées d'encéphalite à allure myoclonique.

Pour ma part, je me suis trouvé très satisfait de l'emploi des doses de 30 à 40 centigr. de cacodylate, dissous dans cinq à six centimètres cubes de sérum, dans certains cas d'asthénie, d'anémie rebelle, de dénutrition au cours de certaines convalescences, en injections sous-cutanées, ou intramusculaires. Je n'ai point constaté d'intoxication, ou d'accidents.

Sans abandonner l'hectine, à laquelle je reste très fidèle, dans le traitement du paludisme chronique, le cacodylate de soude à hautes doses trouverait sa place dans l'anémie palustre.

L'Opération du Trichiasis

Note sur un procédé rapide et très simplifié

par le Docteur **Emile JUNÈS**

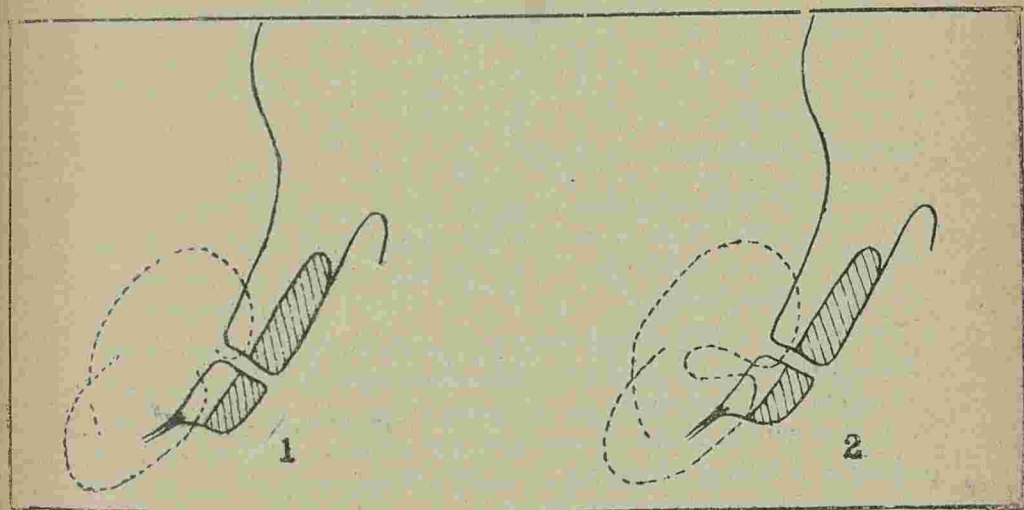
Oculiste Municipal à Sfax

Ce procédé, pour lequel nous croyons pouvoir réclamer la priorité, comporte les temps suivants :

1° Injecter 2 cc. de cocaïne-adréraline dans l'épaisseur de la paupière, puis introduire la plaque de Jäger ou tout autre instrument analogue.

2° A 2 ou 3 mm. du bord ciliaire, inciser d'emblée, d'un angle à l'autre, à l'aide d'un seul et même coup de bistouri, toute l'épaisseur de la paupière, jusques et y compris la conjonctive. — Recommandation importante : faire cette incision rigoureusement parallèle au bord ciliaire et bien perpendiculaire au tarse.

3° Enlever la plaque et disposer, de bas en haut, comme l'indiquent les trois figures ci-jointes, trois points de suture, un médian

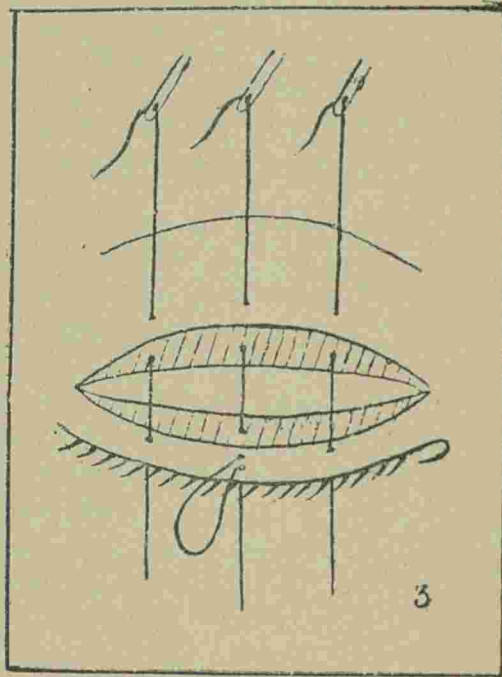


et deux latéraux. Le point du milieu présente, sur le lambeau inférieur, un trajet spécial : on limite ainsi, à ce niveau, le renversement trop accentué en arrière de la lèvre inférieure de l'incision et

N. d. l. R. — Cette note est parvenue au Bureau de la S. S. M. le 26 mars 1924, elle n'a pu être publiée plus tôt par suite de l'abondance des matières.

on évite la formation ultérieure d'une fistule médiane. Nouer les fils de façon à faire basculer le bord ciliaire le plus fortement possible en avant et en haut.

4° Faire un pansement sec oclusif qu'on laissera à demeure pen-



dant trois jours. Le 4^{me}, couper les fils et remplacer le pansement par un bandeau flottant.

Ce procédé, depuis le moment où l'on introduit la plaque jusqu'à celui où l'on noue les fils, peut être exécuté avec tous les soins voulus en un laps de temps qui n'excède guère une 40^e de secondes. Nous l'avons déjà utilisé dans plus d'une centaine de cas; entre nos mains, il a toujours donné des résultats aussi satisfaisants qu'avec n'importe quelle autre méthode. Nous le recommandons vivement à nos confrères les oculistes coloniaux, exposés à opérer leurs trichiasis par grandes séries.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 13 Juin 1924

Présidence du D^r CASSUTO, *président*

Sont présents : MM. les docteurs Minguet, Samama, Lalloum, Cohen-Hadria, Sbrana, Bessis, Henry, Biecheler, Jaubert de Beaujeu, Plancke, Lemanski, Benmussa, Gérard, Bismuth, Salvo, Bonan Hector, Bouquet, Lumbroso, Uzan Maurice, De Lagoannère, Doméla, Soria.

×

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

×

COMMUNICATIONS DU BUREAU

Admissions. — Sont admis à l'unanimité : comme membre titulaire M. le docteur Samama, de Tunis; et comme membres correspondants M. le docteur Dignat, médecin de colonisation à Gabès et M. le docteur Petit, médecin consultant à Bagnoles de l'Orne.

×

PRÉSENTATIONS DE MALADES

D^r COHEN-HADRIA. — Types cliniques différents de la maladie de Recklinghausen chez quatre malades de la même famille.

(Voir dans ce numéro, page 317)

Discussion :

Le docteur *Lemanski* conteste le diagnostic de maladie de Recklinghausen pour l'aînée des malades. Il pense que les pigmentations ressemblent plus à du Xantelasma chez une malade dont le teint rappelle celui de la cholémie familiale.

Le docteur *Gérard* fait remarquer que la fillette la plus jeune semble présenter une affection, peut-être un névrome, différente des autres membres de la famille. Il semble qu'il y ait quelques réserves à faire sur ce 4^e cas.

Le docteur *Cohen-Hadria* ne pense pas que la cholémie familiale puisse donner des teintes aussi foncées.

Pour la petite, il semble que la tumeur est d'une consistance spéciale

qui n'est, ni celle du névrome, ni celle du fibrome. C'est une pachydermie du genre de celle qui a été signalée dans une observation de maladie de Recklinghausen.

Le docteur Cohen-Hadria ajoute qu'il fera une biopsie et qu'il en communiquera le résultat à la Société.

×

Dr BOUQUET.— Perforation d'un ulcère de l'estomac opéré et guéri.

×

Tumeur primitive du poumon avec généralisation secondaire au foie

Les docteurs BROC et BIECHERER présentent les pièces d'une *tumeur primitive du poumon avec généralisation secondaire au foie*.

Il s'agit d'un malade de 58 ans, venu à l'Hôpital Sadiki, une première fois le 31 juillet 1922, pour une crise d'hyposystolie. A ce moment le nommé Mohamed Ben Khalifa Chérif, âgé de 60 ans, présentait de légères traces d'albumine, dyspnée d'effort, oligurie, léger œdème malléaire. Tension 19-10 au Pachon; Wassermann + + +. A la suite d'une cure de cyanure intra-veineux déterminant une crise de polyurie, le malade fut amélioré. Il rentre deux ans après, le 6 avril 1924, dans un état très cachectique.

A l'examen on trouve un très gros foie débordant d'une main, et dans tout le poumon droit devant et derrière, du haut en bas une matité de bois avec disparition du murmure vésiculaire. Une ponction faite à la partie inférieure ne ramène que quelques gouttelettes de sang mélangé d'air. (T. A. 16, 8). Malgré tous les traitements le malade se cachectise de plus en plus et décède le 1^{er} juin.

Autopsie. — Lésions rénales de sclérose, petit rein, cœur normal, foie gros présentant de nombreux nodules, les uns profonds, les autres capsulaires blancs, mollasses, arrondis, disséminés dans tout le foie, et qui sont manifestement des noyaux secondaires.

A la base du poumon très adhérent à la paroi à ce niveau on trouve à la coupe, une masse envahissant presque tout le lobe inférieur de couleur blanchâtre, unique et dépassant considérablement en volume les nodules observés dans le foie. Le reste du poumon est sain, mais entre le poumon et la paroi se trouve du liquide pleural dans des logettes nombreuses formées par des adhérences très épaisses entre le poumon refoulé et la paroi

costale; ce qui explique la ponction blanche à la base inférieure et la matité du reste du poumon.

Rien à l'estomac, duodénum et tractus intestinal, rectum, Rien aux organes génitaux, prostate, testicules, etc.

Des coupes sont en train et indiqueront la nature de cette tumeur du poumon, qu'on est en droit de considérer comme primitive étant donné qu'elle forme une tumeur unique dans le poumon tandis que les néoformations du foie sont très nombreuses et moins volumineuses. Ce cas est à rapprocher de celui que nous avons présenté il y a quelque temps à la Société.

×

Un pied de Madura

Le docteur BROG présente un *pied de Madura* (l'observation clinique sera publiée dans les archives de l'Institut Pasteur de Tunis).

×

Tumeur secondaire pleurale

consécutive à une tumeur du pied

Les docteurs BROG et BIECHERER présentent une tumeur secondaire pleurale, consécutive à une tumeur ulcérée du pied.

Le malade Belgacem Ben Ahmed Ben Magri, 45 ans environ, de Sbeitla, entré à l'hôpital le 2 mai 1924 et décédé le 11 mai. Il présentait une énorme ulcération en cratère du pied gauche prenant la région du cou de pied, la partie inférieure de la jambe et la région médio-tarsienne, à fond suintant et bourgeonnant à bords saillants et durs.

On trouve à l'examen un très gros foie bosselé irrégulier et de la matité de tout le côté gauche. Le malade est dans un état d'amaigrissement et de faiblesse qui ne permet pas un examen radioscopique. Tombe dans le coma et décède le 11 mai.

On trouve à l'autopsie un foie farci de nodules secondaires, et au niveau de l'hémithorax gauche un poumon présentant des nodules secondaires, refoulé par une grosse tumeur blanche, molle, s'effritant sous les doigts, tremblotante comme de la gelée, développée dans la plèvre. Il s'agit probablement d'un sarcome de la peau, la nature de la tumeur sera ultérieurement déterminée.

A propos de ce malade nous voulons faire remarquer que la génération des tumeurs de la peau est peu fréquente, et qu'elles sont rarement la cause du décès des malades qui en sont atteints, une maladie intercurrente, pneumonie, grippe, affection épidémique, entraînant le décès. Il

en résulte que les cancers de la peau ne figurent presque jamais dans les statistiques de décès, et qu'il est impossible de se fier à celles-ci pour déterminer, d'après elles, l'existence ou la fréquence des cancers de la peau dans une population quelconque.

×

D^r BROG, CHAURAND et JAUBERT DE BEAUJEU. — **Trois cas de lésions congénitales du cœur.**

(Voir dans ce numéro, page 326)

×

COMMUNICATIONS

D^r LEMANSKI. — **Note sur la posologie et les indications récentes du cacodylate de soude.**

(Voir dans ce numéro, page 329)

Discussion :

Le docteur *Plancke* signale qu'il a traité trois cas d'emphysème pulmonaire à l'aide du cacodylate de soude à hautes doses en injection intraveineuse sans qu'il ait eu à déplorer le moindre accident. Cette cure fit merveille sur les emphysémateux. Pendant six mois, les malades n'eurent aucune crise.

Le docteur *Gérard* demande au docteur *Plancke* de préciser son mode de traitement.

Le docteur *Plancke* fait une injection tous les cinq jours, en augmentant la dose, chaque fois de 0,50. Il a atteint ainsi la dose de 6 gr.

Le docteur *Gérard* demande au docteur *Plancke* s'il croit que l'action bienfaisante est due au cacodylate de soude proprement dit ou bien si c'est l'arsénio sous n'importe quelle forme qui donne le même résultat. Autrement, obtiendrait-on le même résultat avec les autres composés arsénicaux ?

Le docteur *Lemanski* signale à ce sujet que dans un cas de paludisme, l'hectine n'a rien donné là où le cacodylate de soude a donné des résultats heureux.

Le docteur *Maurice Uzan* estime qu'il n'y a pas lieu d'employer le cacodylate de soude à haute dose dans tous les cas. Il y a deux contre-indications à cette cure : Les tuberculeux et les Basedowiens. Il eut en effet à constater dans un service de tuberculeux des hémoptysies chez ceux qui recevaient du cacodylate de soude. En principe, cette cure est contre-indiquée dans les états hémorragiques, et pour en revenir aux em-

physémateux du docteur Plancke, le docteur Maurice Uzan estime qu'avant de leur injecter le cacodylate de soude à haute dose, il faut d'abord s'assurer que l'emphysème ne cache pas une épine bacillaire.

×

D^r LEMANSKI. — Deux ressuscités de pendaison.

(Voir numéro de Juillet, page 308)

Discussion :

Le docteur *Plancke*, à propos de cette communication, nous donne largement les résultats de son observation pour les constatations médico-légales qu'il eut à faire pour les pendus du Bardo. Il rappelle comment au début la pendaison était très défectueuse et comment peu à peu on s'approcha du système anglais. Il termine par des considérations fort intéressantes au sujet de la présence du sperme dans l'urèthre des pendus.

×

D^r GÉRARD. — A propos d'un cas mortel de rage humaine; Diagnostic confirmé par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

(Voir dans ce numéro, page 313)



Gale norvégienne

par DUBREUILH et FLYE SAINTE-MARIE

Paris Médical, 15 mars 1924

C'est une forme clinique de gale, caractérisée par des croûtes épaisses, rocheuses, blanchâtres, adhérentes à la peau, mais détachables par grosses masses. A la face profonde de ces croûtes, on voit à la loupe un très grand nombre d'orifices et de nombreux points brillants et mobiles qui sont des acares. Les symptômes subjectifs sont peu marqués. S'agit-il d'une variété spéciale de sarcopte ou de l'acare habituel ? Il semble bien qu'il s'agisse d'une gale commune chez des sujets déprimés ou déficients au point de vue mental, ou encore chez des lépreux anesthésiques et le peu de réaction des malades paraît être la principale cause de cette forme si particulière.

E. C.-H.

Des nodosités juxta-articulaires;

leur disposition géographique,

leur nature, leur traitement

par le Prof JEAUSELME

Paris Médical, 15 mars 1924

Ce sont des nodules sous-cutanés arrondis, solitaires ou agminés, qui siègent au voisinage des jointures et des crêtes osseuses. Fermes

et résistants, ils se ramollissent exceptionnellement et se terminent alors par une cicatrice qui ne présente rien de caractéristique.

Décrites par Jeanselme en Indochine et à Madagascar, elles existent dans tous les pays tropicaux et dans l'Afrique du Nord.

Alors que nombre d'auteurs considèrent ces nodosités comme un syndrome réalisé par des causes diverses, Fontoyne et Carougeau ont décrit comme agent pathogène un *Discomyces* dont le rôle pathogène est très contesté.

Il est certain que l'arsénobenzol agit fort bien sur ces nodosités. Il s'agirait donc d'une spirochétose, soit de pian, soit de syphilis, soit d'une nouvelle spirochétose.

Chacune de ces hypothèses a de nombreux partisans. En faveur de la syphilis, on peut citer le cas de de Quervain, cas autochtone à Berne, chez un ancien syphilitique.

E. C.-H.

La signe de la vitropression

en dermatologie

Nodule syphilitique et nodule lupique

par J. NICOLAS et M. FAVRE

Paris Médic., 15 mars 1924

Les auteurs insistent sur la difficulté réelle du diagnostic. Sans doute, classiquement, le nodule lupique est translucide, « sucre d'orge » de consistance mollasse, tandis que le nodule syphilitique, après vitropression est jambonné et ferme. Pour eux, cependant, on observe assez souvent des nodules syphilitiques « sucre d'orge » où le sacrificateur pénètre facilement. Ils citent leurs propres observations, et aussi une observation de Pautrier (*Bull. Sté Derm.*, 1921, n° 4). Cette ressemblance clinique était à prévoir, et les auteurs rappellent leurs recherches sur la présence de follicules et de cellules géantes dans les syphilis tertiaires cutanées ou muqueuses. Il semble donc bien que la présence de nodules mollasses « sucre d'orge » n'ait pas une valeur pathognomonique et que nombre de syphilis tertiaires tuberculoïdes présentent ces lésions, souvent prises à tort pour du lupus vrai.

E. C.-H.

Les accidents de la gestation et de l'accouchement chez les femmes syphilitiques

par VIGNES

Paris Médical, 1^{er} mars 1924

Les accidents syphilitiques localisés aux organes génitaux ont des dimensions exagérées et une durée plus ou moins prolongée; le chancre du col peut être une cause de dystocie, les accidents vulvaires entraînent une grande friabilité du périnée. Les accidents extra-génitaux ne sont pas modifiés par la gestation; l'atteinte portée par la syphilis à l'état général est plus marquée du fait de la gestation.

L'influence de la gestation est nulle quant au rappel des accidents locaux d'une syphilis ancienne.

La femme d'un syphilitique, quand elle ne présente pas d'accidents, doit être considérée comme ayant une syphilis latente.

Un hydramnios, une interruption prématurée de la grossesse, la naissance d'un enfant mort, sont de fortes présomptions en faveur de la syphilis maternelle.

La R.W est infidèle quand elle est pratiquée chez la femme enceinte ou avec le sang du cordon. Toute femme enceinte présentant des accidents

ou des antécédents syphilitiques doit donc être traitée même si la R. W. est négative.

E. C.-H.

L'autohémothérapie dans les dermatoses

par NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER

Journal de Médecine de Lyon

20 mai 1924

L'autohémothérapie fut introduite en dermatologie par Ravaut, en 1913, à la suite d'essais d'homo et d'autosé-

rothérapie par des auteurs allemands.

Elle consiste à prélever par ponction veineuse chez un sujet, une certaine quantité de sang qu'on lui réinjecte immédiatement, de préférence dans les muscles.

Elle a donné de réels succès dans un certain nombre de dermatoses, notamment dans les dermatoses prurigineuses, prurigos diathésiques, urticaire, maladie de Quincke, névrodermites, maladie de Duhring-Brocq, zona, herpès récidivants, etc., mais de façon inconstante.

Elle paraît le traitement de choix de la furonculose vraie persistante, récidivante et de l'anthrax. Elle est sans effet sur les autres pyodermites et les furonculoses compliquant les prurigos et les eczémas.

Elle a donné de brillants succès dans le traitement abortif des bubons chancrelleux, mais elle est sans action sur la lymphogranulomatose inguinale subaiguë de Nicolas.

Habituellement bien supportée, elle est quelquefois accompagnée de quelques réactions légères du type sérique.

Les ventouses sèches avec sang extravasé dans les tissus paraît avoir la même action mais moins nettement.

L'autohémothérapie n'agit pas par vaccination au moins dans la furonculose car l'homohémothérapie (sang d'un humain non furonculeux) et l'hétérohémothérapie (sang de cobaye ou de lapin) donnent les mêmes résultats, mais avec des réactions bien plus violentes. Elle semble donc agir comme une forme bien tolérée de protéinothérapie, par choc hémoclasique.

E. C.-H.

Bourse Pasteur

de la Société des Sciences Médicales de Tunis

La Société des Sciences Médicales de Tunis a créé à l'occasion du Centenaire de Pasteur, un fonds Pasteur constitué par les sommes recueillies par souscription publique en 1923 et dont une partie des arrérages doit servir à doter une bourse annuelle d'études à l'Institut Pasteur de Paris.

Cette bourse annuelle est destinée à défrayer le titulaire des frais de séjour et d'études pendant la durée des cours annuels de microbiologie institués à l'Institut Pasteur pendant les quatre premiers mois de chaque année.

La Bourse Pasteur de la Société des Sciences Médicales de Tunis est mise au concours chaque année. Peuvent seuls concourir *les jeunes gens tunisiens c'est-à-dire nés en Tunisie ou ayant leur famille établie depuis plusieurs années dans la Régence et qui projettent de s'établir dans le pays.*

Le concours est ouvert aux jeunes gens remplissant cette condition primordiale, sans distinction de race ou de nationalité.

Les candidats devront être soit docteurs en médecine, en pharmacie ou pharmaciens de 1^{re} classe ou vétérinaires diplômés, ayant passé leur thèse ou terminé leurs études depuis moins d'un an; soit étudiants en médecine ou en pharmacie ou en art vétérinaire en fin d'études, c'est-à-dire ayant pris toutes leurs inscriptions.

Les candidats à cette bourse devront adresser à M. le Président de la Société des Sciences Médicales de Tunis (Hôtel des Sociétés Françaises) et avant le 1^{er} octobre de chaque année les pièces suivantes :

- 1° Leur extrait de naissance;
- 2° Attestation de domicile familial en Tunisie;
- 3° Une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine, en pharmacien de 1^{re} classe ou vétérinaire;

Ou un certificat de scolarité délivré par la Faculté ou l'Ecole où ils sont immatriculés;

- 4° Un relevé de leurs titres scientifiques tels que travaux, thèses, certificats de travaux pratiques de microbiologie ou de stages dans des laboratoires, certificats d'assiduité à des cours de perfectionnement, etc., etc.

Le jury composé des membres du bureau de la Société jugera sur les titres soumis à son appréciation.

Le titulaire de la Bourse devra s'engager à suivre assidûment les cours de l'Institut Pasteur et recevra en outre du prix de son voyage AR Tunis-Paris en 2^e classe, une allocation mensuelle de 1.000 francs.

Nombre de cas de maladies contagieuses déclarées en Tunisie pendant le mois de Juillet 1924

Désignation des Contrôles Civils	Population Civile																			
	1	2	3	4	6	8	9	10	11	13	14	15	16	A	E	C	G	I	K	
	Fièvres typh. et paratyph.	Typhus	Varole	Scarlatine	Diphthérie	Choléra	Peste	Méièrè jaune	Dysentéries amb. et bacill.	Méningite cérébro-spinale	Polomyélite antérieure aigüe	Fiev. récurrente	Fièvre méditerranéenne	Rougeole	Tuberculose	Grippe épidémique	Oreillons	Téigne	Traçhème	
Tunis	65	1	5		3						1	2	2	7	21					
Grombaila	1																			
Bizerte	4																			
Medjez-el-Bab																				
Béja																				
Souk-EI-Arba	2																			
Kef		2																		
Sousse	10	3																		
Sfax	7	1																		
Kairouan																				
Maktar		2	2																	
Djerba			10																	
Gabès	3																			
Tozeur																				
Zaghuan										1										
Territoires M ^{rs} du Sud																				
Hôpital Militaire du Belvédère	1			15	9															
Hôpital Militaire de Bizerte																				6
Hôp. Mil. Marit. Sidi-Abdallah	2			1																3
TOTALUX	75	11	17	16	12					1		1	2	8	56					9

248 Cas

Population Militaire

Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

SEPTEMBRE 1924

Péricardite à forme pseudo pleurétique

par

Docteur **F. MASSELOT**

et

M. SALAVERT

Médecin Chef de Service

Interne

à l'Hôpital Civil Français

Les signes pseudo-pleurétiques de la base gauche, dans les péricardites à gros épanchement, sont fréquemment notés chez l'enfant.

Il est, par contre, exceptionnel de rencontrer, au cours des épanchements péricardiques des signes de pleurésie double et d'obtenir à la ponction exploratrice du liquide des deux côtés alors que la séreuse péricardique est seule intéressée sans participation pleurale aucune.

Voici d'abord l'histoire du malade : Ot... Louis, âgé de 12 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires méritant d'être retenus, entre à l'Hôpital Français dans le service du docteur Lehucher, pour y subir l'ablation des végétations adénoïdes. L'intervention est différée en raison d'une crise d'adénoïdite aiguë avec poussée d'otite gauche.

L'enfant, au cours de cette infection nasopharyngée, fait un peu de fièvre et se plaint d'une sensation d'oppression et d'angoisse précordiale. Il souffre également du creux épigastrique. Le pouls est rapide et faible. Les bruits du cœur sont simplement assourdis.

Dans les jours qui suivent la température reste vive et les signes fonctionnels s'accroissent; en même temps on constate une certaine immobilité de la base du thorax, la respiration prenant le type costal supérieur.

L'examen du cœur décèle toujours l'assourdissement des bruits et une augmentation de l'aire de matité cardiaque qui déborde de deux travers de doigt le bord droit du sternum.

L'auscultation des poumons révèle à la base gauche sur quatre travers de doigt un syndrome liquidien sans souffle, à droite des signes pleurétiques plus légers. Une ponction exploratrice faite sur la ligne de la pointe de l'omoplate dans le 9^e espace intercostal gauche ramène 10 cc. de liquide jaune citrin, contenant 37 % de lymphocytes, 44 % de polynucléaires, 19 % de mononucléaires et quelques globules rouges. Ce liquide est clair et amicrobien. Disons de suite qu'inoculé au cobaye il ne l'a pas tuberculisé.

Le lendemain, les signes pleurétiques de la base droite s'exagèrent, l'obscurité est presque totale, la matité dépasse quatre travers de doigt. La ponction exploratrice de l'hémithorax droit ramène 8 cc. de liquide.

L'auscultation du cœur montre l'existence d'un frémissement et d'un double frottement péricardique.

Or, une radioscopie et une radiographie obligeamment pratiquées à ce moment par le docteur de Beaujeu, montrent qu'il s'agit purement et simplement de péricardite; les culs-de-sac pleuraux étant entièrement libres. L'ombre cardiaque est énorme et immobile.

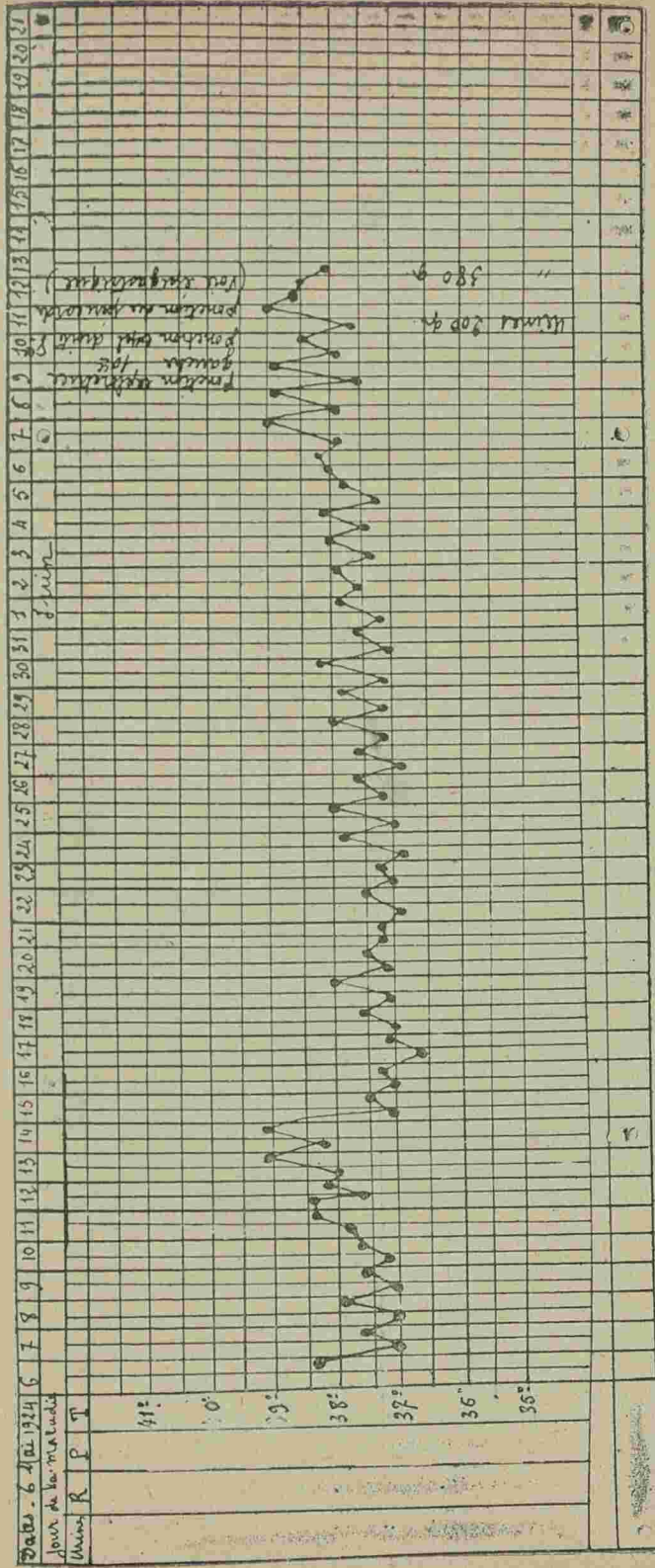
Une ponction péricardique pratiquée par voie épigastrique et par voie intercostale reste blanche, l'épanchement étant cloisonné et postérieur. D'ailleurs, l'auscultation du cœur donne toujours de gros frottements râpeux et le choc de la pointe est perçu.

La suite de l'histoire morbide présente peu d'intérêt. Du côté gauche les signes pleurétiques se sont précisés par l'apparition d'un souffle aigu expiratoire. Il est vrai qu'à ce moment sont apparus quelques gouttes de liquide pleural dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique gauche. Il ne s'est d'ailleurs jamais formé de véritable épanchement.

L'épanchement péricardique demeurant stationnaire malgré l'amélioration considérable des signes fonctionnels et la disparition quasi complète de la fièvre, une ponction évacuatrice faite en arrière dans le 10^e espace intercostal droit et dans le 9^e gauche, ramène 40 cc. de liquide contenant 24 % de polynucléaires, 51 % de lymphocytes et 12 % de mononucléaires.

L'enfant, sur ces entretaites, repart dans sa famille pour achever sa cure.

Ainsi donc, un enfant au cours d'une infection nasopharyngée présente des signes de pleurésie double. La ponction exploratrice est positive des deux côtés. On observe également chez lui des symptô-



PÉRICARDITE A FORME PSEUDO PLEURÉTIQUE

mes de péricardite. Deux ponctions du péricarde sont négatives; et pourtant cet enfant n'est porteur que d'un épanchement péricardique comme vient le démontrer de façon péremptoire la radiographie. Ce cas anormal n'est explicable que par le cloisonnement postérieur de l'épanchement.

Quant à la nature de l'épanchement, l'histoire clinique semblait faire redouter un épanchement purulent à point de départ nasopharyngé.

L'examen bactériologique du liquide et l'évolution du cas sont venus infirmer cette manière de penser. Il ne s'agissait pas non plus d'épanchement tuberculeux puisque le liquide inoculé au cobaye n'a produit aucune lésion tuberculeuse (examen pratiqué à l'Institut Pasteur de Tunis) nous nous trouvions donc en présence d'un épanchement aseptique au cours d'une infection aiguë. La chose n'est pas exceptionnelle. Elle a été signalée par Apert pour des épanchements purulents. L'un de nous a personnellement observé une arthrite double suppurée des genoux ayant guéri par simple ponction survenue chez un enfant atteint de broncho-pneumonie. Le pus en était complètement stérile.

Notre cas, par ces deux particularités cliniques, nous a donc semblé intéressant à rapporter devant la Société.



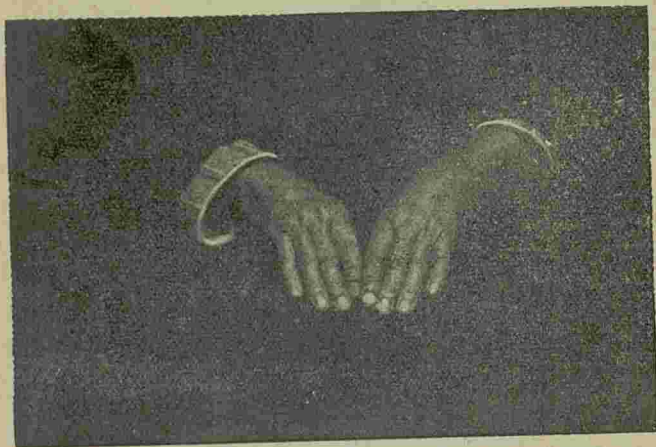
Malformations familiales des membres supérieurs

par le Docteur **Maurice UZAN**

La famille dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir ne présente pas seulement l'intérêt d'une curiosité mais vient imposer une fois de plus à nos recherches les problèmes les plus passionnants de l'hérédité morbide.

Je n'ai pu recueillir de documents photographiques et radiologiques qu'en ce qui concerne trois de ses membres. Pour le restant, j'ai dû me contenter d'un simple examen clinique ou même de renseignements verbaux. C'est qu'il s'agit d'une famille de juifs bulgares dont une partie seulement est de passage actuellement en Tunisie.

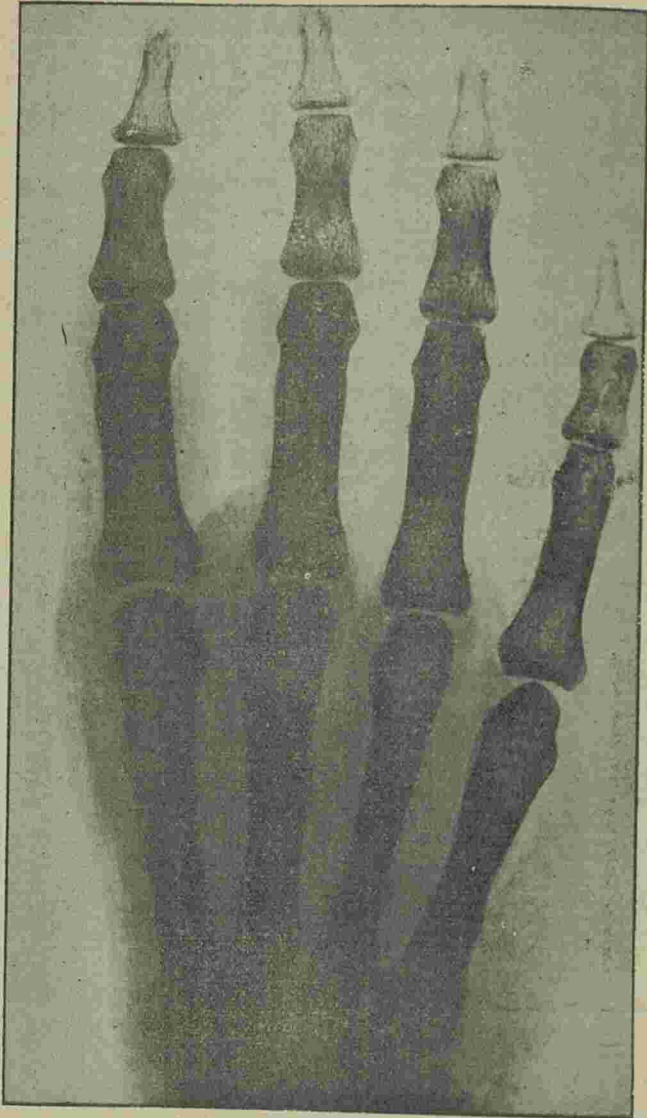
La mère a bien voulu rassembler ses souvenirs afin de compléter cette observation. Elle raconte que, à sa connaissance, les premières malformations semblent avoir apparu chez son père qui présentait un raccourcissement tout spécial de son bras gauche (ectromélie par développement incomplet de l'humérus). Cet homme avait épousé une femme normale en tous points et eut deux enfants : un garçon normal et M^{me} A... qui nous occupe.



Cette dernière, dont j'ai fait photographier et radiographier les mains, grâce à l'obligeance du docteur Disegni, ne possède pas de pouce à droite aussi bien qu'à gauche. La radiographie montre, en outre, l'absence du premier métacarpien et du trapèze à chaque main.

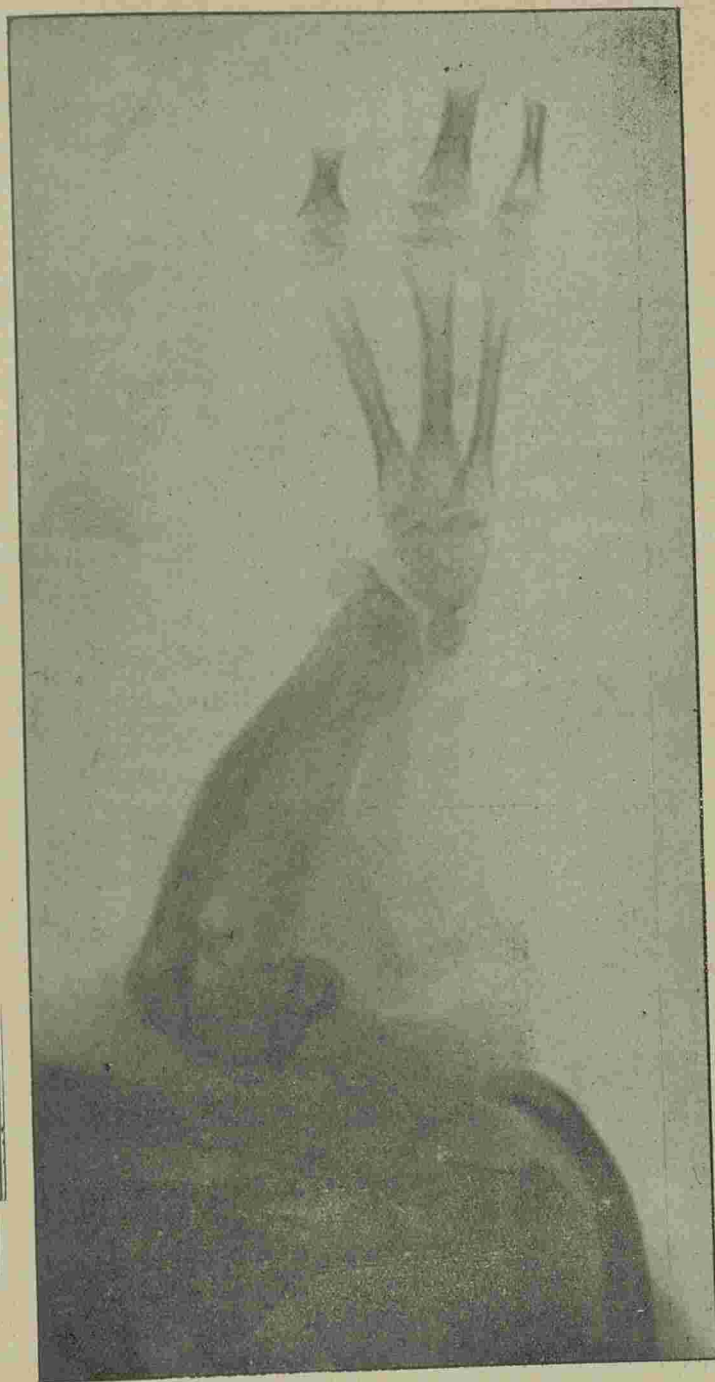
M^{me} A... a eu dix grossesses qu'elle a toujours menées à terme ; elle eut ainsi trois filles et sept garçons.

Toutes les filles ont présenté des anomalies. L'aînée, actuellement à l'étranger, a d'un côté un membre supérieur bien conformé, sauf



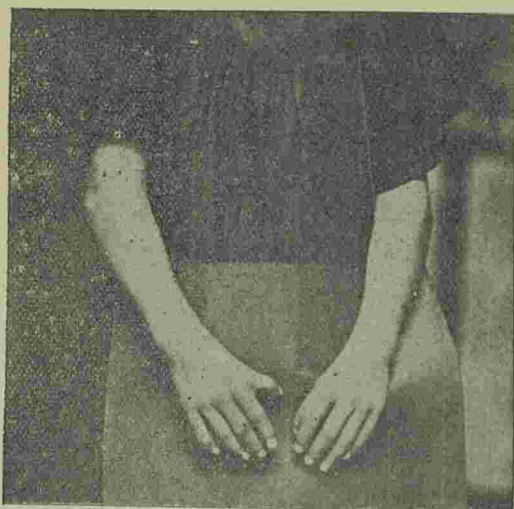
qu'il lui manque le pouce comme sa mère; de l'autre côté, elle est ectromèle de la même façon que sa sœur dont je vais vous parler.

Celle-ci présente, au maximum, les malformations familiales. Les membres supérieurs sont tous deux réduits à l'état de moignons où



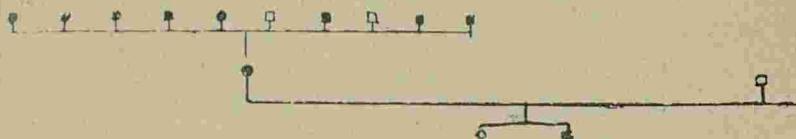
il est difficile de distinguer bras et avant-bras, la main difforme qui les termine, ne possède que trois doigts. La radiographie ci-contre nous permet de préciser ces anomalies : on voit tout d'abord que l'humérus est réduit à une petite masse osseuse disposée obliquement qui semble cependant posséder des surfaces articulaires lui permettant d'assurer le contact avec les surfaces correspondantes de l'omoplate ou des os de l'avant-bras. Radius et cubitus paraissent soudés et confondus à leur tiers inférieur; au tiers supérieur, au contraire, ils semblent plus distincts et séparés par une ébauche de membrane interosseuse. D'ailleurs, pronation et supination sont impossibles. Le carpe est réduit à trois massifs osseux, deux petits os accolés de part et d'autre à l'extrémité inférieure du radio-cubitus, et une grosse masse s'articulant avec les métacarpiens au nombre de trois. L'enfant n'a en effet que trois doigts complets. Elle peut cependant s'en servir et écrit avec facilité, comme en témoigne l'autographe ci-joint. La petite déformation du troisième doigt droit est d'ailleurs due au porte-plume.

La troisième fille présente peu de malformations : déformation du pouce droit qu'elle ne peut pas bien opposer ni rapprocher de l'index, syndactylie partielle (pouce et index gauches accolés à leur partie distale), comme on le voit sur la photo ci-dessous.



Sur les sept mâles, deux sont normaux. Les cinq autres, dont trois sont morts, présentent le même tableau que la fille aînée.

Pour fixer les idées, j'ai figuré dans un petit schéma, l'arbre généalogique de la famille : les petits carrés représentant des mâles, les petits cercles, les femmes, les noirs les sujets malades et les blancs les sujets indemnes.



Nous nous trouvons donc ici en présence d'une transmission héréditaire, similaire, affectant le mode continu, d'une malformation locale. C'est qu'en réalité tous les types que nous avons rencontrés dans cette famille ne constituent que des degrés différents d'une même tendance : la syndactylie englobant le pouce, l'ectrodactylie le supprimant ne sont que des étapes, à rebours faudrait-il dire en vérité, vers l'ectromélie complexe.

Ce n'est pas la première fois que de pareils cas de dysgénésies locales familiales s'observent : les annales médicales pullulent d'observations de malformations étendues à toute une famille : sexdigilisme, hypophalangie, syndactylie, palmures des doigts, brachydactylies, conformation des mains et des pieds en pince de homard (voir à ce sujet, dans le livre de Apert, la généalogie de l'extraordinaire famille étudiée par Lewis et Embleton), pieds bots, troubles pigmentaires (se rappeler la fameuse mèche de cheveux blancs qui caractérise la famille de Rohan), etc., etc. Parfois ces malformations s'étendent à une tribu, à un village (témoin le cas du village d'Iseaux Isère) qui, au XVIII^e siècle, avait tous ses habitants porteurs d'un sixième doigt. Leur transmission se fait avec une belle insistance qu'elle peut devenir la règle. Grasset ne rappelle-t-il pas cette famille dans laquelle on sacrifiait comme adultérins tous les enfants non sexdigitaires !

Mais on invoque généralement dans l'étiologie de ces troubles héréditaires, les infections ou intoxications familiales et les unions consanguines. Or, dans notre cas il n'y a point de consanguinité. D'autre part, on ne relève aucun stigmate de syphilis (les réactions sérologiques n'ont pu être faites). L'alcool est inconnu dans ces fa-

milles. Par contre, la misère, les horreurs des pogroms, de la guerre, de l'inanition sont, hélas, trop connues dans ce milieu.

Un autre point mérite encore de retenir notre attention. Les malformations vont dans cette famille, s'étendant et se compliquant d'une génération à la suivante; n'est-ce point là l'illustration de cette conception de l'hérédité morbide progressive exposée déjà par Morel en 1868 ?

Contribution à l'étiologie du xéroderma pigmentosum

Le X. P. est-il d'origine hérédito-syphilitique ? (1)

par le Docteur **Emile JUNÈS**

Oculiste Municipal à Sfax

Nous avons eu l'occasion, à propos de leurs lésions oculaires, d'étudier deux cas de X. P.

La première observation (2) concerne un garçonnet de 7 ans, de la banlieue sfaxienne, atteint de X. P. parvenu à un stade néoplasique avancé. Lors d'un premier examen, nous contentant d'ajouter foi aux renseignements fournis par le père, nous avons noté, parmi les antécédents du malade : 1° la consanguinité des parents; 2° l'absence d'hérédité tuberculeuse, cancéreuse et syphilitique; 3° l'apparition du X. P. aussitôt après la convalescence d'une variole. Ayant eu, dans la suite, l'occasion de nous rendre à la propriété, sise à plusieurs kilomètres de Sfax, où réside presque toute la famille de notre petit sujet, nous avons pu nous rendre compte de l'inexactitude de ces renseignements, tout au moins en ce qui concerne la syphilis. En effet, l'arrière grand-mère à la fois paternelle et maternelle du malade, est vivante; elle reconnaît avoir présenté, à diverses reprises, des « boutons » et des ulcérations cutanées multiples, et qui guérissaient sous l'influence de la « âschba » (médicament à base d'iode, très utilisé par les Arabes dans le traitement de la syphilis). Elle aurait, en outre, avorté un grand nombre de fois. Elle ne peut pas affirmer que son mari, décédé depuis plusieurs années, ait eu la syphilis, mais elle fait nettement remonter ses propres accidents à son mariage. Deux de ses enfants sont nés à terme; ce sont le grand père maternel et la grand-mère paternelle du malade; seule cette dernière vit encore, mais ici, ni l'interrogatoire, ni l'examen clinique ne nous ont rien révélé au point de vue syphilitique. Le père et la mère de notre petit sujet, cousins germains, nous ont paru indemnes, eux aussi, de toute atteinte visible de syphilis. Ils jouissent d'une excellente santé et, en particulier, n'offrent aucune trace de

(1) *N.D.L.R.* — La discussion sur cet article sera ouverte à la première séance d'octobre 1924 de la S.S.M.

(2) JUNÈS et BUCKWEL. — Un nouveau cas tunisien de X. P. — *Bulletin de la Société Tunisienne des Sciences Médicales*, 1922, n° 8, p. 345, et *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1924, n° 2, p. 226.

tuberculose. Ils ont eu quatre enfants. Le troisième en date est bien portant. Le quatrième est représenté par notre malade. Quant au premier et au deuxième, leur examen donne lieu à des constatations importantes. Le premier, garçon de 14 ans, est mal venu, malingre, de petite taille; il offre un crâne asymétrique, aplati latéralement, et fortement bombé en avant; son palais est profondément ogival; ses dents du milieu sont très irrégulièrement implantées, de dimensions réduites et de forme anormale. L'autre est une fillette de 12 ans, qui a eu des convulsions dans sa première enfance; elle est très anémiée, « depuis sa naissance », disent les parents, sans avoir jamais présenté d'accidents fébriles, et sans que l'examen puisse révéler, chez elle, d'autre altération viscérale qu'une légère tuméfaction de la rate. Sa langue est d'apparence scrotale.

Cette observation donne lieu aux observations suivantes : Notre petit malade possède un frère et une sœur atteints d'hérédosyphilis. Leur syphilis est de quatrième génération : c'est là un fait qui commence à être connu depuis les belles observations d'Audrain (1). Cette syphilis s'est considérablement atténuée pendant les 2^{me} et 3^{me} générations, puisqu'elle ne semble y avoir produit aucune manifestation clinique apparente. Sa réactivation à la 4^{me} génération doit être attribuée, selon toute vraisemblance, à la consanguinité des parents; on peut admettre, en effet, que les germes hérités et peu actifs du père et de la mère, en se rencontrant dans l'organisme de certains de leurs enfants, ont associé et accru leurs effets, permettant ainsi à la maladie d'acquérir une nouvelle et plus grande virulence.

Cette observation nous démontre aussi que, même chez les Arabes, pourtant si facilement enclins à avouer la syphilis, — et sous prétexte qu'ils possèdent, par expérience, une certaine connaissance de cette maladie — il ne faut pas se contenter, comme on le fait trop souvent, d'ajouter foi à des renseignements oraux, fussent-ils très catégoriques. Il faut toujours pratiquer soi-même, parmi les divers

(1) AUDRAIN. — Une séquelle syphilitique pendant quatre générations. — *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 9 février 1922. — Ces cas de syphilis de 4^e génération (de bisaïeule à arrière-petit fils) paraissent assez rares. Ceux de 3^e génération (d'aïeul à petit-fils) ont été plus fréquemment signalés (Cf. Audrain, Pajet, Babonneix, Ravaut, Leredde, Carle, East, Martelli...). Alibert, en 1832 (*Gazette des Hôpitaux* du 22 juillet), citait déjà un cas observé à l'hôpital Saint-Louis, et où, d'après lui, la syphilis s'était transmise du grand père aux petits fils : « Les victimes et le coupable étaient là, sous les yeux de chacun ! »

membres de la famille, les investigations cliniques (et, si possible, humorales) les plus attentives.

La deuxième observation (1) offre, elle aussi, des particularités intéressantes au point de vue étiologique. Nous les résumons en quelques lignes.

Fatma bent Ahmed, 8 ans, tribu des Hamama. Un frère atteint, comme elle, de X. P. Père et mère consanguins. Mère n'ayant jamais présenté de signes cliniques de syphilis; mais elle est née d'une mère manifestement syphilitique; elle-même a eu neuf grossesses qui ont donné lieu à : deux avortements; deux enfants à terme et morts-nés; un enfant décédé brusquement et sans cause apparente quelques semaines après la naissance; deux autres atteints depuis leur toute première enfance, de X. P.; deux autres, enfin, actuellement vivants et bien portants. Chez notre fillette existent, en plus des symptômes propres au X. P., une syphilide tertiaire ulcéreuse sur laquelle le traitement mercuriel agit à merveille; des stigmates d'hérédo-syphilis (taille réduite, aplatissement très marqué de la racine du nez, voûte palatine ogivale, anarchie dentaire, cicatrices buccales de Parrot); enfin, un Wassermann positif.

Ainsi, dans cette famille, la syphilis a frappé au moins trois générations successives. A la deuxième génération, elle s'est fortement atténuée, puisque la mère de notre malade n'a elle-même présenté aucun signe clinique apparent de cette infection. Elle s'est réactivée à la troisième génération, comme l'indiquent les deux avortements, les deux morts-nés, et l'enfant mort subitement peu après sa naissance. Cette réactivation est-elle due à l'influence paternelle ? Nous ne saurions l'affirmer. D'une part, l'examen et l'interrogatoire du père ne nous a rien révélé au point de vue de la syphilis; d'autre part, nous n'avons pas pu avoir de renseignements suffisants sur les grands parents; la grand'mère maternelle (syphilitique avérée) et le grand père paternel de la malade sont frère et sœur, mais nous ne savons pas si la syphilis de cette dernière provient de ses propres parents, de son mari ou d'ailleurs.

×

Les constatations qui résultent de ces deux observations comportent, à notre avis, un intérêt de premier ordre : celui de projeter

(1) JUNÈS. — X. P. fruste coexistant avec une syphilis oculaire et cutanée. *Gazette des Hôpitaux*, 1924, n° 63, p. 1045, et *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1924, n° 2, p. 227.

quelque clarté sur la question si obscure de l'origine du X.P. Quelques auteurs ont déjà soupçonné les relations qui peuvent exister entre la syphilis et cette curieuse affection. Couillaud (1), en 1898, signale un cas de X. P. très amélioré par des injections intra-fœssières de calomel; après six injections, la face et les mains furent, pour ainsi dire, décapées, par suite de l'effacement d'un grand nombre de taches hyperchromiques. Gougerot (2), en 1921, rapporte avoir eu la « sensation », chez un sujet atteint de X. P., d'arrêter l'évolution du mal, grâce à un traitement intensif par le benzoate de mercure, puis par le calomel (3). Ces arguments thérapeutiques ne sont pas tout à fait probants. En effet, il faut savoir que le X. P., particulièrement dans sa première phase, présente, comme le lentigo banal, des variations spontanées (dont les plus connues sont les variations saisonnières), et qui peuvent aller jusqu'à la disparition complète de certains symptômes (4).

Nos observations, par contre, apportent, en faveur de l'origine syphilitique du X. P., des preuves plus catégoriques et qui sont les suivantes :

- 1° La syphilis existe chez les ascendants directs de nos malades;
- 2° Elle existe, en outre, soit chez le malade, soit chez d'autres enfants de la même famille.

Nous ferons aussi remarquer : 1° que, chez ces derniers, il s'est agi de syphilis héréditaire, et particulièrement de syphilis de 3^{me} ou de 4^{me} génération; 2° que, chez eux, cette syphilis s'est trouvée réactivée après avoir subi, dans les chaînons familiaux intermédiaires, une atténuation plus ou moins considérable.

×

Une pareille interprétation des faits n'a rien qui doive nous surprendre à l'heure actuelle. Comme on le sait, le X. P., au point de vue anatomo-pathologique, est essentiellement caractérisé par un trouble de la pigmentation, puis par un état de « sénescence », de

(1) COUILLAUD. — *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 12 mars 1898.

(2) GOUGEROT. — Préface du travail de Trisca Petre (le X. P., trois observations nouvelles, 1921, Maloine), p. VII.

(3) FORSTER parle vaguement d'une intoxication intra-utérine comme cause du X. P. (Contribution à l'étude du X. P., Dissertation inaugurale, Berlin, 1904).

(4) Cf. TENNESON et DANSEUX. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1893, p. 1181.

sclérose atrophique précoce, siégeant dans les zones les plus actives de la peau.

Or, d'une part, il est de plus en plus établi que la syphilis est la maladie par excellence capable de produire héréditairement des modifications profondes dans la coloration de la peau. Gaucher, puis Gougerot (1), ont insisté sur l'importance de l'hérédo-syphilis dans la création des terrains naeviques et spécialement des naevi pigmentaires. Après Chiray et Coryllos, Oulmont et Haller, Leredde (2) a rapporté deux cas de neurofibromatose de Recklinghausen (affection congénitale et familiale, caractérisée par un mélange de taches pigmentaires, de fibromes molluscum et de névromes) où l'origine hérédo-syphilitique lui paraissait, à lui aussi, nettement prouvée. Les observations de Thibierge et Hufnagel (3), de Caillau et Monlaur (4), de Babonneix et Dugué (5), nous montrent la co-existence d'une pigmentation cutanée avec une hérédo-syphilis manifeste. Celle de Caillau et Monlaur, notamment, comportait, outre cette pigmentation, des télangiectasies et de l'atrophie cutanée, lésions en tous points semblables à celles du X. P. (6).

D'autre part, l'on n'a pas oublié la discussion qui eut lieu récemment à la Société Médicale des Hôpitaux (7) au sujet du rôle considérable que la syphilis héréditaire peut jouer dans la sclérose anticipée de nos organes. Pour nous en tenir à ce seul exemple, n'y a-t-il pas une analogie frappante à établir entre l'atrophie cutanée du X. P. et les lésions rénales scléreuses de type sénile qui apparaissent chez l'enfant et dont l'origine hérédo-syphilitique est aujourd'hui acceptée par de nombreux auteurs ?

(1) GOUGEROT. — Naevus et Syphilis. — *Annales des Maladies Vénériennes*, juin 1914, p. 470. — Gougerot et Desaux, d^o, octobre 1920, p. 599.

(2) CHIRAY et CORYLLOS. — *Société de Neurologie*, 1905. — Oulmont et Haller. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 2 avril 1909. — Leredde. — La Syphilis héréditaire dans la pratique médicale, *Concours Médical*, 1922, n^o 16, p. 1482.

(3) THIBIERGE et HUFNAGEL. — *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, novembre 1921.

(4) CAILLAU et MONLAUR. — Atrophie et pigmentation, cas pour diagnostic. — *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 10 novembre 1921.

(5) BABONNEIX et DUGUÉ. — Hérédo-syphilis avec manifestations insolites. — *Gazette des Hôpitaux*, 1923, n^o 1, p. 5.

(6) Rappelons que dans le vitiligo, affection caractérisée, elle aussi, par un trouble de la pigmentogénèse, l'hérédo-syphilis a été fréquemment incriminée. (Gougerot, Crouzon et Foix, Etienne, Vignolo-Lutati, Arullani, etc.).

(7) *Société Médicale des Hôpitaux*, séances des 15, 22 et 29 février 1924.

L'hypothèse de l'origine syphilitique du X. P. est d'ailleurs celle qui se prête le mieux à l'explication d'un certain nombre d'autres particularités propres à cette affection.

I. — Ce sont d'abord : l'apparition habituelle du X. P. dans le tout premier âge, parfois presque aussitôt après la naissance; sa présence si souvent constatée chez plusieurs enfants de la même famille; la consanguinité fréquente des parents. En vérité, ces trois caractères démontrent surtout que l'origine du X. P. doit être recherchée dans une infection générale transmise héréditairement; mais la syphilis n'est-elle pas l'infection héréditaire type, la grande pourvoyeuse des affections dites congénitales et familiales ?

II. — Cette hypothèse nous explique encore, mieux que toute autre, pourquoi le X. P. est relativement plus répandu dans certains milieux, et en particulier chez les Arabes. Chez ceux-ci, il est vrai, les mariages consanguins ont été toujours fort à la mode, mais surtout la syphilis atteint un pourcentage inconnu ailleurs, en raison de la facilité avec laquelle elle se dissémine parmi eux, aussi bien par le contact vénérien qu'en dehors de ce contact : d'après Lacapère (1), 70 à 90 % des indigènes sont ainsi atteints par la syphilis. Il est hors de doute, cependant, que l'action de la lumière (2), si puissante dans l'Afrique du Nord, joue un grand rôle dans le développement d'une pareille affection. Mais cette action — et nous sommes ici de l'avis d'un grand nombre de dermatologistes — doit être considérée comme purement occasionnelle, car ne fait pas de X. P. qui veut. Elle n'intervient que si le terrain est déjà préparé, s'il existe déjà, du fait d'une infection générale héréditaire, une fragilité, une « radiosensibilité » spéciale des tissus, permettant à la lumière d'y déclencher, selon l'expression de Gougerot, cette « lucite chronique grave ». En réalité, le soleil ne participe au processus qu'après coup, et sa fonction essentielle, purement activante, est alors, soit de favoriser et de hâter l'éclosion d'un état latent, soit d'en intensifier les manifestations sur des territoires cutanés bien déterminés. L'importance d'une telle intervention nous fait comprendre, en passant, pourquoi, parmi les Arabes, ceux de Tunisie, et surtout ceux du Sud-Tunisien, comptent parmi les plus

(1) LACAPÈRE. — La Syphilis arabe, 1923, Doin, pp. 5 à 9.

(2) D'après POUCHET, (cité par TOURNEUX, *Précis d'Histologie*, p. 830, 1^{re} édition, Doin), l'action des nuits sereines paraît avoir, sur la pigmentation de la peau, une influence plus considérable que l'action solaire.

touchés par le X. P. Si l'on s'en rapporte à Ch. Nicolle (1), depuis 1870, date de la première description de cette affection par Kaposi, près du douzième des cas de X. P. signalés dans le monde entier, appartiennent à ce petit pays.

III. — Une probabilité de plus en faveur de l'origine syphilitique du X. P. nous est fournie par l'apparition du cancer à un moment donné de son évolution, apparition qui, comme le spécifie Gaucher (2), se fait habituellement au niveau des taches hyperchromiques. Nous rappellerons brièvement, à cet égard, quelques données relatives au cancer et récemment bien mises en lumière.

D'une manière générale, il existe, dans l'immense majorité des cas de cancer, ce que Ménétrier a appelé une « lésion pré-cancéreuse » (3), lésion qui, la plupart du temps, aurait la syphilis pour origine. Voici comment Ch. Du Bois (4) résume cette question : « Je ne puis omettre de rappeler l'influence énorme de la syphilis sur la genèse des cancers en général. Il ne fait plus de doute que le cancer de la langue et du rectum se développent presque exclusivement sur les terrains syphilitiques acquis ou hérédités. Les tumeurs du sein et de l'utérus sont si fréquentes chez les femmes syphilitiques qu'il est impossible d'y voir une simple coïncidence. Quand la syphilis aura disparu, les générations futures assisteront à la diminution progressive du nombre des cancéreux. La toute première mesure prophylactique anticancéreuse est donc d'éviter la syphilis ». C'est l'opinion déjà exprimée par Gougerot (5) : « La fréquence de la syphilis dans les antécédents des cancéreux, depuis longtemps enseignée par Pierre Marie, est plus qu'une coïncidence... En traitant et en surveillant mieux les syphilitiques, le médecin peut prévenir et enrayer nombre de cancers ». Leredde, lui, range résolument les cancers

(1) CH. NICOLLE. — Sur dix cas de X. P. observés en Tunisie. — *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1920, n° 3, p. 138.

(2) GAUCHER. — *Maladies de la peau*, 4^e édition, 1919, Baillière, article Xérodéma pigmentosum.

(3) Cf. BORREL. — Congrès du cancer, Strasbourg, séance du 23 juillet 1923, et article du « *Matin* » du 2 août 1923, intitulé « Les mystères du cancer seront bientôt dévoilés ».

(4) CH. DU BOIS. — La prophylaxie des cancers cutanés. — *Revue Médicale de la Suisse romande*, 1923, n° 12, p. 802.

(5) GOUGEROT. — Traitement de la syphilis, 3^e édition, 1921, Maloine, p. 358. — Voir aussi : Syphilis et cancer, prophylaxie de cancer. — *Journal des Praticiens*, 1912, n° 37, p. 577.

parmi les affections dites parasymphilitiques (1) : « Il existe, dit-il, un groupe d'affections qui répond aujourd'hui d'une manière exacte à la définition de Fournier : je veux parler du cancer qui, sous toutes ses formes, est souvent d'origine syphilitique, n'est pas de nature syphilitique et est incurable par le traitement ».

Pour le cancer eutané, la lésion précancéreuse intéresse toujours, d'après Borrel (2), le système pigmentaire. Or, les lésions pigmentaires, lorsqu'elles sont congénitales, sont, comme nous l'avons signalé, très fréquemment d'origine syphilitique. Pour illustrer ces propositions d'un exemple remarquable, rappelons, d'une part, la prédilection bien connue du cancer pour les naevi pigmentaires (qui, par leur constitution, offrent souvent une très grande similitude avec les taches hyperchromiques du X. P.), et, d'autre part, l'importance du terrain syphilitique héréditaire dans le développement de ces naevi (3).

Ces données viennent donc à l'appui de notre thèse, en établissant que, dans le X. P., les lésions hyperchromiques ne sont susceptibles de faire le « lit du cancer » que parce que leur origine est le plus souvent attribuable à l'hérédo-syphilis.

Ici intervient encore le rôle exclusif que l'on a voulu faire jouer aux radiations solaires dans le développement de cette variété de cancer. Ch. Nicolle (4) fait remarquer sa grande ressemblance avec le cancer causé par les rayons X ou le goudron (5) : « Si, dit-il, l'apparition des lésions cancéreuses suit la tache de son, c'est, ou bien que le cancer est lui-même la conséquence de l'action des radiations

(1) LEREDDE, loco citato, n° 23, p. 1867.

(2) BORREL, loco citato.

(3) Il semble possible de grouper actuellement sous une même étiquette 1° les naevi pigmentaires des enfants, adultes ou vieillards; 2° le Xérodema pigmentosum; 3° la neurofibromatose de Recklinghausen : toutes affections hyperchromisantes, de nature congénitale, se développant de préférence sur un terrain hérédo-syphilitique, et manifestant une tendance particulière à la dégénérescence néoplasique. (Cf. Gougerot, *Dermatologie*, 3^e édition, 1922, Maloine, pp. 771 à 775, et passim.).

(4) CH. NICOLLE, loco citato, p. 141.

(5) C'est à propos de ses expériences sur le cancer du goudron qu'Ichikawa, partisan de la théorie de Virchow sur l'irritation chronique, et généralisant outre mesure, a soutenu qu'une simple irritation chimique ou physique répétée suffit toujours pour rendre cancéreuse la cellule épithéliale normale, sans qu'il y ait besoin de recourir à un agent causal indéterminé ou à des dispositions personnelles ou héréditaires. (Congrès du cancer, Strasbourg, 23 juillet 1923).

lumineuses sur les cellules épithéliales, ou bien que le traumatisme particulier qu'elles déterminent rend les cellules sensibles à l'action d'un virus cancéreux, soit extérieur, soit répandu déjà, mais encore inopérant, dans l'organisme. » Cette action de la lumière est des plus importantes, puisqu'en définitive, c'est elle qui décide de l'apparition et des localisation du processus cancéreux; mais elle n'est pas tout. Il en est ici comme pour les autres cancers, soit de la peau, soit des autres régions, et dans le développement desquels intervient, si fréquemment, une irritation d'origine externe : le rôle de l'irritant n'est possible que parce que les tissus ont été déjà altérés par une infection telle que la syphilis; seuls des éléments ayant subi une pareille préparation pourront évoluer ensuite dans le sens néoplasique, sous un certain nombre d'influences mécaniques, physiques ou chimiques, chacune d'elles paraissant spéciale à un cancer de variété ou de localisation déterminée.

×

De tout ce qui précède, résulte la nécessité, dans chaque observation de X. P., de pratiquer, à l'avenir, avec l'aide de la clinique et du laboratoire, la recherche systématique et approfondie de la syphilis, aussi bien chez le malade que chez ses ascendants et les autres enfants de la même famille. Ce dépistage, il faut l'avouer, n'est pas toujours aisé; c'est pourquoi, à ce point de vue, un certain nombre de notions devront être constamment présentes à l'esprit.

1° Dans l'ascendance d'un malade atteint de X. P., la syphilis doit être recherchée, de préférence dans la ligne directe, en remontant parfois jusqu'à la troisième ou la quatrième génération.

2° Chez les hérédosyphilitiques en général, aucune conclusion négative, relativement à l'existence de la syphilis, ne peut être tirée d'une séro-réaction négative, et cela d'autant plus que le sujet est plus âgé (1). Il en sera ainsi, soit chez le sujet frappé de X. P., soit chez ses frères et sœurs, soit chez ses ascendants directs, lorsque, chez ces derniers, on soupçonne une syphilis de nature héréditaire.

(1) *Société de Pédiatrie*, séance du 18 décembre 1923. Discussion sur les signes de l'hérédosyphilis. (Marfan, Barbier, Cassoute). — Il est établi, depuis les travaux de Dean, (Idiotie et Syphilis héréditaire. — *The British Journal of Children's Diseases*, septembre 1912, n° 105) que le Wassermann devient d'autant moins net que l'enfant avance plus en âge, et qu'il reste presque toujours négatif chez les héréditaires les plus avérés au-dessus de 16 ans. (Cf. Babonneix. — Rôle de l'hérédosyphilis en neurologie. — *Monde Médical*, 1920, n° 574, p. 294).

Il n'y aura donc pas lieu de s'étonner si, comme dans notre première observation, le résultat sérologique ne confirme pas toujours un diagnostic cliniquement posé.

3° L'examen du sérum sanguin, chez les hérédosyphilitiques, ne doit pas se limiter à un unique et surtout à un simple Wassermann. Lors de réactions faibles, en effet, le Wassermann classique peut, même après réactivation, rester négatif, tandis que, par exemple, le Hecht ou le Wassermann à antigène Desmoulière donnent parfois un résultat positif (1). Dans le cas où ces différentes méthodes resteraient muettes, un examen du liquide céphalo-rachidien pourra peut-être dissiper tous les doutes (2).

4° En raison de ces difficultés, Leredde (3) a proposé récemment une méthode d'hémodiagnostic susceptible, chez les enfants, de nous éclairer sur la nature syphilitique de certaines de leurs manifestations. Cette méthode est basée sur l'existence, chez les hérédosyphilitiques, d'une formule hématologique d'infection chronique caractérisée par une anémie légère (hypochromie, hypoglobulie) et surtout par de la mononucléose. Cette mononucléose nous la retrouvons dans une observation de X. P. recueillie par Cuénod (4) et où l'examen du sang fut pratiqué alors qu'il n'y avait pas lieu encore de songer même à un début d'épithéliomatose.

5° La thérapeutique antisypilitique, mise en œuvre dans les observations de Couillaud et de Gougerot, et préconisée par ce dernier dans tous les cas de X. P. (5), ne semble guère susceptible d'être utilisée pour le diagnostic de la nature de cette dermatose. Nous savons, en effet, combien cette thérapeutique est généralement déce-

(1) RAVAUT. — Syphilis héréditaire et phénomènes de sensibilisation. — *Presse Médicale*, 1923, n° 42. — Leredde, loco citato, n° 14, p. 1011.

(2) BONHOMME. — Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis héréditaire, thèse de Toulouse, décembre 1923. — Comme pour certaines autres dermatoses extensives, à développement bilatéral et plus ou moins symétrique, on pourrait, en effet, se demander si les lésions essentielles du X.P. sont d'origine purement locale, ou si elles ne dépendent pas plutôt d'une atteinte du système nerveux, et particulièrement du système organo-végétatif, en relation ou non avec un trouble des glandes endocrines.

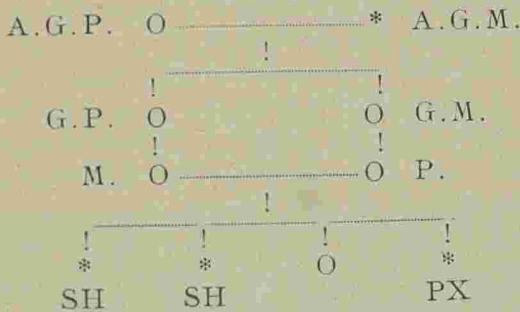
(3) LEREDDE. — Hémodiagnostic de la syphilis héréditaire. — *Société de Dermatologie e tde Syphiligraphie*, mars 1922.

(4) CUÉNOD. — X. P. chez une fillette italienne. — *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1920, n° 3, p. 150.

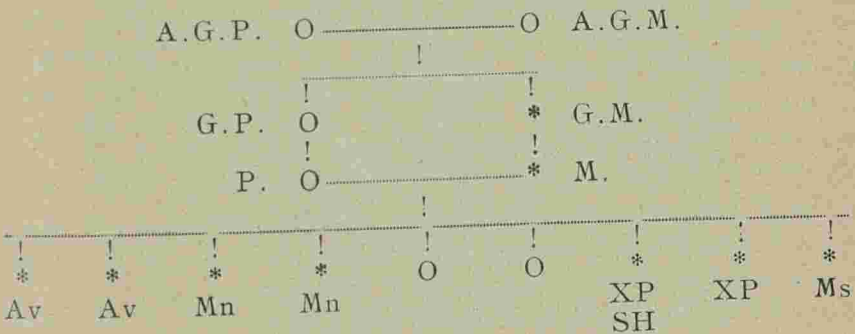
(5) GOUGEROT, loco citato, (Trisca Petre).

vante, combien elle est peu efficace dans certaines manifestations d'origine syphilitique pourtant nettement prouvée, en particulier lorsque ces lésions sont de nature dyschromateuse ou lorsqu'elles ont atteint le stade cicatriciel. Il est de fait que, dans notre deuxième observation, nous n'avons pas réussi, malgré une administration énergique et prolongée de mercure, à la fois par les voies buccale, cutanée et hypodermique, à modifier en quoi que ce soit les symptômes propres au X. P. Cependant on n'hésitera pas à appliquer ce traitement avec l'espoir d'empêcher l'extension du mal à des territoires jusque là indemnes et de l'arrêter dans sa progression vers son terme fatal qui est le cancer.

Observation I : Syphilis de 4^{me} génération



Observation II : Syphilis de 3^{me} génération



O : Pas de syphilis évidente. — * : Syphilis. — SH : Signes de syphilis héréditaire. — XP : Xéroderma pigmentosum. — Av : Avortement. — Mn : Mort-né. — Ms : Mort subite.

Résumons-nous.

L'intervention de l'irritant lumineux, admise par certains comme cause unique du X. P., est indispensable, soit pour déclencher l'apparition de ses lésions, jusques et y compris le cancer, soit pour les localiser de préférence sur des territoires cutanés bien déterminés. Mais le rôle de cet irritant n'en reste pas moins purement occasionnel.

A notre avis, l'hérédo-syphilis représente l'une des principales origines du X. P. En faveur de cette hypothèse plaident un certain nombre d'arguments ayant pour base soit des probabilités, soit des certitudes.

Les premiers découlent des constatations suivantes :

1° La syphilis est la maladie par excellence à manifestations congénitales, familiales et par consanguinité : caractères que l'on rencontre très souvent dans l'étiologie du X. P.

2° Les Arabes qui sont relativement le plus touchés par le X. P. sont aussi ceux que la syphilis atteint avec le plus de fréquence.

3° L'hyperchromie, l'atrophie sénile, la dégénérescence cancéreuse constituent, au point de vue objectif, les trois stades que parcourt successivement le X. P. Or, il semble acquis que la syphilis est la maladie qui provoque, dans la plupart des cas, les hyperchromies cutanées congénitales et les « sénescences » ou scléro-atrophies précoces à type sénile de nos organes. C'est aussi celle qui possède le triste privilège de préparer avec le plus de sollicitude « le lit » du cancer.

Parmi les éléments de certitude, nous retiendrons surtout l'existence cliniquement prouvée de la syphilis, à la fois chez les malades atteints de X. P. (ou chez leurs collatéraux immédiats) et chez leurs ascendants directs de 1^{re}, 2^{me} ou même de 3^{me} génération. Nos observations en ont, pour la première fois, nettement établi la réalité.

L'absence souvent constatée, dans le sang de pareils sujets, des réactions humérales de la syphilis est un argument que l'on ne peut guère nous opposer, car il est avéré que ces réactions sont des plus inconstantes dans l'hérédo-syphilis en général.

Quant à l'échec habituel du traitement antisiphilitique dans le X. P., il s'explique par la nature même des lésions qui caractérisent cette dermatose.



Un cas de triple intolérance chez un syphilitique

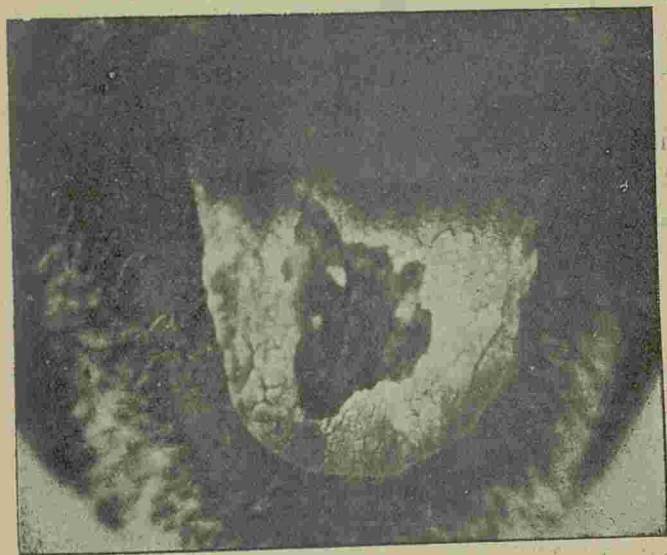
par le Docteur **JAMIN**

Médecin des Services Annexes

M... ben Mohamed ben Slama, 40 ans, tisserand, se présente à la consultation du Service Annexe de l'Hôpital Sadiki le 27 octobre 1919 (fiche 59) pour des lésions de la langue.

Sur un fond de leucoplasie très accentuée qui couvre toute la face dorsale de la langue, se voit une ulcération étendue : atteignant trois centimètres dans le sens antéro-postérieur, deux centimètres dans le sens transversal, la lésion est très irrégulière de forme, presque géographique. Les bords décollés sont séparés par un sillon profond du fond de l'ulcère qui est rouge chair musculaire, lisse et qui présente, de-ci de-là, quelques points bleuâtres d'épidermisation.

Il n'y a pas d'induration à proprement parler : sur ces tissus dont la leucoplasie a diminué la naturelle souplesse — pas de retentisse-



ment ganglionnaire — pas de sensibilité bien spéciale — pas d'hémorragies faciles — pas de vermouthes — pas de salivation exagérée ni malodorante. Au surplus, la longue durée d'évolution de cette lésion

et la conservation parfaite de l'état général, nous l'ont écarter d'emblée le diagnostic de néoplasme lingual.

Nous concluons à cette forme spéciale que notre maître Darier a individualisée sous le nom d'« ulcère leucoplasique » — et connaissant le caractère rebelle au traitement de telles lésions — et leur tendance à la transformation épithéliomateuse, nous nous apprêtons à faire subir à notre malade un traitement intense et prolongé. Sa syphilis est avouée et ancienne et l'examen de sang, fait à l'Institut Pasteur, nous fixe trois croix comme positivité.

D'octobre à décembre 1919, une série de néo-intraveineux atteignant 0 gr. 90; une seconde en mai; une troisième en juin-juillet, font cicatriser l'ulcération mais le W. reste à + + +.

Le malade est mis alors à l'huile grise : injection hebdomadaire profonde de huit centigrammes d'huile de Lafay. A la troisième injection se déclare une **dermite mercurielle** bénigne atteignant tout particulièrement les aisselles et les aines, s'accompagnant d'une stomatite d'intensité moyenne.

Nous suspendons naturellement l'huile grise qui donne d'ailleurs rarement — et seulement chez des prédisposés — des réactions de ce genre.

Or, la suite de l'observation va nous prouver que nous avons justement affaire à un prédisposé aux réactions cutanées.

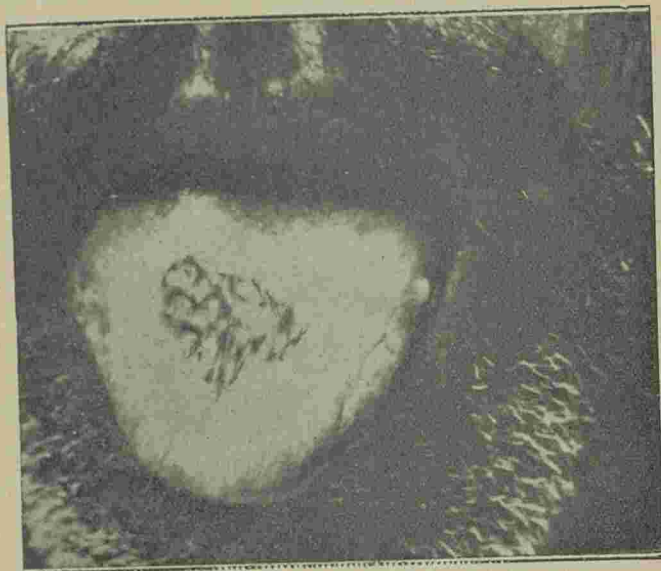
En octobre 1920, à peu près un an après le début du traitement que le malade avait tant bien que mal, poursuivi à l'aide d'iode de potassium (4 gr. par jour) la cicatrice se rouvre pour donner lieu à une ulcération à caractères semblables, mais beaucoup plus petite.

L'arsenic est repris en néo-intraveineux et, très lentement nous obtenons une seconde fois la cicatrisation de l'ulcération.

Rien sur la langue (sauf la leucoplasie) l'année suivante 1921, et le malade continue son arsenic. Le 24 décembre, la négativation de son sang est obtenue.

En 1922, le Wassermann remonte à + + + et une nouvelle ulcération se reforme sur la langue. Nous reprenons le 914. C'est la sixième série de ce médicament que reçoit le malade et l'ulcération est cicatrisée le 22 avril. Mais à partir de ce moment commencent à apparaître des phénomènes réactionnels consécutifs aux injections de néosalvarsan : simples mouvements fébriles d'abord; puis du prurit

localisé aux jointures des membres; enfin, un **zona** en 1923 — zona intercostal typique d'assez longue durée.



Quoiqu'à ce moment la langue, toujours leucoplasique, ne fut le siège d'aucun phénomène ulcéreux, nous dûmes continuer le traitement spécifique que nous commandaient une positivité persistante de la séro-réaction et les récurrences probables d'une lésion si hautement pré-cancéreuse. Or, la voie mercurielle et la voie arsenicale nous étant barrées, nous dûmes nous rabattre sur le bismuth.

Une série d'oléo-Bi en 1923; une série de Muthanol en 1924, sont bien supportées; mais à la première injection d'une seconde série de Muthanol (0 gr. 15) faite le 2 septembre, apparaît une de ces **dermites œdémateuses** que les vénérélogues connaissent bien et qui — fait digne de remarque — siège en particulier, ou présente son maximum d'intensité sur le territoire déjà frappé par le zona arsenical de l'an passé.

Et voici aujourd'hui la situation : syphilitique ancien à séro-réaction positive — présentant une lésion nettement précancéreuse — ayant accumulé dermite mercurielle, dermite arsenicale, dermite bismuthique.

La conduite à tenir est réellement délicate au point de vue thérapeutique. Ce qui presse le plus c'est évidemment la leucoplasie et nous devons nous adresser, dans le cas probable d'une récurrence de l'ulcère leucoplasique, au traitement mercuriel « local » au cyanure de mercure ou à la radiothérapie.

Au point de vue général, nous aidant largement du « vieil » iodure de potassium, nous nous efforcerons d'obtenir la désensibilisation de l'organisme pour pouvoir, par un traitement actif, mettre notre malade à l'abri d'accidents ultérieurs de sa syphilis.

A propos de la guérison du Kala-Azar

par le Docteur Emile LÉVY

Nous venons de lire dans le numéro de la *Revue Tunisienne des Sciences Médicales* de juillet 1924, l'intéressante observation présentée à notre Société par le docteur Lemanski, à la séance du 9 mai dernier.

Le docteur Lemanski, ainsi que le docteur Cortesi, ne citent que deux cas de Kala Azar guéris : celui auquel est consacrée la note ci-dessus citée et un cas du docteur Macotta.

Or, bien antérieurement au cas du docteur Lemanski, de 1909 à 1911, nous avons suivi avec le docteur Nicolle et le docteur Ortona, un petit malade de 23 mois, israélite, qui guérit spontanément aussi, guérison d'ailleurs contrôlée par plusieurs ponction de la rate.

Cette observation a fait d'ailleurs l'objet d'une note présentée par le docteur Nicolle et nous-même, à la Société de Pathologie Exotique, le 8 mars 1911 (1). Elle était la 25^e de la série de Kala Azar relevée par Nicolle.

Le cas du docteur Lemanski date de 1916 et constitue le 45^e cas de la série.

Notre observation montre enfin la possibilité de l'évolution spontanée vers la guérison de certains cas de Kala Azar.

(1) *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 8 mars 1911. - Tome IV, N° 3, p. 137-140

Appendice adhérent dans une hernie inguino-scrotale droite irréductible

Le docteur B. Lévy présente la pièce d'un *Appendice adhérent dans une hernie inguino-scrotale droite irréductible* (1).

Cette éventualité relativement rare a été déjà décrite et même à nos réunions, un cas analogue a été présenté par notre confrère le docteur Brun. Il s'agit d'un malade S....., âgé de 60 ans, que j'ai opéré à l'Hôpital Israélite, il y a huit jours, d'une hernie inguino-scrotale droite irréductible. Le malade portait un bandage herniaire depuis longtemps malgré l'irréductibilité de la hernie. Le sac herniaire isolé avec peine et ouvert, a permis de voir son contenu : cœcum et une anse grêle facilement réductibles et l'appendice disposé en longueur avec son méso fortement adhérents au sac. L'extrémité distale de l'appendice arrivait jusqu'au fond du sac auquel elle adhérait très fortement. Ne pouvant pas libérer ses adhérences, je fis l'appendicectomie à sa base et j'enlevai le sac en même temps que l'appendice. Fermeture en bourse du sac, etc. Suites opératoires normales; le malade sortant de l'hôpital demain matin.

Ce cas me permet de faire une autre observation : c'est le mauvais principe que plusieurs malades atteints de hernie, adoptent : port du bandage, souvent même sur une hernie irréductible !

(1) Présentation de pièce faite à la réunion de la S. des S. M. de Juillet 1924.

**Sur un nouveau mode d'anesthésie
par voie intraveineuse
en obstétrique et en chirurgie :
indications, technique, résultats**

par R. PERLIS

Presse Médicale, Paris, 1924, N° 65, p. 675

Poursuivant les recherches excessivement intéressantes, commentées par D. Bardet (*Bull. génér. Thérap.*, avril 1921), continuées

par Cerné (thèse de Paris, 1923) et surtout en collaboration avec L. Cleisz (*Bull. Soc. Obstét. et Gynécol.*, 10 décembre 1923), en se servant du Somnifène par voie endoveineuse pour obtenir l'accouchement indolore, recherches dont les résultats d'ailleurs ont été confirmés par les communications de P. Delmas, De Rouville, Riss, Dujol, Madon, Roume, Clément, etc. (*Bull. Soc. Obstét. et Gynéc.*, N°s 4 et 5, 1924), R. Perlis, dans le service de P. Fredet, à l'Hôpital de la Pitié, a cherché à utiliser ce même procédé pour obtenir l'anesthésie générale et il semble bien que son but ait été atteint. (*Bull. de la Société Nationale de Chirurgie*, Paris, 25 juin 1924). Le travail actuel est une parfaite mise au point de la question.

On peut, en effet, avec le somnifène, en obstétrique, obtenir l'anesthésie, mais conserver les réflexes, afin de permettre à un acte physiologique de s'accomplir normalement en supprimant seulement la douleur; et en chirurgie, ce médicament permet également d'obtenir l'anesthésie générale chirurgicale complète, en supprimant complètement les réflexes et la défense musculaire.

En obstétrique, aussi bien qu'en chirurgie, il ne paraît pas exister de contre-indications à l'emploi du somnifène; d'après les recherches faites très minutieusement dans le service de P. Fredet, ce produit semble dépourvu de toxicité. Il peut être utilisé aussi bien chez les primipares que chez les multipares : il s'agit d'attendre que le travail soit nettement commencé; celui-ci se poursuit normalement; le temps de dilatation est nettement diminué, la période d'expulsion est le plus souvent accélérée; et on n'a jamais constaté d'effet nocif, ni sur la mère, ni pour l'enfant. Les femmes qui ont accouché au somnifène se déclarent absolument enchantées et résolues à ne jamais accoucher autrement.

La technique est simple : il s'agit d'injecter lentement (2 ou 3 minutes), dans une veine du pli du coude, une dose variant de 6 à 9 cc. (selon le poids et l'état général de la parturiente), jusqu'à ce que le sommeil soit

obtenu : ce sommeil dure de 3 à 5 heures. Parfois, au moment de l'expulsion et de la délivrance, la femme reprend une demi-conscience, mais elle se rendort tranquillement dès que tout est terminé : il est facile de la tirer de ce sommeil, ou plutôt de cette somnolence qui dure de 12 à 24 heures, période pendant laquelle il est nécessaire de l'inciter à boire, à manger, à uriner, ce qu'elle fait alors très volontiers.

Pour obtenir l'anesthésie chirurgicale, la technique est la même; toutefois il importe de pratiquer une demi-heure avant environ une injection de scopolamine-morphine, de morphine seule ou de pantopon. L'injection endoveineuse de somnifène est toujours pratiquée identiquement, c'est-à-dire très lentement jusqu'à l'obtention du sommeil (2 à 3 minutes) les doses varient de 5 à 10 centimètres cubes selon le poids, l'âge et l'état général du sujet; l'anesthésie dure 3 heures au minimum, ce qui permet de faire sans se hâter les interventions les plus longues; l'opération terminée, les malades dorment également de 12 à 24 heures, d'un sommeil tranquille dont on doit les tirer pour les faire boire, manger, uriner, etc.

Quelques remarques s'imposent tout de suite :

C'est que l'injection endoveineuse de Somnifène « Roche » permet au chirurgien d'opérer sans aide, le cas échéant; d'autre part, toute vapeur toxique ou inflammable est, de cette manière, supprimée; comme le malade ne vomit jamais, on peut, en lui donnant, lorsque c'est possible, à boire et à manger, obvier aux inconvénients de la soif ou de l'acidose du jeûne; de plus, il semble bien, d'après toutes ces recherches, qu'il n'y ait point à craindre de syncope, ni d'action nocive sur les poumons, le foie et les reins; bref, il apparaît que ce nouveau mode d'anesthésie, inoffensif, de technique facile, d'efficacité certaine, très bien accepté et même réclamé par les malades, aussi bien que par les parturientes, marque un progrès sensible sur les procédés d'anesthésie utilisés jusqu'ici et mérite d'être encore plus largement expérimenté.

**Syphilis secondaire arséno-résistante
avec Bordet-Wassermann
et Hecht négatifs**

par G. LACAPÈRE

Bull. Société Dermatologie, 1924, p. 267

Chez une femme, une éruption de syphilides psoriasiformes, accompagnée de syphilides commisurales érosives

présenta à trois reprises un Wassermann et un Hecht négatifs. Le traitement par 914 resta inopérant. Cette observation montre la possibilité de l'existence d'une RW négative dans un cas de syphilis secondaire non traité.

tée; peut-être ce résultat paradoxal est-il dû à la résistance à toute thérapeutique de ces syphilides secondaires.

La plupart des contradicteurs confirmèrent l'opinion de L.; seul Rubinstein maintint que le BW est positif dans 100% des syphilis secondaires non traitées.

E. C.-H.

**Recherches sur l'étiologie
des eczémas des nourrissons;
eczéma et tuberculose; eczéma et syphilis**

par A. BOUTELIER
Ann. Derm., Juillet 1924, p. 425

Partant de ce principe que l'alimentation défectueuse ou mal réglée ne suffit pas à expliquer tous les eczémas des nourrissons, B. a cherché s'il n'existait pas dans ces cas une diathèse spéciale, influencée par l'une ou l'autre des deux grandes infections chroniques : la syphilis et la tuberculose. Il a recueilli vingt observations et il a recherché systématiquement la syphilis au triple point de vue clinique, sérologique et anamnestique, quelquefois aussi au point de vue thérapeutique. Il en conclut que la syphilis paraît certaine dans quatre cas; probable ou possible dans sept cas; absente dans neuf cas.

En ce qui concerne la tuberculose que Milian considère comme à l'origine de l'eczéma vésiculeux, B. a pratiqué sur ses vingt nourrissons une cuti-réaction de Von Pirquet; elle a été vingt fois négative. Il en conclut que, s'il est possible que l'eczéma des adultes soit, comme le dit Milian, une tuberculide, l'eczéma des nourrissons semble n'avoir aucun rapport avec la tuberculose.

E. C.-H.

**Mort rapide dans l'eczéma
chez les nourrissons**

par HUDELO et LOUET
Bull. Société Dermatologie, Avril 1924

Les auteurs rapportent deux observations de mort rapide chez des nourrissons eczémateux, après un syndrome d'infection grave (convulsions, cyanose, dyspnée intense, hyperthermie à 40°). La mort survient en quelques heures; l'autopsie, pratiquée dans un cas, n'a permis de constater qu'un état congestif intense des viscères; les recherches pratiquées n'ont pu mettre en évidence aucun germe pathogène, ni dans les vaisseaux, ni dans les tissus.

Les A. rapportent qu'à la suite d'hémocultures positives, Hutinel et Rivet avaient pensé qu'il s'agissait dans ces cas d'une infection suraiguë, mais que les recherches de Turquet, confirmées par leurs propres observations, battent cette hypothèse en brèche.

Deux faits sont particulièrement intéressants à noter : il n'avait été fait aucune thérapeutique externe active sur ces eczémas, et la mort est survenue dans la première journée de séjour à l'hôpital.

Dans la discussion qui suivit cette présentation, Flandin signala l'analogie du syndrome de ces malades avec un choc anaphylactique grave — et Leredde affirma qu'il s'agissait là simplement de mort subite chez un hérédosyphilitique, l'eczéma du nourrisson relevant d'après lui de la syphilis héréditaire. Balzer recommande aux médecins de penser à ces cas malheureux et de faire toujours quelques réserves pronostiques en présence d'un eczéma de nourrisson.

E. C.-H.



LE FOU ET L'AUTRE

L'Académie de Médecine, d'une part, et le Parlement, d'autre part, — nous raconte **Excelsior**, — se préoccupent des fous sortis avant complète guérison des asiles d'aliénés. Toute mesure de sécurité sera bienvenue. Mais, comment distinguer, à moins d'être spécialiste, un véritable fou d'un humain ordinaire ?

A ce sujet, le docteur Blanche, le célèbre médecin aliéniste, racontait cette anecdote :

— Un savant étranger, de passage à Paris, manifesta un jour le désir de manger avec un fou. Le lendemain, le docteur le traitait à sa table en compagnie de deux autres convives.

« L'un vêtu de noir, cravaté de blanc, avec un regard froid, un front chauve, des lunettes d'or et toutes les façons polies d'un homme du monde authentique, salua, mangea, but et parla à peine.

« L'autre, au contraire, les cheveux ébouriffés, l'habit bleu bouffonné à la diable, la chemise débraillée, la cravate flottante, se servait, causait, avalait en même temps, entassant histoires sur histoires et mélangeant sans ordre l'antiquité et l'actualité.

« A la fin du repas, le savant étranger, désignant ce fantastique personnage dont la parole vertigineuse et la verve intarissable menaçaient de ne point s'éteindre d'ici peu, dit au docteur Blanche :

— Je vous remercie, votre fou m'amuse beaucoup !

— Comment, répondit l'aliéniste... Mais ce n'est pas lui qui est fou, c'est l'autre, celui qui n'a presque rien dit !

— Mais, alors, quel est donc celui qui parle tant ?

— Celui-là !... C'est M. de Balzac !

LA BOSSE D'ANATOLE FRANCE

C'est le maître lui-même, dont on vient de célébrer le 80^e anniversaire, qui a conté sa mésaventure, reproduite dans la **Chronique Médicale**; passons-lui la parole :

« La dernière fois que j'ai voulu faire l'emplette d'un chapeau tu-be, il y a de cela plusieurs années, voici ce qui m'advint. Le mar-

chand commença par essayer quelques coiffes; on m'avait conduit devant une glace, mais je fermais les yeux, plein d'angoisse; je sentais, comme le commis, qu'aucun des objets qu'on me posait successivement sur la tête ne pouvait s'y fixer : tantôt ils balançaient de droite à gauche et tantôt d'avant en arrière. Le chapelier, désespéré, me dit : « Nous allons vous en faire un sur mesure ». Il saisit le conformateur, vous savez bien cet instrument... La mécanique, successivement serrée et desserrée, m'écrasait sous son poids. Le vendeur se reprit au moins à dix fois, aucune des épreuves de papier pointillé qui sortaient de son poussoir ne lui donnait satisfaction, mais il ne voulait pas me l'avouer et me promit finalement de m'envoyer l'objet fabriqué à domicile. Hélas ! je ne m'éloignai pas assez vite : tandis qu'on m'ouvrait la porte je l'entendis qui, caché par un des battants de la glace à trois faces et me croyant déjà sorti, murmurait : « Il a une tête d'idiot, ce type ! » Ne riez pas, reprit M. France, c'est sérieux.

« Quelques années plus tard, je visitais un asile d'aliénés à Tourneville. Le directeur m'avait déjà présenté un certain nombre de ses pensionnaires et, devant le dernier, il me dit : « Celui-ci est un sujet extraordinaire. Il n'a plus aucun réflexe. Hi ! hi ! Vous allez voir, je vais tirer un coup de revolver, regardez bien, pas un muscle ne bougera ». L'expérience faite, le docteur ajouta : « Vous voyez : indifférent, stupide, idiot, parfaitement idiot. Ce n'est pas le premier de ce genre que j'ai vu; ses pareils et lui ont tous un signe particulier; tenez, donnez votre main, touchez son front, oui, là, au-dessus de l'arcade sourcilière, vous sentez une petite bosse, eh bien ! vous savez, c'est formel, ça ne trompe pas, tous ceux qui l'ont sont bons à enfermer ». Comme nous nous éloignons, poursuit Anatole France, l'homme est curieux, hélas ! je me passai fortement la main sur le front, j'avais la bosse ! Je restais stupide, et même, je me sentais pris d'inquiétude, je n'écoutais plus ce que me racontait mon interlocuteur, et sur le point de le quitter, je ne pus y tenir : « Docteur, regardez donc, je vous en prie; votre main, s'il vous plaît; tenez, touchez mon front, oui, là, au-dessus du sourcil, vous sentez !!! hein ? J'ai la bosse!! — Ah ! s'exclama-t-il, mais oui, vous l'avez! — Alors? fis-je. — Vous l'avez, répondit-il ».

L'ENNEMI

Il ne faut tout de même pas, dans ce perpétuel conflit, mettre tous les torts du côté du médecin.

Le médecin, parfois, peut être un brillant homme d'affaires ou un farceur solennel. Le malade est toujours un être odieux.

D'abord, c'est toujours le malade qui a commencé; ce n'est pas le médecin qui a été le chercher.

Le premier diagnostic qu'un médecin peut porter à coup sûr, quel que soit le malade, révèle nettement une crise aiguë d'égoïsme tyrannique. Le malade n'admet pas que son médecin puisse dormir ou manger comme une personne naturelle; il n'admet pas qu'il puisse passer tranquillement une heure au sein de sa famille... A toute heure du jour et de la nuit, il l'envoie quérir en grande hâte; c'est un cas urgent; si le médecin ne passe pas tout de suite, le malade va trépasser... Le médecin accourt; la personne qui lui ouvre la porte lui annonce que ça va beaucoup mieux, que d'ailleurs ce n'était rien du tout. Il trouve le moribond en train de dîner tranquillement; naturellement, il ne peut que le féliciter, et il s'en retourne vers son domicile avec l'espoir de manger un dîner refroidi ou réchauffé. Mais il ne le mangera pas encore cette fois; car, en son absence, on est venu le chercher pour un autre cas urgent, et il doit repartir tout de suite, tout de suite. C'est un autre client qui, lui aussi, use de son droit de contrôle et fait le contre-appel du soir pour s'assurer que le médecin est bien à son poste. Les clients entendent que les médecins ne s'amuse pas pendant qu'eux sont obligés de rester au lit.

Le malade a une singulière manie : il veut que son médecin lui dise ce qu'il a (comme si le médecin pouvait le savoir, alors que le malade ne le sait pas lui-même). Il veut que le médecin lui dise comment il a attrapé ça et combien de temps ça durera. S'il n'a rien, il veut que le médecin lui trouve quelque chose. S'il a quelque chose, il veut que le médecin ne lui trouve rien du tout. Car le malade tient à être rassuré, tout en restant intéressant; lorsqu'il entre en convalescence, il faut toujours lui donner l'assurance qu'il revient de loin, ce qui est pour lui une raison d'incompréhensible fierté.

Le malade n'est jamais content de rien. Il faut vraiment que les médecins aient un moral solide et un naturel jovial pour ne pas attraper un cafard chronique dans la société continuelle des malades.

La conversation des malades est monotone et assommante : ils ne savent parler que de la température (celle que marque dans leur intimité le petit thermomètre médical), de la couleur de leurs urines et de la qualité de leurs selles.

J'ai connu un médecin, fort honnête homme, qui, vers l'âge de quarante ans, cessa de pratiquer la médecine. Il donnait franchement la raison de sa retraite : « Je ne peux plus supporter la vue des malades. »

Combien d'autres, ne pouvant abandonner la pratique d'un art dont ils vivent, exercent des représailles contre leurs persécuteurs !

Au temps de Molière, les médecins se vengeaient des malades assez cruellement : ils leur reflaient la purge et ils avaient leur sang.

De nos jours, la vengeance est plus raffinée. Le médecin prive son malade de tout ce qui peut lui faire plaisir à boire ou à manger; il lui interdit le vin, l'amour et le tabac; il le consigne à la chambre pendant des semaines entières. Et, lorsque le client devient réellement impossible, il le livre au chirurgien pour être écorché vif.

Dans le conflit entre malades et médecins, c'est généralement le médecin, mieux armé, qui finit par avoir la peau du malade, bien que les malades soient supérieurs en nombre. Il est assez rare qu'un malade enterre son médecin; un médecin qu'on enterre a toujours enterré des centaines de malades.

Quand on trouve un monsieur assassiné dans un wagon, on signale la présence de deux hommes bruns qui se trouvaient près de lui à sa dernière heure.

Mais, quand un monsieur ou une dame meurt dans son lit, vous pouvez interroger ses proches : quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, la personne qui se trouvait au chevet du défunt à sa dernière heure était un médecin.

G. de la Foucardière.

(« L'Œuvre ».)



Revue Tunisienne des Sciences Médicales

et Tunis-Médical réunis

OCTOBRE 1924

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Sur quelques observations d'accouchements sans douleurs

par M. Jules SCEMLA, Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Les difficultés auxquelles on se heurte en matière d'analgésie obstétricale sont de plusieurs ordres.

Il faut tout d'abord que la suppression de la douleur ne modifie en rien l'évolution de l'acte physiologique qu'est la parturition.

Par ailleurs, la méthode employée ne doit être aucunement préjudiciable à la mère ni à l'enfant et ceci pendant et après l'accouchement.

Ces conditions essentielles paraissent encore presque irréalisables au temps où Pinard étudiait dans sa thèse d'agrégation « l'action comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine chez la femme en travail ».

De nombreux essais ont été tentés par la suite, surtout ces temps derniers, depuis que la question a été mise à l'ordre du jour du Congrès de Genève du 9 août 1923 (III^e Congrès de l'Association de Gynécologues et Obstétriciens de langue française).

Nombreux expérimentateurs écartant les anesthésiques généraux comme l'éther et le chloroforme, se sont particulièrement adressés aux hypnotiques dérivés, soit de l'opium, soit de l'urée.

La morphine, dont l'action sédative est évidente, peut entraîner fréquemment la souffrance fœtale et ralentir par ailleurs le travail jusqu'à l'inertie utérine.

L'emploi simultané de la morphine et de la scopolamine fut tenté pour la première fois en Allemagne.

La méthode décrite sous le nom de *Dammerschlaff* eut d'abord un retentissement considérable. Elle fut ensuite employée en Amérique et en Angleterre sous le nom de « Twilight Sleep » ou Sommeil Crépusculaire. Malgré son succès, elle ne paraît pas avoir donné des résultats pleinement satisfaisants. Si la scopolamine diminue en effet efficacement, les douleurs en produisant un véritable état d'amnésie, l'action paralysante de la morphine sur la fibre utérine n'en reste pas moins l'écueil redoutable de la méthode.

Avec les hypnotiques de la série uréique, ce grave inconvénient paraît au contraire écarté. Mais alors intervient la question de toxicité plus ou moins grande des produits. C'est ainsi que le dial, le véronal, le luminal ont été employés tour à tour avec des résultats fort variables. A petites doses, ils ne produisent pas de sédation suffisante; à fortes doses, ils sont toxiques et entraînent des accidents sérieux comme il en a été signalé pour le luminal.

Certains auteurs ont alors tenté d'associer ces produits aux dérivés de l'opium. La Tachine ou dial-dionine, l'Hémypnone ou dial-héroïne-chloracetone ont eu des fortunes diverses. Mais aucune de ces drogues ne semble avoir fait nettement ses preuves.

Plus intéressante est la méthode décrite par Rapin, au Congrès de Bruxelles de 1919. Elle consiste dans l'emploi du chloral, dont la toxicité est faible, associé à une petite quantité de chlorure d'éthyle vers la fin du travail.

Mais les résultats les plus nets et les plus intéressants sont ceux qui ont été obtenus avec le diéthylisopropylbarbiturate de diéthylamine déposé dans le commerce sous le nom de somnifène.

Ce produit offre l'avantage d'être d'une toxicité nulle aux doses utiles comme en témoignent les travaux de Redonnet (1) et de G. et D. Bardet (2).

Son usage en médecine est courant et sa bénignité connue.

En chirurgie, il a été préconisé comme adjuvant de l'anesthésie générale par D. Bardet en 1921 et plus récemment par P. Fredet et R. Pierlis (3). Ces auteurs, en particulier, dont l'expérience s'étaye sur une soixantaine de cas, se sont attachés à démontrer par des ob-

(1) REDONNET. — *Archives internationales de Pharmaco-dynamie et de Thérapie*, 1920.

(2) G. et D. BARDET. — Contribution à l'étude des hypnotiques uréiques. — *Bulletin Général de Thérapeutique*, 1921.

(3) P. FREDET et PIERLIS. — *Bulletin et Mémoire de la Société Nationale de Chirurgie*, juin, 1924.

**INDICATION DE LA MÉDICATION
ARSENOPHOSPHORÉE ORGANIQUE**

*Le Biogenol est un composé tonique et
reminéralisateur à base d'un produit nouveau
dont l'équivalent n'existe pas dans
la pharmacopée
ordinaire*

BIOGENOL

NEURASTHÉNIE
DÉBILITÉ. TUBERCULOSE
PRÉTUBERCULOSE. CROISSANCE
RACHITISME. CACHEXIES
ÉPUISEMENT. GROSSESSE
ANÉMIES. CONVALESCENCES
SURMENAGE

FORMES:

*Granulé, liquide, gouttes,
ampoules, serum, cachets*

ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE

LABORATOIRE DEMASLES - VIENNE (Isère)

R. C. Vienne N° 4.276

LABORATOIRES
DUMOUTHIER
11, Rue de Bourgogne - PARIS

CHLOROFORME ANESTHÉSIQUE DUMOUTHIER
en ampoules de 60 gr., 30 gr. et 15 gr.

ETHER ANESTHÉSIQUE DUMOUTHIER
en flacons de 125 gr. et de 100 gr. et en ampoules de 60 gr.

CAMPHROIL (HUILE CAMPHRÉE AU DIXIÈME) DUMOUTHIER
pour injections intraveineuses et intramusculaires en ampoules de 2 cc.

BROMURE DE RADIUM DUMOUTHIER
en ampoules de 2, 5 et 10 microgrammes

VEROCAINE FRANÇAISE DUMOUTHIER
en ampoules pour anesthésie locale et rachianesthésie.

Laboratoires FOURNIER Frères - Paris

BIOLACTYL

Ferment lactique Fournier

(Antiseptie de l'Intestin)

CULTURE LIQUIDE

CULTURE SÈCHE

BILEYL FOURNIER

Extraits biliaries

Ictères

Cholémie

Lithiases

Entérite muco membraneuse

ENDOCRISINES FOURNIER

Extraits totaux

préparés à froid

dans le vide

Thyroïdine

Rate

Moelle osseuse

Ovarine

Hypophyse

Surrénale

Rein

Orchitine

Cervicale

Foie

Placenta

Gastrique

Mamelle

Pancréas

Os frais

Parathyroïde

Thymus

Prostate

servations minutieuses et des explorations multiples, l'absence de toute influence du produit sur le fonctionnement du cœur, du foie et du rein.

En obstétrique, Cerné fit les premiers essais dont les résultats furent encourageants.

Notre maître M. Cleisz et M^{lle} Pierlis reprirent les expériences en modifiant la technique par l'emploi d'injections intraveineuses. L'analyse des dix-sept cas présentés à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, montre que la drogue fut chaque fois pleinement efficace dans la lutte contre l'élément douleur.

Ayant eu l'avantage de prendre part à de nouveaux essais tentés par M. Cleisz, à la Maternité, nous devons à son obligeance l'autorisation de publier ces quelques cas d'analgésies obstétricales obtenus par sa méthode.

Ces observations n'ont nullement la prétention d'apporter un jour nouveau à la question. Elles n'ont d'autre but que de mettre en lumière les résultats particulièrement intéressants d'un procédé dont le moins qu'on puisse dire est qu'il s'impose à l'attention de tous les cliniciens.

OBSERVATION I. — R. J... Maternité obs. n° 2514. Primipare de 37 ans. Rien à retenir des antécédents personnels et héréditaires. Dernières règles le 10 décembre 1923.

7 septembre 1924. — 16 heures : rupture prématurée des membranes.

8 septembre. — 6 heures : premières douleurs.

7 h. 30 : Admise à la Maternité. A l'examen on trouve : hauteur utérine 30 cm. Dos à droite, tête fixée. Bruits du cœur normaux. — Au toucher : tête amorcée, col en voie d'effacement, dilatation lenticulaire.

9 h. 30 : Tête engagée dans la partie haute de l'excavation; dilatation entre 0,50 et 1 franc.

11 h. 40 : Dilatation comme 2 francs. — Contractions fréquentes, toutes les deux minutes en moyenne, mais peu efficaces et de courte durée (30 secondes).

11 h. 53 : Injection intra-veineuse de 8 cc. de somnifène; sommeil immédiat. Pourtant un vomissement alimentaire. Femme calme, sauf aux moments des contractions qui sont accusées par quelques mouvements des membres inférieurs. Les contractions sont enregistrées pendant tout le travail. On constate que les intervalles sont plutôt augmentés (trois ou quatre minutes) mais les contractions plus longues et plus intenses.

14 h. 10 : Dilatation comme grande paume, sommet profondément en-

gagé en droite transversc. Bruits du cœur normaux. Par ailleurs, sommeil profond.

14 h. 40 : Dilatation complète. Progression très lente de la tête dont la position est la même. Liquide teinté. Bruits du cœur un peu rapides.

15 h. 20 : Application de forceps en D. T. pour défaut de progression et accélération des bruits du cœur. Rotation difficile. Extraction d'un garçon pesant 2.450 grammes, qui naît étonné. Cri normal après quinze minutes de soins.

16 heures : Délivrance naturelle et complète. Poids de l'A. F. 410 gr.

21 heures : Réveil. La femme est étonnée d'être accouchée. Pas d'agitation. Pouls : 80; Température : 38°8.

9 septembre. — Température 38°9 et pouls 80 le matin. Mais le soir chute de la température qui reste normale jusqu'à la sortie.

Sortie au 11^e jour. — Enfant pesant 2.536 grammes.

OBSERVATION II. — G. G... Maternité. Observation n° 2486. Primipare de 20 ans. Dernières règles le 28 novembre 1923.

4 septembre 1924. — 20 heures : Admise à la Maternité. En travail depuis deux heures. A l'examen on trouve : Hauteur utérine 32 cm. Sommet engagé en droite col incomplètement effacé, dilatable comme o fr. 50.

5 septembre 1924. — 4 heures : Rupture prématurée des membranes.

11 heures 15 : Sommet dans la partie moyenne de l'excavation en D. T. Col souple dilaté comme 5 francs.

11 h. 25 : Injection de 8 cc. de somnifène. Sommeil immédiat. Résolution musculaire complète. Pouls calme, respiration normale. Aucun mouvement même pendant les contractions.

11 h. 35 : Injection intra-musculaire de 1 cc. d'Extrait d'Hypophysaire Choay n° 4. Pendant dix minutes contractions très fréquentes, puis espacées régulièrement toutes les deux minutes et s'accompagnant d'une légère agitation. Sommeil toujours profond.

12 h. 35 : Dilatation complète. La femme fait des efforts inconscients d'expulsion. La tête apparaît à la vulve.

13 h. 10 : Accouchement spontané en O. P. Enfant criant normalement après quelques minutes de soins. Poids : 2.300 grammes.

14 heures : Délivrance naturelle et complète. Pouls : 92; Température : 37°2.

21 heures : La femme se réveille, demande à boire et se rendort jusqu'au lendemain. Aucun souvenir de l'accouchement. Suites normales et apyrétiques. — Sortie au 11^e jour. Enfant pesant alors 2.650 grammes.

OBSERVATION III. — G. G... Maternité Obs. 2535. Primipare de 31 ans. Dernières règles le 13 décembre 1923.

10 septembre 1924. — Entre à la Maternité à 7 heures du matin. Rupture prématurée des membranes le même jour à 3 heures.

9 h. 30 : A l'examen : Hauteur utérine 36 centimètres. Obliquité droite très marquée. Dos à droite. Bruits du cœur normaux; tête engagée. — Au toucher : Dilatation entre 2 et 5 francs. Tête dans la partie moyenne; excavation en O.I.D. P. Douleurs très vives et très fréquentes.

10 h. 10 : La parturiente est très agitée, elle dit beaucoup souffrir et réclame l'injection de somnifène (Infirmière). Injection intra-veineuse de 8 cc. Sommeil profond et immédiat. Résolution musculaire. — Au toucher : Dilatation comme petite paume. Bruits du cœur rapides à 160.

10 h. 40 : Dilatation complète. Sommet en D. T. profondément engagé. Bruits du cœur toujours rapides.

11 heures : Application de forceps en D. T. Rotation pénible. Extraction d'un enfant pesant 2.950 grammes et criant presque immédiatement.

11 h. 30 : Délivrance naturelle et complète pesant 630 grammes. Pouls : 92; Température : 37°2.

15 heures : Premier réveil de courte durée. La femme se rendort. Le retour réel à la conscience a lieu le lendemain. Ne se rappelle de rien depuis le moment de l'injection. Suites de couches apyrétiques et normales. Sortie le 11^e jour. L'enfant pèse 2.900 grammes.

OBSERVATION IV. — S. J... Maternité Obs. 2603. Primipare de 21 ans. Dernières règles le 10 décembre 1923.

13 septembre 1924. — 23 heures : Premières douleurs. Admise à la Maternité. A l'examen : hauteur utérine 32 cm. Dos à droite; Tête fixée. Col incomplètement effacé. Membranes intactes.

14 septembre 1924. — 9 heures : Douleurs plus accusées. Dilatation comme 1 franc; tête dans la partie haute de l'excavation.

10 h. 55 : Tête toujours haute; Dilatation entre 2 et 5 francs; Poche des eaux intacte; Utérus tendu et hypertonique sans intervalles nets de relâchement. Contraction peu efficace. Bruits du cœur à 120.

11 h. 35 : Injection intraveineuse de 8 cc. de somnifène. Sommeil profond.

12 h. 30 : Dilatation stationnaire. Bruits du cœur à 120. Les contractions fréquentes s'accompagnent d'agitation et de plaintes.

13 h. 40 : L'accouchement n'a pas progressé. La femme s'agite et se plaint. Elle prononce des paroles incohérentes, pleure et veut s'asseoir sur son lit.

17 heures : Dilatation comme cinq francs. Col légèrement épaissi.

19 h. 20 : Petite paume.

21 h. 30' : Dilatation complète. Rupture artificielle de la poche des eaux. La femme paraît réveillée, elle répond sans trop de confusions aux questions qu'on lui pose. On la fait pousser.

23 heures : Accouchement spontané d'un garçon pesant 3.380 grammes qui crie immédiatement.

23 h. 45 : Délivrance naturelle complète pesant 540 grammes.

Température : 37°; Pouls : 73.

Le lendemain, la malade interrogée dit ne se rappeler de rien. On arrive pourtant en insistant à la faire se souvenir du moment où elle a poussé. Elle ne se rappelle pourtant pas avoir souffert. Le seul fait qui soit précis dans sa mémoire est le moment de l'injection; elle se souvient parfaitement des questions qui lui ont été posées.

Suites apyrétiques. Sortie le 12^e jour. Enfant pesant 3.475 grammes.

×

Notre intention n'est évidemment pas de tirer des conclusions de l'analyse de ces quatre observations. Celles-ci font d'ailleurs partie d'un travail d'ensemble portant sur une quarantaine de cas dont la communication sera faite incessamment par M. Cleisz.

Nous attirons néanmoins l'attention sur quelques points essentiels :

Choix des cas. — Celui-ci est absolument livré au hasard et nous nous sommes adressés de préférence aux femmes souffrant d'une façon intense quelle que soit la période de leur travail. Toutefois les essais ont été limités aux femmes sans viciation pelvienne quoique a priori la méthode ne semble pas avoir de contre-indication de ce fait.

Technique. — Quand on emprunte la voie intra musculaire, les sujets présentent une longue et pénible période d'agitation. La voie intra-veineuse permet au contraire d'obtenir un sommeil profond immédiat.

Nous préférons injecter une forte dose d'emblée plutôt que d'employer le procédé des petites doses répétées dont l'effet sédatif est insuffisant.

Cette dose varie de 6 à 8 cc., selon le poids, la durée probable du travail et les réactions de la parturiente.

Effet sur les douleurs. — Avant même qu'on ait fini de pousser l'injection, la femme ne répond plus aux sollicitations dont elle est

l'objet et tombe dans un sommeil profond. La résolution musculaire est alors complète. La sensibilité cutanée est presque abolie, les réflexes tendineux de même. Pourtant les réflexes de défense persistent. La respiration est calme, le pouls normal, la tension maxima subit une baisse légère mais momentanée. Pendant la première heure, les contractions utérines s'accompagnent de petits mouvements des membres en même temps que le rythme respiratoire s'accélère légèrement. Puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à la contraction suivante. Mais à mesure que l'effet de la drogue diminue, l'agitation est plus marquée, s'accompagnant de mouvements convulsifs, de plaintes et de gémissements.

Cet état dure en moyenne cinq à six heures. Le réveil est progressif, la femme reste ainsi somnolente pendant plusieurs heures dans une demie conscience. Si l'accouchement n'est pas terminé à ce moment, elle pousse comme à l'état de veille mais les douleurs sont considérablement atténuées. Interrogée le lendemain, elle n'a plus aucun souvenir d'avoir souffert et toujours les faits précis remontent au moment de la piqûre.

Effet sur la contraction utérine. — Non seulement le travail n'est pas ralenti, mais les contractions se rapprochent et deviennent plus efficaces. C'est là le fait capital signalé par M. Cleisz et M^{lle} Pierlis.

La période d'expulsion est par contre un peu retardée. La femme pousse mal surtout au début; mais à mesure que la tête appuie sur le périnée, les efforts d'expulsion deviennent plus efficaces. L'accouchement spontané est la règle.

Pourtant nos observations relatent deux applications de forceps. Il y a là, tout d'abord une coïncidence car nos observations ont été recueillies rigoureusement au hasard pour garder un caractère scientifique à notre travail. Par ailleurs, signalons qu'une des applications de forceps a été faite chez une primipare de 37 ans.

La délivrance se fait normalement dans les délais habituels. Nous n'avons pas constaté d'hémorragies comme certains auteurs l'ont signalé.

Effets sur l'enfant. — La souffrance fœtale est rare et les quelques cas relatés ne peuvent pas être uniquement incriminés au somnifère. Tel est le cas de l'observation III où l'enfant présentait déjà des bruits de cœur rapides au moment de l'injection.

Les enfants ne crient pas toujours dès la naissance, pourtant ils

respirent normalement et ne sont donc pas en état de mort apparente.

Leur état est comparable à celui des enfants extraits par césarienne. Ils sont comme leur mère, sous l'effet de l'anesthésique et dorment pendant quelques heures qui suivent leur naissance.

Suites de couches. — Enfin celles-ci sont normales. Il n'y a aucune atteinte de l'état général de la mère et de l'enfant. Tous les enfants, à la sortie de la Maternité, ont repris leur poids de naissance.

Tels sont les résultats obtenus par la méthode de M. Cleisz et M^{lle} Pierlis. Il nous a paru intéressant de les signaler.



L'asthénie mélitococcique

par le Docteur **CASSUTO**

Si l'« asthénie » est une manifestation courante de la plupart des états infectieux; si ce symptôme est un élément du syndrome toxi-infectieux il n'en revêt pas moins suivant les infections ou les individus une prédominance ou une forme particulière, asthénie nerveuse, musculaire, cardiaque. Mais dans la plupart des infections connues, l'asthénie est concomittente avec d'autres symptômes, ou bien, si elle précède l'écllosion du tableau clinique, ce n'est que pendant les dernières heures de l'incubation. En général, l'asthénie d'origine toxi-infectieuse augmente avec l'évolution de la maladie pour atteindre souvent son maximum pendant la convalescence, comme dans la grippe. Il semble qu'il n'en soit pas ainsi dans la mélitococcie :

J'avais déjà été frappé de la longueur de la période de fatigue générale qui précède, d'après les malades, la période fébrile de la mélitococcie. La plupart des mélitococciques vous disent que bien avant qu'ils n'aient constaté d'état fébrile ils se sentaient très fatigués. Les quatre observations que je vais vous communiquer présentent cette particularité que les malades ont été suivis dès le début de cette période asthénique prémonitoire de la fièvre méditerranéenne. Je ne les rapporte que pour vous inviter à penser à la mélitococcie en présence d'un asthénique, de même que vous pensez à la pré-tuberculose, à l'azotémie, au diabète, à l'hyposphyxie ou à la neurasthénie pure.

OBSERVATION I. — E. S..., courtier en céréales, 35 ans, homme très actif, sans antécédents pathologiques notables, vient me consulter vers le 15 juin 1923, parce qu'il se sent très fatigué. Son asthénie s'accompagne d'anorexie et d'insomnie. Ce malade se plaint surtout de ne plus pouvoir faire ses courses : le moindre effort musculaire ou intellectuel lui est pénible. Les fonctions digestives se font normalement, les urines ne présentent ni sucre ni albumine. Le cœur est normal à l'auscultation, mais l'on constate de la dyspnée d'effort et une légère tachycardie. Légère hypotension avec P. D. diminuée 13-10. Pas d'hyperviscosité sanguine. Réflexes normaux.

Je fais le diagnostic d'attente de neurasthénie pure, à la suite d'hyperactivité intellectuelle et le soigne comme tel : strychnine glycéro-phosphate, repos, etc.

Cependant l'asthénie augmente et le malade me revient quelques jours après, très inquiet : il est angoissé, son émotivité est considérable, il ne peut pas croire qu'il n'est pas gravement malade; il passe son temps à s'observer faisant examiner ses urines tous les jours, prenant sa T° plusieurs fois par jour, sans constater rien d'anormal. Il me demande un examen de sang : l'azotémie est normale et le Wassermann sanguin est négatif.

Cet état neurasthénique durait depuis trois semaines, quand, appelé au près du malade je constatai, pour la première fois, un état fébrile accompagné de légères arthralgies sans aucune autre localisation clinique.

Un séro-diagnostic pratiqué à cette époque fut positif à 1/200 pour le mélitensis et une réaction de Burnet pratiquée deux jours après, se montra franchement positive.

Depuis, la mélitococcie évolua sans présenter d'autre particularité que la diminution de l'état psychasthénique à la convalescence.

Trois mois après, le malade guéri, put reprendre ses occupations normales.

×

OBSERVATION II. — Femme de 28 ans, nourrissant un bébé de dix mois. Excellente nourrice jusque là. A la suite d'une légère indisposition de son enfant qui l'avait considérablement émue, cette femme commence à se plaindre de fatigue générale et d'anorexie, de dégoût pour tout. En quelques jours son lait se tarit en même temps qu'elle arrive, pour ainsi dire, à perdre son « pouvoir » et son « vouloir ». Assise sur un canapé, elle semble un être détachée de ce monde et elle ne s'éveille de temps en temps de son apathie que pour pleurer et déclarer qu'elle n'est plus bonne à rien et qu'elle va bientôt mourir. L'examen clinique ne décèle qu'un syndrome hyposphyxique caractéristique, hypotension, hyperviscosité, légère azotémie.

Cet état psychasthénique avec angoisse et mélancolie dure pendant quinze jours environ.

J'avoue avoir diagnostiqué une forme de folie post-puerpérale et avoir conseillé l'isolement de la malade, quand, en trois jours, s'installa un état fébrile assez notable, plateau avec 38°5 le matin et 39° à 40° le soir, sans rien d'anormal du côté du thorax ou des organes abdominaux. Un séro-diagnostic pratiqué le 5^e jour fut négatif, mais la réaction de Burnet pratiquée le 8^e jour, était franchement positive. Plus tard, vers le 30^e jour, séro-diagnostic positif à 1/200 pour le mélitensis. L'évolution de cette fièvre fut aggravée par des complications cardio-rénales, mais la psychasthénie du début disparut petit à petit et il est remarquable que pendant la convalescen-

ce de cette longue et grave mélitococcie la malade présenta beaucoup moins d'asthénie que pendant l'incubation.

×

OBSERVATION III. — N. S..., peintre en bâtiment, vient me consulter, en mai 1924, parce que depuis quelques jours il ne peut travailler que trois heures par jour. Il se plaint de fatigue générale et d'insomnie et ne sait à quoi les attribuer.

Comme dans les cas précédents, l'examen clinique est négatif, mais instruit par les observations précédentes et tenant compte du fait que ce peintre habitait un quartier particulièrement infesté par la mélitococcie et voisinait avec un ménage de malades que je soignais dans la rue Tronja, je lui demandais de prendre sa T° très régulièrement, quatre fois par jour.

Ce n'est qu'au 8^e jour de cette période d'observations pendant laquelle la dépression du malade augmenta notablement, ce n'est, dis-je, qu'au 8^e jour que l'on commença à noter de l'élévation de la T°. Cette mélitococcie dont le diagnostic a été confirmé par la réaction de Burnet, eut une évolution. Quelques jours avant la fin de la période fébrile, le malade avait déjà repris confiance en lui-même et son asthénie générale commençait à disparaître.

Guérison en 45 jours. — Vaccinothérapie.

×

OBSERVATION IV. — Il s'agit ici de la mère d'un jeune homme que je soignais depuis un mois, pour une fièvre méditerranéenne, mais que je n'avais pas vu pendant l'incubation de cette infection.

Cette mère très dévouée avait ajouté aux soucis et aux fatigues de son ménage, les soins à donner à son enfant. Quand au bout d'un mois elle se plaignit d'être très fatiguée, très déprimée, je m'expliquai d'abord cette asthénie par la vie qu'elle avait menée depuis un mois. Mais, rapidement, cette asthénie générale surtout musculaire se transforma en une véritable psychasthénie avec hypotension et raie blanche de Sergent et ce n'est que dix jours après le début de cet état que commença la période fébrile d'une mélitococcie qui évolua d'ailleurs sans complications vers la guérison obtenue au bout de soixante-dix jours.

Il est à noter que chez ces quatre malades l'asthénie que je nommerai prémonitoire de leur mélitococcie, a revêtu une forme plutôt psychique, nerveuse. Il est à noter aussi que cette asthénie a été surtout accentuée avant l'apparition de la période fébrile et pendant les premiers septénaires. Avant même d'entrer en convalescence, ces quatre

malades manifestaient beaucoup moins de dépression qu'au début de leur maladie.

L'asthénie mélitococcique paraît donc, au moins dans certains cas, être l'inverse de l'asthénie post-grippale avec laquelle elle présente ce caractère commun d'être surtout une psychasthénie.

La toxi-infection mélitococcique a-t-elle au moins au début une prédilection marquée pour le système endocrinien ou le système sympathique ? On pourrait y penser en présence de signes d'hyposphyxie ou d'insuffisance surrénale présentés par ces malades. C'est un des nombreux problèmes que pose l'étude de la fièvre méditerranéenne. Je n'ai voulu, par cette simple note qu'attirer votre attention sur les caractères de cette période asthénique qui paraît précéder assez souvent l'éclosion fébrile de la mélitococcie.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 10 Octobre 1924

Présidence du D^r CASSUTO, *président*

Sont présents : MM. les docteurs Comte, Henry, Aldo Debache, Maurice Uzan, Enriquez, Barsotti, Bismuth, Hector Bonan, Bessis, Lemanski, Cohen-Hadria, Spezzafumo, Rogalski, Gérard, Soria, Cassuto, Benmussa, Salvo, De Lagoannère, Goéré, G. Lévy, Nunez, Lallom, Sfez, Doméla, Chemla, Féré, Lumbroso, Cortési, Moschiano, M^{me} Raymond, Pérez, E. Lévy, Montefiore, Solal, Bouquet, Disegni, Conseil, Masselot.

×

Admissions. — A l'unanimité sont admis comme membres titulaires : M^{me} RAYMOND DE GENTILE et M. le D^r R. BARSOTTI.

×

Discours du docteur CASSUTO, Président sortant :

MES CHERS COLLÈGUES,

Vous m'avez appelé, il y a un an, au très grand honneur de presider nos séances et de diriger les destinées de notre Société pendant l'exercice 1923-1924. Je sais, hélas, devoir surtout cet honneur au privilège de l'âge, mais je sais aussi que vous avez voulu par là, reconnaître mes efforts continus à servir notre groupement depuis sa fondation.

Je vous remercie encore une fois de votre précieux témoignage de sympathie et vous suis particulièrement reconnaissant d'avoir facilité la tâche de votre président annuel par l'empressement que vous avez mis à illustrer nos réunions, par l'aménité et la courtoisie qui ont caractérisé nos discussions et surtout par la belle concorde qui n'a cessé de régner parmi les membres de notre Compagnie, arrivée aujourd'hui à comprendre la presque totalité du corps médical tunisien.

Nos remerciements vont spécialement à notre Vice-Président le docteur Soria dont le dévouement aux intérêts de notre Société n'a plus besoin d'être vanté... il devient presque légendaire. Ce n'est qu'à grand'peine que nous avons pu vaincre sa modestie et le décider à accepter d'être candidat à la Présidence pour 1924-25, tout en continuant à diriger l'adminis-

tration de notre Revue dont les résultats pécuniaires sont très brillants. Je n'en dirai pas plus, pour laisser à notre collègue le plaisir de vous les exposer lui-même.

Je remercie aussi très sincèrement notre secrétaire général, le docteur Gérard, qui a bien voulu assurer la publication de notre Revue pendant ces trois derniers mois. Il s'en est d'ailleurs fort bien tiré malgré la canicule et la pénurie de copie.

Notre Trésorier, le docteur Salvo, a, comme les années précédentes, admirablement géré notre caisse. Je vous propose de le nommer « Trésorier perpétuel ».

Merci à tous les autres collègues du Bureau de leur précieuse assistance.

Merci surtout à mes collaborateurs du Comité de lecture de la Revue dont la tâche est assez souvent pénible, difficile, mais qui ont tenu à garder à notre Revue l'allure sérieuse et documentée qu'elle a su acquérir au cours de ces dernières années.

Je ne terminerai pas ce palmarès sans une mention tout à fait spéciale à trois jeunes et précieux collaborateurs, les docteurs Benmussa, M. Uzan et Cohen-Hadria.

Benmussa a continué à rapporter avec art et exactitude les discussions de nos séances. Il vous lira tout à l'heure un compte-rendu des travaux de notre Société, il vous proposera un programme de travaux pour l'année à venir. Qu'il me soit permis cependant de noter moi-même les résultats pratiques de la publication de nos travaux sur la fièvre typhoïde en Tunisie. Les numéros qui ont publié cette enquête m'ont été demandés d'un peu partout; plusieurs exemplaires ont été vendus au public par les soins des libraires et, je suis pour ma part convaincu que si la population tunisienne a, au cours de ces derniers mois, accepté très facilement et même réclamé la vaccination préventive T.A.B. nous le devons surtout à la publication de la courbe qui nous a été prêtée par nos confrères militaires et qui démontre d'une façon si évidente les bienfaits de la vaccination préventive. Combien de fois, pour ma part, il m'est arrivé de vaincre des résistances, de venir à bout de la pusillanimité de mes clients et de leur faire accepter cette vaccination après leur avoir simplement montré et expliqué cet éloquent diagramme.

Nos jeunes confrères, Maurice Uzan et Cohen-Hadria ont assumé presque entièrement la rubrique des Analyses publiées par notre Revue. Je remercie personnellement nos jeunes collègues de leur précieuse collaboration et vous demande de souligner ces remerciements par un vote de félicitations. Je souhaite ardemment que leur exemple soit suivi par d'autres confrères.

Médication externe
antirhumatismale et analgésique



Baume RHODIA

au Rheumacylal
(Salicylate de Glycol solubilisé).

Succédané du Salicylate de Méthyle

NON RUBÉFIANT

ODEUR AGRÉABLE

NE GRAISSE PAS

S'ABSORBE RAPIDEMENT

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS :

Laboratoire des Produits "USINES DU RHÔNE", 21, Rue Jean Goujon, PARIS (8^e).

Manifestations Rhumatismales
et Goutteuses



ANTISEPTIQUE
ANALGÉSIQUE

DISSOLVANT

DE L'ACIDE URIQUE & DES URATES

SANS ACTION SUR

LE CŒUR ET LE SYSTÈME NERVEUX

Granulés effervescents

Comprimés à 0 gr. 30

LABORATOIRE
DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"

L. Durand, Pharmacien
21, Rue Jean Goujon
PARIS (8^e)

L'Assurance Médicale Française

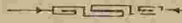
(Ancienne « ANCRE MEDICALE »)

Société Mutuelle d'Assurances à cotisations fixes

administrée et dirigée exclusivement par des médecins

Siège Social : 1, Quai de la Pêcherie — LYON — Tél. Barre 36-86

C^o C^o postal Ancre-883 - Lyon Adr. Télég.: « SOLYONASSUR-LYON »



R. de C. (Lyon), N. B. 3643

Branches Principales :

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

ACCIDENTS - MALADIES

LOCOMOTION Responsabilité civile.

INCENDIE (Risques mobiliers et immobiliers)

Pas d'Actionnaires et pas de dividendes à servir.

Ristournes aux Assurés sur les bénéfices annuels

Fonds de Réserve et de Prévoyance dépassant 1.000.000

Indemnités payées pour sinistrés : Plus d'Un Million (à fin 1923)

Pour tous renseignements, écrire au Siège Social à :

M. NORBERT DESCHAMPS, inspecteur pour l'Afrique du Nord

MÉDICATION GAÏACOLÉE INTENSIVE

"Résyl"

ÉTHER GLYCÉRO-GAÏACOLIQUE SOLUBLE

Traitement efficace
des affections broncho-pulmonaires
du Lymphatisme
de la Scrofule
de la **Tuberculose**
dans toutes ses manifestations

Le **Résyl** réalise l'antiseptisme pulmonaire et possède tous les avantages de la médication créosotée

sans aucun de ses inconvénients.

Sous son influence, la sécrétion bronchique se tarit, la toux s'apaise, les lésions cessent d'évoluer puis se cicatrisent, le poids augmente, les sueurs disparaissent, l'état général devient meilleur.

Trois formes { a) Sirop, flacon de 20 doses. . . . 4 francs.
b) Comprimés, tube de 20 doses. 3 —
c) Ampoules de 2 cm³ (injection sous-cutanée). e

Echantillons : O. ROLLAND, ph^{arm}. — Laboratoires CIBA
1, PLACE MORAND — LYON

Je dois en terminant, Messieurs, vous entretenir de la Bourse Pasteur. Notre premier boursier, le docteur Aldo Coen a largement profité de l'enseignement de l'Institut Pasteur dont il a assidûment suivi les cours. Je ne doute pas qu'il sera à même de rendre à l'Hôpital Garibaldi les services que l'on attend de sa compétence et de son labeur.

J'ai reçu deux candidatures à la Bourse Pasteur pour 1925. Conformément au Règlement, il appartiendra au Comité de Direction que vous allez élire d'en désigner le bénéficiaire.

Malheureusement le fonds Pasteur qui au cours des deux dernières années a été largement ébréchépardes subventions à l'Institut de Tunis et par la Bourse, ne possède plus qu'une quinzaine de mille francs. Il va falloir l'alimenter. Je me permettrai à ce sujet de vous faire une simple suggestion dont vous pourrez plus tard discuter la modalité d'exécution : La publicité insérée dans notre Revue en fait si largement les frais d'édition et d'administration que nous pouvons espérer posséder dès l'année prochaine un fonds de réserve assez important. Pourquoi une part de ces revenus ne serait-elle pas employée à subventionner largement le fonds Pasteur ?

Je sais que les bénéfices réalisés ou prévus pourraient même permettre la création d'un cercle médical ou augmenter la subvention accordée à la Bibliothèque du Souk-el-Attarine, mais j'estime, pour ma part, qu'il est de notre devoir de ne pas laisser disparaître la Bourse Pasteur de la Société des Sciences Médicales de Tunis.

J'en ai fini, mais avant de quitter ce fauteuil, permettez-moi d'exprimer le vœu sincère que, comme auparavant et de plus en plus l'on continue à travailler ici « au sein de la camaraderie haussée à l'amitié ». Travaillons pour l'idée juste et vraie, sans souci des conséquences personnelles; travaillons pour le profit de tous, voilà la vraie loi qui doit régir nos réunions de praticiens avides de s'instruire les uns les autres. N'oublions pas que toute présentation de malade est instructive et que toute observation clinique, même incomplète, comporte son enseignement.

Cultivons l'initiative en encourageant les jeunes et songeons que nous sommes, suivant la forte définition de M^e Henri Robert « les protagonistes d'un art qui n'est qu'initiative perpétuelle. »

Excusez-moi, mes chers collègues, d'avoir trop longtemps retenu votre attention par ce discours de rentrée dont la longueur n'est due qu'au plaisir que j'ai éprouvé à adresser à vous tous et à mes plus proches collaborateurs mes remerciements très sincères. Vous m'avez vraiment permis d'avoir une Présidence annuelle particulièrement heureuse, d'autant plus heureuse que nous n'avons eu à déplorer que la mort d'un seul de

nos collègues, le docteur Guarnieri, à la mémoire duquel j'adresse un suprême hommage.

Présidence heureuse aussi puisqu'elle a vu notre Société continuer son essor en travaillant dans le calme pour le plus grand bien de tous et en maintenant la concorde au sein du corps médical tunisien.

De vifs applaudissements saluent ce discours.

×

Compte Rendu des Travaux

par le Docteur **BENMUSSA**

Secrétaire Adjoint

MESSIEURS,

Notre Société a fait preuve, au cours de l'année qui vient de s'écouler, d'une activité particulièrement remarquable. La question de la fièvre typhoïde en Tunisie mise à l'ordre du jour tout au début de l'année, a provoqué un nombre intéressant de travaux dont la documentation très fournie a permis d'établir un rapport où les faits cliniques que l'on rencontre spécialement en ce pays ont été relevés avec soin. Ce chapitre de Pathologie déjà si riche l'est encore plus grâce à vos travaux.

La fièvre typhoïde n'a pas été le seul sujet qui a intéressé la société pendant les quatorze fois qu'elle s'est réunie au cours de l'année 1923-24.

Nous notons en effet, treize communications d'ordre chirurgical quarante-trois sur des sujets de Pathologie interne, trois communications radiologiques, deux d'oculistique et une d'otologie.

Il y eut en outre seize présentations de malades et de pièces.

Au total, au cours de l'année écoulée les membres de la Société ont présenté soixante-dix-huit communications. Chiffre qui est de loin supérieur à celui des années précédentes.

Nous espérons que l'année qui commence sera encore plus riche en productions scientifiques.

Vous allez avoir à décider la mise en chantier d'un sujet à l'ordre du jour.

La question de la fièvre méditerranéenne est tout indiquée.

Ce sujet est particulièrement obscur dans les traités de Pathologie. Nulle part on ne le connaît mieux qu'à Tunis.

Il est de notre devoir de publier ce que nous avons observé.

Nous rendrons aussi un service immense à tous les médecins du bassin méditerranéen, tout au moins à ceux qui lisent notre Revue.

Ils sont certes de plus en plus nombreux, grâce à l'activité du secrétaire général de notre journal et président sortant le docteur Cassuto.

Successivement la parole est ensuite donnée au Trésorier et au Secrétaire général.

×

Le Trésorier, Docteur SALVO, rend compte de sa gestion financière qui se solde par un important encaisse.

×

Le Secrétaire général, Docteur GÉRARD, rend compte de la gestion du fonds Pasteur et appuie la proposition formulée par le docteur Cassuto, Président sortant : La Société se doit de subventionner largement la Bourse qu'elle a créée.

×

Puis le Docteur SORIA, Administrateur de la Revue, rend compte de la situation financière de cet organe qui, grâce à la publicité, pourra au cours de l'année 1925 posséder un fonds de roulement d'avance très important.

D'unanimes applaudissements saluent ces comptes rendus.

×

Travaux à l'ordre du jour

L'assemblée adopte le sujet suivant : « Etude clinique de la Fièvre Méditerranéenne ».

Il sera consacré, au cours de l'année, deux séances supplémentaires pour la lecture des travaux sur cette question.

×

Elections du Bureau pour l'année 1924-1925

Sont élus :

Président : D^r SORIA
Vice-Président : D^r HAYAT
Secrétaire Général : D^r GÉRARD
Secrétaire Adjoint : D^r BENMUSSA
Trésorier : D^r SALVO
Bibliothécaire : D^r DISEGNI
Conseillers : D^r CASSUTO
D^r ROGALSKI
D^r DE LAGOANNÈRE



Séance du 17 Octobre 1924

Présidence du D^r SORIA, président

Sont présents : MM. les docteurs Cohen-Boulakia, Ghouila-Houri, Uzan Maurice, Bonan, Bessis, Cohen-Hadria, Rogalski, Ortona, Gérard, Benmussa, Cassuto, Lumbroso, De Lagoannère, Henry, Bismuth, Cortesi, Sfez, Muller, Disegni, Hayat, Masselot.

×

En ouvrant la séance le docteur SORIA prononce le discours suivant :

MES CHERS COLLÈGUES,

Je tiens avant tout mes chers confrères, à vous exprimer tous mes remerciements pour la nomination qui honore ma carrière de médecin.

Et ce n'est pas la banale formule de remerciements, mais l'expression sincère et vivante de l'émotion que je ressens à prendre aujourd'hui cette place qui a été occupée par des confrères dont le souvenir ne peut s'effacer de ma mémoire.

Je ne veux pas froisser la modestie de mes prédécesseurs, et répéter les sentiments de gratitude que je leur porte, mais je tiens à rappeler à nos jeunes confrères qui viennent renforcer nos lignes, pleins d'espairs et de bonne volonté, et du désir de réussir, le nom de deux présidents, disparus pour toujours, qui ont laissé une trace profonde de leur passage, et qui ont, je peux le dire, bien mérité de leur patrie, et de l'humanité.

Un, le docteur *Guglielmo Funaro*, esprit clinique averti et pondéré, observateur profond, qui le premier initia l'étude de la Fièvre de Malte en Tunisie, l'autre, le docteur *Braquehay*e, chirurgien de valeur, diagnosticateur fin et méticuleux, dont l'image est toujours présente à nos séances, et qui par son regard doux et tranquille, nous donne l'impression de vivre au milieu de nous, et de s'intéresser à nos débats.

Permettez-moi, chers confrères, en qualité d'ancien externe de son service de l'Hôpital Civil Français, de lui adresser le souvenir le plus affectueux et le plus reconnaissant.

Au moment où je prends pour la première fois place sur ce fauteuil, je crois être l'interprète de vous tous, mes chers confrères, en adressant au président sortant, le docteur Cassuto, l'expression de gratitude de nous tous, pour tout ce qu'il a fait pour notre groupe, soit qu'il ait été au secré-

tariat général, soit qu'il ait dirigé la Revue, soit qu'il ait présidé nos séances : ses actes et son dévouement ont été toujours inspirés par un esprit, dirais-je, paternel.

Aujourd'hui la Société a conquis un essor merveilleux et les membres actifs se chiffrent à plus de cent cinquante. Ce nombre toujours croissant nous fait envisager la possibilité d'augmenter celui des membres du bureau, qui n'a pas varié depuis la fondation.

Par la diversité d'origine universitaire, les séances sont toujours intéressantes, car chacun porte dans l'exposition des faits cliniques, les idées de son école; la discussion acquiert par conséquent un intérêt particulier, et si quelquefois, elle a une certaine âpreté, elle n'en est pas moins toujours courtoise. Une richesse de cas cliniques, de toutes les branches, qui proviennent, soit des Hôpitaux civils ou militaires, soit des cas de la clientèle privée, permet de faire des comparaisons et de tirer des conséquences, et notre Revue qui est la manifestation vivante et palpable de notre activité, devient par suite un recueil de documents, dont la lecture, pourra être toujours utile au chercheur.

En plus de la question qui sera mise à l'étude pour cette année (Fièvre Méditerranéenne) il serait intéressant que nous étudions ce qu'une maladie, dans un pays à races si différentes comme la Tunisie devient, soit au point de vue symptomatique, soit au point de vue de l'évolution morbide, soit à celui de sa réaction à la thérapeutique. La syphilis, la tuberculose par exemple, pourraient être pour nous autres, une source infinie de comparaisons, et de conclusions intéressantes. En plus, notre Société tend à prendre une fonction hautement sociale. Déjà par l'institution de la Bourse Pasteur, nous permettons à un jeune médecin de se perfectionner dans l'hygiène et dans la bactériologie : et aujourd'hui que notre situation budgétaire s'est sensiblement améliorée, nous envisageons le moment, où nous pourrions venir en aide aux chercheurs, et aux studieux d'autres branches.

J'ai fait allusion à la question financière : un budget comme celui de cette année, nous permet de considérer l'avenir avec plus de tranquillité, et de mettre à l'étude, sinon la création du Cercle Médical, dont je vois la possibilité, au moins la transformation de notre salle de séances, afin que nous puissions avoir un local digne de nous, où l'on puisse faire des démonstrations, ainsi qu'observer un sujet intéressant, analyser une préparation microscopique, faire des projections ou dérouler un film, soit de chirurgie, soit d'obstétrique, soit de pathologie nerveuse ainsi que l'on commence déjà à faire dans plusieurs réunions médicales.

Il faut en peu de mots, chers confrères, que tous les efforts de nous tous,

soient dirigés afin que notre Société, qui a acquis aujourd'hui une force scientifique et morale de première importance, puisse s'améliorer en résultats pratiques.

Que notre Société, soit pour nous tous, le creuset où toutes les bonnes volontés se fondent, où les idées après en avoir éliminé les scories, sortent pures et stérilisées pour nous tous, pour nos pays d'origine, pour ce pays d'adoption, où nous travaillons, où nous luttons, où nous donnons le mieux de notre vie et de notre activité sans bornes.

D'unanimes applaudissements saluent ce discours.

×

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Kératite folliculaire

par le Docteur **E. COHEN-HADRIA**

Il s'agit d'un jeune garçon de 11 ans, d'antécédents héréditaires et personnels normaux, qui présente, depuis deux ans, au niveau des follicules pileux, des saillies cornées, acuminées qui par le gonflement donnent à la peau l'aspect d'une râpe. Les lésions sont particulièrement abondantes sur les membres autour des coudes et des genoux; on trouve quelques éléments disséminés sur le visage.

Cette affection appartient au groupe des Kératoses folliculaires de Darier, groupe d'ailleurs probablement très hétérogène.

Elle n'est pas guérissable par nos moyens thérapeutiques actuels; elle ne gêne en rien la vie de l'individu qui en est atteint.

×

COMMUNICATIONS

Fièvre méditerranéenne chez un enfant de 2 ans

par le Docteur **BENMUSSA**

L'observation que je présente est absolument banale quant aux symptômes observés. Nous avons tenu à la communiquer pour l'unique raison que l'on ne trouve nulle part que la fièvre méditerranéenne puisse atteindre les enfants au-dessous de 4 ans.

Il s'agit d'un petit garçon de deux ans et demi vivant dans un milieu où l'on ignore toute hygiène générale et à fortiori toute hygiène infantile. L'enfant mangeait n'importe quoi, n'importe où, et n'importe quand. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'un jour cet enfant se soit mis, en plein été, à faire des accidents de gastro-entérite sub-aiguë. Affection banale qui évolua d'abord d'une façon bénigne : diarrhée, fièvre, vomissement, amaigris-

sement; puis au bout d'une quinzaine de jours, aggravation subite, diarrhée liquide profuse. L'enfant est déshydraté. L'état général est très bas. Je ne cache pas un pronostic quasi fatal à la famille. Le malade ne mourut pas. Le sérum aidant, il se maintint pendant une huitaine de jours dans le même état, puis lentement s'améliora.

La maladie durait depuis un mois et la fièvre se maintenant toujours, croyant à une typhoïde infantile, passée inaperçue, je fis un séro-diagnostic. Il fut positif au 200^e au mélitensis.

Le malade ayant présenté le tableau classique de la gastro-entérite et présentant encore des troubles digestifs au moment du séro, je n'attachais pas beaucoup d'importance au renseignement du laboratoire.

Un mois et demi après le début, les selles deviennent normales; l'état général du petit malade est meilleur. L'enfant demande à manger et se nourrit. Mais la fièvre continue irrégulière pendant un mois encore.

A ce moment, pensant tout de même que le laboratoire pouvait avoir raison, je fais une réaction de Burnet qui est nettement positive.

J'avais eu affaire à une fièvre méditerranéenne chez un enfant qui était d'ailleurs nourri au lait de chèvre.

Je n'ai nullement l'intention, à l'aide de cette observations forcément incomplètes, car je n'ai même pas la courbe de température qu'il m'a été impossible d'établir dans le milieu du malade; de décrire la fièvre méditerranéenne chez l'enfant. Car il a bien pu s'agir d'une gastro-entérite banale provoquée par le lait de chèvre qui serait aussi responsable de la mélitococcie. Mais j'ai tenu tout de même à la communiquer pour le seul fait que l'on ne voit nulle part la fièvre méditerranéenne décrite chez l'enfant.

Cette observation montre qu'elle existe et que très probablement, le praticien n'y pense pas et la laisse fréquemment passer.

Dans ce pays où la plupart des enfants, on peut dire tous les enfants, quand il s'agit de la population juive, ne boivent que du lait de chèvre, en la recherchant on doit la trouver assez fréquemment. Et l'on s'expliquerait tout au moins quelques-uns des nombreux cas de fièvre chez l'enfant restant sans diagnostic.

Enfin, la mélitococcie étant incontestablement en train d'évoluer, présente actuellement des complications, les suppurations par exemple (Adéno-pathie, arthrite, etc.), qui restaient inexplicables chez l'enfant si l'on ne pensait pas à la fièvre méditerranéenne.

Cette rapide communication n'est faite qu'à titre documentaire. Nous pensons publier un jour un travail sur la fièvre méditerranéenne infantile

lorsque nous aurons sous la main assez d'observations plus complètes que celle que nous présentons aujourd'hui.

Discussion :

Le docteur *Gérard* estime que les cas d'arthrite suppurée mélitococcique doivent être assez rares. Il n'en a vu qu'un cas dans le service de l'Hôpital Civil Français.

Le docteur *Gérard* rappelle en outre que le filtrat de Burnet doit être utilisé frais.

Le docteur *Ortona* pense que les cas de fièvre méditerranéenne chez l'enfant de cet âge doivent être assez rares. Pour sa part, il pratique systématiquement le séro-diagnostic dans toutes les affections fébriles des enfants. Il n'a pas encore vu un seul cas positif au mélitensis. L'observation présentée n'en a que plus d'intérêt.

×

Méningo-encéphalite typhique

par les Docteurs **BENMUSSA** et **Maurice UZAN**

L'observation que nous vous présentons n'est que l'histoire d'une de ces typhoïdes de l'épidémie de cette année qui fut, tout au moins dans la population juive, d'une exceptionnelle gravité. Elle mérite d'être signalée parce que particulièrement instructive.

M^{lle} E. B., âgée de 22 ans, ne présentait rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Dans les siens propres, on relève des troubles intestinaux fréquents : constipation, teint bilieux, une certaine fragilité hépatique.

Dès les premières semaines d'août dernier, elle présenta une légère fièvre le soir, une langue saburrale et une constipation opiniâtre, début ambulatoire et insidieux d'une affection qui devait finir par un drame.

Au 11^e jour (selon les apparences) de la maladie, un séro-diagnostic est pratiqué : il est négatif.

La fièvre typhoïde reste probable tout de même, étant donné le génie épidémique et surtout le milieu particulièrement frappé où cette malade vivait. Elle était au centre d'une épidémie familiale, exceptionnellement grave; elle était la cinquième malade qu'une contamination échelonnée avec des phénomènes de surinfection, venait atteindre; une des précédentes malades avait présenté une forme ataxo-adyynamique terminée par la mort.

Malgré cela, jusqu'au 17 août, il semblait que la malade fit une typhoïde banale.

A dater de ce jour, elle présenta une température à oscillations plus importantes coïncidant avec une diarrhée bilieuse, une grosse vésicule palpable, avec résistance et douleur de la région cystique, constatées en même temps que par l'un de nous, par le docteur Broc.

Le diagnostic de cholécystite typhique avec fièvre bilioseptique fut posé. Jusqu'au 26, les oscillations diminuent d'amplitude pour tendre enfin, vers un plateau aux environs de 39°.

Vers cette époque, on découvre dans les selles, du bacille d'Eberth.

Puis la malade semble s'améliorer et, le 29, le pronostic annoncé à la famille est plus favorable.

Le lendemain à 5 heures de l'après-midi, nous ne notons aucun changement. La malade, après notre visite, a causé, assise dans son lit, très paisiblement jusque vers 9 heures. Brusquement, elle se plaint d'avoir chaud, s'agite et en moins d'une demi-heure entre dans le coma.

Vers 11 heures, elle présentait le tableau suivant : semi coma, conservation partielle de la sensibilité à la douleur, pas de vomissements, pouls à 100, petit, température 38°4. Respiration : 42 avec rythme de Cheynes Stokes. Ventre souple. Raideur de la nuque, pupille gauche dilatée ne réagissant que faiblement à la lumière. Ébauche de Babinski à gauche; quelques contractures toniques du bras.

A minuit, une ponction lombaire est effectuée en présence du docteur Ortona. Le liquide est clair mais hypertendu. L'analyse faite à l'Institut Pasteur donne :

Lymphocytes : 0,2 par mm³

Aucun microbe

Albumine : 0,15 par litre

Sucre : 0,50 par litre.

Le lendemain vers midi, état stationnaire, apparition du Kernig mais diminution de la raideur de la nuque. Quelques évacuations alvines dans la journée. Incontinence vésicale.

A 9 heures du soir, nous la revoyons avec le docteur Boulakia. Il n'y a plus ni raideur de la nuque, ni Kernig. Les pupilles réagissent à la lumière et semblent égales. Les réflexes sont diminués. Il y a toujours l'ébauche de Babinski à gauche. Paralyse du voile du palais. Le facies semble « figé », les globes oculaires sont immobiles. Température 37°1; Pouls 108; Respiration 32. Le Cheyne Stokes est inconstant.

Le 1^{er} septembre, le docteur Hayat voit la malade avec nous. L'état est sensiblement le même. Teinte cireux du facies figé. Sueurs profuses. Ptosis unilatéral gauche. Escharre sacrée.

Nouvelle ponction lombaire : liquide non hypertendu

Leucocytes : 12 par mm³

dont 35 lympho

65 polynucléaires

Albumine : 0,15 par litre.

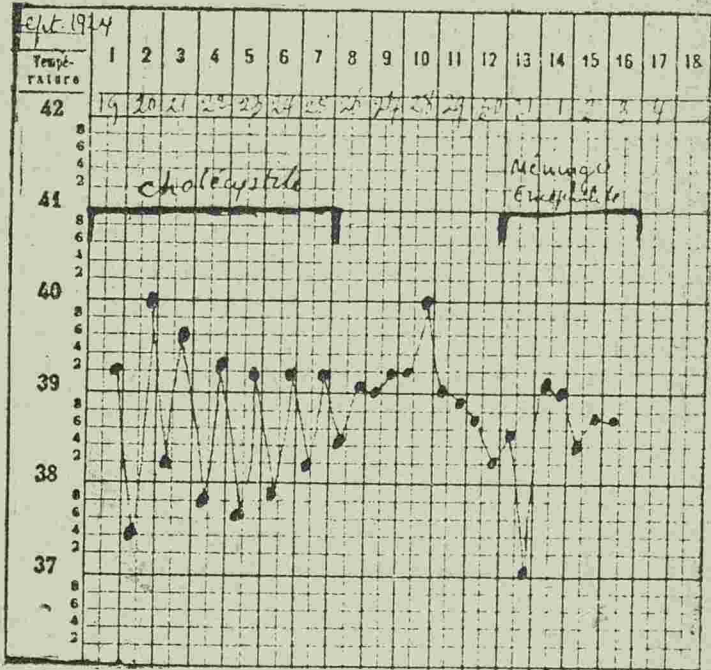
Température : 39°₁

Pouls : 100

Respiration : 30

Le séro-diagnostic effectué à nouveau est positif pour le bacille d'Eberth au 1/200°.

Le lendemain, la température baisse. Le pouls est à 80; la respiration à



40. Les pupilles ne réagissent plus. Léger strabisme. Ballonnement du ventre. Evacuations abondantes. Abolition des réflexes tendineux.

La malade meurt dans l'après-midi.

×

Cette observation présente un intérêt particulier grâce à l'apparition de cette complication redoutable du système nerveux. Sans nous arrêter à la

cholécystite précoce qui n'est pas fréquente, ni à l'évolution ambulatoire pendant deux semaines, toutes formes déjà signalées, nous tenons à insister sur quelques points particuliers de la complication nerveuse qui ne nous semblent pas d'observation courante.

Tout d'abord, le début : apparition brusque et tardive de la complication. La malade paisible, assise dans son lit, qui brusquement se rejette en arrière et entre dans le coma, rappelle le tableau de l'ictus.

Puis le tableau lui-même de cette complication qui indique une infection localisée plus particulièrement au bulbe et à la protubérance, rappelle le tableau de l'encéphalite. Les méninges ont leur part dans cette infection, et nous proposons le terme de méningo-encéphalite typhique à cette complication rare de l'éberthose.

Méningite, parce que le liquide est hypertendu, tout au moins à la première ponction et aussi à cause de la présence d'une leucocytose assez abondante à la 2^e analyse du L.C.R.

Encéphalite surtout, à cause de la mobilité et la diversité des symptômes : apparition fruste du Babinski, du ptosis, de l'inégalité pupillaire. Le facies figé indiquant une atteinte du Locus Niger comme dans le parkinsonisme. Les mouvements anormaux toniques, bilatéraux de soulèvement des bras indiquent une atteinte du noyau lenticulaire. Enfin, le Cheyne Stokes inconstant, la paralysie du voile marquent l'atteinte du bulbe.

Nous avons pensé que cette observation méritait d'être rapportée, et de s'ajouter aux autres observations de méningo-encéphalite typhique, complication rare, surtout lorsque elle apparaît tardivement au cours d'une typhoïde qui semblait évoluer d'une façon bénigne.

×

Septicémie à streptocoques

par les Drs **BROC** et **Maurice UZAN**

M^{me} T..., 33 ans, s'était alitée le 23 juillet dernier pour une angine. Son bagage pathologique était déjà assez chargé dès cette époque : affection mitrale datant de l'enfance, infection puerpérale après une troisième grossesse avec phlébite droite, et surtout fièvre typhoïde bactériologiquement et cliniquement vérifiée il y a trois ans environ (la malade était alors soignée par le docteur Benmussa).

La maladie actuelle avait débuté d'une façon assez brusque, surprenant M^{me} T... dans un état de santé relativement satisfaisant. Fièvre peu élevée, mais angine rouge s'étendant aux amygdales et aux piliers des deux côtés,

douloureuse, s'accompagnant d'une adénopathie assez importante, bilatérale. Aucun autre symptôme général, sauf un souffle systolique de la pointe, de date ancienne confirmant l'anamnèse.

Le 25, tout semblait rentrer dans l'ordre, cependant déjà quelques troubles digestifs commençaient à paraître. Et le 28, la température remonte à nouveau aux environs de 38°5, les phénomènes intestinaux s'accroissent : coliques, ténésme, diarrhée. La malade émet 7 à 8 selles par jour, d'odeur putride, hypercholiques, liquides, contenant beaucoup de glaires, quelques peaux, mais ne renfermant pas de sang à l'inspection. Le pouls est rapide, petit. Il existe un gargouillement caecal net, le bord inférieur du foie est un peu douloureux, surtout au niveau du point cystique. La rate n'est pas grosse. Pas de tache rosées.

La langue est sèche et blanche. Les bruits du cœur sont assourdis. Rien aux poumons. La malade délire un peu. Urines normales.

Les selles envoyées à l'Institut Pasteur, ne renfermaient ni bacilles dysentériques, ni bacilles typhiques ou paratyphiques, ni aucun parasite pathogène. Elles ne contiennent point non plus de sang.

Cependant la température évolue d'une façon très irrégulière, le pouls est très rapide et devient par moments, tout à fait misérable. La diarrhée persiste avec des coliques assez violentes, du ténésme et même des épreintes. Les règles qui avaient commencé à venir sont suspendues. Le délire devient plus important.

Tout en maintenant les premières prescriptions : diète hydrique avec eau de riz et bouillon de légumes, ferments lactiques, potion à l'urotropine et au benzonaphtol, huile camphrée, nous ajoutons des injections de sérum adrénaliné, du collargol en potion.

Le 4 août, au niveau d'une piqûre de sérum adrénaliné, apparaît une grosse escarre. Cependant, la température cède, la malade retrouve des forces, la diarrhée s'amende, et nous commençons à élargir un peu le régime en permettant quelques purées épaisses de farineux, du tapioca, de la compote.

Le 7, petite ascension thermique sans cause apparente, sauf une tendance à refaire, un peu de diarrhée, d'ailleurs vite disparue.

Le 11, on pouvait penser la malade guérie ou tout au moins sur la voie de la guérison.

Mais le 12 au soir, elle se plaint de ses seins qui lui semblent plus gros. Le 13 au matin, la température monte à 38° pour atteindre 38°5 le soir; délire violent, pouls rapide et petit. A l'examen, on voit que les deux seins sont le siège d'une inflammation ayant pris une grosse partie de la glande

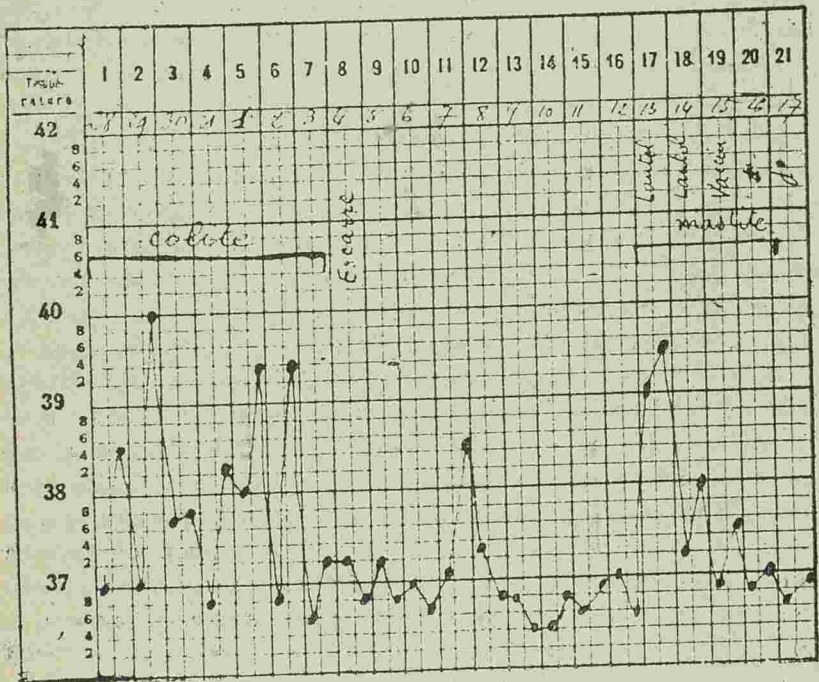
à gauche, une moindre partie à droite. On a affaire à des masses dures (une dans chaque sein) grosses comme un œuf de poule, douloureuses à la palpation, chaudes, mais non fluctuantes.

Par les soins du docteur Durand de l'Institut Pasteur, nous faisons faire un prélèvement de sang pour hémoculture, et localement, une ponction qui ramène un liquide sanguinolent louche et qu'on met aussi à cultiver.

L'hémoculture est négative. Mais le liquide retiré du sein cultive et donne un streptocoque pathogène en culture pure, dont on fait un auto-vaccin.

Entre temps, nous avons pratiqué deux jours de suite des piqûres de Lantol, et la température avait baissé un peu se maintenant aux environs de 37°5.

Nous commençons l'auto-vaccin le 15 août à raison d'une ampoule tous les deux jours pendant vingt-quatre jours. Dès le 17, la malade est apyré-



tique mais surtout nous n'avons plus vu reparaître aucune manifestation nouvelle de la maladie jusqu'à ce jour.

L'escarre dont la chute avait été laborieuse et nécessité près de trois semaines, a laissé une large plaie qui est actuellement en voie de cicatrisation.

Cette observation nous semble instructive à plusieurs égards.

Tout d'abord elle pose un problème intéressant de diagnostic. Maladie évoluant par poussées successives à localisations multiples, c'est le type de la septicémie, qui nous éloigne des affections cycliques telles que la fièvre typhoïde par exemple. D'autre part, le début brusque par angine rouge, l'apparition de grands foyers inflammatoires ne tendant pas à la suppuration, nous ont fait accepter le diagnostic de streptococcémie à priori. La présence de streptocoque dans le liquide retiré par ponction *profonde* du sein et avec toutes les précautions d'asepsie, nous a confirmé dans notre pensée. L'hémoculture négative ne peut être considérée comme un argument contre cette thèse. D'ailleurs l'action favorable de l'auto-vaccin constitue encore une forte présomption en faveur de la streptococcémie.

Il est classique de dire que le streptocoque atteint rarement l'intestin; la colite qui fut un épisode important de l'affection de notre malade, prêterait-elle alors à discussion ? Nous ne le croyons pas. Si les manifestations gastro-intestinales de la streptococcémie sont peu connues, cela ne veut point dire qu'elles n'existent pas. Rosenow a montré le rôle des streptocoques dans les manifestations ulcéreuses gastriques ou intestinales. L'on admet actuellement que beaucoup de colites reconnaissent pour causes des angines, des adénoïdites. Or, le plus souvent c'est un streptocoque qui est le germe en cause dans l'étiologie de l'affection rhinopharyngée. La plupart des auteurs, Carnot, en particulier, ne considèrent pas comme improbable, l'origine streptococcique de certaines colites.

Enfin, un dernier point mérite de retenir notre attention. Nous avons vu se produire à la cuisse gauche, à la suite d'une injection de sérum glycosé adrénaliné, une large escarre dont la réparation ne s'est pas encore complètement effectuée. Or, le sérum glycosé employé, provenait d'une maison importante dont on ne saurait suspecter la stérilisation. L'injection a été faite par un membre de la famille, très averti, et en présence de l'un de nous, avec toutes les précautions d'usage. De nombreux cas de cette sorte ont été publiés en 1922, en particulier par des accoucheurs et l'escarre serait imputable à l'extrême dilution de l'adrénaline. Notons que, la cuisse qui porte l'escarre, avait été le siège d'une phlébite il y a quelques années.

Discussion :

Le docteur *Gérard* a observé un cas semblable mais avoue qu'il n'a pensé devoir le publier à cause de l'hémoculture négative. L'observation présentée ayant de même une hémoculture négative, le docteur *Gérard* pense que l'on ne peut affirmer qu'il s'agit d'une septicémie à streptocoque.

Le docteur *Maurice Uzan* rappelle que le streptocoque retiré du sein et cultivé par le docteur Durand de l'Institut Pasteur, n'est pas un streptocoque banal. D'après Durand, il s'agit d'une espèce particulière certainement pathogène. D'autre part, l'action bienfaitrice de l'auto-vaccin est flagrante. Il ne peut s'agir dans ces cas que d'une action spécifique.

Le docteur *Ortona* fait remarquer que l'on a employé deux médications, le Lantol et l'auto-vaccin. On ne peut donc attribuer à l'auto-vaccin seul, le bénéfice du résultat.

Le docteur *Soria* fait observer qu'en général les infections à streptocoque sont d'une gravité exceptionnelle. La température est très élevée et l'affection se termine fréquemment par la mort. Dans le cas présenté, l'évolution paraît assez bénigne.

Le docteur *Ortona* conclut que l'observation telle qu'elle est présentée permet de dire qu'il s'agit probablement d'une affection à streptocoque mais c'est tout ce que l'on peut affirmer.

×

D^r CASSUTO. — **L'asthénie mélitococcique.**

(Voir en tête de ce numéro, page 389)

Discussion :

Le docteur *Benmussa* rappelle un cas de mélitococcie où le syndrome d'insuffisance surrénale (asthénie, hypotension, ligne blanche, troubles digestifs, etc.), était si bien au complet que le malade, un Tunisien particulièrement brun, a été pris à Paris pour Addisonien.

Le docteur *Gérard* pense que les observations présentées concernant plutôt l'asthénie prémélitococcique. Elle serait un indice de la période d'incubation dont nous ignorons la durée.

Le docteur *Hayat* a constaté cette asthénie, mais en surveillant de très près la température. Toutes les deux heures, il a toujours découvert un moment de la journée où le malade était fébrile 37°2-37°3.



**Diagnostic de la fièvre méditerranéenne
chez l'homme
par l'intradermoréaction de Burnet**

M. APPIETO

Thèse de Montpellier, 1924

On trouvera dans cette thèse 28 observations nouvelles, la plupart personnelles, instructives surtout au point de vue du diagnostic différentiel de la mélitococcie avec f. typhoïde, paludisme, tuberculose. L'intradermoréaction est le procédé de diagnostic le plus commode; il est spécifique; dans aucun cas où la réaction a été négative, ni l'hémoculture, ni l'agglutination n'ont été positives. Enfin, l'intradermo pratiquée sur 110 malades atteints des affections les plus diverses (non mélitococciques) a toujours été négative.

Abcès de la main à mélitococcus mélitensis

JOBARD

Société de Méd. et d'Hyg. du Maroc, 7 Juin 1924

Un malade ayant présenté un abcès du dos de la main, du type abcès froid, on retira du pus par ponction. L'examen montre du mélitocoque. Un auto-vaccin amena la guérison.

M. U.

**Un cas de mélitococcie
par contamination de laboratoire**

Jean MEYER

Société Médicale des Hôpitaux, 6 Mai 1921

Nous avons tenu à rappeler cette observation parce qu'elle permet de mesurer le temps d'incubation de la maladie. L'incubation dans le cas de l'A. a été de six semaines. L'A. en rapproche quatre autres observations où l'inoculation dépasse un et même deux mois.

L'A. n'a pas précisé les symptômes accusés par les malades pendant cette longue incubation, en particulier, il n'a pas mentionné s'il existait une asthénie particulière.

M. U.

Méningite à mélitocoques

LEMAIRE.

Société de Médecine d'Alger, 10 Mai 1924

L'Auteur rapporte le premier cas de méningite où le mélitocoque a pu être mis en évidence dans le liquide céphalo-rachidien. Le séro-diagnostic était aussi positif. A noter l'hyperglycorachie qui devient ainsi un élément important du diagnostic. Le traitement a consisté en auto-vaccin.

M. U.

L'auto-hémothérapie ne guérit pas la fièvre de Malte

LAUZE

*Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier
et du Languedoc méditerranéen, 4 Juillet 1924*

L'Auteur a fait des essais d'auto-hémothérapie dans dix cas de fièvre de Malte. Dans un cas seulement, cette méthode aurait semblé donner quelques petites améliorations. L'A. rejette cette thérapeutique pour l'avenir.

M. U.

Epidémiologie de la fièvre de Malte; lacto-réaction chez les vaches

BASTA e CERRUTI

*R. Accad. di Medicina di Torino, 11 Juillet 1924
in Minerva Medica, du 15 Septembre 1924*

tion à l'homme.

Les A. se sont demandés si le mélitocoque ne pouvait atteindre aussi les bovins et trouver ainsi une nouvelle voie de transmission à l'homme. Examinant le lait de vache appartenant à trois fermes où sévissait l'infection mélitococcique, ils trouvèrent chaque fois une ou deux bêtes ayant un lait agglutinant le mélitocoque. Trois vaches d'une même ferme avaient un séro-diagnostic (dans le sang) positif à $1/200^{\circ}$ et $1/300^{\circ}$.

Ils ont alors étendu leurs recherches à 127 vaches appartenant à deux fermes. Huit donnèrent des résultats positifs (soit 6 %) en se servant de lait frais. Les mêmes échantillons de lait n'agglutinaient ni les bacilles d'Eberth ni les paratyphiques. Les A. n'ont pas fait de recherches de contrôle avec le bacille de Bang, mais se proposent de le faire. Les laits de vaches tuberculeuses restaient inactifs.

Rappelons qu'avant les A., d'autres médecins italiens avaient noté des

lacto-réactions positives chez 3 vaches sur 40 (Fiorentini, Lav. dell'Istit. d. Clin. Med. di Messina, 1907) et des séro-réactions positives dans le sang de 5 veaux sur 70 (Spagnolio et Signer, id. 1907).

M. U.

**Método rapido di colorazione
del treponema pallidum
con una soluzione colorante unica**

Giuseppe SCAGLIONE

Pathologica - Vol. XVI - N° 378 - 15 Août 1924, p. 421

L'Auteur s'est appliqué à rechercher un procédé de coloration du tréponème par une solution unique. Le réactif auquel il s'est arrêté est un mélange de quatre parties de liquide de Ruge et d'une partie de fuchsine de Ziehl. Cette solution a une coloration violette que l'on peut conserver 3 à 5 jours. Il est nécessaire de la filtrer ou de la décanter, passé ce délai.

Après séchage de la goutte de liquide séreux prélevé, on ajoute quelques gouttes de la solution qu'on laisse agir à froid pendant 2 à 3 minutes. Laver alors abondamment. Monter sur baume.

Les tréponèmes apparaissent alors à l'immersion, colorés en violet foncé sur un fond clair.

M. U.

**Sul trattamento in abduzione
e rotazione esterna
delle fratture cervicali dell'omero**

D. TADDEI

Annali Italiani di Chirurgia. — Fasc. I. — 1923

membre en rotation interne et adduction.

Les appareils qui immobilisent en abduction (triangle de Middeldorpf et de Impallomeni, quadrilatère plâtré de l'auteur (1919) constituent déjà un progrès.

Cependant, il résulte des constatations opératoires de Taddei que dans ces fractures, alors que la tête humérale se met en rotation externe sous l'action des petit rond, sus et sous épineux, le moignon distal se place en rotation interne grâce au grand pectoral et au grand rond.

Il ne suffit donc plus de mettre le bras en abduction mais encore en rotation externe. Pour cela, il faut commencer par obtenir l'abduction au

L'A. rappelle les résultats mauvais que l'on obtient dans les fractures diaphysaires ou cervicales de l'humérus lorsqu'on immobilise le

moyen du triangle ou du quadrilatère platre ! Une attelle latérale adaptée au côté externe du quadrilatère maintiendra l'avant-bras plié à angle droit sur le bras de telle façon que sa face antérieure regarde l'oreille du même côté.

Cette position évite les compressions veineuses et permet le massage précoce.

M. U.

**Hernie inguinale congénitale
envahie par des ascarides
Herniotomie - Guérison**

CARRASCO

Bruxelles Médical, 4^e Année, 27 Mars 1924, N° 33, p. 623

Un enfant de deux ans se présente avec une région scrotale distendue par une tumeur grosse comme le poing et douloureuse depuis 8 jours,

du ballonnement, des vomissements fécaloïdes et de la constipation.

L'opération montra que l'on avait à faire à une hernie congénitale étranglée. L'obstruction était due à un amas d'ascarides dont plus de soixante furent extraits par entérostomie.

M. U.

**Le Syndrome bradykinétique
post encéphalique**

René CRUCHET

Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest

401^e Année, N° 18, 25 Septembre 1924

Ces deux leçons reflètent l'opinion bordelaise, en particulier celle du prof. Verger, sur la conception du syndrome « bradykinétique »

et de sa dissociation en trois types : parkinsonien, lacunaire, et post-encéphalitique. Le parkinsonien est surtout un trembleur, le lacunaire un déficient intellectuel, l'encéphalitique, l'éternel fatigué qui répugne au moindre effort et laisse ses muscles dans l'immobilité.

Ainsi les trois caractères du syndrome bradykinétique prennent successivement la prépondérance suivant le groupe considéré.

L'Auteur étudie spécialement ce syndrome chez les anciens encéphalitiques.

Attitude figée avec immobilité de la physionomie, résistance musculaire passive, lenteur motrice ou bradykinésie qu'on retrouve à l'écriture, à la lecture, à la marche, à différents actes tels que manger, boire, s'habiller,

etc. Kinésie paradoxale caractérisant ce fait que le malade marchant difficilement les pieds collés au sol, peut courir, telles sont les caractéristiques essentielles du syndrome pris en soi.

Des symptômes secondaires s'ajoutent et permettent aisément de différencier ce type de bradykinésie post-encéphalitique.

Tout d'abord, le tremblement est absent ou tout au moins invisible objectivement. Lorsque très rarement, il existe, il n'est que l'exagération du phénomène normal qui accompagne un effort musculaire violent.

L'étude de l'état mental permet encore de noter des différences entre les différents types : à l'irritabilité du parkinsonien, au calme et à l'apathie du lacunaire, s'oppose la conservation de l'état intellectuel de l'encéphalitique qui ne présente seulement qu'un « ralentissement de son activité ».

Le mode de début est un élément de diagnostic à retenir. Alors que dans les autres cas, on ne peut déterminer l'origine de l'état morbide, on retrouve toujours dans cette forme de bradykinésie, l'encéphalite classique maintenant avec ses caractères d'épidémicité, de maladie du jeune âge.

Les déformations, les spasmes dits de « torsion » sont en faveur de la bradykinésie post-encéphalitique.

Enfin, la salivation, les troubles pupillaires, l'exagération des réflexes rotuliens, l'hyperglycorachie sont l'apanage du type post-encéphalitique.

M. U.

**Des rapports existant
entre les fibromes utérins
et le développement
de l'hypertension artérielle**

Jean HEITZ (de Royat)

L'Art Médical, N° 9, 30 Septembre 1924, p. 20

Après Vaquez, Leconte, Paillard, l'Auteur suivi par Polak, Edith Mittel et Anna Mac Grath, par Cotte, par Muller, étudie les rap-

ports existant entre le développement de l'hypertension artérielle et la présence de fibromes utérins.

Sur 502 femmes hypertendues, 109 avaient eu des fibromes, soit 21,17 %. Soixante d'entre elles avaient une pression habituelle supérieure à 20-11.

29 conservaient leur fibrome, 21 d'entre elles étaient à la ménopause.

47 avaient subi l'hystérectomie.

33 avaient eu l'évolution de leur fibrome arrêtée par des pratiques physiothérapeutiques : rayons X (14), galvanisation (8), cures à Salin de Béarn ou Luxeuil (10), radium (1).

A quoi pourrait-on rattacher ces faits ?

1° Ce n'est point là une coïncidence, car sur 589 femmes de tension normale, on ne trouve plus que 21 ayant un fibrome soit 3,56 %.

2° L'hypertension ne pouvait dépendre d'un facteur surajouté. En particulier, il n'y a pas de compression des urètres. La coexistence de néphrite est rare : 15 fois sur 45 seulement on a pu noter des traces d'albumine, ou de la pollakiurie nocturne ou rarement un galop ou une azotémie élevée. L'étiologie syphilitique de cette hypertension ne peut aussi résister à l'examen : sur 45 de ces cas, l'auteur n'a trouvé que deux fois la syphilis en cause en 1921, sur les 109 derniers cas, trois fois il y avait syphilis.

On pourrait enfin objecter comme l'a fait Paillard, que la suppression de la fonction ovarienne chez les fibromateuses hystérectomisées ou ayant subi la radiothérapie pouvait expliquer l'hypertension. Les statistiques de l'A. infirment cette opinion.

L'arrêt brusque des hémorragies chez les fibromateuses, obtenu par opération par exemple, amène une ascension de la tension artérielle.

Il sied donc de surveiller attentivement les malades atteintes de fibromes avant et après l'intervention, du point de vue de leur tension afin de modérer à temps le processus hypertensif par le régime et surtout par la pratique de petites saignées régulières de 150 à 200 gr. chaque fois, de mois en mois.

M. U.

**Sopra un caso di cosiddetto
" rumore di mulino " di origine traumatica**

D. MUCCI

Il Policlinico. — Anno XXXI. — Fasc. 36

8 Septembre 1924

L'A. relate le cas d'un jeune homme tombé d'une échelle sur la poitrine. Au moment où il allait l'examiner, il eut la perception, à environ deux mètres de distance du malade déjà, d'un bruit rude, de râpe, à tonalité haute et se répétant avec un rythme constant. La palpation de la région précordiale révélait un frémissement très intense synchronique avec les battements cardiaques. La matité cardiaque semblait remplacée à la percussion par une zone sub-tympanique. A l'auscultation, souffle rude, superficiel, coïncidant avec les bruits du cœur, non modifié par la respiration, mais modifié par les changements de position du malade. Bruits du cœur à timbre légèrement métallique, régulier. Pouls 80. Aucune défor-

mation, aucune voussure, pas d'emphysème sous-cutané. Le murmure vésiculaire est partout conservé. Pas d'expectoration.

Ces phénomènes persistent aussi intenses toute la journée pour s'atténuer progressivement et disparaître le 10^e jour, le malade paraissant maintenant complètement remis.

Le « bruit du moulin » présenté par le malade a été décrit par Tillaux, puis par son élève Reynier qui en faisaient un signe d'effusion liquide et gazeux dans le médiastin antérieur. D'autres cas plus récents furent publiés par Otto Specht (1920) et Fasano (1921).

Dans le cas en question, l'épanchement aéro-liquide dans le médiastin antérieur reconnaît le mécanisme complexe suivant :

1° Au moment du heurt du thorax contre le sol, il se serait établi une solution de continuité dans les parties molles avec lacération d'une intercostale ou de la mammaire interne; le sang s'est frayé passage à travers le tissu sous-pleural vers le médiastin antérieur.

2° Le même choc aurait produit en outre une légère fracture de la table interne de la côte près du cartilage avec légère lacération de la plèvre. Le gaz aurait passé par cette fissure grâce à la pression entretenue dans le poumon pendant que le malade avait la glotte fermée, et se serait mélangé au sang. Dès que la tension du gaz pulmonaire s'est abaissée, il n'y a plus eu passage d'air par la fissure qui s'est fermée, ce qui explique l'absence de pneumothorax.

M. U.

LIVRES REÇUS

Æsculape, grande revue mensuelle illustrée. Lettre et Arts dans leurs Rapports avec les Sciences et la Médecine. — Abonnement : 25 francs (Étranger : 30 francs). Le numéro : 4 francs. — 15, rue Froidevaux, Paris (XIV^e).

Sommaire du numéro d'Octobre 1924

Un Chirurgien strasbourgeois du XV^e siècle : Jérôme Brunschwig (4 ill.), par Jean AVALON. — Le Docteur Tait Mackenzie, sculpteur de l'Athlétisme (4 ill.), par le D^r Benjamin BORD. — La Mort du Grand Roi (suite et fin, 4 ill.), par le D^r Emile DEGUÉRET. — Le Guérisseur indigène à Tahiti (5 ill.), par le D^r SASPORTAS. — Le mouvement Médico-Historique : les Traités d'Ophtalmologie imprimés à Strasbourg au XVI^e siècle; la Médecine dans les œuvres de Macrobe et de Théodorète; Antiquité de l'institution de la Circoncision rituelle; Planches anatomiques volantes du XVI^e siècle (6 ill.), par le D^r L. MASSON. — Le " Charme d'Amour ", portrait d'une infantile (1 ill.). — Supplément (9 ill.).

Les blancs en pays chauds, déchéance physique et morale, par JAURÉGUIBERRY. — Maloine et fils, éditeurs. — Prix : 6 fr.

Dans ce petit volume écrit par un idoine, s'il en fut, M. Jauréguiberry étudie l'action des séjours aux pays chauds sur les blancs, action pernicieuse qui s'étend sur tous les organes et même aux facultés morales et intellectuelles. Le blanc ne s'acclimata aux pays chauds qu'au prix d'une déchéance dont le pire des résultats est le métissage.

Il faut une double trempe physique et morale à l'épreuve du milieu et du climat pour entrer dans la carrière coloniale.

Cri d'alarme qui vaut d'être entendu !

E. C.

Les Sourds Muets. Etude médicale pédagogique et sociale, par G. DE PARREL et M^{me} Georges LAMARQUE, préface de M. DAUTRESSON, directeur de l'Institution Nationale des Sourds-Muets. — 1 vol. édité par *Les Presses Universitaires de France*, 49, Boulevard Saint-Michel. - Paris

Les auteurs ont condensé dans ce volume tous les renseignements que l'état actuel de la Science permet de regarder comme solides sur la question des sourds-muets tant au point de vue pédagogique qu'au point de vue social et médical.

Le praticien comme le spécialiste tireront grand profit de la lecture de ce volume.

E. C.

Le Bismuth dans le traitement de la Syphilis, par L. BRIN, ancien chef de Clinique à l'Hôpital Saint-Louis, et P. LEGRAIN, assistant de consultation à l'Hôpital Saint-Louis. — Gaston Doin, éditeur. — 96 pages. — Prix : 6 fr.

Dans cette monographie, volontairement très courte, les auteurs se sont proposé tout simplement pour but d'écrire un petit manuel pratique de Bismuthothérapie.

Les notions théoriques, réduites au strict minimum, y sont très brièvement exposées. Le lecteur y trouvera par contre tous les renseignements indispensables à quiconque désire employer la médication bismuthée, soit qu'il veuille faire son choix parmi les très nombreuses préparations existant à l'heure actuelle soit qu'il veuille se documenter sur les résultats obtenus grâce au bismuth dans les diverses manifestations de la syphilis cutanée ou viscérale.

Les indications de la médication nouvelle y sont minutieusement discutées, avec tous les détails que comporte ce point capital.

Enfin les derniers incidents, qui peuvent se produire du fait du traitement sont longuement décrits et parallèlement la conduite à tenir dans chaque cas particulier.

Précis de Parasitologie humaine (*Parasites animaux et végétaux, les bactéries exceptées*), par P. VERDUN, professeur de zoologie médicale et pharmaceutique à la Faculté de Médecine de Lille, et A.-H. MANDOU, professeur de parasitologie et de zoologie à la Faculté de Médecine de Bordeaux. — Gaston Doin, éditeur. — 3^e édition, 1 vol. de 950 pages avec 434 figures dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte, cartonné toile. — Prix : 46 fr. 50.

Ce Précis est le premier de la série des ouvrages écrits sur cette matière à l'usage des étudiants et praticiens. Débarrassé du fatras d'une érudition indigeste, il a réalisé, du premier coup, le manuel-type où se trouvent exposées dans une langue claire et simple, les seules connaissances utiles au médecin.

Cette 3^e édition a été mise au point par le professeur A. H. MANDOU, de Bordeaux. Malgré les retouches et les remaniements nécessités par les progrès réalisés en parasitologie, l'architecture générale de l'ouvrage a été respectée : l'auteur a su faire tenir les acquisitions nouvelles de la Science dans les limites modestes du cadre primitif.

L'étude des maladies parasitaires est ordonnée d'après un plan nouveau et original. A la division généralement adoptée dans les ouvrages classiques : étiologie, symptomatologie, pathogénie, diagnostic, prophylaxie, traitement, etc... l'auteur a préféré une manière plus vivante et plus conforme aux idées parasitologiques de présenter les faits. Tout l'intérêt de la description se concentre sur le parasite ; tous les phénomènes pathologiques gravitent autour de ce dernier, acteur principal du drame qui se joue au sein de l'organisme humain. Mesuré, bertillonné, fixé dans ses traits essentiels, le parasite est suivi pas à pas dans sa marche à travers les tissus. On assiste aux péripéties du conflit entre celui-ci et l'hôte. Toutes les manifestations du premier, toutes les réactions du second sont examinées dans l'ordre chronologique depuis l'agression parasitaire jusqu'à la constitution de la lésion spécifique. C'est ensuite la revanche de la victime, la lutte de l'homme contre son agresseur, le parasite. A ce dernier, le premier oppose les mesures que lui dicte la connaissance scientifique de la pratique propre de son adversaire. A ce point de vue citons : la lutte contre les mouches et les moustiques, la désinsectisation et la dératisation. sujets d'actualité qui sont largement traités.

Les techniques, réduites à un petit nombre, judicieusement choisies, viennent se ranger tout naturellement à côté des groupes de parasites auxquels elle se rapportent.

De nouvelles figures et de belles planches en couleurs, reproduction d'aquarelles, représentant des lésions parasitaires, peintes aux Armées par un artiste de talent, illustrent brillamment le texte de cet ouvrage.

Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme. — *Le rôle du Terrain.* — par E. AUBERTIN, interne des hôpitaux de Bordeaux, avec préface du professeur agrégé LEURET. — Gaston Doin, éditeur. — 1 vol. in-8° de 340 pages. — Prix : 20 fr.

Ce livre est une critique judicieuse et impartiale des diverses conceptions actuellement admises en France sur le développement de l'infection bacillaire dans l'espèce humaine.

Reprenant un à un tous les arguments invoqués par les phisiologues contemporains pour démontrer que la Tuberculose de l'homme est une maladie spontanément immunisante, l'auteur prouve que ces arguments n'ont aucune valeur ; et qu'il n'existe jusqu'à présent aucune raison permettant d'adopter scientifiquement une semblable théorie.

Rien ne justifie, non plus l'hypothèse, d'après laquelle, la contagion bacillaire s'exerçant difficilement à l'âge adulte, toute tuberculose survenant à cet âge ne serait le plus souvent qu'un réveil d'une infection subie dans l'enfance.

Enfin la conception d'après laquelle la Tuberculose s'inoculerait presque toujours par voie pulmonaire, et qui nous est donnée comme un dogme par la plupart des traités classiques, n'est nullement démontrée d'une manière définitive. Et l'on peut également soutenir que l'infection bacillaire se contracte très fréquemment par la voie digestive.

Par contre, l'auteur signale toute la valeur des acquisitions récentes sur l'importance du rôle joué par la contagion dans la propagation de la Tuberculose ; et il tire de cette constatation des conclusions précises en ce qui concerne la prophylaxie de cette maladie.

Si important que soit ce rôle d'ailleurs, il n'est pas exclusif : et l'influence du terrain est très grande, car tous les hommes ne sont pas également réceptifs vis à vis du B. K.

Ce livre contient à cet égard une mise au point scrupuleuse de toutes les données actuellement acquises sur les caractères du terrain tuberculisable ; et notamment une étude approfondie de l'influence de la race, de l'espèce, de l'hérédité, de l'âge, du sexe, de la grosseur, du tempérament, etc.

Analysant minutieusement les conditions de fixation et de développement du B. K. dans l'organisme humain et chez les divers individus, l'auteur signale l'importance très grande du rôle de fixation et de dérivation qu'exercent les leucocytes et les tissus leucocytiques vis à vis de l'infection bacillaire.

S'appuyant sur une enquête effectuée auprès des plus grands Maîtres de la Chirurgie infantile, il démontre que les malformations congénitales et les dystrophies acquises de l'appareil locomoteur sont presque toujours à l'abri d'une localisation tuberculeuse. De même, tous les individus, qui présentent une aptitude morbide réactionnelle spéciale à faire de la sclérose, une tendance dystrophique plus ou moins généralisée de leurs tissus sont épargnés par la maladie.

Au contraire les tissus sains et richement vascularisés, les individus jeunes en pleine production sont des terrains de choix pour le B. K., surtout lorsqu'ils ont été préparés à l'ensemencement de ce germe par un certain nombre de causes secondes, qui sont longuement étudiées dans ce livre.

Des conclusions très suggestives sur l'orientation que doivent suivre les recherches modernes, poursuivies dans le but de trouver un traitement curatif de la Tuberculose, terminent cet ouvrage, qui se recommande à l'attention de tous les esprits curieux, avides d'acquérir des notions claires et précises sur le grand fléau qui ravage actuellement notre monde civilisé.



La Stomatologie en clientèle, par F. NIDERGANG, ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris. - A. Maloine et Fils, éditeurs. - In-8° - 1924, 97 fig. - Prix : 12 fr.

Abrégé de l'art dentaire en pratique médicale, ce volume comble une lacune dans la littérature stomatologique qui est peu développée. Ce livre constitue un traité clair et précis indiquant l'intervention à pratiquer dans un cas donné. Laissant de côté toutes considérations non pratiques l'auteur s'est attaché à décrire la technique qui convient et le lecteur y trouvera une règle de conduite bien définie sans exposés confus et inutiles. Ce livre constitue par excellence le manuel du médecin désirant pratiquer l'art dentaire courant ; il vient à son heure et sera lu et étudié avec fruit par tous ceux, de plus en plus nombreux, qui s'intéressent à la Stomatologie.

Une première partie comprend les *Notions Indispensables*, la *description des instruments*, les *petites manœuvres opératoires précédant le traitement d'une carie*, les *affections dentaires*, leur traitement et leurs complications. etc...

Une seconde partie particulièrement technique traite des *Extractions* et de la *Prothèse inamovible et amovible*, elle se termine par quelques notions de *Prothèse de Laboratoire*.

Une troisième partie, très courte, donne une description de l'Orthodontie à la portée du Praticien.

Archives de l'Institut Pasteur de Tunis

Un grand nombre de fascicules des *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis* sont épuisés. La direction de cet établissement reçoit à leur sujet des demandes auxquelles elle ne peut satisfaire.

Ceux de nos confrères qui possèderaient des fascicules dépareillés de ce périodique, *antérieurs à 1923*, sont priés de bien vouloir les retourner à l'Institut Pasteur de Tunis qui les recevra avec reconnaissance.

INFORMATIONS

Journées Médicales Marocaines

(Casablanca-Rabat 26-29 Décembre 1924)

La *Société de Médecine et d'Hygiène du Maroc* et le journal *Maroc Médical* organisent pour les 26-27-28 et 29 décembre, à Casablanca et Rabat, des *Journées Médicales* dont le but est, en facilitant l'étude, la mise au point et la discussion des grandes questions de pathologie marocaine, de contribuer à l'entretien scientifique des Médecins du Maroc, par l'établissement de rapports réguliers avec les maîtres et praticiens de France.

M. le Maréchal LYAUTEY, Résident général au Maroc qui, au cours de sa longue carrière de colonisateur et d'organisateur, a toujours su apprécier les médecins et leur donner dans son œuvre civilisatrice un rôle important, a tenu à accorder son patronage et l'appui de la Direction du Service de Santé à cette première manifestation collective, et non officielle, de la science médicale au Maroc.

Les organisateurs de ces premières Journées Médicales forcément modestes, ont toutefois déjà obtenu la précieuse collaboration de Maîtres qui iront exposer aux praticiens et spécialistes du Maroc les résultats de leur expérience et de leurs recherches personnelles, tels : le Prof. BERGONIE, le Prof. J. L. FAURE, le Prof. GARIN, le Prof. RAVAUT, le Prof. BEGOUIN, le Prof. Agr. Noël FIESSENGER, le docteur NICOLLE (de l'Institut Pasteur), le docteur ROUX-BERGER (Chir. des Hôpitaux).

A proximité immédiate de la Salle des Conférences, les praticiens et les dirigeants de grands services et exploitations trouveront exposées les réalisations pratiques des grandes maisons de produits pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie, et de mobilier hospitalier.

Enfin, comme les Journées Médicales Marocaines ne pourront que de très loin, rappeler les brillantes Journées Médicales de Bruxelles et de Toulouse, les organisateurs ont étudié tout un programme de distractions et d'excursions, qui fera oublier en partie la modestie de cette première tentative d'exportation scientifique coloniale.

Des avantages considérables ont été consentis par les Compagnies de Navigation, de transport automobiles, et les hôteliers du Maroc, aux participants des *J. M. M.*

Des auto-circuits Nord-Africain, à tarifs très réduits, pour les médecins adhérents qui désirent visiter le Maroc et l'Algérie ont été organisés par la Compagnie Générale Transatlantique : (4.700 fr. au lieu de 7.000, pour un circuit de 28 jours).

Pour tous renseignements, s'adresser à Casablanca, au *Maroc-Médical*, ou au Secrétaire des J.M.M., le docteur LEPINAY.

Pour les circuits Nord-Africains, s'adresser à Paris à la C^o Générale Transatlantique, rue Auber, ou à l'Office du Maroc, rue des Pyramides.

Institut de Technique Sanitaire

et Hygiène Spéciale des Industries

Les Cours de l'« Institut de Technique sanitaire et Hygiène spéciale des Industries », créé, l'an dernier, par le Sous-Secrétariat d'État de l'Enseignement Technique et rattaché au Conservatoire National des Arts et Métiers, reprendront pour l'année scolaire 1934-1925 dans la première quinzaine de novembre.

Cet Institut a pour but d'enseigner en un temps très réduit (3 mois) des notions de spécialisation dans les diverses branches de la Technique sanitaire.

Son enseignement s'adresse à toutes personnes (Ingénieurs, Architectes, Médecins, Constructeurs, Entrepreneurs...) qui, ayant déjà une instruction technique générale, désirent se spécialiser dans les questions de Technique sanitaire, soit seulement dans l'une de ses branches, soit surtout dans son ensemble.

Il comprend des Cours théoriques et pratiques, des manipulations ou démonstrations d'appareils, ou plans, croquis, et projets, et des visites nombreuses d'installations modèles (Services publics et privés, Usines, Hôpitaux...).

Ces Cours sont condensés en trois mois afin de permettre aux candidats provinciaux ou étrangers de ne rester à Paris qu'un minimum de temps.

Ils sont répartis en principe de la façon suivante : Cours et Conférences qui ont lieu au Conservatoire des Arts et Métiers, 292, Rue Saint-Martin, soit de 17 à 19 h. 1/4, soit de 20 à 22 h. 1/4, selon les jours. L'après-midi est réservé aux démonstrations, le matin aux visites.

La sanction de ces diverses études est, après examen devant un Jury de Conférenciers, la délivrance, par le Conservatoire des Arts et Métiers, du « Brevet de Technicien sanitaire ».

Le programme général de cet enseignement, ainsi que les noms des Conférenciers de l'Institut, toutes personnalités faisant autorité dans leur spécialité et appartenant aux divers établissements de l'Enseignement Supérieur seront communiqués sur demande adressée au Directeur, 34, rue Hamelin, Paris (16^e).

Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

NOVEMBRE 1924

Travaux récents sur la détermination de l'agent pathogène, encore inconnu, de quelques maladies infectieuses

(Conférence faite aux Médecins de la Garnison de Tunis)

par le Docteur **J.-L. DE LAGOANÈRE**

Médecin-Major

En commençant cette conférence, je ne me dissimule pas l'écueil auquel elle est exposée et le reproche qu'elle doit fatalement encourir. Traillant un pareil sujet devant un auditoire uniquement composé de médecins, l'on se trouve placé dans une périlleuse alternative : rappeler des faits bien établis, des idées classiques, mais tenir un langage importun; ou bien, au contraire, exposer des notions nouvelles, des travaux récents que l'épreuve du temps n'a pas consacrés; mais l'absence de conclusions positives impressionne défavorablement les auditeurs. En fait, je ne vous apporterai pas la nouvelle sensationnelle de la découverte, confirmée par tous, de l'agent pathogène d'une de ces maladies infectieuses bien connues des cliniciens, mais dont la nature exacte demeure remplie de mystère. Mon rôle, très modeste, s'est borné à parcourir une partie des nombreuses publications qui ont paru au cours de ces dernières années sur le sujet que j'ai choisi, à en glaner les conclusions, les faits qui paraissent acquis et à les exposer aussi clairement que possible devant vous. D'ailleurs, si, aucune découverte bactériologique sensationnelle n'a été faite depuis la fin de la guerre, du moins des savants réputés, dignes de l'autorité qu'on leur accorde dans les milieux scientifiques, ont-ils incontestablement fait progresser nos connaissances sur différents points et donné des bases, parfois très solides, aux recherches futures.

Après avoir passé très rapidement en revue quelques maladies infectieuses qui n'ont pas fait l'objet de recherches particulièrement intéressantes, nous nous arrêterons plus longuement à l'exposé des travaux récents, d'ailleurs nombreux, et dont certains feront époque, sur le typhus exanthématique et sur trois affections à déterminations nerveuses : la sclérose en plaques, l'encéphalite épidémique et la rage.

×

Je rappellerai seulement que le *spirochæta ictero-hémorragia*, mis en évidence en 1906 par deux savants japonais, Inada et Ido, reste le germe pathogène, reconnu par tous, de l'ictère infectieux à rechutes ou maladie de Mathieu-Weill. De même, le *leptospira icteroïdes*, de Noguchi — autre découverte japonaise — demeure l'agent de la fièvre jaune.

Si la spécificité de la petite bactérie décrite par Bordet et Gengou (1900 à 1906) n'est plus contestée, malgré certaines difficultés d'isolement, en revanche, la valeur du cocco-bacille de Pfeiffer, dans la grippe, n'a pas reçu la confirmation que certains espéraient. La grippe paraît beaucoup plus probablement due à un virus filtrant (Ch. Nicolle et Le Bailly), le bacille de Pfeiffer, comme le streptocoque hémolytique, jouant d'ailleurs un rôle non négligeable dans les infections secondaires.

Rien de très marquant sur l'étiologie de la rougeole : le microcoque anaérobie de Caronia et Sindoni a fait l'objet, cependant, d'un certain nombre de publications (F. Arloing et A. Dufourt).

×

Si le mode de transmission du **Typhus exanthématique** est aujourd'hui bien connu, grâce aux travaux de M. Ch. Nicolle et de l'Institut Pasteur de Tunis, l'agent pathogène incontesté de cette maladie n'a pas été découvert jusqu'ici. Et, cependant, la question n'a pas manqué de susciter de multiples efforts.

Rabinowitch, de Kharkow, a publié dans le *Centralblatt für Bacteriologie*, en 1923, un volumineux travail sur l'ensemble des faits militant en faveur du « *Diplobacillus exanthematicus* », découvert par lui en 1908. Il s'agit d'un bâtonnet trapu, prenant le Gram, bipolaire, que l'on peut retrouver dans le sang, dans les organes, les taches d'exanthème, et dans les poux nourris sur des typhiques fébriles. Ce

germe aurait même été isolé en culture pure, du sang du cœur de cobayes infectés avec du sang de typhiques.

Beaucoup plus attrayants sont les travaux accomplis en diverses régions, à la suite de la découverte de Ricketts et Wilder. Ces auteurs décrivent les premiers, en 1910, l'existence, dans l'intestin de poux nourris sur des typhiques, de microorganismes bipolaires, généralement très abondants (quinze à vingt par champ de microscope), dont la présence est constante. Ces formations, qui reçurent le nom de « *Rickettsia Prowazeki* », ont fait l'objet de nombreux travaux, parmi lesquels il convient de citer ceux de Rocha Lima (1919) et, surtout, ceux de l'Institut Pasteur d'Algérie, avec MM. Ed. Sergent, Foley et Vialatte. Ces recherches, commencées avant la guerre (Société de Biologie, juin 1914), puis interrompues par celle-ci, ont été rapportées dans les Archives de l'Institut Pasteur de l'Afrique du Nord, de septembre 1921. Les auteurs insistent sur ce fait que la présence de ces images est rigoureusement liée à l'infection du parasite par le typhus : ils les trouvent, en effet, et en abondance, chez les poux de deux foyers situés à 900 kil. l'un de l'autre et ne les rencontrent jamais chez des milliers de parasites non infectés.

Ils rappellent la morphologie de « *Rickettsia Prowazeki* » : Ce sont des microorganismes de dimensions variables. Il en existe deux variétés : A) de menues granulations de 0μ 2 à 0μ 3 de diamètre, éparpillées dans le contenu intestinal ou réunies en amas intracellulaires. B) des formes beaucoup plus grandes, cocco-bacillaires, de 1 à 3 μ de long, prenant la coloration bipolaire, en navette, se réunissant parfois pour former des diplocoques ou mêmes des chaînettes.

Ils établissent les rapports de l'infection du pou avec la phase de la maladie. Les poux sont indemnes pendant l'incubation. La fréquence et l'intensité de l'infection croissent parallèlement, en même temps que la maladie humaine évolue, si bien qu'à partir du 20^e ou du 25^e jour, la plupart des examens sont fortement positifs.

Les auteurs rapportent enfin la transmission du typhus à des singes et à l'homme par piqûre de poux infectés de cocco-bacilles.

Ils n'ignorent pas que des formes analogues ont été décrites dans la fièvre des Montagnes Rocheuses et chez des poux non infectés. Cependant, ils demeurent frappés de la « simultanéité remarquable, dans le corps des poux, du virus du typhus exanthématique et de ces formes microbiennes abondantes, »

Ils concluent que, si les *Rickettsia* ne représentent pas le virus du typhus, du moins se trouve-t-on peut-être en présence de microbes « témoins », « accompagnant l'agent infectieux véritable, encore invisible, ainsi qu'on l'observe pour plusieurs *Pasteurella*. »

A l'appui de la valeur des *Rickettsia Prowazeki*, Sikora fait observer (*Centralblatt*, 1923) que de nombreuses bactéries, injectées dans la cavité coelomique du pou, s'y multiplient, mais sans envahir les cellules. La *Rickettsia*, au contraire, se comporte comme un parasite intracellulaire, se développant dans les cellules épithéliales de l'estomac, de l'intestin, dans les glandes salivaires céphaliques.

Deux auteurs russes, Barykin et Kritsch, de Moscou, apportent le résumé de travaux remontant à 1918, avec de bonnes microphotographies. Barykin et Afanassiewa croient avoir découvert l'agent pathogène dans le sang, chez l'homme et le cobaye, avant l'exanthème, et lui donnent le nom de « Mikrobion typhi exanthematici ». Ils le trouvent dans le cerveau, le bulbe, la rate, les surrénales, beaucoup plus fréquemment que dans le sang. Ils le cultivent, en parlant d'organes digérés par la pancréatine, dans un milieu additionné de liquide d'ascite et recouvert de vaseline. Réalisant un postulat exigé en médecine expérimentale, ils parviennent à infecter le cobaye et à reproduire la maladie par l'inoculation de leurs cultures. Enfin, ils assignent à leur « mikrobion » une place intermédiaire entre les *Rickettsia* et le bacille de Plotz.

M. Mesnil, qui analyse longuement ce travail dans le *Bulletin de l'Institut Pasteur*, estime qu'« il y a là un résultat d'un haut intérêt, dont on ne peut que désirer la confirmation ». Mais il lui semble que le mikrobion, en raison de ses caractères morphologiques, peut être identifié à *Rickettsia Prowazeki*.

×

« Il paraît justifié de ranger aujourd'hui la sclérose en plaques parmi les maladies infectieuses du système nerveux », dit M. Jean Camus, dans une *Revue de Neurologie* parue dans « *Paris-Médical* » d'octobre 1924. « Des faits nombreux, accumulés pendant ces dernières années, plaident dans ce sens. Et, si des discussions sont encore en cours sur la nature de l'agent pathogène, il paraît acquis, pour la plupart des neurologistes, que la maladie est de nature infectieuse. »

La théorie toxique d'Oppenheim, imputant la sclérose en plaques

à l'action de divers poisons (oxyde de carbone, manganèse) est aujourd'hui abandonnée. L'origine syphilitique de cette affection, admise jusqu'à une époque beaucoup plus récente, est elle-même sérieusement battue en brèche, et les modifications du liquide céphalo-rachidien apportent à cette théorie un argument de premier plan. Caractérisées, en effet, par une hypercytose et une albuminose nulles ou légères, une réaction de Wassermann négative et une épreuve du benjoin ou de l'or colloïdal positive, elles sont donc très différentes de celles de la syphilis nerveuse. Les antécédents des malades et l'absence du signe d'Argyll concordent fréquemment avec la réponse du Laboratoire. Il faut reconnaître, dit M. André Thomas, qu'actuellement la plupart des arguments ne sont pas favorables à l'origine syphilitique de la sclérose en plaques. Et M. le Professeur Guillain affirme que la sclérose en plaques vraie n'est pas d'origine syphilitique.

Nous sommes donc en présence d'une maladie infectieuse, et divers auteurs, dont M. Pierre Marie, dès 1884, avaient d'ailleurs soutenu l'existence de rapports entre les maladies infectieuses aiguës et la sclérose en plaques. Or, les antécédents des maladies sont souvent muets à ce sujet. Au reste, la tendance actuelle est de considérer cette affection médullaire comme une infection autonome, relevant d'un microbe spécifique. Afin de vérifier cette hypothèse, nombre de recherches ont été entreprises, dont MM. Guillain et Marquezy ont dressé le bilan (Rapport de M. le Professeur Guillain à la IV^e Réunion Neurologique internationale — Thèse de Marquezy). Disons tout de suite que les faits négatifs ne manquent pas. Pourtant, certains résultats positifs présentent le plus grand intérêt :

1^o Bullock, en 1913, inoculant à des lapins le liquide céphalo-rachidien d'un malade, observe des lésions médullaires chez plusieurs animaux. Il considère l'agent causal comme un virus filtrant.

2^o Les recherches de Kuhn et Steiner, poursuivies de 1917 à 1922, ont retenu plus longuement l'attention. Ces auteurs décrivent le « *Spirochæta argentinensis* » comme l'agent pathogène de la sclérose en plaques. Steiner peut provoquer des plaques de sclérose cérébrale chez le macacus rhésus et pense que le virus serait plus particulièrement inoculé à l'homme par les insectes vivant dans les forêts, notamment par l'*Ixodes Ricinus*. Simons, en 1918, Marinesco provoquent des paralysies des membres postérieurs par l'inoculation de liquide céphalo-rachidien.

Marinesco, Kolberlah, M. Pettit, de l'Institut Pasteur, identifient

dans le liquide céphalo-rachidien de cobayes inoculés des spirochètes, se rapprochant généralement de celui de Kuhn et Steiner; et M. Pettit peut rapporter onze cas positifs sur seize inoculations pratiquées depuis 1918. Enfin, M. Pettit trouve même des corps spirochètoïdes dans le liquide céphalo-rachidien de plusieurs malades.

En conclusion, selon l'opinion la plus généralement admise à l'heure actuelle, la sclérose en plaques est une maladie infectieuse autonome, causée par un agent pathogène spécifique mais dont les caractères ne sont pas encore parfaitement déterminés.

×

Si l'agent figuré de l'**encéphalite épidémique** n'a pas encore été mis à la portée de nos moyens optiques d'investigation, du moins l'étude expérimentale de cette maladie a-t-elle abouti à l'acquisition d'une notion capitale, riche de conséquences : l'étroite parenté des virus de l'herpès, du zona, de la varicelle, de l'encéphalite épidémique, auxquels il convient peut-être d'ajouter celui de la rage. Ces germes — ou, tout au moins, certaines variétés de chacun d'eux — ont une aptitude toute particulière à se localiser sur le système nerveux : ils sont doués de « neurotropisme ». Ils rentrent dans le groupe des « épithélioses neurotropes »; et les nombreuses publications dont la littérature médicale s'est enrichie au cours des derniers mois peuvent étudier les diverses manifestations du « virus herpético-encéphalitique ».

Les relations unissant la varicelle au zona ont été soupçonnées dès longtemps, notamment par Janos Bokay, en 1888. Récemment, M. Netter a établi la parenté étroite de ces deux affections par des arguments d'ordre clinique et par des observations d'immunité croisée.

Les travaux les plus remarquables ont été accomplis, au cours de ces toutes dernières années, à l'Institut Pasteur de Paris, par M. Levaditi et ses collaborateurs : MM. Harvier, Nicolau, Poincloux et Melle Schœn.

1° En 1920, Levaditi et Harvier découvrent le virus encéphalitique dans le cerveau d'une malade morte d'encéphalite épidémique. Entretenu depuis par passages successifs par le cerveau du lapin, et devenu inoffensif pour les singes supérieurs, ce virus a servi à préparer le vaccin de Levaditi et Poincloux, employé à titre curatif.

2° En 1922, il est bien établi par les travaux de Levaditi, confirmés par ceux de Dœrr, Schnabel et Berger, que l'encéphalite léthargique est due à un virus filtrant ayant des propriétés bien déterminées : d'une part, par voie cérébrale, ce virus tue l'animal en 5 à 8 jours, avec des signes cliniques et des altérations microscopiques d'encéphalite aiguë. D'autre part, déposé sur la cornée du lapin, il détermine une kérato-conjonctivite, puis, plus ou moins tardivement, une névraxite mortelle, ayant cheminé le long des voies nerveuses les plus courtes : nerf oculo-moteur, nerfs ciliaires, nerfs optiques.

3° Enfin, les recherches d'immunité croisée montrent que le virus encéphalitique est très voisin de celui de l'herpès, avec cette particularité qu'il possède un neurotropisme spécialement accusé.

Pourquoi — est-il permis de se demander — le virus herpétique, si ubiquitaire, si répandu chez l'homme, provoque-t-il l'encéphalite de façon relativement si rare ? En raison, sans doute, et tout à la fois, des propriétés particulières de la graine et d'une réceptivité favorable de la part de l'organisme; en raison de l'affinité neurotrophe du germe et sous l'influence d'une modification du terrain. Celui-ci, en effet, influe notablement sur la localisation du virus herpético-encéphalitique sur le névraxe. A l'état normal, le virus herpétique se localise sur la peau, les muqueuses, la cornée, qui ont, à son égard, une réceptivité plus grande. Il atteint au contraire, le névraxe lorsque l'immunité dont jouit normalement ce système vient à fléchir.

Malgré la longueur de la citation, je n'hésite pas à vous rapporter les conclusions de MM. Levaditi, Nicolau et Poincloux, à la Société de Biologie, en mai 1924, tellement elles posent clairement le problème : « les variétés encéphalitiques du virus de l'herpès possèdent des affinités différentes de celles des souches herpétiques proprement dites. Moins aptes à s'attaquer aux segments ectodermiques, revêtement cutané et cornée, elles sont plus adaptées au névraxe et, par suite, plus virulentes pour le système nerveux central. Si donc certains sujets humains semblent plus prédisposés que d'autres à contracter la maladie de V. Economo, c'est que, chez eux, les deux facteurs déterminants dont il a été question ci-dessus interviennent simultanément. D'une part, le terrain offre une réceptivité particulière à l'égard du virus qu'ils portent en eux ou qu'ils acquièrent au contact des malades; d'autre part, ils sont con-

taminés par des souches de germes herpélico-encéphalitiques qui, dès l'origine, paraissent plus adaptés au névaxe. »

Et les auteurs terminent par cette phrase lapidaire, écrite dans un précédent travail : « Modifications du terrain, augmentation de l'affinité neurotrope du germe, ce sont là les facteurs essentiels qui déclenchent la maladie de V. Economo. » (Levaditi et Harvier).

La lutte entreprise pour la détermination des facteurs étiologiques de l'encéphalite épidémique a suscité une controverse dont je dirai un mot pour terminer, et que j'aurais d'ailleurs passée sous silence si elle ne me permettait de trouver une ébauche de transition pour aborder le dernier chapitre, celui de la rage. Je fais allusion aux travaux, parus en 1922, de trois auteurs suédois, Kling, Davide et Liljenquist. Etudiant le même virus que Levaditi, et obtenant, dans leurs inoculations au lapin, des succès d'une fréquence anormale, ils crurent pouvoir démontrer que les savants de l'Institut Pasteur, commettant une erreur grave, avaient isolé le virus herpétique, mais non le germe pathogène de l'encéphalite. Leur virus, au contraire, — le virus suédois — était, affirmaient-ils, l'agent authentique de la maladie d'Economo. Cette controverse eut une conséquence heureuse : Levaditi, Nicolau et Melle Schœn démontrèrent que leurs contradicteurs avaient accompli leurs recherches expérimentales à l'aide du virus de l'encéphalite spontanée du lapin, maladie toute différente, et découvrirent l'agent figuré de cette affection. (Annales de l'Institut Pasteur, août 1924). Ils le décrivent comme un protozoaire, appartenant au groupe des microsporidies, présentant tout un cycle évolutif, au cours duquel on observe, chez la souris et le rat, une phase pansporoblastique, suivie de la formation de kystes. Ils donnent à ce germe le nom d'« Encephalitozoon cuniculi ».

Je note que des travaux récents, ainsi que nous le verrons bientôt, rapprochent certaines phases assignées au développement du parasite de la rage de la description que je viens d'esquisser très rapidement devant vous.

×

« La persistance de la **rage**, malgré les mesures de police sanitaire élevées contre elle », dit M. Remlinger, « le mystère incomplètement dévoilé qui entoure son virus font que la maladie est toujours d'actualité et ne cesse d'être le sujet de nombreuses publications. » Une assertion aussi autorisée me libère totalement du souci de justifier le dernier chapitre de cette conférence.

Le virus de la rage existe, selon les travaux récents — et en dehors du système nerveux — dans les capsules surrénales, le foie, le pancréas, les ganglions lymphatiques: on peut le retrouver parfois dans la rate (Remlinger).

Ce virus possède des propriétés bien déterminées, dont certaines tout à fait particulières :

1° Il est filtrable, à travers les bougies Berkefeld et Chamberland, et même à travers les sacs de collodion. Faits dignes de remarque, le virus de la glande sous-maxillaire passe beaucoup plus facilement à travers les bougies que le virus du cerveau et, d'autre part, la virulence du filtrat de bave de chien l'emporte parfois sur celle du produit total impur, selon les constatations de Noc.

2° Nisch, puis Remlinger ont attiré l'attention sur la diffusibilité du virus. Il diffuse dans l'eau physiologique ou le liquide de Locke, dans lesquels sont immergés des cerveaux rabiques. Il diffuse, dans la glycérine stérilisée, d'un cerveau rabique au cerveau d'un animal neuf, même si ce dernier appartient à un animal naturellement réfractaire à la rage. Il diffuse d'un cerveau rabique à un fragment de foie ou de rein dont l'inoculation sera positive dans un tiers des cas. Qu'il s'agisse de la diffusion d'une substance soluble ou de l'attraction de microorganismes, à la faveur de l'exsudation provoquée par la glycérine, le fait, des plus curieux, demeure.

3° Enfin, ce virus est capable de reproduire la maladie en série.

Il n'est pas sans intérêt de considérer un instant les rapports qui subsistent entre le virus des rues et le virus fixe. Sous l'influence de ses nombreux passages par le lapin — il a atteint le 2.000° environ — les caractères différentiels du virus fixe s'accusent de plus en plus. Ses affinités changent, au double point de vue de l'espèce et du tissu. Il se désadapte en quelque sorte de l'organisme du chien et de l'homme pour s'adapter à celui du lapin; et, d'autre part, ses affinités pour le tissu cellulaire font place à une véritable électivité à l'égard du système nerveux.

En outre, la virulence disparaît plus rapidement que dans les débuts de la méthode Pastoriennne, qu'il s'agisse des moelles conservées dans des flacons à sec ou que l'on considère les moelles immergées dans la glycérine, après quelques jours de dessiccation.

Une publication sensationnelle de Noguchi, dans la Presse Médicale du 6 septembre 1913, faisait connaître que le savant japonais avait réussi à cultiver le virus rabique dans un milieu composé de

gélose-ascite, avec addition d'un fragment de rein ou de testicule de lapin stériles, la culture recouverte d'une couche d'huile de vaseline. Il observait des corpuscules granuleux, à la limite de la visibilité, et des corpuscules plus volumineux, pourvus d'une membrane d'enveloppe et d'un noyau. L'inoculation de telles cultures reproduisait la rage, et les centres nerveux des animaux inoculés montraient toujours des corpuscules granulaires, quelquefois des corpuscules nucléés. Noguchi estimait être en présence d'un protozoaire. Divers expérimentateurs (Remlinger, Volpino, Levaditi) n'ont pu reproduire ces expériences, et Volpino pense que l'auteur a pu être induit en erreur par les gouttelettes de substance lipoïde du liquide d'ascite. « Le moins qu'on puisse dire est que le rôle et la signification des corpuscules de Noguchi sont encore loin d'être élucidés », déclare Remlinger.

Il est des formations histologiques dont l'intérêt pour le diagnostic n'est plus en cause, mais au sujet desquelles les controverses demeurent engagées dans le but de savoir si elles représentent bien des agents pathogènes et, plus particulièrement, des protozoaires. Je veux parler des « corps de Négri ». C'est à Négri, en effet, que revient le mérite d'avoir montré, en 1903, que, dans le système nerveux des animaux atteints d'hydrophobie — et uniquement dans le système nerveux de ces animaux — il est possible de mettre en évidence des formations endocellulaires particulières, constituées par des plages de chromatine colorées en rouge vif par la méthode de Mann, l'ensemble de la formation étant entouré par une membrane d'enveloppe. Il les interpréta comme étant les stades évolutifs d'un microorganisme qu'il convenait de ranger parmi les protozoaires. L'on observe en effet qu'à la manière des protozoaires, la chromatine se fragmente en petits blocs, de plus en plus ténus, jusqu'à constituer des granulations fines et uniformes qui s'entourent, chacune, d'une petite masse de protoplasma. M^{me} Négri-Luzzani assimile ce phénomène à la sporulation. Elle a publié récemment un véritable plaidoyer en faveur de l'intérêt que présentent ces figures au point de vue du diagnostic et, aussi, de leur signification comme agent pathogène. De fait, la constance des corps de Négri, notamment dans la corne d'Ammon, est impressionnante : ils ne manquent que dans 4 % des cas, sur un ensemble de 5.000 examens pratiqués par l'auteur.

Un auteur anglais, Woodcock, dans un travail paru en 1921, éta-

blit un rapport d'origine entre les corps de Négri, ceux de Guarnieri de la variole, ceux de Kurloff, les *Rickettsia Prowazeki* du typhus exanthématique, etc... Toutes ces formations résulteraient d'un même processus hématophagique, l'« hématophage » étant, dans la rage, la cellule nerveuse; dans la variole, les cellules épithéliales; dans le typhus exanthématique, les cellules de l'endothélium vasculaire. Il affirme, à l'appui de son hypothèse, qu'il est possible d'observer, dans la rage, une série de formes de transition entre les hématies et les corps de Négri.

L'année 1924 a été marquée par la publication de deux groupes de travaux, émanant les uns et les autres de l'Institut Pasteur : MM. Levaditi, Nicolau et Melle Schœn, à l'Académie des Sciences et à la Société de Biologie; MM. Manouelian et Viala, à l'Académie des Sciences et dans les Annales de l'Institut Pasteur, ont apporté le résultat de leurs recherches et formulé les conclusions du plus haut intérêt.

1° La découverte par Levaditi, Nicolau et Schœn de l'encéphalitozoon cuniculi, agent de l'encéphalite épizootique du lapin, a amené ces auteurs à formuler l'hypothèse de la nature, également microsporidienne, du virus rabique.

Ils l'appuient sur l'analogie qui existe entre les corps de Négri et les sporoblastes de l'encéphalitozoon et, aussi, sur le développement de certaines microsporidies dans les cellules de glandes à sécrétion externe, telle la pébrine des vers à soie, développement comparable à la pullulation du virus rabique dans les glandes salivaires.

A la suite de longues recherches, trois faits restent acquis : A) seule, l'inoculation du virus de rue aux singes inférieurs, par voie cérébrale, a permis de reproduire des formations comparables aux corps de Négri. Celles-ci n'ont jamais pu être obtenues avec le virus fixe. B) les corps de Négri n'ont été observés que dans les cellules nerveuses (de l'écorce ou de la corne d'Ammon) ayant conservé leur structure normale. « La formation des corps de Négri exige l'intégrité vitale et morphologique de la cellule nerveuse » C) les affinités colorantes de ces formations sont très voisines de celles des sporoblastes de l'encéphalitozoon.

Les auteurs tirent de leurs travaux les conclusions les plus séduisantes sur la nature du virus rabique : le germe rabique est actuellement invisible. C'est une microsporidie ultramicroscopique. Semblable aux microsporidies, il comporte tout un cycle évolutif, dont

la phase ultime, celle des pansporoblastes et des kystes, est représentée par les corps de Négri. Ceux-ci sont un agrégat de spores microsporidiennes, la cellule-hôte fournissant seulement un réseau de soutien entre les sporoblastes et une capsule à l'ensemble de la formation. « Les corps de Négri représentent pour nous la phase sporoblastique ou kystique de la microsporidie rabique ». (Levaditi, Nicolau et Schœn). Mais l'accomplissement intégral de ce cycle ne peut être réalisé que si la cellule nerveuse résiste et conserve son intégrité morphologique et physiologique. L'absence de corps de Négri dans la rage à virus fixe doit précisément être expliquée par l'évolution trop rapide de ce virus qui provoque la mort de l'animal avant l'accomplissement du cycle total.

2° De leur côté, MM. Manouelian et Viala rapportaient à l'Académie des Sciences, en janvier 1924, avoir découvert, dans le système nerveux, y compris les nerfs périphériques, et dans les glandes salivaires, des formations toutes particulières qu'ils considèrent comme le parasite de la rage. Dans les Annales de l'Institut Pasteur de mars dernier, sous le titre sensationnel de « Encephalitozoon rabiei, parasite de la rage », ils publient un important travail qui est l'exposé de leurs recherches, rendues plus fructueuses par des perfectionnements minutieux de technique. C'est dans la corne d'Ammon — dans les grandes cellules pyramidales — chez le chien atteint de rage des rues, que Manouelian et Viala observent les images les plus caractéristiques de leur parasite : ce sont des corpuscules fusiformes, piriformes, en navette, de 1 à 2 μ , colorés en rose vif par la méthode de Mann, presque tous situés à l'intérieur de la cellule nerveuse, où ils tendent à former des amas. Ils paraissent entourés d'une membrane et renfermer, à leur intérieur, des granulations de chromatine. Répartis inégalement dans les cellules, ils se rencontrent aussi dans les dendrites, formant des sortes de chapelets. Les auteurs n'identifient pas leurs formes parasitaires avec les corps de Négri, mais, constatant dans nombre de cas des amas dont les éléments se distinguent mal, ils pensent que les corps de Négri seraient le résultat de la dégénérescence des parasites à l'intérieur de la cellule nerveuse. Et il s'agirait bien là d'une réaction particulière à cette cellule, car les corps de Négri ne s'observent pas dans les glandes salivaires. Pourtant, les parasites y pullulent, constatation d'importance extrême au point de vue du passage dans la bave et de la contagion.

De la présence constante de ces figures dans les organes virulents; de leur structure, qui ne permet la confusion avec aucun autre élément de la cellule nerveuse; de leur constatation dans les glandes salivaires; de leurs réactions colorantes, enfin, qui sont celles d'un protozoaire, Manouelian et Viala concluent qu'il est possible d'affirmer que l'on est en présence du parasite de la rage. Soulignant ses analogies avec l'agent de l'encéphalite spontanée du lapin, ils proposent le nom d' « Encephalitozoon rabiei » pour désigner le micro-organisme décrit par eux.

Permettez-moi de faire encore une citation — la dernière — afin de vous indiquer, beaucoup plus clairement que je ne saurais le faire moi-même, une suggestion assez séduisante de M. Remlinger : « En attendant que l'on soit fixé sur la valeur des parasites qui ont été décrits dans la maladie, particulièrement pendant ces derniers mois, il semble que les hypothèses sur la nature du virus rabique doivent tenir compte, à la fois de sa filtrabilité, de sa diffusibilité et de son pouvoir de reproduire la maladie en série, trois propriétés dont la réunion paraît tant soit peu paradoxale. Nous sommes tentés, dans ces conditions, de considérer le virus rabique comme un intermédiaire entre les microbes visibles qui se trouvent à la limite inférieure du règne végétal, et les diastases qu'il n'est pas interdit de placer à la limite supérieure du règne minéral. Il y aurait là une nouvelle application du vieil adage que la nature ne fait pas de saut. »

Avant de terminer cette conférence, je crois pouvoir déclarer qu'en l'absence même d'une découverte bactériologique incontestée, les savants dont je vous ai brièvement exposé les travaux ont fait, au premier chef, œuvre utile. Ils auront posé de solides jalons sur la route que les chercheurs de l'avenir parcourront, grâce à eux, d'un pas mieux assuré, pour atteindre enfin — formulons-en l'espérance — le but si âprement poursuivi.

×

L'index bibliographique suivant pourra être consulté avec fruit :

I. — TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

RICKETTS et WILDER. — The etiology of the typhus fever (Tabardillo) of Mexico City. — *Journ. of the amer. med. Assoc.*, T. LIV., 23 avril 1910. — T. LV., 23 juillet 1910.

E. SERGENT, FOLEY, VIALATTE. — C.R. de l'Acad. des Sciences, 30 mars 1914.

E. SERGENT, FOLEY, VIALATTE. — Sur des formes microbiennes abondan-

tés dans le corps de poux infectés par le typhus exanthématique et toujours absentes dans les poux témoins non typhiques. — *C. R. Soc. Biol.*, T. LXXVII, 13 juin 1914, p. 101.

ROCHA-LIMA. — *Deutsch. med. Woch.*, T. 45, N° 27, 3 juillet 1919, p. 732.

H. SIKORA. — *Arch. f. Sch. u. Tropen Hygiène*, T. 24, novembre 1920, page 348.

E. SERGENT, FOLEY, VIALATTE. — Iconologie des « Rickettsia » signalées en 1914 chez des poux infectés de typhus exanthématique. — *Arch. I.P. de l'Afrique du Nord*, T. I, septembre 1921.

M. RABINOWITCH (Karkow). — Sur l'agent du typhus exanthématique. — (*Centralblatt f. B.*, T. XC, 1923).

H. SIKORA. — *Centralblatt f. B.*, T. LXXXIX, 1923, p. 271.

BARYKIN et KRITSCH (Moscou). — Mikrobion typhi exanthematici. — (Trad. allemande de *Nauck. Arch. f. Sch. u. Tropen Hygiène*, 1923).

II. — SCLÉROSE EN PLAQUES

MOUZON. — Travaux récents sur l'origine infectieuse de la sclérose en plaques. — *Presse Médicale*, 27 juillet 1922.

GULLAIN. — Rapport à la IV^e Réunion Neurologique Internationale.

MOUZON. — La sclérose en plaques. — *Paris Médical*, 30 août 1924.

JEAN CAMUS. — Revue de Neurologie. — *Paris Médical*, 4 octobre 1924.

III. — ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

LEVADITI et HARVIER. — *Annales I. P.*, 1920, T. XXXIV, p. 911.

WHRIGHT et GRAIGHEAD. — *Journ. Of. experim. méd.*, 36, 1922, p. 135.

OLIVER. — *The Journal of infectious diseases*, 30, 1922, p. 91.

TWORT. — *The Vétérinary Journal*, 78, N° 6, 1922.

LEVADITI et NICOLAU. — *C. R. Soc. Biol.*, 1922, T. LXXXVII, p. 1102.

LEVADITI. — Ectodermoses neurotropes, 1922, Paris — Masson.

LEVADITI et NICOLAU. — *C.R. Soc. Biol.*, 89, 1923, p. 775.

DOERR et ZDANSKY. — *Schweizer. méd. Woch.*, 23, N° 14.

LEVADITI et NICOLAU. — L'étiologie de l'encéphalite épidémique. — *C.R. Soc. Biol.*, Séance du 24 mai 1924, page 1172.

LEVADITI, NICOLAU et POINCLoux. — La virulence des germes herpético-encéphaliques, et l'étiologie de l'encéphalite épidémique. — *C. R. Soc. Biol.*, 24 mai 1924, page 1376.

LEVADITI NICOLAU et Melle SCHÖEN. — L'étiologie de l'encéphalite épizootique du lapin dans ses rapports avec l'étude expérimentale de l'encéphalite léthargique. « Encéphalitozoon cuniculi » (Nov. Spec.) — *Annales I. P.*, août 1924, page 651.

LEVADITI, N. et SCH. — *C.R. Acad. des Sciences* : 12 novembre 1923 — 7 janvier 1924 — *Société de Biologie* : 17 novembre 1923 — 8 décembre 1923 — 26 janvier 1924 et 15 mars 1924.

JEAN CAMUS. — Revue de Neurologie, *Paris Médical*, 4 octobre 1924.

LEVADITI. — Journées Médicales de Bruxelles, 29-30 juin 1924.

IV. — RAGE

M^{me} NÉGRÉ-LUZZANI. — Le diagnostic de la rage par la recherche du pa-

- rasite spécifique. — Résultat de dix années d'expériences. — *Annales I.P.*, 1913, pages 907 et 1040.
- NOGUCHI. — Etudes culturales sur le virus de la rage. — *Presse Médicale*, 6 septembre 1913.
- VOLPINO. — Recherches sur la culture du virus rabique selon Noguchi. — *Presse Médicale*, 28 janvier 1914.
- MANOUELIAN et VIALA. — *Annales I.P.*, mars 1914, page 233.
- P. REMLINGER. — Diffusion du virus rabique dans l'eau physiologique et le liquide de Locke. — *Soc. Biol.*, 24 novembre 1917.
- P. REMLINGER. — Sur la présence du virus rabique dans les capsules surrénales. — *Soc. Biol.*, 22 décembre 1917, page 951.
- P. REMLINGER. — Diffusion du virus rabique dans la glycérine. — *Soc. Biol.*, 12 janvier 1918.
- P. REMLINGER. — Contribution à l'étude de la nature du virus rabique. — *Bulletin Acad. de Médecine*, 12 février 1918, page 137.
- P. REMLINGER. — Passage in vitro du virus rabique dans des cerveaux et dans des organes. — *Soc. Biol.*, 26 janvier 1918.
- P. REMLINGER. — Sur la présence du virus rabique dans la rate. — *Annales I.P.*, août 1918, page 406.
- P. REMLINGER. — La diffusibilité du virus rabique. — *Annales I.P.*, janvier 1919, page 28.
- NOC. — Rapport sur le fonctionnement du Laboratoire de Bactériologie de l'Afrique Occidentale française en 1919. (Dakar, 1920).
- WOODCOEK. — On introduction to the study of hæmatophagy. — *Jour. Roy. Army Méd. Corp.*, T. XXXVII, nov. et déc. 1921.
- LEVADITI et NICOLAU. — C.R. de l'Acad. des Sciences, 1922, T. CLXXVI, page 717.
- LEVADITI et NICOLAU. — C.R. de l'Acad. des Sciences, 12 novembre 1923, page 985.
- LEVADITI, NICOLAU et M^{lle} SCHOEN. — C.R. *Soc. Biol.*, 17 novembre 1923, page 984 et 8 décembre 1923, page 1157.
- P. REMLINGER. — Contribution à l'étude de l'action de la dessiccation sur le virus rabique. Différence entre le virus fixe et le virus de rues. *Soc. Biol.*, 1^{er} décembre 1923.
- LEVADITI, NICOLAU et M^{lle} SCHOEN. — C.R. de l'Acad. des Sciences, 7 janvier 1924, T. CLXXVIII, page 256.
- LEVADITI, NICOLAU et M^{lle} SCHOEN. — La nature microsporidienne du virus rabique. — *Soc. Biol.*, 16 février 1924, page 391.
- MANOUELIAN et VIALA. — *Annales I.P.*, décembre 1912, page 373 et décembre 1922, page 830.
- MANOUELIAN et VIALA. — C. R. de l'Acad. des Sciences, 14 janvier 1924, T. CLXXVIII, page 344.
- MANOUELIAN et VIALA. — « Encéphalitozoon Rabici, parasite de la Rage ». *Annales I.P.*, mars 1924, T. XXXVIII, page 258.
- P. REMLINGER. — Les travaux sur la rage pendant ces dix dernières années. — *Archives de l'I.P. de Tunis*, octobre 1924, page 310.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 10 Octobre 1924

Présidence du D^r SORIA, *président*

Sont présents : MM. les Docteurs Cassuto, Barsotti, Cohen-Hadria, Nunez, Lemanski, Doméla, Brun, Biecheler, Minguet, Henry, De Lagoanère, Maurice Uzan, Pérez, Rogalski, Eichmuller, Féré, Lumbroso, Benmussa, Ortona, Samama, Montefiore, Durand, Bismuth, Attal, Bonan Hector, Hayat, Sfez, Disegni.

×

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

×

Admission. — Le docteur ATTAL est admis à l'unanimité comme membre titulaire.

×

COMMUNICATIONS

Kyste hydatique du poumon

par les Docteur de LAGOANÈRE et GUINET

Le docteur de Lagoanère présente, au nom du docteur Guinet et au sien, une radiographie qui paraît offrir quelque intérêt en ce qu'elle est passablement caractéristique au point de vue du diagnostic d'un kyste hydatique du poumon.

Il s'agissait d'un soldat âgé de 21 ans, français, mais originaire d'Algérie. Il était entré à l'hôpital à la suite d'une hémoptysie légère, symptôme qui dominait son histoire clinique ou, plus exactement, constituait à lui seul presque toute cette histoire. Car, subjectivement, le malade n'accusait qu'un peu de toux, d'ailleurs inconstante, et un point de côté peu intense dans la région du mamelon gauche. Son état général était excellent. Il n'avait pas d'élévation thermique. Quant aux signes stéthoscopiques, ils étaient réduits à un peu de submatité et à quelques râles sous-crépitants — ces derniers, variables durant la période d'observation — perçus autour de la pointe de l'omoplate du côté droit,

Une nouvelle expectoration hémoptoïque, peu abondante et limitée à quelques heures de durée, engagea à faire pratiquer une radiographie, à la suite de laquelle le docteur Guinet attira l'attention du médecin traitant sur la signification exacte de l'image obtenue.

L'on constate la présence, à la partie inférieure du poumon droit, d'une ombre très nette, comme « tracée au compas » sur une bonne moitié de sa circonférence, image assez caractéristique du kyste hydatique. En outre, dans le lobe inférieur gauche, existe une zone opaque, plus petite mais surtout, à contours beaucoup plus flous, correspondant sans doute à un second kyste en évolution. Chose curieuse, c'est seulement à gauche, précisément, que le malade ressentait un point de côté, sans doute parce que cette seconde localisation était plus voisine de la corticalité que la première. Et, cependant, les signes d'auscultation étaient nuls à ce niveau.

Parmi les recherches de laboratoire, l'éosinophilie était très nette (10 % environ), mais la réaction de Weinber-Parvu était négative, sans que ce résultat puisse d'ailleurs surprendre. Une intradermo-réaction allait être pratiquée lorsque le malade a quitté l'hôpital, réformé.

S'il fallait étiqueter la forme clinique de ce kyste hydatique, l'on ne pourrait qu'écartier, avec le type pseudo-pleurétique, celui qui simule une tumeur intra-thoracique, pour se ranger à la forme pseudo-tuberculeuse, bien que l'état général du sujet, l'absence de fièvre et les signes d'auscultation eux-mêmes n'aient pas permis, en réalité, de s'arrêter longuement au diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Discussion :

Le docteur *Gérard* signale l'erreur possible de l'image radiographique. Dans un cas, l'image a donné un kyste et le chirurgien est tombé sur une tumeur du poumon.

Le docteur *Brun* fait remarquer les difficultés presque insurmontables qu'il y a à faire le diagnostic cliniquement. Seule la radiographie peut établir le diagnostic. Evidemment on peut tomber, comme dit *Gérard*, sur une tumeur, mais c'est la rarissime exception et la valeur de l'examen radiographique, dans ces cas, reste entière. Seule dans plusieurs cas, elle a pu fixer le diagnostic. Exemple, le cas d'un malade à Paris, sur lequel tous les cliniciens avaient posé les diagnostics les plus variés. Bécère fait le diagnostic de kyste hydatique du poumon. Diagnostic vérifié.

Un autre cas à *Sadiki* ne présentait rien à l'auscultation. Le docteur *Broc* qui l'a examiné ne trouve rien au point de vue pulmonaire. La radiographie seule fit le diagnostic.

Ramond signale cette particularité, de l'absence de tout stétacoustique, mais Ramond, à ce propos, écrit quelque chose d'inattendu. A propos de la fréquence des kystes hydatiques en Tunisie, Ramond écrit qu'il est fréquent chez les Européens et les Israélites, mais inconnu chez les Musulmans. C'est l'opposé de la réalité et le docteur Brun se propose de lui envoyer la statistique de l'Hôpital Sadiki.

Le docteur *Maurice Uzan* signale un symptôme qui a une certaine importance. C'est celui de la percussioin de l'aisselle en faisant respirer profondément le malade. La matité baissée de deux travers de doigts. C'est ainsi qu'il a pu établir cliniquement le diagnostic d'un kyste hydatique du poumon avant la radiographie. Kyste qui avait été pris pour une pleurésie de la base.

Maurice Uzan fait remarquer que quant au diagnostic de position, il est très difficile et l'on ne peut guère le préciser qu'en le considérant comme une projectile,

Le docteur *Lemanski* rappelle un signe qui a son importance : L'hémoptysie. Un malade crachant le sang et n'étant entaché d'aucune tuberculose, doit faire penser au kyste.

Le docteur *Ortona* a vu deux cas de kystes hydatiques du poumon. Il rappelle le syndrome de Claude Bernard et la dilatation de la pupille du même côté.

×

Cancer du Rectum

opéré par la méthode abdomino-périnéale

par le Docteur BRUN

La pièce que nous avons l'honneur de vous présenter provient d'un indigène que nous avons opéré d'un cancer du rectum, par la méthode abdomino-périnéale. Le segment d'intestin extirpé a une longueur de 30 centimètres environ, et comprend en plus du rectum la presque totalité de l'anse sigmoïde. Comme il vous est facile de le constater, il s'agit d'un volumineux cancer développé aux dépens surtout de la face antérieure de la partie inférieure de l'ampoule rectale, mais ayant fini par entourer complètement le canal et par descendre jusqu'à l'anus.

L'histoire clinique de ce malade est l'histoire classique d'un néoplasme rectal ayant débuté, il y a un an environ. A l'heure actuelle le malade est dans un état de cachexie assez avancé, ayant des douleurs spontanées

continues avec sensation de pesanteur périnéale et prurit; la défécation est rendue presque impossible par les douleurs qu'elle provoque. Le malade a des alternatives de constipation et de diarrhée sanguinolantes. Le toucher rectal révèle l'existence d'un néoplasme volumineux comblant la lumière de l'intestin, provoque des douleurs et des hémorragies. L'intervention proposée est acceptée.

L'anesthésie rachidienne a été pratiquée, c'est l'anesthésie de choix pour ce genre d'opération. A l'ouverture du ventre, on constate que déjà le groupe ganglionnaire du méso-sigmoïde est envahi et nous sommes obligé de pratiquer une amputation large de ce segment d'intestin.

Le bout supérieur est attiré hors du ventre par une boutonnière dans la fosse iliaque destinée à devenir un anus définitif. Après avoir libéré l'anse sigmoïde et le rectum, toute cette portion d'intestin est refoulée dans le fond de la cavité pelvienne et une péritonisation soignée est faite au-dessus d'elle. La paroi abdominale est refermée en un seul plan aux fils de bronze, le malade est placé dans la position dite de la taille périnéale, et l'opération terminée, comme s'il s'agissait d'une amputation par la voie basse. L'énorme brèche laissée est tamponnée par de nombreuses mèches de gaze.

L'abdomino-périnéale est une opération longue, assez difficile, très choquante et qui donne une mortalité immédiate très élevée: 40 à 50 % environ.

Nous avons néanmoins cru devoir la tenter pour plusieurs raisons. Il s'agissait d'un cancer très avancé, et nous avons tout lieu de croire, comme vous pouvez le constater sur la pièce, que les ganglions sigmoïdiens étaient déjà envahis. La laparotomie était seule capable de nous permettre de les enlever. D'autre part, le sphincter étant pris, il fallait l'enlever d'où impossibilité à peu près absolue d'avoir un anus périnéal continent. Dans ces conditions, un anus iliaque offre beaucoup plus d'avantages qu'un anus périnéal. Il n'est pas douteux enfin, et les statistiques le prouvent, que les récidives sont beaucoup moins fréquentes après une abdomino-périnéale qu'après les périnéales.

Le seul reproche qu'on puisse lui faire c'est sa mortalité très élevée, mais la gravité du mal à laquelle s'attaque la fréquence de ses récidives, autorisent toutes les audaces chirurgicales, et dans notre cas, l'envahissement des ganglions justifiait notre conduite.

Pour terminer, nous voudrions insister sur un point qui ne manque pas d'intérêt : La rareté des cancers du rectum chez les indigènes. Nous n'a-

vons eu que très rarement l'occasion d'en observer depuis 5 ans à l'Hôpital Sadiki. Etant donné le nombre considérable de malades qui passent dans cet établissement le fait méritait d'être signalé et contraste avec ce que l'on observe dans les services hospitaliers de France.

Il vient du reste à l'appui d'autres constatations que nous avons pu faire sur la rareté des cancers du tube digestif et en particulier de l'estomac alors que le nombre des ulcères qu'on y opère est particulièrement élevé.

×

Un cas d'hématome souspéritonéal de la cavité de Douglas

par le Docteur **BIECHELER**

La nommée F. b. M... fut transportée, au mois de mars de cette année, au service des femmes de l'Hôpital Sadiki. Elle nous raconta qu'elle avait accouché la veille d'un enfant mort et que depuis elle n'avait plus uriné. On constata en effet une vessie remontant jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Après sondage on constata au toucher vaginal une petite tumeur grosse comme une mandarine fixée dans le Douglas. On lui conseilla l'opération mais la malade refusa. Elle quitta l'hôpital quelques jours plus tard.

Réadmission le 4 octobre 1924. Elle nous raconta qu'elle a vu grossir petit à petit une tumeur sans grandes douleurs dans son bas-ventre. Elle présente en effet une grosse tumeur qui prend tout le bas-ventre et qui remonte au-dessus de l'ombilic. Elle ressemble au point de vue forme et consistance absolument à un utérus gravide. Au toucher on constate que le Douglas bombe dans le vagin; l'utérus est complètement refoulé en avant et il se trouve au-dessus de la symphyse. Le doigt n'arrive que très difficilement à atteindre le col utérin. L'utérus est un peu augmenté de volume. Les annexes ne présentent pas de particularités. Le toucher rectal ne donne pas plus de renseignements.

Comme la malade fait des crises de rétention urinaire, on décide l'opération sans avoir un diagnostic ferme.

En anesthésie générale, laparotomie sus et sous-ombilicale. Quelques gouttes de liquide citrin dans le péritoine. L'utérus est refoulé en avant d'une tumeur fluctuante qui prend toute la cavité de Douglas et qui est nettement sous-péritonéale. On referme immédiatement l'abdomen en trois plans et on pratique la colpotomie post. Après avoir franchi du tissu fibreux sur une profondeur de 2 cm, environ, on évacue une grande quan-

fité de sang noirâtre non coagulé mais très épais. Il donne l'impression de marmelade. On applique un drain en T. Pansements.

Les suites opératoires ont été excellentes. La malade a évacué pendant une dizaine de jours du sang épais, puis tout est rentré dans l'ordre. La tumeur avait disparu à peu près complètement. La plaie de la colpotomie s'est fermée spontanément. La plaie abdominale est guérie par primam. Notre malade est sortie guérie.

Nous avons intitulé cette observation d'*hématome sous-péritonéal de la cavité de Douglas*. L'opération nous a permis de justifier ce diagnostic.

Quant à sa pathogénie, l'explication suivante nous paraît la plus plausible. Une fissure de la portion sus-vaginale de l'utérus ou fissure isthmique au niveau de la face postérieure a déterminé une hémorragie lente et progressive, consécutive à un accouchement pénible.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans ce fait que cliniquement il est bien difficile de faire le diagnostic différentiel avec une hématocele rétro-utérine. L'intervention par la voie vaginale ne nous eut pas permis de reformer ce diagnostic.

Peut-être à la lumière de cette observation doit-on penser que beaucoup d'épanchements catalogués rétro et sous-péritonéaux et attribués à une grossesse tubaire ne doivent être en réalité que des hématomes sous-péritonéaux comme dans le cas de notre observation.

×

Un cas de tétanos puerpéral

par le Docteur **BIECHLER**

La nommée Ch. b. S... fut admise, le 22 mai 1924, vers 11 heures du matin, au service des femmes de l'Hôpital Sadiki. Elle nous raconta qu'elle a fait, il y a six jours, un avortement spontané (?) et que depuis, elle perdait du sang. Depuis la veille elle remarquait une certaine difficulté à ouvrir la bouche.

Etat de la malade à son entrée à l'hôpital :

Femme âgée d'une vingtaine d'années, en mauvais état général.

Les muqueuses visibles sont pâles. Le pouls est à 120 à la minute, la température dépasse 40°. La malade ne peut ouvrir la bouche qu'à moitié. La langue est rôtie. Cœur et poumons ne présentent pas de particularités. Il existe un écoulement vaginal d'odeur très fétide et de couleur rouge foncé. En examinant la colonne vertébrale on constate sans

difficulté, une certaine raideur. Les mouvements de flexion de la tête sont limités. On essaye de faire une ponction lombaire. Le simple attouchement de l'aiguille provoque chez notre malade de violentes contractures qui la placent en opisthotonos des plus marqués. On arrive à grande peine à pénétrer dans le canal rachidien. Hypertension. On injecte, séance tenante, 40 cem de sérum antitétanique et 60 cem intraveineux.

En anesthésie générale on procède au curettage de l'utérus. En voulant saisir le col utérin avec une pince de Museux, on s'aperçoit qu'il est partiellement bouché par un petit tampon de laine qu'on enlève. La grande curette mousse ramène des débris placentaires d'odeur fétide. On pratique une injection intra-utérine à l'alcool et on place une mèche à l'éther iodéformé.

La malade a assez bien supporté l'opération. L'après-midi la température descend à 38°6; le pouls à 100 à la minute. On a l'impression qu'elle ouvre mieux la bouche et elle a pu avaler quelques gouttes de liquide.

Le lendemain son état s'aggrave. La malade est en opisthotonos permanent et comateuse. Elle n'ouvre plus la bouche. Une nouvelle tentative de ponction lombaire échoue. On injecte 100 cem de sérum antitétanique intraveineux. Décès dans la soirée.

Le petit tampon de laine retiré du col utérin a été envoyé à l'Institut Pasteur. L'ensemencement a permis de cultiver « à l'état pur le bacille de Nicolaïer ».

Il s'est agi donc chez notre malade d'un tétanos puerpéral et nous croyons que l'observation est d'autant plus intéressante que nous avons trouvé le corps étranger qui le lui a inoculé.

On trouve dans la littérature mondiale une centaine de cas de tétanos puerpéral publiés. La mortalité est effrayante. Elle atteint 90-95 %. Nous n'avons pas trouvé dans ces observations un mode de contamination semblable au nôtre. Très probablement les mains expertes !! qui ont provoqué l'avortement ont le lendemain introduit dans le col de l'utérus un tampon de laine pour arrêter l'hémorragie qui s'était déclarée. Cette manœuvre a définitivement condamné notre pauvre malade en lui inoculant par ce corps étranger le bacille tétanique dont la virulence et l'action est en pareille circonstance fatale.



La péricolite fruste à douleur localisée de l'hypocondre gauche

Dr Georges FINZI

Thèse de Paris, 1924. - Marcel Vigné, éditeur.

Cette thèse, inspirée par Gutman, montre que l'inflammation péricolique, qu'elle reconnaisse une cause colitique ou extra-intestinale, peut se localiser en un point quelconque du trajet du gros-intestin. A côté de la pérityphlité, de la périsigmoïdite, de la péricolite ascendante il sied de placer la péricolite de l'angle gauche.

Cette dernière évolue souvent à bas bruit, marquée seulement par une douleur fixe, constante, localisée à l'hypocondre gauche. Elle peut ainsi égarer longtemps le diagnostic, grâce à cette symptomatologie fruste.

Les moyens physiques ne semblent pas avoir actuellement action sur cette affection et le traitement de choix est la résection des adhérences sans oublier cependant la possibilité de régression spontanée de la maladie.

M. U.

Contribution à l'étude des variations de la formule leucocytaire dans la fièvre typhoïde la granulie et les tuberculoses aiguës.

Leur valeur diagnostique

MONANGE

Strasbourg Médical, 20 mai 1924

L'A. a cherché à faciliter le diagnostic délicat de la tuberculose et de la typhoïde. Il résume en trois aphorismes le résultat de son travail documenté, basé sur plusieurs observa-

tions.

1° Une leucopénie marquée avec lymphocytose relative, indique nettement une typhoïde.

2° Une leucopénie, ou un nombre à peu près normal de leucocytes, avec polynucléose relative, doit faire pencher pour une tuberculose miliaire;

3° La polynucléose de la tuberculose miliaire n'est pas spécifique et se retrouve dans toutes les tuberculoses aiguës rapidement mortelles.

M. U.

**Encéphalite aiguë
au cours d'une fièvre typhoïde
chez un hérédo-syphilitique**

E. CASSOUTE

Pédiatrie. - 13^e année. - N^o 10. - Octobre 1924, page 150

Un enfant âgé de 5 ans, présente au cours d'une fièvre typhoïde, vers le 3^e septennaire, des contractures (membres supérieurs en flexion, membres inférieurs en extension), un strabisme externe, quelques convulsions chroniques des membres supérieurs, du délire et des cris. Ni raideur de la nuque, ni Kernig. Le liquide C.R. renferme : albumine 0,15; sucre présence nette, aucune réaction cellulaire, BW = +.

L'hémoculture est positive à l'Eberth;

L'enfant meurt au 4^e jour.

L'A. discute le diagnostic qui lui semble être celui d'une encéphalite ayant touché surtout les ganglions de la base et caractérisé par un syndrome optostrifié.

Qui de la syphilis ou de l'éberthose seront en cause dans l'étiologie de ce syndrome ? L'A. rappelle que l'on peut voir des accidents cérébro-méningés se déclancher chez les hérédo-syphilitiques à l'occasion d'infections graves quelconques.

M. U.

**Sur un cas d'abcès rétro-splénique
à bacille typhique
au cours d'une fièvre typhoïde**

SABRAZÈS, DE GRAILLY et DUCASSE

C. R. Société anatomique de Bordeaux, séance du 16 juin 1924

in *Journal de Médecine de Bordeaux*

25 octobre 1924, page 860

Femme de 20 ans, atteinte de typhoïde compliquée de spléno-pneumonie gauche. Hyperthermie. Ataxo-adynergie, albuminurie : 0,30 par litre; Azotémie : 0,33 par litre.

Mort à la 3^e semaine.

Séro-diagnostic négatif tout le temps. Le séro-diagnostic lent à apparaître serait, d'après les A., d'un mauvais pronostic. Hémoculture positive pour l'Eberth.

À l'autopsie, outre les lésions des plaques de Peyer et la splénisation du poumon gauche, abcès rétro-splénique indépendant de toute suppuration de la rate, des muscles ou des os voisins. Pus jaune contenant à l'état de pureté du bacille d'Eberth.

L'abcès ne peut s'expliquer que par l'apport de la culture du germe dans

une région où existent des phénomènes de stase du fait de la compression qu'exerce la rate hypertrophiée.

M. U.

**Le traitement des états typhoïdiques
par le pyramidon**

André SAUVAN et Ch. SIMONPIETRI
Marseille Médical

61^e année. - N° 28. - 5 octobre 1924, page 1146

Les A. ont traité 141 cas de fièvres typho-paratyphiques par le pyramidon à l'exclusion de tout autre agent antithermique ou anti-infectieux. Ils l'administrent toutes les fois que la température atteint ou dépasse 38°, cette température était prise toutes les 4 ou 6 heures; la dose par prise est de 0 gr. 10.

Il n'ont eu que 13 décès, soit 9,22 %. Or, la méthode de Brandt, d'après les chiffres de cet auteur, de Ziensen, de Zaibzer, de Goldtanner, de Junel Renoy, de Tripier et Bouveret, donne 8 à 11 % de mortalité.

Cependant, les hémorragies intestinales relevées au cours du traitement par le pyramidon paraissent relativement plus nombreuses : 20,9 %.

Les A. n'ont pas remarqué de fréquence insolite de complications cardiaques ou nerveuses. Le pyramidon aux doses indiquées ne provoque pas de sueurs profuses. La durée moyenne de la maladie avec ce traitement est de 33,65 jours toutes formes comprises.

Les A. rappellent les résultats déjà obtenus avec cette méthode par Boy Tessier en 1908 et plus récemment par Frappas et Evieux en janvier 1924, et la préfèrent à la balnéation.

M. U.

**Traitement des séquelles
de l'encéphalite épidémique
par le virus vaccin de Levaditi**

FOURNIER et SCHWARTZ
Bruxelles Médical, 13 juillet 1924, page 1101

phalite humaine.

Ces A. ont utilisé le virus fixe de l'encéphalite obtenu par Levaditi après de nombreux passages chez le lapin, comme traitement de l'encéphalite humaine.

Ils ont traité ainsi 13 malades par des injections intrarachidiennes de ce vaccin avec des résultats encourageants.

Dans l'encéphalite aiguë, 1 ou 2 injections ont suffi à faire disparaître la léthargie, les paralysies oculaires, les myoclonies.

Dans les états parkinsoniens, le traitement a paru arrêter l'évolution du processus morbide.

M. U.

**Recherche du virus encéphalitique
après son introduction
dans la cavité rachidienne chez l'homme**

NICOLAU et POINCLEUX

Bruxelles Médical, 13 juillet 1924, page 1104

duremérienne à des sujets atteints d'encéphalite, cesse très vite (au bout de 8 heures) d'y être décelable.

M. U.

**Traitement de 50 malades
par la méthode des injections intrarachi-
diennes de virus encéphalitique**

POINCLEUX

Bruxelles Médical, 13 juillet 1924, page 1102

Sur 7 cas d'encéphalite aiguë, il eut 1 mort, 3 guérisons complètes après une seule injection et 3 améliorations manifestes après 2 injections.

Sur 43 cas de séquelles encéphalitiques, 6 ont été insuffisamment suivis, 23 sont en cours de traitement et s'améliorent dans une proportion de 20%, 2 sont morts, l'un de congestion pulmonaire bilatérale massive et l'autre était atteint de tumeur cérébrale, 6 n'ont eu aucun résultat, 7 ont été améliorés.

Les injections ne provoquent quelquefois aucune réaction, elles paraissent alors inefficaces. D'autres fois, elles provoquent des élévations thermiques, et enfin dans certains cas, on assiste à leur suite à une véritable maladie vaccinale, sorte d'encéphalite en miniature.

Ce sont ces cas qui semblent les meilleurs.

L'A. a remarqué que tous les malades qui semblaient bénéficier du traitement avaient une lymphocytose rachidienne relativement élevée : 7 à 8.

Il conseille de commencer par des doses très faibles (II gouttes de l'émulsion au 1/20^e préparée par M. Nicolau), de les renouveler souvent en les accroissant d'autant plus vite que les réactions obtenues auront été plus

Le virus fixe encéphalitique, souche C, isolé en 1920 par Levaditi et Harvier, étudié par Levaditi et Nicolau, inoculé dans la cavité sous

Cet A., comme les précédents, a traité des malades encéphalitiques par les injections intrarachiennes de virus de Levaditi.

faibles. Continuer le traitement même après guérison apparente, en injectant des doses élevées pour renforcer l'immunité.

En ce qui concerne les séquelles, seuls les malades peu atteints peuvent bénéficier du traitement.

M. U.

**Traitement de la paralysie générale
par l'inoculation de la malaria tierce**

Aug. LEY

Bruxelles Médical. - 5^e année. - N° 1

2 novembre 1924, page 1

Après des affections fébriles, ont inoculé à des paralytiques généraux la malaria tierce, affection bénigne, facile à juguler par la quinine. Après 8 à 10 poussées thermiques, on voit l'affection entrer en remission. Fait curieux, les malades ainsi traités supportent à l'inverse des autres cas de paralysie générale, très bien le traitement arsénical.

Les résultats sont variables mais on peut évaluer à 4 % les cas où des rémissions importantes ont pu être observées rendant possible une vie sociale. Pilcz signale une de ces rémissions datant de 10 et 13 ans.

La disparition des réactions humorales spécifiques n'est pas constante, mais elle a pu être observée dans certains cas.

M. U.

**La figura neutrofila di Arneth
nell'eliotérapia**

e nell'attinoterapia artificiale

Giuseppe GELLI

Bollettino delle Scienze Mediche (Bologne)

Anno XCVI. - Serie X. - Septembre-Octobre 1924, page 665

De ses recherches, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° L'action de la lumière solaire surtout, celle des rayons actiniques, en moindre importance, stimulent les organes hématopoiétiques et produisent une prolifération des éléments de la série blanche ou rouge;

2° Cette hyperfonction, pour ce qui regarde la série blanche, se repère surtout sur les granulocytes neutrophiles chez les sujets anémiques et sur les lymphocytes chez les lymphatiques;

3° La déviation à gauche de la figure neutrophile vient appuyer l'hypothèse connue d'Arneht et Weidenreich.

M. U.

**Le rôle favorable joué par certaines lésions
chroniques de l'appendice
au cours de l'appendicite aiguë**

M. LETULLE

Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris

94^e année. - N° 6. - Juin 1924, page 370

L'A. décrit les lésions constatées chez une jeune femme opérée pour appendicite aiguë. Il préexistait des lésions scléreuses étendues dans l'épaisseur de la sous-muqueuse paraissant fai-

re office de barrière à l'extension d'un procédé inflammatoire ulcératif aigu récemment installé aux dépens de la muqueuse.

Cette circonscription, sans doute temporaire, des lésions ulcéreuses immobilisées par un anneau cirrhotique ne doit pas être fréquente, dit l'auteur qui constate ici le premier cas de ce genre.

M. U.

LIVRES REÇUS

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 : 4 francs. 15, rue Froidevaux, Paris (XIV^e).

Sommaire du numéro de Novembre 1924

Les « Quaderni d'Anatomia » du Vinci : Comment le peintre de la Joconde comprenait l'enseignement de l'anatomie (6 ill.), par le D^r WICKERSHEIMER. - Les apparitions matérialisées d'une victime de la terreur (4 ill.), par M. Paul LE COUR. - Les tibétains vus par les ascensionnistes du Mont Everest (4 ill.), par le D^r T. HOWARD SOMERVELL. - Le Mouvement médico-historique : la musique agent de guérison dans l'antiquité ; la mélancolie du peintre Hugo van der Goes ; les ex-votos à viscères multiples du thorax et de l'abdomen ; la dualité et l'asymétrie faciales dans l'Art ; l'insomnie de Ronsard ; présentation d'une image-amulette d'une déesse phénicienne (6 ill.), par Jean AVALON. - Un Mirroir de Beauté au XVII^e siècle (3 ill.), par le D^r A. MORLET. - La main rhumatisante de Michel-Ange (1 ill.), - Supplément (9 ill.).

Les Chorées, par Léon BABONNEIX, Médecin de la Charité. - Un volume in-16, avec 34 figures. - Prix : 12 francs. - Ernest Flammarion, éditeur, 26, Rue Racine, Paris.

Rien de mieux défini, jadis, que la chorée de Sydenham. N'était-elle point caractérisée par son origine rhumatismale, par ses mouvements involontaires,

par son évolution aiguë, par sa tendance aux rechutes, par l'importance des déterminations cardiaques qui trop souvent viennent la compliquer? En l'absence de toute lésion qui fût propre, ne devrait-on pas pas la ranger parmi les névroses, entre l'épilepsie et la tétanie?

Une telle conception ne peut plus être admise aujourd'hui. Elle soulève trop d'objections, mais que lui substituer désormais?

C'est ce que nous explique le Docteur BABONNELX. Spécialiste de la question, à l'étude de laquelle il a déjà consacré d'importantes monographies, il s'est proposé, avant tout, d'être clair, de façon à ce que sa description puisse être suivie par le public instruit auquel s'adresse la Bibliothèque des Connaissances Médicales.

Il a divisé son sujet en quatre grands chapitres.

I. — *Syndrome choréique*, dans lequel est analysé le *mouvement choréique*, tant dans ses éléments cliniques : *symptomatologie, diagnostic*, que dans sa *physiologie pathologique*.

II. — *Chorée aiguë*, où sont passés successivement en revue son *histoire* son *étiologie*, on *anatomie pathologique*, ses *particularités cliniques* : *symptomatologie*, complications, formes, durée, terminaisons, diagnostic, et enfin, son *traitement*,

III — *Chorée chronique* qu'il s'agisse de la véritable *chorée de Huntington* ou des *autres variétés* de chorées chroniques.

IV. — *Mouvements choréiformes*, ou, selon l'ancienne dénomination, *chorées symptomatiques*.

Dans chacun de ces chapitres, il a cherché, dans la mesure du possible, à concilier passé et présent, tradition et progrès. Epris de concision, il a voulu faire court. Il s'est bien gardé d'être complet : " Tout dire, c'est ne rien dire ; tout montrer, c'est ne rien faire voir ". Enfin, il a pris partout position. Il a laissé à d'autres ces pauvres habiletés grâce auxquelles on écrit tout un livre sans se prononcer une seule fois, sans se compromettre jamais ! Telle manière de faire donne assurément toute sécurité à l'auteur, mais elle est indigne de lui. Et du lecteur aussi.

De nombreuses figures illustrent ce volume, qui met au point l'une des questions les plus controversées de la neurologie.

~~~~~  
**Pour diminuer le risque opératoire.** — In-8, 360 pages, 51 figures. Prix : 15 fr.  
A Maloine et Fils, éditeurs.

Le livre de DUPUY de FRENELLE est fait dans le même esprit que ses ouvrages précédents : Instruire dans le détail de la pratique qui donne le succès. Il comprend quatre parties.

*La première partie* montre comment, par des moyens simples, on peut évaluer le degré de résistance du malade à l'opération.

Le premier chapitre étudie :

L'évaluation de la valeur fonctionnelle du foie par l'élimination du bleu de méthylène ; l'évaluation de la valeur fonctionnelle du rein par l'épreuve de la sulfophtalcine, la recherche de l'albumine, du sucre et de l'acidose ;

L'évaluation du temps de saignement et de coagulation du sang ; la véri-

fication du taux de l'hémoglobine, les renseignements que peut donner la numération des globules blancs.

Le deuxième chapitre étudie la préparation du malade à l'opération, celle du cardiovasculaire, celle de l'infecté, celle du diabétique.

*La Deuxième partie du livre est un manuel très complet d'anesthésie.*

Le premier chapitre étudie l'anesthésie générale.

En outre de la technique de la chloroformisation, du maniement de l'appareil d'Ombredanne et de l'administration du protoxyde d'azote; on y trouve la mise au point très approfondie de l'anesthésie par le *chlorure d'éthyle* donné au goutte à goutte, selon la méthode de l'auteur, soit pur, soit mélangé de chloroforme ou d'éther en minimes proportions. C'est l'anesthésie que préconise l'auteur comme la plus inoffensive, opinion basée sur une expérience de quatre ans et plus de deux mille opérations abdominales. Plus facile que l'anesthésie au chlorure d'éthyle goutte à goutte améliore beaucoup le pronostic opératoire et diminue les malaises postopératoires.

Le Deuxième chapitre décrit avec une grande précision la technique de la *rachianesthésie*, les bases anatomiques qui guident la ponction lombaire et les meilleurs moyens de pallier les inconvénients. Ce chapitre décrit également l'anesthésie épидurale de Cathelin, l'anesthésie paravertébrale des splanchniques, l'anesthésie régionale et locale, l'anesthésie par lavement d'éther.

*La Troisième partie est intitulée : « Pour diminuer le risque infection ».*

Le premier chapitre étudie d'une façon très détaillée la médication leucogène, les vaccins, les sérums, le drainage par l'irrigation. L'auteur y décrit sa méthode d'irrigation par l'urufornine à 4 %, qui pénètre la profondeur des parois de la plaie, passe dans le sang, favorise l'élimination des toxines par le foie et par les reins.

Le deuxième chapitre étudie les secrets de la stérilisation et ses points faibles; les fautes qu'il faut connaître pour les éviter.

*La Quatrième partie intitulée : « Pour diminuer le choc opératoire » est une étude pratique de la transfusion sanguine.*

L'auteur décrit les procédés les plus simples et les plus faciles à réussir; en particulier son procédé par injection intraveineuse de petites quantités de sang (100 gr.) mélangées à de grandes quantités de sérum glucosé (500 à 1.000 gr.).

---

**O. R. L., documents pour les praticiens**, par G. de PARREL, ancien chef de clinique aux Sourds-Muets, Lauréat de l'Institut et de l'Académie de Médecine. — 1 volume in-8 de 425 pages avec 86 figures dans le texte, Prix : 20 fr. — A Maloine et Fils éditeurs.

Le rythme de la vie scientifique se précipite et oblige le praticien à régler son instruction quotidienne à la même cadence rapide pour ne pas se laisser distancer par les événements.

Des vues d'ensemble, des schémas, cliniques et thérapeutiques, des notions pratiques facilement applicables en clientèle; voilà ce qu'il veut acquérir.

Le Docteur de PARREL — dont les précédents ouvrages font autorité en *oto-rhino-laryngologie* — a réalisé ce programme de la façon la plus heu-

reuse dans ce nouveau livre, en présentant au praticien certains grands syndromes qu'il est important pour lui d'identifier précocement : syndrome de l'hérédosyphilis cervico-faciale, syndrome du neuro arthritisme respiratoire, syndrome de l'obstruction laryngée, syndrome adénoïdien.

D'autre part, il a traité en détail la question de la prophylaxie des affections laryngées et des troubles de la voix parlée ou chantée et il a abordé le problème - non encore résolu — du traitement du cancer du larynx.

Pour être tout à fait à jour — *up to date*, comme disent les anglais — M. de PARREL a tenu à décrire les procédés modernes de thérapeutique laryngo trachéale : héliothérapie, trachéo-fistulisation de Rosenthal, anesthésie du nerf laryngé supérieur, auto-injections laryngo-trachéales, etc.

Le praticien saura gré au Docteur de PARREL de lui avoir fourni quelques conseils pratiques d'O. R. L. d'urgence complétés par un petit formulaire pharmacologique et thermal; il sera mieux armé ainsi contre les surprises de la clientèle et pourra faire face à toutes les éventualités.

De nombreuses figures, simples et claires, rendent cet ouvrage très attrayant et tous les médecins non spécialisés qui désirent compléter ou mettre à jour leur documentation pratique le consulteront avec fruit. Quant aux faryngologistes, ils ne laisseront pas de découvrir dans certains chapitres de ce livre des notions de quelque intérêt pour eux, car elles relèvent à la fois de la Médecine générale et de la Spécialité, ce qui leur vaut le regrettable privilège d'être partout négligées.

S'il fallait caractériser en trois mots cet ouvrage, on pourrait dire qu'il est **Actuel, Clair et Pratique**. N'est-ce pas le meilleur éloge qu'on en puisse faire à notre époque de suractivité scientifique, où le lecteur cherche avant tout à se tenir au courant des progrès réalisés et à acquérir des notions cliniques ou thérapeutiques directement applicables en clientèle ?

---

**La psychologie des névroses**, par le Dr O.-L. FOREL. — Un volume in-12 de 258 pages. Prix : 10 francs. — A. Maloine et Fils, éditeurs.

Au moment où les doctrines psychologiques de FREUD soulèvent d'après discussions dans les milieux des médecins, des psychologues et des pédagogues, l'ouvrage du Dr O.-L. FOREL expose en un seul volume les problèmes essentiels de la psychologie des névroses.

L'auteur table sur les données de la médecine mentale ; il passe en revue la base de la médecine psychologique avant d'entreprendre l'étude des désordres psychologiques, les « maladies nerveuses » proprement dites.

Le Dr Forel décrit plus particulièrement les caractères névroïde et névrosé qu'il oppose aux caractères schizoïde, schizophrène et oligophrène (aliénation mentale). Il entreprend l'étude des troubles de la phase pubère, de l'adolescence, les désordres sexuels, l'influence des milieux psychologiques.

L'auteur fait un exposé succinct de la « psychanalyse » et des autres méthodes thérapeutiques, de l'hypnotisme médical, en particulier. Les nombreu-

ses citations sont puisées dans les ouvrages originaux de FREUD, de P. JANET de BLEULER, de KRETSCHMER etc.. C'est un ouvrage documenté, personnel et critique qui intéressera tous ceux qui cherchent à s'orienter sur les questions psychologiques actuelles.

Le chapitre final, consacré à la psychothérapie, est suivi d'exemples résumés d'observations de malades.

~~~~~

Affections chirurgicales du gros intestin, par E. MERIEL, fascicule XXXVII du Nouveau Traité de Chirurgie, publié sous la direction de MM. les Professeurs Pierre DELBET et A. SCHVARTZ. — L. Baillière et Fils, éditeurs. Paris

~~~~~

**Anatomie et palpation directe des différentes parties du corps humain**, étudiées spécialement au point de vue de l'emploi des manipulations massothérapeutiques, par le Dr de FRUMERIE ex-professeur aux Écoles d'infirmiers et d'infirmières des Hôpitaux de Paris. — Un volume in-8 raisin de 276 pages avec 50 figures, 48 fr.

La palpation est sans contredit le plus difficile des moyens d'exploration diagnostique et demande une connaissance approfondie du corps humain dans ses moindres détails. De même que pour l'auscultation *il faut éduquer le sens de l'ouïe*, pour la palpation *il faut éduquer le sens du toucher*.

Il appartenait au Docteur de Frumerie qui enseigna la massothérapie pendant de longues années dans les hôpitaux de Paris, d'écrire sur ce sujet, un ouvrage spécialement destiné aux massothérapeutes et de combler ainsi une lacune qui existait dans notre littérature médicale.

Les principales manipulations massothérapeutiques ressemblant beaucoup à une palpation plus ou moins approfondie de la région massée, l'auteur s'est efforcé d'exposer l'anatomie massothérapeutique par rapport aux tissus accessibles à nos mains. La classification des différentes parties du corps humain *vivant* étant faite au point de vue du traitement manuel on n'y suit ni la division classique par région de l'anatomie descriptive, ni celles de l'anatomie topographique ou chirurgicale.

La mention des différents organes et tissus est limitée au savoir indispensable du massothérapeute.

De nos jours on ne se contente plus, pour l'étude de l'anatomie; des formes de l'écorché qui donne une fausse idée des tissus vivants. Pour la palpation, l'étude cadavérique de muscles inertes et déformés, présente à peu près le même inconvénient. Il faut absolument pour en tirer un vrai profit l'exécuter sur le vivant. C'est de cette façon seule que la palpation peut être utile pour apprendre à masser. Le lecteur trouvera dans cet ouvrage les meilleurs procédés employés pour arriver à ce résultat. Une série de planches démonstratives des plus simples l'aideront à suivre les descriptions anatomiques sans avoir recours aux traités spéciaux.

Pour chaque région, l'auteur indique l'attitude à faire prendre au sujet, et décrit les manipulations nécessaires pour exécuter le traitement manuel. La lecture de cet ouvrage est indispensable à toute personne s'occupant de massage.

~~~~~

L'Invalidité - Maladie. Législation, Evaluation, Etiologie générale.

Pensions militaires, accidents du travail, assurances sociales, par le Dr Ch. DAUSSAT, médecin principal de l'armée, président de commission de réforme. - Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'École de-Médecine, Paris. - Un vol. in-16 carré de 176 pages, 10 Francs.

L'étude de l'Invalidité-maladie, c'est-à-dire (de la diminution de capacité de travail consécutive à une affection des organes internes) s'est considérablement développée dans ces dernières années, soit dans l'application de la Loi sur les Pensions militaires pour les maladies de guerre, soit dans les pays comme l'Allemagne, l'Alsace-Lorraine et la Suisse où est en vigueur l'Assurance Sociale contre la maladie.

En France, les expertises des Accidents du travail, dont la Jurisprudence a été réglementée par les Lois de 1898, 1902 et 1905, ont surtout concerné la description de la gravité et l'évaluation des maladies traumatiques, c'est-à-dire succédant à une violence (contusion, plaie) extérieure portant sur un organe interne.

La promulgation de la Loi de 1919 sur les maladies professionnelles soulevait également un certain nombre de litiges, dans lesquels devaient intervenir les opinions des Médecins et non plus celles des Chirurgiens, qui s'étaient naturellement spécialisés dans l'étude des traumatismes accidentels.

L'auteur s'est proposé, après avoir vu appliquer la Loi d'Assurances en Alsace-Lorraine, et en s'appuyant sur une riche documentation, de rassembler ces différentes expériences, et faciliter ainsi aux Médecins Experts et aux Magistrats, l'étude de ces importantes et souvent complexes questions.

~~~~~  
**Traitement manuel des déviations pathologiques du Rachis** par le Dr de FRUMERIE. — Vigot Frères éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. — Un volume in-16 avec 61 figures démonstratives, 5 fr.

Dans cet ouvrage il n'est pas question du nourrisson ni de l'enfant en bas âge. A cette époque de la vie, le rachis forme, en effet, une courbe unique et c'est une grosse faute de chercher chez le tout petit une tenue comme celle que l'on exige de l'adulte.

La musculature dorsale plus faible chez la femme que chez l'homme expose surtout le sexe féminin aux déviations du rachis.

Au début de l'affection il faut avant tout s'occuper principalement de la musculature ; en second lieu, on traitera le squelette. Le Docteur de Frumerie dont les nombreux travaux sur la massothérapie font autorité, nous indique dans ce nouvel ouvrage, la méthode qu'il emploie depuis de longues années et avec un succès constant pour le traitement des affections du rachis : cyphose, lordose, scoliose, mais c'est surtout la cyphose qui profite du traitement manuel.

Dans le traitement des déviations du rachis comme dans l'orthopédie en général, le médecin doit constamment chercher à associer l'effet mécanique et l'effet rééducateur lesquels s'entraînent pour obtenir plus vite et plus sûrement un bon résultat.

Nous ne saurions trop recommander la lecture de cet ouvrage dont les nombreuses illustrations commentent le texte ; on y trouvera de judicieux conseils dont le médecin pourra faire bénéficier ses malades.

---

## Cancer de la Vessie et Mésothorium

Docteur L. VIDOUZE, *Thèse*, Toulouse 1924

Dans ce travail, inspiré par les expérimentations de M. le Professeur Le-gueu, à la Clinique des Maladies des voies urinaires de l'Hôpital Necker et qui ont été publiées dans le *Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale* d'août 1924, l'auteur, après une courte étude sur le Mésothorium montre les résultats intéressants obtenus dans le traitement des tumeurs de la vessie par l'emploi du Mésothorium.

Les traitements classiques du cancer vésical sont successivement pas-sés en revue : Cystectomie partielle, Cystectomie totale, haute fréquence, radium, radiothérapie; aucune n'a donné jusqu'à ce jour des résultats suf-fisamment constants et stables pour qu'il n'y ait pas lieu de rechercher de nouvelles méthodes thérapeutiques.

Après une rapide étude théorique sur le Mésothorium, ses propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques, M. Vidouze présente vingt-deux observations de tumeurs inopérables traitées avec succès par le Mésotho-rium.

C'est à la concentration C (2 microgrammes par cc.) de Mésothorium Buisson que l'auteur a eu recours, soit en injections intraveineuses (1 à 2 cc.) de préférence, soit en injections intramusculaires (1 à 5 cc.) ou paravésicales (2 à 5 cc.).

La concentration B (1 microgramme par cc.) primitivement utilisée ne lui a pas paru donner des résultats aussi marqués et aussi rapides.

Les injections intraveineuses doivent être considérées comme la base du traitement.

Les injections intramusculaires, d'ailleurs indolores, ne devant être pra-tiquées que chez les malades ayant des veines trop petites pour pouvoir être ponctionnées 1, 2 ou 3 fois par semaine pendant des mois; il semble cependant que les injections intramusculaires peuvent être employées chez les malades dans l'impossibilité de se rendre deux fois par semaine chez le médecin, mais à forte dose, au moins 5 cc. de Mésothorium C.

En plus de ce traitement de fond, les injections paravésicales ne pa-raissent pas inutiles et sont pratiquées de la façon suivante :

Le malade étant en position renversée, on enfonce une aiguille à ponc-tion lombaire juste au-dessus du pubis, à droite ou à gauche de la ligne

médiane suivant la position de la tumeur, on relève l'aiguille et on l'enfonce doucement en suivant la partie interne du pubis jusque dans la cavité de Retzius, où l'on injecte lentement la dose voulue.

Pour faciliter l'élimination des sphacèles, on a pratiqué des séances d'électrocoagulation et d'étincelage.

*Résultats* : Les résultats thérapeutiques se sont traduits par :

La disparition des tumeurs sessiles mais proéminentes;

La réduction sous des volumes variant d'un pois à une noix des tumeurs infiltrées et des tumeurs sessiles peu proéminentes;

La disparition des douleurs;

La cessation des hématuries et la clarification des urines, même lorsque celles-ci étaient purulentes;

La disparition fréquente, l'amélioration constante de la pollakiurie.

Le retour à un bon état général permettant le travail à des malades qui vivaient sans forces depuis quelquefois plus de 2 ans.

L'auteur insiste d'ailleurs particulièrement sur ce dernier point et note dès les premières injections un retour à l'appétit, une activité physique plus grande qu'accompagnent bientôt une amélioration marquée du moral affaibli de ces malades.

La durée du traitement a été variable : quelques semaines dans les cas les plus favorables; 3 à 4 mois dans les cas rebelles.

Les quantités de Mésothorium injecté ont varié de quarante à cinquante microgrammes en moyenne.

Les résultats obtenus par M. Vidouze après M. le Professeur Leguet, Marsan et Flandrin, sont suffisamment significatifs pour qu'il soit intéressant de continuer sur une grande échelle les expériences commencées sous d'aussi bons auspices.



## VARIÉTÉS

### Un cas de divorce

La femme d'un chirurgien connu est sur le point d'être opérée, le mari se dispose à pratiquer l'opération, la malade refuse et réclame un autre médecin.

Le chirurgien s'incline, appelle un collègue, mais dès que sa femme est revenue à la santé, il demande le divorce.

Tel est le cas curieux qui sera prochainement soumis au Tribunal civil de la Seine : les magistrats penseront-ils que le fait, pour une malade, de désirer un autre chirurgien que son mari, constitue pour ce dernier l'injure grave prévue par le législateur ?

*(du Cri de Paris)*

### Sonnets d'ici et d'ailleurs

Notre collaborateur et ami le docteur EMILE JUNÈS, de Sfax, qui dans ses loisirs taquine assez souvent mais fort gentiment la Muse, vient de réunir en un recueil quelques sonnets dont nous détachons les deux suivants :

Le premier est un croquis tunisien :

#### LE TEBIB

De son modeste seuil engageant est l'accès;  
Et l'on aime s'asseoir dans sa calme officine,  
Où, dans des coins poudreux, la sangsue avoisine  
Les cérats odorants et l'exquis alkermès.

Il a lu Ben-Sina, Ben-Abbas et Razès  
Et connaît les secrets de l'humaine machine.  
Il sait tâter un pouls, définir une urine  
Et, très habilement, débrider un abcès.

Sa barbe est vénérable et sa tenue austère.  
De sa philanthropie il ne fait nul mystère :  
Non moins bien que le riche il soigne l'indigent.

Malgré sa bourse plate et les présents trop rares  
(Les pauvres sont nombreux, les riches sont avarés),  
Son maintien reste digne et son cœur indulgent.



Le second, un sonnet hippocratique :

### LA GRIPPE

Au rythme des tangos ou de la valse lente,  
Exhibant, demi-nue, un corps insoucieux,  
Cruelle ! ignores-tu l'appel impérieux  
Que peut faire aux désirs une chair opulente ?

Que dirais-tu, pourtant, ô ma belle indolente,  
Si, rôdant au milieu de tes ébats joyeux,  
Attiré par ta gorge, un Mal mystérieux  
Tout à coup t'étreignait dans sa griffe brûlante ?

C'est pourquoi, laisse-moi, sur cette nudité,  
Réservant pour moi seul ton exquise beauté,  
Disposer, tendrement un voile qui te vête.

Bras blancs, seins fastueux, charmes toujours en fête,  
Vous êtes, pour nos Sens et la Mort qui vous guette,  
L'irrésistible Appât, — et sans cesse apprêté !

---

## INFORMATIONS

### **Congrès International de Thalassothérapie**

(Arcachon 22-25 Avril 1925)

L'Association de Thalassothérapie que préside le Professeur GILBERT, membre de l'Académie de Médecine, tiendra son prochain *Congrès International*, à Arcachon, du 22 au 25 avril 1925. Le Bureau est composé comme suit :

Président : M. F. LALESQUE, membre correspondant de l'Académie de Médecine;

Vice-Présidents : M. A. HAMEAU, Président de la Société Scientifique et station biologique d'Arcachon, Laboratoires marins (Université de Bordeaux); M. F. GUINON, médecin de l'Hôpital Trousseau de Paris; M. A. MOUSSOUS, professeur de clinique médicale infantile (Faculté de Médecine de Bordeaux);

Secrétaire Général : M. H. CHAUCHEAU, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Pour tous renseignements s'adresser soit à M. le Docteur LÉO, secrétaire général de l'Association Thalassothérapie, 50, avenue du Président Wilson, Paris, soit à M. le Docteur CHAUCHEAU, Villa La Rouvraie, Arcachon.

### **VII<sup>me</sup> Congrès de la Société Internationale de Chirurgie**

(Rome, les 7, 8, 9 et 10 avril 1926)

Le VII<sup>e</sup> Congrès de la Société Internationale de Chirurgie se tiendra à Rome, les 7, 8, 9 et 10 avril 1926.

Les questions inscrites à l'ordre du jour sont les suivantes :

- 1) Curiethérapie du cancer utérin.
- 2) Thérapeutique des tumeurs cérébrales.
- 3) Chirurgie de la rate.
- 4) Abscesses du foie,
- 5) Résultats éloignés du traitement de l'épilepsie jacksonienne.

Un voyage sera organisé avant et après le Congrès. Les congressistes visiteront Milan (1<sup>er</sup> avril), Padoue (2 avril), Venise (3 avril), Bologne (4 avril), Florence (5 avril), Gênes (13 avril), Pavie (14 avril), Turin (15 avril).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Docteur L. Mayer, Secrétaire de la S. I. C., 72, rue de la Loi, à Bruxelles.

# Revue Tunisienne des Sciences Médicales et Tunis-Médical réunis

DÉCEMBRE 1924

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### A propos de la Statistique de la maternité de l'Hôpital Sadiki

par les Docteurs

**BRUN**

et

**BIECHLER**

Chirurgien Chef

Assistant

de l'Hôpital Sadiki

—♦♦♦—

Le nombre des personnes ayant accouché à l'Hôpital Sadiki, de 1919 à 1924, s'élève à 70. 16 sont mortes des suites de leurs couches et ces 70 accouchements n'ont donné que 35 enfants vivants.

A lire de pareilles statistiques, l'accouchement n'apparaît plus, hélas, comme un acte physiologique et normal, puisque une personne sur quatre en meurt, et qu'un seul enfant sur deux peut prétendre à la vie. Cette statistique effrayante ne serait certainement pas à la gloire des accoucheurs de l'hôpital, s'ils n'avaient de bonnes raisons à faire valoir pour démontrer que si tous les enfants ne sont pas morts et que si le plus grand nombre des mères a survécu, c'est grâce aux soins reçus à l'hôpital.

Ce qu'il faut savoir en effet, c'est que 80 % des femmes qui viennent accoucher à l'hôpital Sadiki ne s'y sont décidées que très tardivement, et que la plupart sont en travail depuis 5, 10 jours et même plus, sans que bien souvent un médecin ou une sage-femme diplômée ait vu la malade. Ces femmes arrivent à l'hôpital dans un état lamentable, grelottant de fièvre, épuisées par un effort stérile, souvent anémiées par des hémorragies abondantes et répétées; l'enfant est presque toujours mort, souvent même putréfié, et ce qui étonne le plus, c'est que ces malheureuses aient pu résister aux ef-

forts qu'elles ont faits et aux tortures qu'on leur a infligées. Leur histoire clinique est toujours la même; leur grossesse a évolué sans que jamais personne se soit inquiété ni de la qualité du bassin de la mère, ni de la position de l'enfant. L'accouchement arrive et si au bout de 10 à 15 heures de travail l'enfant n'est pas là, une matrone est appelée; elle n'est malheureusement pas inactive; elle prescrit de la poudre d'ergot, inflige au ventre de la parturiente un pétrissage violent, puis la malheureuse accouchée est amarée sur une chaise percée et on l'oblige à pousser sans répit. Pour exciter les contractions utérines, toutes sortes de moyens quelques-uns même barbares, sont employés; sans aucune précaution, la matrone introduit une main souillée dans le vagin, voire même dans l'utérin, provoque parfois une rupture utérine, et pour le moins une infection puerpérale.

49 femmes ont été amenées dans de pareilles conditions à l'hôpital Sadiki, 11, soit 23 % des cas, sont mortes des suites de couches; 37 enfants étaient déjà morts ou putréfiés, 12 seulement étaient vivants à l'admission. L'examen put montrer que dans la plupart des cas il y avait dystocie, soit du côté de l'enfant, soit du côté de la mère.

Bassin rétréci : 12;

Atrécie vaginale : 1;

Inestie utérine : 3;

Eclampsie : 1;

Perforation utérine : 1;

Présentation de l'épaule : 12;

Hémorragie par placenta prævia ou décollement prématuré : 3;

Rétention placentaire : 3;

Il a été pratiqué :

Versions podaliques : 8;

Application de forceps : 18;

Césarienne abdominale : 4;

Césarienne suivie d'hystérectomie totale : 3;

Embryotomie : 9;

Basiotripsie : 2;

Pour ces 11 cas de décès, nous trouvons comme cause la septicémie puerpérale dans 50 % des cas.

Pour les autres cas, la mort était due à :

Tétanos : 1 cas;

Eclampsie : 1 cas;

Perforation utérine : 1 cas;

Hémorragie par placenta prævia dans un cas de travail ayant duré 12 jours : 1 cas.

Le cas de mort par tétanos nous paraît intéressant de par son étiologie : un gros morceau de laine avait été introduit dans le vagin par la matrone, pour arrêter l'hémorragie et ce tampon envoyé à l'Institut Pasteur donna une culture pure d'un bacille tétanique extrêmement virulent. Dans un autre cas, un énorme pavé de pierre avait été attaché au cordon ombilical pour obtenir la délivrance. Il serait fastidieux d'énumérer tous les corps étrangers introduits dans les parties génitales par les matrones pour provoquer l'accouchement : poudre de piment, chiffons imbibés d'huile, d'essence, etc., etc.

A côté de ces résultats déplorables chez les femmes amenées au cours du travail, **notons les très bons résultats obtenus chaque fois que les femmes sont hospitalisées durant leur grossesse avant le début ou travail** : 13 femmes ont été amenées à l'hôpital dans ces conditions; toutes en sont sorties **guéries** sans complications, **avec un enfant vivant**. Ces résultats extrêmement satisfaisants le sont d'autant plus que, sur ces 13 cas, il y a eu deux césariennes et trois applications de forceps. Il ne s'agit donc pas d'accouchements normaux. Nous devons ajouter que pour les femmes de la première catégorie amenées en plein travail, les rares cas de survie de la mère ou de l'enfant ont suivi des interventions très graves. Nous avons donc tout lieu de penser que si toutes ces femmes avaient été amenées avant le début de leur travail, nous aurions pu obtenir des résultats aussi satisfaisants que ceux constatés pour les cas de la deuxième série.

Quelques personnes enfin nous sont amenées après l'accouchement effectué en ville, soit que la délivrance ne soit pas faite, soit qu'une grave complication soit survenue. C'est dans ces conditions que la mortalité par la mère est la plus effroyable puisque pour les huit femmes de cette catégorie nous avons eu à déplorer 5 décès.

×

Quelles conclusions tirer d'une pareille statistique, c'est que trop peu de femmes indigènes viennent accoucher à l'hôpital, 70 cas en cinq ans, donnent une moyenne annuelle infime pour une agglomération comme Tunis et sa banlieue. Les quelques femmes qui sont

venues à l'hôpital avant l'accouchement sont pour la plupart des détenues; les autres des femmes d'employés de l'hôpital.

Quelques visites en ville nous permettent d'affirmer qu'un nombre trop considérable de femmes indigènes meurent chez elles des suites de couches; les constatations de nos confrères viendraient sans doute confirmer les nôtres.

Trop d'enfants meurent, trop de femmes succombent, toutes souffrent inutilement, d'autant que l'accouchement et la délivrance ne sont pas un terme à leurs souffrances. En effet, à la suite de ces accouchements laborieux et compliqués nous voyons survenir toutes sortes de complications qui eussent été évitées par une surveillance éclairée de la grossesse et de l'accouchement : métrites, périmétrites, salpingites, qui nécessiteront souvent des interventions secondaires et entraîneront une stérilité définitive, fistules vésico-vaginales, recto-vaginales, d'une cure difficile, et qui font de ces pauvres femmes, de véritables infirmes; déchirures du périnée, prolapsus, atrésie vaginale, etc., etc.

En ce qui concerne les enfants qui naissent après avoir souffert, beaucoup meurent dans les quelques jours qui suivent l'accouchement.

Pour parer à des faits aussi regrettables, les moyens ne manquent pas. Il en est de théoriques, et d'un peu illusoire, tels les cours et les conférences sur l'éducation sexuelle, sur l'hygiène, les tracts, les articles dans les journaux. Il en est d'autres, au contraire, qui nous paraissent plus pratiques mais qui ne peuvent malheureusement être réalisées sur une grande échelle faute d'argent : création de maternités pour les femmes indigènes; création de consultations externes pour femmes enceintes dans les hôpitaux et les dispensaires; des primes pourraient être accordées aux personnes qui viennent accoucher dans ces hôpitaux et une Goutte de Lait annexée à ces services serait réservée aux mères ayant accouché à l'hôpital ou ayant été suivies à la consultation pendant leur grossesse.

Rien ne s'opposerait à ce que les femmes le désirant puissent accoucher à domicile, lorsque les examens antérieurs permettaient de prévoir un accouchement normal; dans le cas contraire, les sages-femmes attachées aux maternités, faisant en même temps office de dames visiteuses pourraient se rendre à domicile pour suivre l'accouchement et en cas de complication, diriger les malades sur l'hôpital.

Le problème des sages-femmes et des matrones domine toute la question. Son importance est énorme car la matrone est trop souvent la cause des désastres observés par son ignorance, sa malpropreté et ses interventions intempestives. On ne doit plus accorder d'autorisations d'exercer qu'à des sages-femmes diplômées et on doit leur rappeler les limites des fonctions qu'elles sont appelées à exercer : nous avons eu l'occasion d'observer dans plusieurs cas des tétanisations utérines consécutives à des injections d'ergoline ou de pituitrine employées sans prescription médicale, contrairement à la loi. Des primes pourraient être accordées aux sages-femmes diplômées ou tolérées qui dirigeraient les femmes sur l'hôpital et des mentions spéciales à celles qui en enverraient le plus; surtout en cas de dystocie, et les meilleures d'entre elles pourraient être enrôlées et appointées comme sage-femmes visiteuses. Quel que soit le montant de ces indemnités et de ces traitements, qui ne s'élèverait jamais à des sommes considérables, la dépense serait largement compensée pour le pays, par le nombre considérable de vies humaines récupérées. Par contre, des mesures très sévères seraient appliquées à celles qui enfreindraient les règlements en vigueur. Des médecins-inspecteurs et en particulier les médecins municipaux chargés d'établir les causes de décès, signaleraient tous les cas de mort consécutifs à des accouchements et une enquête établirait les responsabilités. Tel est le projet très rapidement esquissé, que nous envisagerions pour remédier à l'état de choses actuel. On pourrait nous objecter que, étant donné la mentalité et les coutumes indigènes qui retiennent la femme chez elle, les maternités seront vides et les sages-femmes sans emploi. Nous répondrons que le jour où ces services seront aménagés et confiés à des médecins compétents et habiles, ils seront rapidement au-dessous des besoins de la clientèle qu'ils auront eux-mêmes créée. Ces faits sont vérifiés par ce que nous avons pu constater à l'hôpital Sadiki pour les services récemment organisés. Qu'il s'agisse de vénéréologie, d'otorhinolaryngologie ou de stomatologie, nous avons vu le nombre des malades ressortissant à ces spécialités, aussi bien femmes que hommes, quintupler en l'espace de quelques mois. On peut donc affirmer qu'il en sera de même pour les femmes indigènes le jour où l'on créera à leur intention des maternités et des consultations pour femmes enceintes.

---

# LES LÉSIONS OCULAIRES DANS LE XÉRODERMA PIGMENTOSUM

## d'après les observations tunisiennes

par le Docteur **Emile JUNÈS**

Oculiste Municipal à Sfax

Depuis les travaux d'ensemble, déjà anciens, de Monthus (1) et de Sulzer (2) sur les lésions oculaires du Xéroderma pigmentosum, n'ont paru, sur ce sujet, dans les périodiques ophtalmologiques français, que le cas de Chevallereau et Offret (3) et quelques rares analyses, extrêmement succinctes, de travaux publiés à l'étranger. Aussi avons-nous cru intéressant d'exposer, dans une Revue clinique, ce qui, à ce point de vue, a été jusqu'ici observé en Tunisie.

Les observations tunisiennes de xeroderma pigmentosum, depuis que l'éminent directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, le Docteur Ch. Nicolle, a, le premier, signalé l'existence de cette curieuse affection dans la Régence, s'élèvent au nombre de 13 et comportent 18 cas. En voici l'énumération (4) :

Obs. I (cas 1, 2, 3). — Nicolle et Conseil;

Obs. II (cas 4, 5). — Nicolle et Cuénod;

Obs. III (cas 6). — Cuénod et Pénel;

Obs. IV (cas 7). — Cuénod et Blanc;

Obs. V (cas 8). — Cuénod et Blanc;

Obs. VI (cas 9, 10). — Cuénod et Lebailly;

Obs. VII (cas 11). — Cuénod et Lebailly;

Obs. VIII (cas 12). — Cuénod et Solovieff;

Obs. IX (cas 13). — Jamin et Cuénod;

Obs. X (cas 14). — Junès et Buckwell;

Obs. XI (cas 15, 16). — Junès;

Obs. XII (cas 17). — Junès et Buckwell;

Obs. XIII (cas 18). — Jamin et Cuénod.

(1) MONTHUS. — Des altérations oculaires dans le xéroderma pigmentosum. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, (4<sup>e</sup> série) 1902, page 673.

(2) SULZER. — Des localisations oculaires dans le xéroderma pigmentosum. — *Annales d'Oculistique*, 1913, T. 150, p. 20.

(3) CHEVALLEREAU et OFFRET. — Xéroderma pigmentosum et lésions oculaires. — *Annales d'Oculistique*, 1920, T. 157, p. 236.

(4) Toutes ces observations ont été publiées dans les *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis* (1920, T. 11, p. 138; 1924, T. 13, pp. 129 et 229) et dans les *Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord* (1922, T. 2, p. 240).



Avant d'en étudier les manifestations oculaires et pour en faciliter l'exposition, résumons, en quelques mots, la symptomatologie générale du xéoderma pigmentosum telle qu'elle se dégage de ces différentes observations.

La dermatose de Kaposi est une affection extensive et dont les éléments, tout au moins dans les premières phases, offrent une disposition bilatérale et plus ou moins symétrique. Elle se localise de préférence à certaines régions habituellement exposées aux rayons solaires : face, cou et nuque, triangle sternal découvert par les vêtements, régions dorsales des avant-bras et des mains; mais elle peut, comme dans notre observation XII, et comme le fait a été déjà signalé par Urruera (1), se généraliser à la totalité des téguments externes.

Schématiquement, cette dermatose évolue en trois périodes que nous appellerons : primaire, secondaire et tertiaire.

La période primaire est caractérisée par une modification dans la coloration de la peau. Elle se manifeste surtout par l'apparition de taches pigmentaires rappelant les éphélides (lentigo ou taches de son) et dont la coalescence peut donner lieu à des nappes colorées de plus ou moins grande étendue; accessoirement, se produisent des taches vasculaires, de teinte rouge et s'effaçant en partie sous la pression d'une lame de verre, ainsi que de fines dilatations vasculaires, généralement arborisées (télangiectasies). Notre observation XI, qui représente un X. P. à cette première période, mérite la dénomination de X. P. fruste que nous lui avons donnée (2).

La période secondaire est celle de la xéodermie. La peau, dans certaines zones, se sclérose, s'atrophie et se rétracte sur les plans sous-jacents, pouvant, par endroits, revêtir l'apparence de véritables cicatrices lisses et déprimées. Elle devient alors sèche, rude au toucher et de consistance parcheminée; elle peut desquamer sous forme de lamelles fines et adhérentes, et, enfin, se crevasser. Au niveau de ces zones scléro-atrophiques, la peau prend souvent un aspect blanchâtre, décoloré, qui tranche vivement sur la teinte des macules d'hyperchromie qui la recouvrent ou l'avoisinent. C'est donc seulement à cette phase que l'affection mérite l'appellation de xéoderma

(1) URRUERA. — Un cas de xéoderma pigmentosum. — *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 13 novembre 1919.

(2) JUNÈS. — Xéoderma pigmentosum fruste consistant avec une syphilis oculaire et cutanée. — *Gazette des Hôpitaux*, 1924, 5 et 7 août, p. 1045.

pigmentosum créé par Kaposi. Ajoutons que cet état des tissus s'affirme particulièrement au niveau des orifices de la face qui deviennent rigides et de plicature difficile (lèvres, narines, etc.). Un exemple de X. P. n'ayant pas dépassé cette période est fourni par l'observation V, due à Cuénod.

La période tertiaire, celle qui fait la haute gravité de cette affection, est celle du cancer cutané, dont l'apparition, comme le spécifie Gaucher (1), se fait habituellement au niveau des taches pigmentaires. Au début, se manifestent des productions hyperkératosiques, où le microscope montre, de bonne heure, la présence de cordons épithéliomateux : points indurés, perceptibles tout d'abord au doigt seul et souvent surmontés d'une croûte (obs. VII); nodules plus ou moins saillants, plus ou moins volumineux, durs et arrondis, pareils à des grains de plomb enchâssés à même la peau (obs. X et XII); excroissances simulant des cornes (obs. X), des verrues (obs. IV), des papillomes (obs. IV). Puis apparaissent, comme un stade plus avancé des précédentes, des lésions d'aspect franchement cancéreux, revêtant la forme bien connue, soit d'ulcérations (obs. II), soit de tumeurs sessiles (obs. IV), soit de tumeurs pédiculées (obs. X). Ces lésions, dont le développement peut devenir considérable (obs. XII, XIII), représentent, en règle, des épithéliomas, très exceptionnellement des sarcomes (obs. X). A ce moment, les diverses manifestations du X.P. sont au complet (taches mélanodermiques et vasculaires, zones scléro-atrophiques, nodules, néoplasmes, etc.) et les téguments, spécialement ceux de la face, qui est leur siège de prédilection, prennent un aspect bariolé tout à fait caractéristique. Pour finir, le sujet, si une affection intercurrente ne l'emporte pas prématurément, succombe au bout de quelque temps, en pleine cachexie cancéreuse.

Cette évolution du X. P. vers le cancer est, pour ainsi dire, fatale. Sauf dans les deux observations déjà citées (V et XI), et qui doivent être considérées comme se rapportant à des cas n'ayant pas encore atteint leur complet développement, toutes les autres concernent des sujets parvenus au stade terminal. A cet égard, il est intéressant de noter l'acuité du processus qui, d'habitude, caractérise cette dermatose : la grande majorité des sujets frappés de cancer sont, en effet,

---

(1) GAUCHER et BARBE. — Maladies de la peau, article xérodermie pigmentaire, in *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, de Brouardel et Gilbert, T. 3, p. 866, Paris, 1897, Baillière.

âgés de 5 à 10 ans; 3 autres ont respectivement 20, 25 et 30 ans. Notre observation XII doit être regardée comme exceptionnelle : le malade, atteint de X. P. depuis sa toute première enfance, n'est devenu cancéreux qu'après la cinquantaine.

×

Toutes les observations de X. P. faites jusqu'ici en Tunisie comportent, sans exception, des lésions oculaires. La fréquence d'une telle localisation nous explique pourquoi presque tous les cas tunisiens ont été signalés par des oculistes « Tant que la maladie ne frappe que le tégument externe, dit Ch. Nicolle, les parents sont peu portés à s'en inquiéter en milieu indigène; ils consultent le médecin dès qu'apparaissent les complications oculaires si fréquentes » (1).

Quelle est la raison de cette localisation, pour ainsi dire inévitable ? A notre avis, il faut incriminer, autant et peut-être plus ici que pour le reste des téguments, l'action des rayons solaires (et tout spécialement leur portion chimique), dont le rôle considérable, comme cause occasionnelle dans l'écllosion et le développement du X. P., a été reconnu par l'unanimité des auteurs. La face est la région que le X.P. frappe avec une véritable prédilection; c'est aussi, pour adopter la terminologie de Loeb (2), la région à « phototropisme » ou « héliotropisme positif » par excellence, c'est-à-dire celle où l'attraction lumineuse s'exerce avec le plus d'énergie. Dans un pays aussi ensoleillé que la Tunisie, il paraîtra donc naturel que l'organe préposé à la réception des ondes lumineuses puisse être l'un des plus fréquemment, et, dans bien des cas, l'un des plus précocement et des plus gravement touchés par la maladie. D'après les cas rapportés, c'est, en effet, souvent au niveau de l'œil (3) que la pigmentation, par exemple, présente sa plus grande intensité ou qu'ont débuté (obs. II, IV, VIII, IX) les premières manifestations néoplasiques.

Nous invoquerons cette même raison pour expliquer le fait remarquable suivant : le processus ne s'exerce **primitivement** que sur les parties de l'organe visuel les plus superficielles, celles qui sont **immédiatement** frappées par les rayons lumineux : la face cutanée des

(1) CH. NICOLLE. — Deux nouveaux cas de xérodéma pigmentosum observés en Tunisie. — *Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord*, 1923, T. 3, p. 98.

(2) LOEB. — L'héliotropisme chez les animaux, Wirzburg, 1890.

(3) Ou encore, ainsi que l'a remarqué CUÉNON, au niveau des parties immédiatement voisines de l'œil (nez, pommette, front).

paupières, leurs bords ciliaires, et la portion du globe encadrée par la fente palpébrale (cornée, zone nasale et temporale du limbe, zones scléro-conjonctivales externe et interne). L'absence habituellement constatée des lésions primitives du X. P. au niveau de l'iris et surtout des membranes profondes ne pourrait-elle pas résulter, en effet, de ce que la lumière solaire, en traversant la cornée, puis le cristallin, s'y débarrasse d'une partie de ses radiations chimiques, les seules qu'il faille, semble-t-il, incriminer ici ?

Passons en revue, en nous limitant aux seules observations tunisiennes, les lésions que le X.P. est susceptible de provoquer dans les différentes régions de l'œil.

### PAUPIÈRES

1° **Face cutanée.** — Les lésions p rappellent celles du reste de la face : taches pigmentaires, taches vasculaires, télangiectasies de la phase primaire; xérodermie de la phase secondaire; néoplasies de la phase tertiaire. C'est dans cette région que l'hyperchromie, comme nous venons de le signaler, atteint souvent son plus fort développement : témoin les observations IX, XIII, et surtout l'observation XI où de grandes nappes pigmentaires occupaient uniformément toute l'étendue des quatre paupières. L'état scléro-atrophique de la peau peut entraîner, pour ces organes, un trouble fonctionnel considérable en les rendant plus ou moins rigides, et, par suite, plus ou moins malaisées à soulever spontanément et passivement : chez le malade de l'observation X, ce trouble était tel, que l'écartement des paupières ne put être obtenu que sous chloroforme. Quant aux lésions néoplasiques, leur aspect est des plus variables : petit nodule exulcéré dans l'observation IX; globes cornés dans l'observation VIII; ulcération cancéreuse typique dans les observations I et XII.

2° **Zone ciliaire.** — Celle-ci est particulièrement atteinte à la deuxième période. Elle présente alors, le plus souvent, du madarosis (blépharite accompagnée de chute plus ou moins complète et définitive des cils) (obs. III, X, XII). Dans certains cas, comme dans les observations X et XII, le processus atrophique peut déterminer un amincissement marqué de tout le bord ciliaire. La rétraction accusée des tissus palpébraux donne lieu à de l'ectropion lorsqu'elle intéresse la face cutanée proprement dite de l'organe (obs. III) et de l'entropion lorsqu'elle se localise plus spécialement à sa zone marginale (obs. XII). Ici encore, la troisième période peut se manifester par des

lésions variées (obs. III : papillome corné; (obs. XIII) : destruction de la région ciliaire moyenne).

3° **Face conjonctivale.** — En principe, elle n'est jamais touchée primitivement. Dans l'observation III, où le cul-de-sac inférieur était occupé par des follicules disposés sur un fond rouge, il s'agissait, sans nul doute, d'un état surajouté et de constatation banale. De même pour l'observation XII, où les deux culs-de-sac et les deux muqueuses palpébrales des deux côtés étaient envahis par le trachome (1). Par contre, le X.P. peut provoquer, par lui-même, mais secondairement, une atteinte de ces mêmes régions. Dans l'observation I, le néoplasme qui a infiltré toute l'épaisseur de la paupière inférieure droite et a déterminé la formation d'un symblépharon « charnu » (2) entre les conjonctives oculaire et palpébrale, a eu un point de départ cutané.

#### GLOBE OCULAIRE

1° **Région scléro-conjonctivale.** — Elle n'est affectée par le X. P. que dans ses deux zones interpalpébrales externe et interne. Des taches pigmentaires y sont nettement décrites dans l'observation XIII, où elles occupent, sur l'œil gauche, la zone de l'angle interne, et, sur l'œil droit, les prolongements nasal et temporal du diamètre cornéen horizontal. L'envahissement de cette région peut se traduire encore, comme Sulzer l'a signalé l'un des premiers, par la formation d'un pseudo-ptérygion siégeant soit à droite, soit à gauche de la cornée. Ces productions singulières coexistent toujours, d'après nos propres observations, avec une atteinte, très vraisemblablement préalable, du limbe voisin. Dans l'observation X, on a affaire à un pseudo-ptérygion de la portion scléro-conjonctivale externe, adjacent à une infiltration transversale de la moitié correspondante de la cornée; à son niveau, les tissus sont épaissis, de coloration grisâtre, et légèrement plissés, de façon à simuler grossièrement les branches d'un éventail dont la base limiterait le limbe. Dans l'observation XII, c'est le

(1) Dans les observations VIII et IX, se trouvent signalées des phlyctènes kérato-conjonctivales, accompagnées de rougeur et de photophobie intense, et occupant les deux yeux : il s'agit, très vraisemblablement, ici encore, d'une affection intercurrente banale.

(2) Il ne faut pas confondre ce symblépharon néoplasique et unilatéral avec le symblépharon cicatriciel, bilatéral et symétrique que Heine (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1906, T. 44, p. 460) a considéré comme un signe caractéristique du xéroderma pigmentosum.

secteur scléro-conjonctival interne qui est intéressé; l'infiltration, de teinte rougeâtre et de forme triangulaire à base caronculaire, aboutit, par son sommet, à une nodosité du limbe. Par contre, dans l'observation XI, où l'on note une sorte de pseudo-ptérygion gélatineux de la zone scléro-conjonctivale externe, il n'existe pas d'atteinte du limbe; il s'agit, en effet, d'une ulcération de nature syphilitique comme l'ulcération palpébrale voisine, et qui, comme celle-ci, disparut rapidement sous l'influence du traitement. Les formations néoplasiques décrites dans cette région par divers auteurs (Greeff : carcinome; Léser : sarcome fuso-cellulaire, etc.) (1), n'ont pas encore été signalées en Tunisie.

2° **Jonction scléro-cornéenne.** — La participation du limbe se retrouve trois fois dans la statistique que nous avons rapportée; dans un cas, (obs. IV), elle a même constitué la toute première manifestation de la phase tertiaire. Les lésions y ont toujours siégé sur le quadrant externe ou interne. Elles sont variables comme aspect et comme nature. Dans l'observation XII, on a affaire à un nodule grisâtre, du volume d'une grosse tête d'épingle, de forme légèrement conique, et occupant le limbe interne du côté droit. Dans l'observation IV, existe, sur cette même région de l'œil gauche, un papillomé de la dimension d'un pois et où l'examen histologique démontre l'existence de nombreux cordons épithéliomateux. Dans l'observation X, il s'agit d'un sarcome pédiculé, à éléments fuso-cellulaires, du quadrant limbaire externe. Cette dernière observation, véritablement exceptionnelle, se rapproche de celle de Kaelin, Benziger et Heuss (mélanosarcome de la jonction scléro-cornéenne) (2); mais, dans la nôtre, l'on ne trouvait aucune trace de pigmentation visible, soit à l'œil nu, soit au microscope.

8° **Cornée.** — Les observations tunisiennes signalent, à ce niveau, des opacités et des productions néoplasiques. Les premières sont le beaucoup le plus communes (obs. I, III, X, XIII). Il nous semble difficile d'admettre, avec Monthus, qu'elles sont la conséquence habituelle de lésions secondaires banales, résultant elles-mêmes d'un manque de protection par des paupières mutilées ou déformées. Dans aucune de ces observations, en effet, les paupières ne parais-

(1) GREEFF. — *Archiv für Augenheilkunde*, 1901, T. 42, page 29. — Leser, *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, 1911, p. 34c.

(2) KAELIN, BENZIGER et HEUSS. — *Jahresbericht des Paracelsus, Zurich*, 1897, p. 59.

sent pouvoir être incriminées comme cause de pareils désordres; c'est à peine si un léger octropion est relevé dans l'observation III. A notre avis, il faut, dans nombre de cas, les rattacher, soit à une infection intercurrente (1) (gonocoque, Weeks, trachome, etc.) dont ne sont nullement exempts, comme nous l'avons vu, les sujets affligés de X.P.; soit encore à ce dernier processus lui-même, et les considérer, alors, tout au moins au début, comme des infiltrations sous-épithéliales émanées d'une néoformation du limbe. Une pareille pathogénie semble devoir être invoquée pour nos observations X et XII. Dans cette dernière, l'opacification cornéenne, toute récente et superficielle, est partie d'un nodule siégeant sur le limbe et s'est propagée progressivement jusqu'à 1 millimètre du centre pupillaire; jamais elle n'a été précédée d'ulcération, ni accompagnée d'une vascularisation anormale de la cornée à son niveau. Il en est de même pour l'observation X.

L'observation II rapporte la production de deux néoplasmes ayant envahi, l'un le segment antérieur de l'œil gauche et, consécutivement, une notable partie des paupières, l'autre, moins considérable, la presque totalité de la cornée droite. Il n'y est pas dit si leur point de départ a été le limbe ou la cornée proprement dite.

**4° Parties profondes du globe.** — Il semble que l'on puisse poser comme règle que les régions profondes de l'œil sont très rarement intéressées par le X.P., et, qu'en pareil cas, elles ne le sont qu'après l'envahissement des régions superficielles. C'est ce qui ressort, d'une manière générale, des observations tunisiennes.

Dans presque toutes ces observations, en effet, l'on ne relève aucune modification objective de l'iris (2) et de l'humeur aqueuse; quant à la diminution de l'acuité visuelle, parfois signalée, elle va habituellement de pair avec une opacification plus ou moins étendue de l'aire pupillaire de la cornée. Ce n'est que dans deux cas que se trouve notée la participation des régions profondes. Dans l'obser-

---

(1) C'est ainsi que, très vraisemblablement, il faut interpréter les lésions cornéennes signalées dans les observations I (œil gauche) et III (o. d. et o. g.).

(2) De l'atrophie partielle ou totale de l'iris a été signalée par Elschmig (Jubilé de J. Neuman, 1900, p. 146) et par Max (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1912, T. 13, p. 750). — L'existence de synéchies se trouve rapportée dans les observations de Terterjanz (Dissertation inaugurale, Berlin, 1902) et de Fasal (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1914-1915, T. 119, p. 514).

vation I, où l'étude du fond de l'œil n'a pas pu être pratiquée, il est indiqué que, malgré une apparence normale de l'œil gauche, la vision y est notablement affaiblie; mais ici existe, comme nous l'avons déjà rapporté, un volumineux néoplasme de la paupière inférieure correspondante et qui a envahi, sous forme d'un symétiépharon charnu, la région scléro-conjonctivale voisine. Dans l'observation X, l'œil gauche, siège d'un sarcome pédiculé du limbe, n'a été frappé d'ophtalmalacie progressive, que consécutivement à l'apparition de cette lésion du limbe : d'où perte absolue de la vision, effacement de la chambre antérieure, décoloration et atrophie de l'iris collé contre la cornée.

Dans cette même observation X, l'interprétation des phénomènes, en ce qui concerne l'œil droit, est restée fort obscure. Nous avons constaté, dans cet organe, une diminution marquée de l'acuité visuelle, nullement en rapport avec l'opacité cornéenne coexistante (seule lésion appréciable ici à l'œil nu), ainsi qu'une forte paresse de l'iris. Celui-ci, à part une légère mydriase, était objectivement normal et le globe ne présentait aucune modification de tension. Malgré tout l'intérêt que pouvait offrir une pareille exploration, l'impossibilité où nous nous sommes trouvé de pratiquer l'examen du fond de l'œil ne nous a malheureusement pas permis de rattacher à sa véritable cause cette atteinte manifeste des parties profondes.

---



## SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Assemblée Générale du 12 Décembre 1924

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

*Sont présents* : MM. les docteurs Cohen-Boulakia, Farrugia, Salmieri, Guido Lévy, Lemanski, Costantino, Solal, Mara, Sbrana, Spezzafumo, Certesi, Moschiano, Maurice Uzan, Samama, Lalloum, Pérez, Salvo, Cohen-Hadria, Emile Lévy, Benjamin Lévy, Benmussa, Cassuto, Henry, Gérard, Gonssolin, Nunez, E. Di Vittorio, Minguet, Rogalski, Jaubert de Beaujeu, Sfez Gaston, V. Di Vittorio, Barsotti, Bouquet, Nalli, Doméla, Montefiore, Lumbroso, Brun, Biecheler, Hayat, Gobert, Nicolle, Burnet, Bismuth, Disegni, Chemla, De Lagoanère, Durand, Ortona.

×

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

×

### **COMMUNICATIONS DU BUREAU**

*Amissions.* — Sont admis : à titre de membre titulaire M<sup>lle</sup> WEINBERG, sous réserve de vérification du diplôme; comme membre correspondant, M. le docteur ROSENDORF, d'Aïn-Draham; et comme membres associés, M. GONSSOLIN et M<sup>lle</sup> DROUET, internes à l'Hôpital civil français.

×

Une proposition de modifications aux Statuts ayant été prise en considération lors de la dernière réunion, le Bureau avait convoqué la Société en Assemblée générale pour ce jour aux fins de discuter et d'approuver, s'il y avait lieu, une proposition consistant en l'augmentation numérique des membres français du Bureau par la création d'une 2<sup>e</sup> vice-présidence et d'une 3<sup>e</sup> place de conseiller français. Aux termes de cette proposition, le président devait être français deux ans de suite et étranger l'année suivante.

Le docteur SORIA, président, explique les raisons qui militent en faveur du vote de cette proposition basée sur l'augmentation numérique très appréciable des sociétaires français par rapport aux étrangers et déclare la discussion ouverte.

M. le docteur NICOLLE rappelle la parole du Prof. DEVÉ à la sortie d'une de nos séances : « Je suis heureux, a-t-il dit, de constater la parfaite entente qui existe dans cette société internationale. » Le docteur NICOLLE prie le bureau de ne point troubler cet esprit d'amitié qui règne parmi nous. La proposition de porter à la présidence un Français deux années de suite et un Italien la 3<sup>e</sup> année, lui paraît inopportune. Certes la proposition émane des Italiens, mais il ne convient pas de l'accepter; nous devons de repousser ce geste éminemment chevaleresque. Si les Italiens, proportionnellement diminuent à la Société, cela n'a aucune importance, pour nous il y a et il y aura toujours des Italiens.

Le docteur LEMANSKI a été un des premiers fondateurs de la Société. Il convient, nous dit-il, de conserver le statu quo. Au moment de la création de la Société, les Français étaient la minorité, cela n'a pas empêché les Italiens d'alors, d'approuver les Statuts qui sont encore en vigueur actuellement.

Le docteur CORTESI propose qu'il n'y ait plus de distinctions entre les membres français ou étrangers du Bureau. Il désirerait, au nom de ses confrères italiens que la Société soit dirigée par les plus méritants et les plus travailleurs sans tenir compte du traditionalisme qui a jusqu'ici attribué la présidence au plus ancien et à tour de rôle.

Le docteur NICOLLE répond que tel n'est pas son avis. Nous ne pouvons pas savoir si le même esprit continuera à régner dans cette société. Conservons le règlement tel quel.

On passe au vote et l'assemblée à main levée repousse à l'unanimité la proposition de modifications aux statuts, envisagée par le bureau.

×

## PRÉSENTATIONS DE MALADES ET DE PIÈCES

### Sur un cas de maladie de Recklinghausen

par le Dr **BOUQUET** et M. **GONSSOLIN**

Il s'agit d'un malade opéré de hernie inguinale, et qui nous a paru atteint en outre de neurofibromatose, type de Recklinghausen.

C'est un homme de 31 ans; son affection remonte à l'enfance. C'est à partir de l'âge de 2 ans qu'on aurait vu se développer sur toute la surface de ses téguments cutanés, une multitude de petites tumeurs.

Leur volume varié de celui d'une lentille à celui d'une grosse noix. Elles sont remarquables par leur indolence, par leurs caractères de mollesse,

et certaines donnent même à la palpation une impression de pseudo-fluctuation.

Pour la plupart, ces tumeurs semblent être sous-cutanées; dans leurs intervalles, la peau présente des nævi et surtout des taches brunes, planes, plus ou moins étendues.

Bien que les facultés intellectuelles du malade semblent normales, et qu'il n'y ait pas de signes d'insuffisance surrénale il est évident qu'on se trouve en présence d'une maladie de Recklinghausen.

Au milieu de cette multitude de tumeurs nous devons d'ailleurs attirer l'attention sur l'une d'entre elles, la « tumeur majeure » affectant le type de névrome plexiforme.

Située à la face postérieure de la jambe droite, ce qui est assez exceptionnel, elle a également débuté dans l'enfance. Actuellement on se trouve en présence d'une tumeur étalée, mal limitée et très molle. Elle soulève la peau normale et pend, constituant ainsi un grand pli cutané formé d'une peau normale, souple, douce avec une sensibilité non altérée.

L'examen histologique d'une de ces tumeurs pratiqué à l'Institut Pasteur par le docteur Anderson, n'a pas permis de trouver même à l'immersion des éléments de névrome plexiforme mais les préparations restent cependant typiques par leur aspect fibreux.

Et, étant donné l'assez grande rareté de cas aussi typiques, surtout en Tunisie, nous avons cru intéressant de venir vous le présenter.

×

### **Radiographies de grossesses**

par le Dr **JAUBERT DE BEAUJEU** et M. **SALAVERT**

Nous avons l'honneur de vous présenter deux radiographies de grossesses :

« La première concerne une femme de 32 ans — 10<sup>e</sup> pare — vue aux premiers jours du neuvième mois de sa grossesse et atteinte d'un hydramnios assez considérable. La hauteur utérine était de 41 centimètres à cette date.

Le toucher montrait seulement la présence d'un pôle céphalique à peine accessible et ballotant au détroit supérieur.

La Radiographie fut faite pour éliminer l'existence possible d'une grossesse gémellaire, la palpation ne donnant par ailleurs aucun renseignement.

Cette femme a accouché normalement le 5 octobre d'un enfant vivant de 4 kgr. 770.

La radiographie montre un seul fœtus en position transversale, la tête au-dessus du bassin. La colonne vertébrale et les membres sont visibles. Cette épreuve a été obtenue en deux secondes.

Elle est nette, sauf un membre inférieur qui a dû se mouvoir pendant la pose.

« La 2<sup>e</sup> est relative à une femme primipare de 17 ans, poursuivant une grossesse absolument normale, et enceinte de 6 mois finis.

La radiographie montre la tête dans le bassin et le corps verticalement dans le flanc gauche. Cette épreuve est absolument instantanée; les côtes se dessinent comme de minces aiguilles allongées.

Le temps de pose a été inférieur à 1/5 de seconde; c'est un des meilleurs réalisé puisque Favreau, Labeau et Bosc (1) dans un article récent donnent le 1/5 de seconde comme la limite atteinte.

#### Discussion :

Le docteur *Domela* demande à De Beaujeu, à partir de quelle époque on peut voir un fœtus.

Le docteur *Jaubert* répond qu'un Suédois a affirmé pouvoir l'affirmer à trois mois. Le fait a été contredit un peu partout. Il semble que l'on ne put le voir qu'à 4 mois et demi.

Le docteur *Cortesi* rappelle que l'on a prétendu voir au 2<sup>e</sup> mois le point d'ossification de la clavicule. Mais en fait, on ne peut être certain qu'à 4 mois et demi.

Le docteur *Jaubert* a essayé de voir à travers sa main un fœtus mort de trois mois. Il n'a rien pu voir.

×

#### COMMUNICATIONS

D<sup>rs</sup> BRUN et BIECHELER. — Statistique des accouchements à l'Hôpital Sadiki de 1919 à 1924.

(Voir en tête de ce numéro, page 461)

Les vœux qui terminent la communication des docteurs BRUN et BIECHELER sont mis aux voix et adoptés à l'unanimité.

---

(1) FAVREAU LABEAU et BOSCH. — Nécessité de la vulgarisation de la radiographie du fœtus pendant la gestation. *Presse Médicale* : Octobre 1924, N<sup>o</sup> 79.

**Statistique numérique des malades de l'Hôpital Sadiki  
et de l'Hôpital Français  
traités par le Radium et la Radiothérapie à 200.000 volts  
(1923-1924)**

par le Dr **JAUBERT DE BEAUJEU**

Il s'agit dans cette note d'une simple énumération statistique allant de décembre 1923 à décembre 1924. Les techniques et les résultats seront donnés ultérieurement s'il y a lieu.

Dans ces deux hôpitaux les malades sont d'abord vus par les médecins, chirurgiens ou spécialistes qui jugent soit directement, soit après entente avec le radiologiste, de l'opportunité d'un traitement par les radiations.

Les malades atteints de lésions dermatologiques, adénites simples ou bacillaires, cancers cutanés etc., sont soumis à la radiothérapie ordinaire.

Les autres atteints d'affection des muqueuses ou de lésions plus profondes ou plus larges sont traités soit par le radium, soit par la radiothérapie à 200.000 volts, ou encore par les deux méthodes associées.

Quelques malades ont été irradiés avant l'acte chirurgical, d'autres après exérèses des parties malades.

Les examens histologiques ont été faits dans la moitié des cas environ.

**HOPITAL FRANÇAIS**

*1° Curiéthérapie :*

Lésions du nez : 3

Lésions des lèvres : 1

Lésions utérines : 7

Total : 11 malades.

*2° Radiothérapie à 200.000 volts :*

Lésions du larynx : 1

Lésions de l'ovaire : 1

Lésions utérines : 2.

Total : 4 malades.

**HOPITAL SADIKI**

*Curiéthérapie :*

Lésions utérines 1

Lésions de la langue 3

Lésions du cavum et pharynx 3

Lésions de l'orbite 3

Lésions de la lèvre 1.

Total : 11 malades.

2° *Radiothérapie à 200.000 volts :*

- Lésions de la face 2.
- Lésion du cavum 3.
- Lésion de la langue 2
- Lésion de la hanche et genou 1
- Lésion abdominale (séminome ?) 1
- Total : 9 malades.

Au cours de cette année les remarques suivantes ont été faites

1° Les malades sont très indociles et ne reviennent que rarement pour se faire surveiller : cela principalement chez les Arabes.

2° A l'Hôpital Sadiki le nombre des applications utérines a diminué par rapport aux années précédentes. Par contre les applications pour des lésions du cavum ont augmenté.

3° A l'hôpital Français le nombre des traitements n'a pas varié sensiblement par rapport aux années précédentes.



### Etude clinique de la fonction pancréatique par le tubage duodénal

O. WEILL

*Bruxelles-Médical*, 19 octobre 1924

---

Le sondage duodénal substitue une recherche directe exécutée sur un produit à peu près pur, à une analyse aléatoire

pratiquée sur un extrait altéré et trompeur.

Il permet d'établir le diagnostic, jusqu'ici rarement prononcé de pancréatite catarrhale aiguë.

La pancréatite chronique, bien connue dans les cirrhoses du foie et dans la lithiase biliaire, existe avec une fréquence ignorée dans une foule d'états dyspeptiques imprécis.

« En tout cas, l'insuffisance pancréatique constitue un symptôme net, un fait précis, dont il importe de tenir compte et qui, peut-être, retiendra un jour sur la thérapeutique. »

M. U.

---

### Les mastoïdites apicales externes

REBATTU

*Lyon-Médical*, 7 septembre 1924

---

Dans cette forme décrite par Rebattu pour la première fois, le malade porteur d'une otite

aiguë suppurée, présente une douleur spontanée à la mastoïdite, un torticolis accompagné de gonflement de la partie supérieure de la gaine musculo-tendineuse sterno-mastoïdienne, avec douleur exquise à l'apex.

Contrairement à la mastoïdite de Bezold, on n'observe point d'abcès profond du cou : en particulier, la pression des parties infiltrées ne fait pas sourdre de pus par le conduit auditif.

Tout se passe en somme comme si l'infection se propageait par la *corticale externe* : d'où myosite des masses musculo-tendineuses s'insérant sur l'apex avec gonflement œdémateux simulant le phlegmon. On a donc à faire ici à une mastoïdite apicale externe s'opposant ainsi à la mastoïdite apicale interne ou mastoïdite de Bezold.

L'intervention pratiquée tôt et supprimant le foyer purulent mastoïdien donnera des résultats rapides et excellents.

M. U.

---

**Le traitement des ulcères variqueux  
par l'eau sucrée**

par M. BARTHÉLÉMY

Réunion derm. Strasbourg, 1924, p. 24

---

Après désinfection obtenue par le permanganate ou le Dakin, B. fait des pansements à l'eau bouillie sucrée à 60 p.

1000. Deux cas ont abouti à un brillant succès; un 3<sup>e</sup>, traité sans succès par une saphénectomie, s'est trouvé fort bien de pansements sucrés dont l'action fut complétée sur un point par des greffes dermo-épidermiques. Dans les trois cas, la guérison persiste.

E. C.-H.

**Comment on retarde la décrépitude  
des vieux visages**

par SABOURAUD

Réunion derm. Nancy, 1924, p. 30

---

S'il est impossible d'éviter la vieillesse, on peut tout au moins la retarder en évitant les accidents et les infec-

tions qui la précipitent.

Sur les peaux fines et sèches, l'emploi des crèmes est particulièrement utile; il est faux que les crèmes vieillissent la peau. Les crèmes sont en tous cas nécessaires avec les sports d'aujourd'hui et l'auto découverte. Un pou-drage doit suivre l'application de la crème.

Contre les peaux grasses, séborrhéiques, il faut employer le soufre en poudre, lotion, pommade et solution (dans le sulfure de carbone). La séborrhée dilate les pores, infiltre les tissus de voisinage et entraîne l'érythro-rose et la couperose.

L'érythro-rose ou rougeur diffuse se trouve bien des frictions de neige carbonique, l'ignipuncture fine est le traitement des varicosités de la coupe-rose.

Les verrues séniles et la séborrhée concrète sont détruites par un qua-drillage au galvanocautère. Le molluscum pendulum de la cinquantaine, le xanthélasma relèvent aussi du galvanocautère.

L'hypertrichose se traite par l'électrolyse.

Les teintures sont en général mauvaises, mais il faut que le médecin tenant compte de certaines nécessités sociales, laisse la femme se teindre et même lui donne des conseils pour que cette teinture soit le moins possible nocive.

Il y a cinq espèces de teintures : décolorants (eau oxygénée), colorants végétaux (henné et indigo), rastiks (pyrogallates), teintures minérales (nitrate d'argent, acétate de plomb), teintures d'aniline (paraphénylène dia-



mine), etc... Le médecin doit, prescrire une teinture connue mais ne jamais formuler lui-même.

La chirurgie esthétique ne présente, aux dires de Sabouraud qu'une seule opération vraiment utile, c'est l'abrasion du rhinophyma. Les autres opérations esthétiques n'ont pas une utilité bien démontrée.

E. C.-H.

---

### Les herpès récidivants

par G. MILIAN

Réunion dern. Strasbourg, 1924, p. 55

Observation d'une jeune femme nerveuse, agitée, loquace, légèrement exophtalme, qui présente

un herpès récidivant tous les 8-15 jours au niveau de l'index gauche. Des crises d'angor avec hypertension concomitante atteignant 26/13 accompagnent les poussées. Echec de l'autohémothérapie; succès de la radio (une séance 10 H., filtre 3 m/m).

Un lapin inoculé à la cornée amena une Kératite et une hémiplégie du côté de la Kératite qui toutes deux guérirent au bout de cinq mois.

E. C.-H.

---

### Le Bordet-Wassermann

des arséno-résistants

par GOUGEROT, FERNET et PEYRE

Il n'y a pas de règle stricte. Tantôt le B.W. négatif devient positif sous l'action du traite-

ment bismuthé qui mobilise pour ainsi dire l'infection syphilitique, tantôt le B.W. négatif reste négatif pendant la guérison par le bismuth, tantôt le B.W. est et reste positif.

En résumé, l'arséno-résistance n'implique pas un B.W. toujours positif ou toujours négatif, mais *nombre d'arséno-résistants en pleine syphilis active peuvent avoir un B.W. négatif même au Desmoulière.*

E. C.-H.

---

**Esculape**, grande revue mensuelle illustrée. Lettres et Arts dans leurs Rapports avec les Sciences et la Médecine. - Abonnement : 25 francs (Étranger : 30 francs). - Le numéro : 4 francs. 15, rue Froidevaux, Paris (XIV<sup>e</sup>).

*Sommaire du numéro de Décembre 1924*

La Lanterne des Morts de Dagny (6 ill.), par le Prof. A. LE DENTU. — Une opération laborieuse de Dupuytren (6 ill.), par le D<sup>r</sup> MARCEL VIGNAT. — L'Armature et l'Âme dans les portraits de Van Dongen (3 ill.), par le D<sup>r</sup> BENJAMIN BORD. — Comment Rabelais apprit à connaître les vertus des plantes (6 ill.), par le D<sup>r</sup> A. GARRIGUES. — Le Mouvement médico-historique : le Prof. Ménétrier (2 ill.), par le D<sup>r</sup> LAIGNEL-LAVASTINE ; les hôpitaux de Cracovie du Moyen-Âge à nos jours ; le « Timon et Carte de navigation des jeunes chirurgiens navigans » de Maître Henry David ; la figuration de l'artère temporale dans l'Art (5 ill.), par JEAN AVALON. — Table des Matières pour 1924. — Supplément (9 ill.).

~~~~~  
" **Medicus 1925** ", *Guide-Annuaire des Praticiens*, in-8° raisin, relié pleine toile, 1.500 pages. Prix : 25 francs. — Aimé ROUZAUD, M, Rue des Ecoles, Paris (5^e).

Ce Guide-Annuaire d'une documentation des plus soignée est incontestablement le plus complet qui existe. Sa division en cinq 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.

~~~~~  
**Guide pratique pour l'analyse du sang**, aux points de vue biologique, chimique, toxicologique et médico-légal, par R. DOURIS, Professeur de l'Université de Nancy, chargé de cours de chimie biologique à la Faculté de Pharmacie. 1 volume in-8° écu de 480 pages cartonné 25 fr.

L'auteur possédait une compétence toute spéciale pour écrire ce livre ; il a même tenu à rester cantonné dans son domaine en se bornant à ne traiter l'analyse du sang qu'aux points de vue ci-dessus indiqués.

Cet ouvrage, véritable guide pratique, comprend huit parties : 1<sup>o</sup> Notions fondamentales et coagulations ; 2<sup>o</sup> Globules rouges, agglutination et hémolyse ; 3<sup>o</sup> Examens biologiques du sang utilisant un système hémolytique ; 4<sup>o</sup> Examens biologiques basés sur des phénomènes de précipitation ou sur des propriétés diastasiques ; 5<sup>o</sup> Examen physico-chimique du sang ; 6<sup>o</sup> Exa-

men chimique proprement dit ; 7° Toxicologie du sang ; 8° Recherche du sang et de ses produits de transformation dans les divers produits biologiques : contenu gastrique, urines, sérosités, matières fécales, taches suspectes.

Cette énumération montre que le livre s'adresse aux biologistes, médecins, pharmaciens, experts près les tribunaux ainsi qu'aux étudiants en médecine et en pharmacie.

Ce livre paraît d'ailleurs à son heure, au moment où le clinicien a de plus en plus recours à l'analyse du sang pour confirmer ou établir un diagnostic. Des questions de grande actualité en biologie, le PH+ et sa détermination, l'examen du sang au point de vue de la transfusion sanguine, de la recherche de la paternité ont été envisagées. La réaction du Bordet-Wassermann, les méthodes basées sur un phénomène de précipitation, méthodes dites de « *floculation* », ont été soumises à une judicieuse étude critique ainsi que la nécessité absolue s'en faisait sentir.

Essentiellement pratique, ce livre contient néanmoins quelques notions théoriques indispensables à la compréhension du sujet et qui sont enseignées dans les cours de chimie biologique des Facultés de médecine et de pharmacie.

Deux tables des matières, l'une analytique, l'autre alphabétique, soigneusement établies permettent de trouver le renseignement désiré, les éléments nécessaires pour effectuer telle réaction suivant telle technique.

On peut dire que ce livre est indispensable à tous ceux qui ont ou auront à faire une analyse de sang ou à en interpréter les résultats.



**Conférences de Clinique Médicale Pratique**, par le Dr Louis RAMOND, médecin de l'Hôpital Laënnec. — Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'École de Médecine, Paris.

Chacune de ces conférences 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 le plus profité des dernières acquisitions de la science.

Le plan en est conçu d'après les données classique de la Clinique française, 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 raisonnement. 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 des questions de neurologie, de gastrologie, de cardiologie et d'urologie.

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.



**L'Initiation à l'art d'être maman**, par le Dr Stéphane CHAUVET. — A. Maloine & Fils, éditeurs. — 1 vol. 1924. — Prix : 7 fr.

Dans notre pays si gravement menacé dans sa vitalité par la diminution progressive de la natalité, il importe de lutter efficacement contre la mortalité et la morbidité infantiles. A cet égard il faut tout d'abord apprendre aux futures mamans, et à celles qui le sont déjà, quelles sont les règles indispensables d'hygiène qu'elles doivent observer pour elles-mêmes pendant la grossesse, au cours de l'accouchement, et après la mise au monde, (qu'elles allaitent ou non) et celles qui doivent procéder à l'élevage du nourrisson et du jeune enfant. C'est là le premier but puissant dans le travail du Docteur Stéphane CHAUVET.

La première partie traite, en effet, des généralités : hygiène de la femme enceinte ; danger de la constipation maternelle ; analyse des urines ; de calcification maternelle ; dangers de l'onathène générale et de forceps ; unité de l'allaitement maternel ; moyens réellement efficaces de développer la sécrétion mammaire insuffisante ; constipation du jeune enfant ; premières dents, premiers pas ; soins des yeux et oreilles ; culture physique de l'enfant ; formation de son caractère et de son intelligence, etc.

Ce deuxième chapitre est consacré à l'allaitement maternel ; le troisième à l'élevage au biberon ; le quatrième à l'allaitement mixte. Le cinquième chapitre est consacré au sevrage : le sixième aux soins en attendant le médecin, le septième aux notions générales sur le développement normal de l'enfant ; (poids, tailles, dents, fontanelles, premiers pas, premières dents, éveil du psychisme). Enfin le huitième chapitre renseigne sur la durée d'incubation des principales maladies infectieuses et celles de l'isolement scolaire pour chacune d'elles.

Mais ce livre vise aussi un autre but : constitue pour chaque enfant, une sorte de « curriculum vitæ » depuis sa naissance, jusqu'au début de l'adolescence, période à partir de laquelle il peut se souvenir des incidents et maladies, dont il a pu être victime. Interrogés par un médecin, combien peu de malades, en l'absence de leurs parents (parfois même alors que ceux-ci existent encore) peuvent renseigner sur ce qui s'est passé dans leur enfance, ou lors de leur naissance. Le livret personnel qui termine ce livre est destiné à combler cette lacune.

Un point important est encore à signaler : tout en étant fort complet, quoique des plus clair et précis ; et peut en initiant les mamans « *grosso modo* » à ce qu'elles doivent savoir de *l'anaphylaxie* ; de trembler de *carence*, de l'endocrinologie, etc., ce livre, loin de les pousser, comme tant d'autres, à soigner elles-mêmes leurs enfants, démontre aux mamans la nécessité d'appeler le médecin à la 1<sup>re</sup> alerte. Il présente donc, du point de vue médical, l'intérêt d'aider les praticiens dans leur lourde tâche journalière, en ce sens qu'ils pourront y renvoyer les mamans pour maintes explications ou notions pour lesquelles elles posent habituellement d'interminables questions. **Somme toute**, c'est un guide pratique pour les mamans, et un précieux auxiliaire pour les médecins.

Il est à signaler enfin, qu'il se présente avec un souci de présentation au point de vue édition. (Adorné de bandeaux, de lettrines et de culs de lampe anciens) qui ne peut que séduire les gens de goût qui, se rappelant les éditions médicales des xvii<sup>e</sup> et xviii<sup>e</sup> siècles, regrettent que les livres scientifiques soient habituellement présentés de façon si vulgaire.



## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

### Sur la Chimiothérapie post opératoire des méningites purulentes généralisées septiques d'origine otitique

Docteur MALOENS

*Bruxelles Médical* - 5<sup>e</sup> Année, N<sup>o</sup> 3 - 16 Novembre 1924

S'il était classique, il y a quelques années, de considérer comme fatal le pronostic d'une méningite purulente avec culture positive, on accuse aujourd'hui encore une mortalité de 70 à 75 o/o.

Depuis les travaux de Larmoycz et Bellin, on enseigne aujourd'hui qu'il faut intervenir aussitôt que possible. De la précocité de l'intervention dépend le succès. Suppression du foyer causal: mastoïdectomie évidemment pétro-mastoïdien. Drainage du liquide céphalo-rachidien par ponctions répétées deux fois par jour ou par canule à demeure dans le rachis.

Il faut enfin désinfecter les méninges et améliorer la défense de l'organisme. On utilisa les injections intra-rachidiennes d'argent ou d'étain colloïdaux, sans grand succès.

Malcens a eu l'idée de s'adresser à un corps composé, la septicémine, association synergique de l'exuméthylène tétramine et de l'iode, qui, dit-il, « non seulement permet de réaliser la désinfection locale de la région où siégeait le foyer causal, mais grâce à son pouvoir de pénétration joint à sa complète innocuité, achève la désinfection de la totalité de l'organisme. Les éléments antimicrobiens de sa molécule agissent promptement, sans choc et sans phénomène d'intoxication. »

L'auteur rapporte une observation qu'il a publiée à la Société de Chirurgie de Bruxelles (séance du 25 Octobre 1924). Il s'agit d'un enfant de 15 ans atteint d'otite purulente avec phénomènes méningés — la ponction lombaire donna du liquide purulent contenant du streptocoque. Il fit un évidement pétro-mastoïdien. — Deux ponctions lombaires ramènèrent 40 à 50 cc. de liquide purulent. On administra ensuite des injections intra-rachidiennes de Septicémine à la dose d'une, puis de deux ampoules de 4 cc. Quarante-huit heures après le début du traitement, le liquide céphalo-rachidien fut reconnu stérile. On administra alors la Septicémine par voie intraveineuse, et on en instilla localement dans la cavité opératoire et sur la gaze aseptique des pansements à la manière de Dupuy de Frenelle.

Opéré le 21 Juillet, le petit malade était guéri vers le milieu d'août.

Les recherches faites par l'auteur ont montré que les méningites avec liquide céphalo-rachidien contenant des microbes étaient dans la très grande majorité des cas mortels. Les quelques cas guéris ne contenaient que du Staphylocoque.

En général, la méningite à streptocoque ne pardonne pas.

Revenant ensuite sur les injections médicamenteuses intrarachidiennes, Maloens, après d'utiles recherches, a abandonné les injections intrarachidiennes. Les espaces arachnoïdiens ne constituent pas une sorte de vase clos, mais font partie d'un grand système circulatoire. Le passage direct du liquide cérébro-spinal dans les veines est un des faits les mieux établis de la physiologie de la circulation cérébrale. Il faut donc envisager dans le traitement des méningites septiques les avantages que peuvent présenter à la suite des ponctions lombaires évacuatrices répétées, non seulement le passage dans le liquide céphalo-rachidien, des anticorps contenus dans le sérum sanguin des malades, mais aussi la filtration des produits médicamenteux injectés dans les veines. D'autre part, un médicament injecté dans le cul-de-sac lombaire diffuse mal dans le bulbe et le cerveau (Sicard) et il paraît difficile, sinon impossible d'atteindre efficacement les méninges cérébrales par une injection lombaire.

De cette longue et très intéressante étude, l'auteur conclut que « parmi les médicaments de choix, la septicémine paraît être un agent très précieux par sa diffusibilité extrême et rapide dans toute l'économie, son intensité d'action et son absolue innocuité ».

L'imprégnation chimiothérapique de fond sera par voie intra-veineuse, l'injection intra-rachidienne sera rejetée.

Enfin, la septicémine en applications locales dans la plaie opératoire hâte sans aucun doute la désinfection du foyer local.

En terminant, Maloens cite l'observation d'une femme française, 29 ans, atteinte de méningite purulente généralisée, consécutive à une labyrinthite aiguë d'origine grippale, chez laquelle il suivit ces directives en faisant usage de la septicémine. Malgré la gravité extrême du pronostic, il observe une chute caractéristique de la température et une atténuation progressive des symptômes cliniques et une amélioration parallèle des caractères du liquide céphalo-rachidien jusqu'à complète guérison.

---

# Société des Sciences Médicales de Tunis

ANNÉE 1924-25

Président d'honneur :

M. DOLIVEUX, Directeur Général de l'Enseignement Public en Tunisie

Président : D<sup>r</sup> P. SORIA

D<sup>r</sup> HAYAT, vice-président.

D<sup>r</sup> DISEGNI, bibliothécaire.

D<sup>r</sup> GÉRARD, secrétaire général.

D<sup>r</sup> CASSUTO, conseiller.

D<sup>r</sup> SALVO, trésorier.

D<sup>r</sup> ROGALSKI, conseiller.

D<sup>r</sup> BENMUSSA, secrétaire adjoint.

D<sup>r</sup> DE LAGOANÈRE, conseiller mil.

## Liste des Sociétaires inscrits au 15 Janvier 1925

### A. — MEMBRES TITULAIRES

MM. les Docteurs :

|                              |                                       |             |
|------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| ANDERSON (M <sup>me</sup> ), | 9, avenue de Carthage,                | TUNIS       |
| ANDERSON,                    | Chef de lab. Institut Pasteur,        | »           |
| ADAMO,                       | 31, boulevard Bab-Menara,             | »           |
| ATTAL,                       | 7, place Ahmed-Bey,                   | LA GOULETTE |
| BARDOU,                      | 26, rue d'Italie,                     | TUNIS       |
| BARSOTTI R.,                 | 137, avenue de Paris,                 | »           |
| BENMUSSA,                    | 48, avenue de Londres,                | »           |
| BESSIS E.,                   | 2, avenue de Carthage,                | »           |
| BISMUTH,                     | 64, avenue de Paris,                  | »           |
| BONAN A.,                    | 7, passage Bessis,                    | »           |
| BONAN Hector,                | 57 bis, rue des Maltais,              | »           |
| 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,               | »           |
| CALO,                        | 1, rue Hannon,                        | »           |
| CARDOSO,                     | 8, rue des Maltais,                   | »           |
| CASSAR,                      | 35, rue Es-Sadikia,                   | »           |



|                     |                                     |             |
|---------------------|-------------------------------------|-------------|
| CASSUTO,            | 68, rue de Naples,                  | TUNIS       |
| CATTAN,             | 1, rue d'Angleterre,                | »           |
| CHATENIER,          | 171, rue Bab-Souika,                | »           |
| CHAUVIN,            | Méd. adj. Direct. Serv. Sté Milit., | »           |
| CHEMLA,             | 49, avenue de Paris,                | »           |
| COHEN Aldo,         | 4, rue des Belges,                  | »           |
| COHEN-HADRIA,       | 4, rue Hannon,                      | »           |
| COHEN-BOULAKIA S.,  | 23, rue Es-Sadikia,                 | »           |
| COMTE,              | 6, Impasse El-Assabi,               | »           |
| CONSEIL,            | 4, rue Sidi el Bahloul,             | »           |
| CORTESI,            | 26, avenue Bab-Djedid,              | »           |
| COSTANTINO,         | 37, rue des Mallais,                | »           |
| CUENOD,             | 1, rue Zarkoun,                     | »           |
| DAIREAUX,           | Méd.-Major, Hôpital du Belvédère,   | »           |
| DEBBASCH,           | 35, rue de Naples,                  | »           |
| DEBBASCH A.,        | 41, rue de Naples,                  | »           |
| DELEUIL,            | 14, rue de Russie,                  | »           |
| DIACONO,            | 57, rue de Naples,                  | »           |
| DINGUIZLI,          | 1, rue El-Mahrezi,                  | »           |
| DISEGNI,            | 116, rue de Serbie,                 | »           |
| DOMELA,             | 70, avenue Jules-Ferry,             | »           |
| DURAND,             | 38, rue de Patras.                  | »           |
| DURAND Ch.,         | Chef lab. Institut Pasteur,         | »           |
| EICHMULLER,         | 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-LIF  |
| FERRINI,            | rue Saint-Charles,                  | TUNIS       |
| FUNARO,             | 165, avenue de Paris,               | »           |
| GAROFALO,           | 17, rue Al-Djazira,                 | »           |
| GÉRARD,             | 100, rue de Serbie,                 | »           |
| GNECCO,             | 23, rue de la Commission,           | »           |
| GOBERT,             | Directeur de l'Hygiène publique,    | »           |
| GOLDZEIGUER,        | 9, rue d'Angleterre,                | »           |
| 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,                 | »           |
| JAUBERT DE BEAUJEU, | 14, passage des Entrepreneurs,      | »           |
| LACLAVETINE,        | 3, rue del Belges,                  | »           |

|                                      |                                                      |             |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|
| LAGOANNÈRE (de),                     | <i>Chef lab. de Bactériologie militaire,</i>         | TUNIS       |
| LALLOUM,                             | 2, rue Bab-Carthajna,                                | »           |
| LANÇON,                              | 2, rue Saint-Charles,                                | »           |
| LAURENT,                             | 2, rue d'Italie,                                     | »           |
| LEGRAND,                             | <i>Directeur de l'Hôpital Civil,</i>                 | »           |
| LEHUCHER,                            | 29, avenue de Paris,                                 | »           |
| LELLOUCHE,                           | rue de Carthage,                                     | LA GOULETTE |
| LEJONNE,                             | <i>Dircc<sup>r</sup> du Service de Santé Milit.,</i> | TUNIS       |
| LEMANSKI,                            | 34, rue de la Commission,                            | »           |
| LEVY Benjamin,                       | 13, rue de Hollande,                                 | »           |
| LEVY Emile,                          | 14, rue Saint-Charles,                               | »           |
| LEVI Guglielmo,                      | 43, rue des Glacières,                               | »           |
| LEVI Guido,                          | rue des Glacières,                                   | »           |
| LUMBROSO Edouard,                    | 11, rue d'Italie,                                    | »           |
| LOVY,                                |                                                      | HAMMAM-LIF  |
| MACCOTTA,                            | 7, rue Es-Sadikia,                                   | TUNIS       |
| MARA,                                | 7, rue de Sparte,                                    | »           |
| MASSELOT,                            | 18, rue de Rome,                                     | »           |
| MARZOUK,                             | 65, avenue Jules-Ferry,                              | »           |
| MEYER,                               | 1, rue Zarkoun,                                      | »           |
| MINGUET,                             | <i>Méd.-Major Hôpital Militaire,</i>                 | »           |
| MOLCO,                               | 4, rue de l'Eglise,                                  | »           |
| MONTEFIORE,                          | 5, rue Amilcar,                                      | »           |
| MORPURGO,                            | 13, rue de Danemark,                                 | »           |
| MOSCHIANO,                           | 73, rue des Teinturiers,                             | »           |
| MOUTET,                              | <i>Médec. Chef Hôpital Militaire,</i>                | »           |
| NALLI,                               | 56, rue Al-Djazira,                                  | »           |
| NICOLAS,                             | 105, rue de Portugal,                                | »           |
| NICOLLE,                             | <i>Directeur de l'Institut Pasteur,</i>              | »           |
| NUNEZ,                               | 8, rue Zarkoun,                                      | »           |
| ORTONA,                              | 15, rue Es-Sadikia,                                  | »           |
| PATRICOT,                            | 5 bis, rue d'Italie,                                 | »           |
| PÉREZ,                               | 10, passage Ravotti,                                 | »           |
| PERRUSSEL G.,                        |                                                      | LA MANOUBA  |
| PIRAINO,                             | 1, rue d'Espagne,                                    | TUNIS       |
| PLANCKE,                             | 11, rue de Belgique,                                 | »           |
| REYMOND(M <sup>me</sup> )de Gentile, | 35, rue Es-Sadikia,                                  | »           |
| ROGALSKI,                            | 9, rue d'Angleterre,                                 | »           |
| SAMAMA Elie,                         | 9, rue d'Italie,                                     | »           |
| SALMIERI,                            | 3, rue d'Athènes,                                    | »           |
| SALVO,                               | 36, avenue Bab-Djedid,                               | »           |
| SANTILLANA,                          | 1, rue d'Oran,                                       | »           |
| SCIALOM,                             | 1, rue des Tanneurs,                                 | »           |

|                                    |                              |          |
|------------------------------------|------------------------------|----------|
| <b>SETBON, H.,</b>                 | 64, <i>rue de Naples,</i>    | TUNIS    |
| <b>SFEZ E.,</b>                    | 12, <i>rue Al-Djazira,</i>   | »        |
| <b>SFEZ I.,</b>                    | 14, <i>rue Es-Sadikia,</i>   | »        |
| <b>SOLAL,</b>                      | 7, <i>rue d'Alger,</i>       | »        |
| <b>SMADJA,</b>                     | 4, <i>place de la Gare,</i>  | »        |
| <b>SORIA,</b>                      | 69, <i>rue de Naples,</i>    | »        |
| <b>SPEZZAFUMO,</b>                 | 4, <i>rue d'Italie,</i>      | »        |
| <b>TABONE,</b>                     | 15, <i>rue Pierre-Curie,</i> | »        |
| <b>TLATLI,</b>                     | 1, <i>rue Bab-el-Khadra,</i> | »        |
| <b>TRIOLO,</b>                     |                              | LA MARSA |
| <b>UZAN Maurice,</b>               | 11, <i>avenue de Paris,</i>  | TUNIS    |
| <b>UZAN Michel,</b>                | 2, <i>rue d'Alger,</i>       | »        |
| <b>VALENSI,</b>                    | 6, <i>rue d'Oran,</i>        | »        |
| <b>VALETTA,</b>                    | 10, <i>rue d'Espagne,</i>    | »        |
| <b>VARESE,</b>                     | 8, <i>rue des Mallais</i>    | »        |
| <b>DI VITTORIO S.,</b>             | 6, <i>rue d'Italie,</i>      | »        |
| <b>WEINBERG (M<sup>lle</sup>),</b> | <i>Passage Ben-Ayed,</i>     | »        |
| <b>ZAMMIT,</b>                     | 9, <i>rue Amilcar,</i>       | »        |

MM. les Pharmaciens :

|                                          |                               |       |
|------------------------------------------|-------------------------------|-------|
| <b>BLOCH,</b>                            | 24, <i>avenue de France,</i>  | TUNIS |
| <b>CAMBE,</b>                            | <i>passage de Corinthe,</i>   | »     |
| <b>CASANOVA,</b>                         | <i>avenue de Londres,</i>     | »     |
| <b>CHABERT Fernand,</b>                  | <i>rue de Strasbourg,</i>     | »     |
| <b>DARMON,</b>                           | <i>place de la Bourse,</i>    | »     |
| <b>DI VITTORIO,</b>                      | 7, <i>avenue de France,</i>   | »     |
| <b>DURAND,</b>                           | 8, <i>rue d'Angleterre,</i>   | »     |
| <b>GANDOLFO,</b>                         | <i>rue Al-Djazira,</i>        | »     |
| <b>JARMON,</b>                           | 4, <i>place de la Gare,</i>   | »     |
| <b>LUCIANI,</b>                          | 3, <i>avenue de Carthage,</i> | »     |
| <b>LUMBROSO,</b>                         | 44, <i>avenue de Londres,</i> | »     |
| <b>MENVIELLE,</b>                        | 3, <i>avenue de Paris,</i>    | »     |
| <b>NEAYMEH,</b>                          | 98, <i>rue Bab-Souika,</i>    | »     |
| <b>M<sup>e</sup> SINIGAGLIA-GALLICO,</b> | 12, <i>rue d'Italie,</i>      | »     |
| <b>STRETTA,</b>                          | 66, <i>avenue de Paris,</i>   | »     |

M. le Vétérinaire :

|                        |                           |       |
|------------------------|---------------------------|-------|
| <b>SBRANA-AGONIGI,</b> | <i>Passage de Suisse,</i> | TUNIS |
|------------------------|---------------------------|-------|

B. — MEMBRES CORRESPONDANTS

MM. les Docteurs :

|                  |                |                   |                  |
|------------------|----------------|-------------------|------------------|
| ABOULKER.        | LA BOURBOULE.  | KROUCH,           | SOUK-EL-KHEMIS.  |
| AUDEBERT,        | SBEITL.        | LARCHÉ,           | SFAX.            |
| ARROUX,          | NABELL.        | LAURIOL,          | MONASTIR.        |
| BAQUÉ,           | LUCHON.        | LEFAUCHEUR,       | BEJA.            |
| BELFORT,         | TEBOUSSOUR.    | LEGRAND,          | DJERISSA.        |
| BUBENDORF,       | MOKNINE.       | LENOIR,           | LA MANOUBA.      |
| BUCKWELL.        | SFAX.          | LÉTANG,           | SFAX.            |
| BUVAT,           | VICHY.         | MARA,             | MATEUR.          |
| CECCALDI,        | SFAX.          | LUTRINGER,        | CONTREXEVILLE.   |
| CHAURAND,        | KAIROUAN.      | MARINI,           | LE KEF.          |
| CHIOSELLI,       | REDEYEF.       | MEIGNAN,          | SFAX.            |
| CHIRPAZ-CERBAT,  | ZAGHOUAN.      | MEZGUICHE,        | SOUK-ABRAS.      |
| CONSTANT,        | VITTEL.        | NORMAND,          | LE KEF.          |
| CORONE,          | VICHY.         | PÉLISSIER,        | PLOMBIÈRES.      |
| COTAR,           | VICHY.         | CH. PÉTIT,        | BAGNOLES (Oude). |
| CROIDIEU,        | LA MANOUBA.    | PERRIN GEORGES    | ROYAY.           |
| DECOUR,          | MEDENINE.      | POIRSON,          | MEDJEZ-EL-BAR.   |
| DIENOT,          | SOUSSE.        | PRANZO,           | KALAA-DJERDA.    |
| DIGNAT,          | GABES.         | PROVOTELLE,       | MATEUR.          |
| DOLCEMASCOLO,    | KALAA D'JERDA  | RAMERY,           | BIZERTE.         |
| DUTHU,           | GAFA.          | RAYNAL,           | MAHDIA.          |
| EYRAUD-JOLY,     | EVIAN.         | RENARD,           | METLAOUI.        |
| ERRERA A.,       | BIZERTE.       | RENSTJERNA,       | STOCKOLM.        |
| ESCHBACH,        | KEBILI.        | RIBEROLLES,       | CHATEL-GUYON.    |
| GALEA FRANCESCO, | SFAX.          | ROSENDORF,        | AIN-DRAHAM.      |
| GARCIN,          | MONT-DORB.     | SAKKA,            | SOUSSE.          |
| GNECCO,          | KALAA-SENAN.   | SETBON,           | SOUSSE.          |
| GODARD,          | LE KEF.        | SICART,           | MENZEL-TEMIME.   |
| GOERÉ,           | SIDI-ABDALLAH. | SURIN,            | BIZERTE.         |
| GOUILA HOURI,    | PARIS.         | THIERRY-DETAILLE, | BIZERTE.         |
| GRAULLE,         | SOUSSE.        | VITALE,           | SFAX.            |
| GUICHARD,        | SIDI-ABDALLAH. | VULLO,            | BEJA.            |
| HALFON C.,       | SOUSSE.        | WIEHN,            | GAFOUR.          |
| JEANNOT,         | TOZEUR.        | YOUNÈS,           | SOUSSE.          |
| JUNÈS,           | SFAX.          | ZUMMO,            | SOUSSE.          |

MM. les Pharmaciens :

|                |         |            |          |
|----------------|---------|------------|----------|
| BOUQUET-BRYON, | BEJA.   | ESPIE,     | SFAX.    |
| DIACONO,       | SOUSSE. | MEDINGLER, | BIZERTE. |
| ESCANO,        | MATEUR. | TAVOLA,    | SOUSSE.  |

C. — MEMBRES ASSOCIÉS

MM.

|                             |                                            |        |
|-----------------------------|--------------------------------------------|--------|
| BAUGAS,                     | <i>Interne à l'Hôpital Civil Français,</i> | TUNIS. |
| BIECHELER,                  | <i>Interne à l'Hôpital Sadiki,</i>         | »      |
| DELAMARBE,                  | <i>Interne à l'Hôpital Sadiki,</i>         | »      |
| DROUET (M <sup>lle</sup> ), | <i>Interne à l'Hôpital Civil Français,</i> | »      |
| GONSSOLIN,                  | <i>Interne à l'Hôpital Civil Français,</i> | »      |
| SALAVERT,                   | <i>Interne à l'Hôpital Civil Français,</i> | »      |
| TIBI,                       | <i>Interne à l'Hôpital Israélite,</i>      | »      |



# TABLE DES MATIÈRES

Année 1924 (I)



## A

|                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Abcès du poumon (BROC et JAUBERT DE BAUJEU).....                                                                                  | 99  |
| Accouchement (A propos de l') indolore (DELMAS).....                                                                              | 275 |
| Accouchement (Sur quelques observations d') sans douleur (SCEMLA)                                                                 | 381 |
| Adénopathie (A propos de l') trachéo-bronchique chez l'enfant (GÉRARD et JAUBERT DE BAUJEU).....                                  | 281 |
| Anurie (A propos d'un cas d') prolongée d'origine toxique (MASSELOT)                                                              | 250 |
| Appendicite (Contribution à l'intervention précoce systématique d'urgence dans l') aiguë. (CORTESI).....                          | 247 |
| Appendicites (Quelques réflexions sur le traitement des) aiguës opérées précocement d'après 48 cas suivis de guérison (BRUN)..... | 1   |
| Appendice adhérente dans une hernie inguino-scrotale droite irréductible (BENJAMIN LÉVY) .....                                    | 372 |
| Asthénie mélitocœcique (CASSUTO) .....                                                                                            | 389 |

## C

|                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Cacodylate de soude (Notes sur la posologie et les indications récentes du) (LEMANSKI).....           | 329 |
| Cancer du rectum opéré par la méthode abdomino-périnéale (BRUN)..                                     | 440 |
| Cancer du pancréas chez un indigène musulman (BROC et BIECHELER)                                      | 114 |
| Conjonctivites (Complications cornéennes graves au cours de la) à bacille de Wecks (ÉMILE JUNÈS)..... | 8   |

## D

|                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| Diathermie (Indications thérapeutique de la) (PÉREZ)..... | 170 |
| Dysendocriniens (Un ménage de) (MAURICE UZAN).....        | 96  |

## E

|                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Echinococcose secondaire du péritoine (BOUGUET et GONTHIER).....                   | 294 |
| Epithélioma primitif du poumon chez un indigène musulman (BROC et BIECHELER) ..... | 191 |

(I) En caractères romains : Travaux originaux et faits cliniques.

*En caractères italiques* : Analyses, Revues générales, Variétés et Comptes rendus de la Sociétés des Sciences Médicales.

Cette table ne comporte que les articles originaux inédits et les observations cliniques inédites émanant d'auteurs habitant la Tunisie.

|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Eberthoses (Des divers syndromes observés au cours de) et de para-<br>(LEMANSKI) .....                     | 103 |
| Eberthoses (Histoire et Pratique de balnéothérapie dans les) et les pa-<br>ra- (LEMANSKI).. .....          | 264 |
| Eberthoses (A propos de la fréquence des hémorragies intestinales<br>dans les) tunisiennes (LEMANSKI)..... | 69  |

**F**

|                                                                                                            |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Fièvres typhoïdes (Notes sur l'épidémie actuelle de) (SFEZ, UZAN et<br>TIBI) ....                          | 108    |
| Fièvres typhoïdes (Clinique sur 105 cas de) observés en clientèle (CAS-<br>SUTO) .....                     | 149    |
| Fièvre typhoïde (40 cas de) chez l'enfant, traités à l'hôpital civil Fran-<br>çais de Tunis (GÉRARD) ..... | 76     |
| Fièvre typhoïde (A propos de l'épidémie de) en 1923 (SCIALOM).....                                         | 143    |
| Fièvre typhoïde — Statistique générale de la ville de Tunis depuis<br>1919 (CONSEIL) .....                 | 56 bis |
| Fièvre typhoïde et les effets du vaccin préventif dans la garnison de<br>Tunis (RAMÉRY) .....              | 71     |
| Fièvre typhoïde (Sur une forme anormale et fréquente de) observée<br>en Tunisie) (HAYAT) .....             | 66     |
| Fièvre typhoïde (50 cas de) en clientèle à Bizerte (THIERRY-DETAILLE)                                      | 147    |
| Fracture du poignet (GONTIER) .....                                                                        | 207    |
| Fièvre méditerranéenne chez un enfant de 2 ans (BENMUSSA).....                                             | 400    |
| Fièvre méditerranéenne (Rapport général sur la) en Tunisie (BEN-<br>MUSSA, MINGUET et UZAN) .....          | 49     |
| Fièvre méditerranéenne (Contribution à l'étude de) en Tunisie<br>(GOËRÉ) .....                             | 63     |
| Fracture du bassin chez une femme enceinte (CORTESI).....                                                  | 223    |

**G**

|                                                      |     |
|------------------------------------------------------|-----|
| Grossesses — Radiographies (JAUBERT DE BEAUJEU)..... | 477 |
|------------------------------------------------------|-----|

**H**

|                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------|-----|
| Hématome sous-péritonéal de la cavité de Douglas (BIECHELER)..... | 442 |
|-------------------------------------------------------------------|-----|

**K**

|                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| Kala-Azar (A propos de la guérison du) (ÉMILE LÉVY).....  | 371 |
| Kala-Azar (Un cas de) guéri (LEMANSKI).....               | 293 |
| Kératite folliculaire (COHEN-HABRIA) .....                | 400 |
| Kyste hydatique du poumon (DE LAGOANNÈRE et GUINET) ..... | 438 |

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Kyste (Pseudo) séreux de l'arrière cavité des épiphloons développé à la suite d'un traumatisme (BRUN) ..... | 290 |
| Kyste. — Dermoides des deux ovaires (BRUN, CASSUTO, JAUBERT DE BAUJEU). . . . .                             | 153 |

**M**

|                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Maladie de Recklinghausen familiale (COHEN-HADRIA).....                                                               | 317 |
| Maladie de Recklinghausen (BOUQUET et GONSELIN).....                                                                  | 470 |
| Maladies infectieuses. — Travaux récents (DE LAGOANNÈRE).....                                                         | 423 |
| Malformations familiales des membres supérieurs (MAURICE UZAN)...                                                     | 349 |
| Malformations congénitales du cœur (BROC, CHAURAND, JAUBERT DE BAUJEU) . . . . .                                      | 326 |
| Maternité à l'Hôpital Sadiki (Statistique de) (BRUN et BIECHELER)...                                                  | 461 |
| Méningo-encéphalite typhique (BENMUSSA, MAURICE UZAN).....                                                            | 402 |
| Mitrale (Double lésion) compliquée de médiactivité avec sclérose et ectasi de l'artère pulmonaire (SPEZ et UZAN)..... | 215 |
| Myopathie (MAURICE UZAN) .....                                                                                        | 19  |

**N**

|                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Névrite sciatique et névrite radicale consécutive à des injections de quinine (MASSELOT et APPIETO) ..... | 157 |
| Névrite quinine du sciatique (GÉRARD et APPIETO) .....                                                    | 244 |

**O**

|                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| Occlusion intestinale mortelle (Quelques particularités) (GOÉRÉ).... | 161 |
| Osteïte suppurée à micrococcus mélitensis (BURNET, BRUN, BONAN A.)   | 135 |
| Osteo-chondrome des doigts (BRUN) .....                              | 194 |
| Ostéo-sarcome du métacarpe et du carpe (BRUN). .....                 | 193 |

**P**

|                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Pansements à l'huile iodée (LEGRAND, de Djérissa).....                                            | 40  |
| Pendaison (Deux ressuscités de) (LEMANSKI).....                                                   | 308 |
| Péricardite à forme pseudo-pleurétique (MASSELOT et SALAVERT)....                                 | 345 |
| Périostite isolée du temporal (E. LUMBROSO).....                                                  | 23  |
| Pleuro-péricardite hémorragique (BIECHELER) .....                                                 | 114 |
| Pleuro-péricardite coenueuse avec exsudation hémorragique dans la plèvre gauche (BIECHELER) ..... | 93  |
| Pouls. — Quelques réflexions sur la physiologie pathologique de l'onde pulsatile (RAMÉRY) .....   | 185 |
| Purpura et Hémorragies méningée sous-arachroïdienne (RAMÉRY et DE LAGOANNÈRE) .....               | 321 |





## TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

|                                                          | Pages      |                                                             | Pages      |
|----------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------|------------|
| <b>A</b>                                                 |            | <b>J</b>                                                    |            |
| APPIETTO .....                                           | 157 et 244 | JAMIN .....                                                 | 367        |
| <b>B</b>                                                 |            | JAUBERT DE BEALIEU, 99,<br>159, 218, 281, 326,<br>477 et    | 479        |
| BENMUSSA... 49, 400 et                                   | 402        | JUNÈS EMILE, 8, 333,<br>355 et                              | 466        |
| BIECHELER, 93, 44, 114,<br>191, 336, 337, 442,<br>443 et | 461        | LEGRAND (de Djérissa).                                      | 40         |
| BONAN AB.....                                            | 135        | <b>L</b>                                                    |            |
| BOUQUET .....                                            | 294 et 476 | LEMANSKI, 69, 103, 207,<br>264, 293, 308 et                 | 329        |
| BURNET .....                                             | 135        | LÉVY BENJAMIN, .....                                        | 372        |
| BROC 99, 114, 191, 326,<br>336, 337 et .....             | 405        | LÉVY EMILE.... 218 et                                       | 371        |
| BRUN, 1, 17, 135, 159,<br>193, 194, 290, 440 et          | 461        | LUMBROSO EDOUARD ...                                        | 23         |
| <b>C</b>                                                 |            | <b>M</b>                                                    |            |
| CASSUTO.. 149, 159 et                                    | 389        | MASSELOT.. 157, 250 et                                      | 345        |
| CHAURAND .....                                           | 326        | MINGUET .....                                               | 49 et 115  |
| COHEN-HADRIA.. 317 et                                    | 400        | <b>P</b>                                                    |            |
| COMTE .....                                              | 126        | PÉREZ .....                                                 | 170        |
| CONSEIL .....                                            | 56 bis     | <b>R</b>                                                    |            |
| CORTESI .....                                            | 233 et 247 | RAMÉRY.. 71, 183, 195,                                      | 321        |
| <b>D</b>                                                 |            | <b>S</b>                                                    |            |
| DAIREAUX .....                                           | 195        | SALAVERT .....                                              | 345        |
| DE LAGOANÈRE, 321, 423                                   | 438        | SCEMLA .....                                                | 381        |
| DELMAS .....                                             | 275        | SCIALOM .....                                               | 143        |
| <b>G</b>                                                 |            | SFEZ .....                                                  | 108 et 215 |
| GÉRARD. 76, 244, 281,                                    | 313        | SORIA .....                                                 | 239        |
| GOÉRE .....                                              | 63 et 162  | <b>T</b>                                                    |            |
| GONTIER .....                                            | 209 et 294 | THIÉRRY-DETAILLE ....                                       | 147        |
| GUINET .....                                             | 438        | TIBI .....                                                  | 108        |
| GONSELIN .....                                           | 476        | <b>U</b>                                                    |            |
| <b>H</b>                                                 |            | UZAN MAURICE, 19, 49,<br>96, 108, 215, 349,<br>402 et ..... | 405        |
| HALFON (de Soussé) ...                                   | 166        |                                                             |            |
| HAYAT .....                                              | 66 et 166  |                                                             |            |
| HOUBART .....                                            | 17         |                                                             |            |

