La Tunisie Médicale

JANVIER 1929

L'observation que nous vous présentons a pour but d'apporter une contribution au diagnostic de la fièvre typhique en Tunisie.

Si dans la majorité des cas, l'infection typhique se révèle avec certitude par une séroréaction positive, il arrive dans un bon nombre de cas que les examens sérologiques soient et demeurent obstinément négatifs alors que le tableau clinique semble permettre d'affirmer l'existence d'une infection à bacille d'Eberth.

Parmi tous ces malades, il en est dont l'évolution est suffisamment probante pour que le doute ne puisse rester dans l'esprit.

C'est ainsi qu'une hémorragie ou une perforation intestinale même en l'absence de séro diagnostic positif permet d'affirmer la typhoïde.

Mais il serait exagéré de croire que toutes ces typhoses (pour reprendre le terme du Dr Lemansky) soient des fièvres typhoïdes.

L'hémoculture s'impose chez tous les malades dont le sérodiagnostic est négatif et elle montrera chez certains d'entre eux, comme elle a montré dans notre cas, que le bacille de Eberth serait incriminé à tort.

Notre malade a fait une septicemie à staphylocoque doré à forme typhoïde et il était impossible de par le tableau cliniqué de porter un autre diagnostic que celui de typhoïde.

OBSERVATION : Madame S. 19 ans.

La malade entre à l'hôpital le 13 novembre 1928 pour fièvre et faiblesse générale durant depuis une dizaine de jours.

L'affection s'installe progressivement : sensation de fatigue, douleurs lombaires, inappétence, constipation. La malade qui ne prend pas à ce moment sa température a cependant la sensation de fièvre. Déjà les manifestations intestinales s'exagèrent [illegible] opiniâtre, [illegible] une vive [illegible] le à venir [illegible] et amaigri, [illegible] L'examen [illegible] ifestations [illegible] palpation de l'abdomen révèle la présence de gargouillements caecaux et l'existence d'une légère augmentation de volume de la rate qui est perceptible dans l'inspiration sous le rebord costal.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

La recherche des antécedants n'aporte guère d'éléments au diagnostic : bonne santé antérieure jusqu'à l'an dernier où la malade présente des adenites au cou et à l aisselle, adenites vraisemblablement chaudes qui disparaissent sous des pansements humides répétés, sans incision.

La malade est mariée depuis un an. Une grossesse survient ; l'accouchement est normal, l'enfant vivant. Mais dans les jours qui suivent s'installe une infection utérine pour laquelle on reste dans l'expectative, se contentant de placer une vessie de glace sur l'abdomen. Cet état dure 3 mois au bout desquels on se résout à une hystérectomie subtotale.

Malgré cette intervention il persiste des pertes très abondantes et très fétides

A son entrée à l'hôpital la malade se plaint de ces pertes. On pratique un toucher vaginal qui ne révèle rien de spécial : le col est lisse et régulier, les culs de sac sont souples.

Il s'agit donc d'une malade qui depuis dix jours présente de la fièvre, une vive céphalée, de la constipation. Sa rate est augmentée de volume, elle a du gargouillement caecal. Tout oriente vers le diagnostic d'une infection du groupe typhique. Cependant pour écarter le paludisme on fait faire un examen de sang sur lames, examen qui revient négatif et un traitement quinique d'épreuve qui n'apporte aucune amélioration.

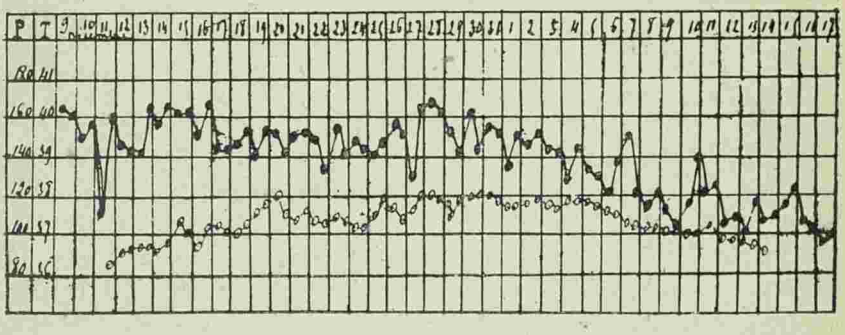
Le diagnostic de fièvre du groupe typhoïde semble se conformer dans les jours qui suivent, d'autant que les manifestations intestinales se sont exagérées : la constipation a cédé la place à une diarrhée abondante jus-de melon classique, il y a de fréquents vomissements. On relève de très gros gargouillements caecaux. Il paraît ne plus y avoir de doute possible.

On est alors au treizième jour de la maladie. On fait faire un séro-diagnostic. Celui-ci revient encore négatif.

Cependant la température se maintient en plateau à 40° sans que 3 injections intraveineuses d'électrargol n'aient amené de sédation.

L'affection retentit sur le cœur dont les bruits deviennent sourds et mous ; le pouls bat aux environs de 100.

Un nouveau serodiagnostic le 20 novembre est négatif.



Pourtant les symptômes se précisent encore : la malade est très abattue, sonnolente, en véritable tuphos ; l'on voit apparaître sur la peau de l'abdomen et du thorax des petites tâches rougeâtres s'effaant à la pression du doigt, et ayant parfaitement l'aspect de tâches rosées. La myocardite se développe encore : le premier bruit s'affaibli, s'assourdit et devient soufflant. Le pouls bat entre 110 et 120.

Cependant le 24 novembre le sero-diagnostic est de nouveau négatif.

La température se maintient en plateau aux environs de 40 le pouls reste à 120. L'état général est toujours très bas. Le serodiagnostic le 30 novembre est encore négatif. On fait un abces de fixation, qui tout d'abord semble ne pas prendre. Des escharres fessières apparaissent.

Devant la persistance du tableau fébrile, l'absense constante d'une

séroréaction positive, malgré la symptomatologie typhoïde, on envisage la possibilité d'une infection d'un autre ordre, et l'on pratique une hémoculture.

Celle-ci revient positive le 6 décembre pour le staphlocoque pyogène doré.

A cette date l'abcès de fixation s'est formé; on l'incise. La fièvre semble dès lors diminuer, la fréquence du pouls s'abaisse vers 100. Mais il se présente de nouvelles poussées thermiques au cours desquelles on pratique une nouvelle hemoculture qui est encore positive pour le staphylocoque pyogène doré.

Puis la température revient peu à peu à la normale, le pouls baisse lentement. L'état général se remonte, les escharres guérissent. L'affection paraît terminée.

Actuellement la malade s'alimente et est sans fièvre depuis le 29 décembre.

× ×

Ainsi donc, pendant tout le cours de son évolution, cette septicemie se présenta comme une fièvre typhoïde, et se manifesta par une fièvre en plateau à 40° de la diarrhée des taches rosées, du tuphos, une myocardite et une augmentation de volume de la rate. L'hemoculture seule put donner la clef du diagnostif, et l'on ne saurait trop insister sur la valeur de ce procédé d'investigation clinique qui souvent s'impose de lui même au médecin et qui ne peut être négligé en aucun cas douteux.

De cette staphylococcemie en elle même il est peu de choses à dire.

Il faut retenir cependant qu'il s'est agi d'un cas heureux ayant abouti à la guérison. C'est là une évolution relativement rare, puisque les statistiques apprennent que la mortalité au cours de cette affection s'élève à environ 90 pour cent. Il ne semble pas d'ailleurs que l'on puisse attribuer d'influence heureuse quelconque à la thérapeutique qui fut mise en œuvre. Un auto-vaccin fut cependant préparé mais la guérison ne laissa pas le temps d'avoir recours à lui.

Enfin, et comme dans l'immense majorité des cas, la porte d'entrée du microbe en cause resta introuvable. L'examen et l'interrogation n'aiguillèrent les recherches que du côté vaginal où l'on relevait des pertes abondantes. L'examen bactériologique de ces pertes n'y montra pas la présence du staphylocoque pyogène doré.

Des accidents consécutifs aux injections intra-utérines de Lipiodol

par les Drs BRUN et CORTESI

L'injection intra-utérine au Lipiodol est à la mode : on injecte dans la cavite utérine et même dans les trompes une substance opaque aux R. X. On prend ensuite plusieurs plaques radiographiques.

Cette méthode, en vérité, n'a rien en elle-même de bien original, C'est l'application aux organes génitaux féminins d'un procédé depuis longtemps employé pour d'autres cavités.

Que l'idée en soit revenue à un jeune médecin en quête d'un sujet de thèse, c'est bien. Mais vouloir désormais considérer ce procédé comme nécessaire sinon indispensable à tout examen gynécologique, c'est une grossière erreur, et une lourde faute.

A peine ce procédé vit-il le jour que nombreux furent ceux qui en revendiquèrent la paternité. Et les fabricants d'appareils d'inventer pour son plus grand succès de nombreuses seringues, manomètres et autres ustensiles qui permettaient de l'effectuer avec toutes les chances de succès et l'on vit aussi de nombreux médecins se spécialiser en cet art difficile et publier de nombreuses observations avec d'éclatants succès.

Il faut être bien naïf pour prétendre, comme on l'a fait, que l'examen radiographique de la cavité utérine peut être comparé à celui du tube digestif pour plusieurs raisons : 1° l'injestion ou le lavement de substance opaque sont sans danger — ce n'est pas le cas des injections ultra-uterines de Lipiodol ; 2° L'examen radiologique du tube digestif constitue souvent le seul moyen précis d'investigation que nous posédions. Il n'en va de même en ce qui concerne les organes génitaux de la femme.

N'oublions pas enfin que la cavité utérine par l'intermédiaire des trompes communique avec la cavité péritoneale et que l'injection pratiquée peut y refouler des produits septiques qui ne sont pas sans danger pour elle.

Nous devons à la vérité de dire que toutes les observations que nous avons lues sur les avantages de cette méthode au point de vue clinique ne nous ont pas convaincu de son utilité.

Au point de vue pratique elle n'avait aucun intérêt quand à l'indication opératoire et c'est une preuve d'un manque absolu de bon sens que de vouloir substituer ou même comparer l'injection intra utérine aux procédés classiques d'examens gynécologiques.

Ce n'est malheureusement pas tout — et comme toujours une méthode nouvelle doit avoir un maximum d'indications. L'injection intra-utérine ne devait pas seulement constituer une méthode nouvelle d'investigation gynécologique, elle possédait aussi des avantages thérapeutiques. En l'occurence elle devait constituer le dernier des procédés à employer dans la cure de la stérilité. L'imperméabilité des trompes en effet révélée par l'examen radiographique devait être traitée par l'insufflation — et de nombreuses observations tout à fait convaincantes ont été publiées — que de naïveté ! ! Voici un des succès ! Une de nos clientes va à Paris se faire insuffler parce que stérile. Quelques mois après elle est enceinte. Pendant que sa femme est à la maison de santé, le mari veut en profiter pour se faire opérer une hernie. Il avait à droite une ectopie et à gauche un testicule atrophié

Enfin nous restons persuadés que si toutes les suites opératoires des insufflations ou des injections intra-utérines étaient publiées, nous n'aurions vite fait de constater que les accidents consécutifs de ces manœuvres sont autrement fréquents que les succès.

De ces vérités deux observations feront foi :

1re OBSERVATION :

Mme Helène N. est âgée de 28 ans. Elle a été réglée à 13 ans. Ses règles ont toujours été très régulières, elles durent 5 à 6 jours et reiennent tous les 28 jours: elles sont normales comme quantité.

Elle se marie en 1921, deux ans après, elle est enceinte, grossesse normale mais accouchement difficile qui se termine par la mort de l'enfant venu par le siège.

A la suite de cet accouchement infection puerpurale. La malade reste deux mois alitée et conserve pendant quelques mois une légère salpingite gauche.

De 1923 à 1928 pendant 5 ans la malade complètement rétablie se porte à merveille. Elle est parfaitement réglée, elle a de temps en temps quelques pertes blanches.

Mme H... s'inquiète de n'avoir plus d'enfant et de passage à Paris en Octobre 1928 elle va consulter quatre gynécologues incontestés pour remédier à sa stérilité.

Tous les 4 conseillent de faire un examen des trompes « soit par insuflation soit par injection de lipiodol pour voir la cause de la stérilité ne siègerait pas dans les trompes . »

Je transcris là les termes mêmes de la consultation.

Les 4 médecins affirmèrent du reste que l'injection ou l'insuflation ne pouvaient donner lieu à aucune suite fâcheuse.

Le 17 Octobre. — 2 jours après la fin des règles un des médecins consultés et spécialiste en la matière, pratique une injection intra-utérine de lipiodol, et trois jours après une insuflation.

Pendant son injection de lipiodol la malade ressent des vives douleurs utérines qu'elle compare à celles de l'accouchement.

Néammoins le médecin autorise le départ pour Marseille deux jours après l'insuflation. Elle compte prendre à Marseille quelques jours de repos, car elle se sent fatiguée.

Le 20 Octobre, apparition des règles avant leur époque normale mais il semble plutôt s'agir d'hémorragies car la malade expulse de gros caillots et ses pertes vont durer 11 jours.

Après ses pertes la malade ressent de violentes douleurs dans tout le ventre, mais avec un maximum dans la fosse iliaque gauche. Elle rentre à Tunis. Au début de Novembre la malade accuse des douleurs de plus en plus vives avec crises paroxistiques, T. 39° 4. L'un de nous est appelé et constate le reveil de l'ancienne salpingite gauche.

Le 19 Novembre. — Nous sommes appelés à revoir la malade en consultation. Elle présente tous les symptomes d'une volumineuse salpingite gauche du volume du poing bombant dans le cul de sac vaginal s'accompagnant de température élévée, de très violentes douleurs, de gêne au moment des mictions etc...

Nous conseillons la glace sur le ventre, les injections vaginales, le repos absolu etc. et nous craignons même d'être obligés d'intervenir d'urgence, si aucune amélioration ne devait se produire.

Avec le traitement institué tout rentre dans l'ordre en un mois. Néammoins il persiste encore aujourd'hui une salpingite gauche très nettement perceptible de la grosseur du pouce et douloureuse à la pression.

La radiographie pratiquée après l'injection de liopiol avait montré :

1. Une imperméabilité de la trompe gauche.
2. La trompe droite avait été injectée jusqu'au pavillon.

2e OBSERVATION :

Madame R... 38 ans, mariée depuis 12 ans, toujours ben réglée. Pas d'enfant. Pour en avoir, plusieurs dilatations avec des tiges de laminaires ont été pratiquées, ainsi qu'une stomatoplastie il y a 3 ans.

Pendant ses vacances elle se fait faire à Paris une injection de lipiodol.

Cette opération a montré que les trompes étaient perméables mais depuis, très vives douleurs dans le ventre avec fièvre.

A son retour à Tunis nous constatons une collection qui vient bomber dans le Douglas et qui est ouverte pour colpotomie.

Nous n'avions pas eu l'occasion d'examiner Madame R. au point de vue gynécologique avant son infection, mais la malade prétend n'avoir jamais souffert du ventre avant l'intervention.

× ×

De ces observations nous ne pouvons tirer que les conclusions suivantes : Les indications de l'injection au Lipiodol avaient été posées par des gynécologues incontestés et pratiquées par des mains expertes.

Quels sont donc les résultats obtenus lorsque de pareils procédés sont appliqués par des praticiens moins sagaces et des mains moins habiles. Nous ne les connaîtrons jamais.

Il importe que l'on sache que si, dans des cas en réalité très rares, l'injection au lipiodol peut constituer un moyen d'investigation exceptionnel, il ne doit pas être considéré comme un procédé inoffensif. Il ne faut pas que les praticiens se croient dans l'obligation de le proposer parce qu'il est de bon ton de le faire au risque de passer pour des retardataires.

Au point de vue thérapeutique enfin, il ne faut pas que ce soit « l'Innovation » dans la cure de la stérilité.

Somme toute que désiraient nos clientes? Devenir enceintes. Que leur a-t-on proposé pour cela: l'injection au Lipiodol.

Elle ont eu peut-être la satisfaction de constater sur de beaux clichés la perméabilité de leurs trompes mais cette perméabilité même dont devait dépendre la réalisation de leurs espoirs en fait n'a permis que l'éclosion de salpingites. De pareils résultats ne nous rangent pas parmi les admirateurs de la méthode.

e 13 octobre, après vingt jours, légère amélioration. Le malade a mi un peu dans la nuit Temp. 37,2. Pouls 100. L'érection n'est [illegible] (10 h.) La palpation des corps caverneux est moins

par les Drs CORTESI et ORTONA

OBSERVATION

P. italien 38 ans, chauffeur. Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents familiaux et personnels si on ,eccepte qu'à l'âge de 27 ans au front il fut opéré de ligature de la saphène interne des deux côtés pour varices des deux membres.

L'opération n'ammena aucune amélioration dans son état et en 1923 il fut reopéré à Tunis de Moreschi bilateral. Cette intervention l'améliora beaucoup.

En 1926 il fut opéré à Paris pour un polpe vésical (fulguration) qui depuis ne lui donna plus aucune souffrance.

Le 20 septembre 1928 en pleine santé il commença à éprouver des paresthésies au périnée: sensation de chaleur et de pesanteur mais sans éprouver la moindre difficultée pour uriner.

Le 24 septembre 1928 vers trois heures du matin il fut reveillé par une sensation d'érection légèrement moleste. Il crut avoir besoin de vider sa vessie, mais après une abondante miction, sans difficulté l'état d'érection persista et se prolongea dans la journée suivante et ne céda point malgré l'application continuelle des compresses glacées.

Le 25 l'état de priapisme persistant, il eut deux coïts dont un fut suivi d'ejaculation; mais les conditions locales demeurent sans variations.

Désespéré le 26 au soir il consulta un médecin qui après s'être rendu compte de l'état de la prostale prescrit des calmants et le repos.

Le 28 matin il consulta un autre médecin qui lui fit une piqûre de morphine et l'engagea à subir un examen complet de sa vessie.

Le 28 au soir un autre confrère fut appelé qui lui fit une anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Il n'en ressentit aucun avantage.

Le 30 septembre à la suite d'une consultation on pratique une ponction lombaire qui demeura blanche. Une analyse d'urine, un examen du sang, une Wassermann,un hémoculture dont voici les résultats, furent pratiqués dans les jours suivants:

Examen des urines (E. Tavernier).

Albumine vraie : 0 gr. 05 par litre.

Albumine thermosoluble néant.

2e OBSERVATION :

Madame R... 38 ans, mariée depuis 12 ans, toujours ben réglée. Jamais de Pertes, on avoir plusieurs dilatations.

Examen microscopique :

Cellules pavimenteuses peu nombreuses; cylindroïdes assez nombreux quelques cylindres hyalins et légèrement granuleux; Leucocytes peu nombreux, isolés, bien conservés; acidité 1 gr. 564 en acide phosphorique.

Réaction de B. W. négative; indice de Vernes: 0.

Examen de sang (I.P.):

Absence d'hématozoaires; formule leucocytaires; Polynucléaires neutrophiles 65; Polynucléaires éosonophiles 2;moyens mono 26; grande mono 2; lymphocytes 5.

Le 5 octobre je vois le malade pour la première fois: il est anxieux et agité, il ne dort pas la nuit et il est très incommodé par son état. Pouls. 100. Temp. 37,4 axillaire. Le membre est en état d'érection complète (midi) depuis dix jours. Les corps caverneux durs sont légèrement douloureux à la pression surtout à la région sous-pubienne ; sensation de chaleur et pesanteur au périnée.

L'examen de la prostate est négatif comme l'examen de tout autre organe. Sans avoir posé un diagnostic, je conseille l'application de dix sangsues à la région périnéale, l'application d'une vessie de glace sur la région lombosacrée, et je prescris belladone et camphre en suppositoires.

Le 7 octobre (au soir) aucune amélioration ne s'étant vérifiée je vois le malade avec mon confrère le Dr Prof. Ortona.

Les conditions générales sont les mêmes: Insomnie, agitation: Temp. 37,6. Pouls 100. Un examen minutieux du système nerveux est négatif.

Les conditions locales sont toujours les mêmes. Etat d'érection complète (midi) légèrement douloureuse. Corps caverneux à la palpation assez douloureux. On pratique une ponction lombaire: on extrait 10 centim. cubes de liquide clair, et on injecte 2 c.c. de solution de scurocaine à 4 p. 100 suivie d'une légère lipothimie.

L'examen du L.C.R. donne les résultats suivants: B. W. négatif: lenocytes très rares (2 par mc) presque tous lymphocyte quelques globules rouges. Urée 0 gr. 397

Le 8, 9, 10 octobre les conditions générales et locales du malade sont les mêmes.

Le 13 octobre, après vingt jours, légère amélioration. Le malade a dormi un peu dans la nuit Temp. 37,2. Pouls 100. L'érection n'est plus complète (10 h.) La palpation des corps caverneux est moins douloureuse.

Le 15 amélioration sensible dans l'état de priapisme (8 h.) mais le malade se plaint d'une douleur à la partie externe de la jambe droite surtout près de la malléolle. Signes nets de throbo-phlébite de la saphène externe. Application locale de trois sangsues.

Le 20 octobre amélioration nette de l'état de priapisme et des signes de phlébite de la jambe droite.

Le 25 octobre l'état d'érection est presque disparu mais la verge demeure de dimensions non proportionnées, au dire du malade, à l'état de repos. Les corps caverneux sont à peine douloureux.

Le 30 octobre l'état de priapisme a totalement disparu. La T. est de 37.1, le pouls marque 100 et le malade, sans autorisation se lève pendant quelques heures.

5 novembre. — Le malade présente des signes très nets de phlébite de la saphène interne siégeant un peu au-dessous de la cicatrice de l'ancienne ligature de cette veine. Application locale de 6 sangsues; amélioration rapide les jours suivants.

25 novembre. — Après près de deux mois d'alitement le malade peut sortir et se rendre à une consultation; il se plaint de ce que ses érections sont lentes à venir et durent longtemps après l'éjaculation. Il reprend ses occupations.

× ×

Comme traitement: l'incision et le drainage en séton des corps caverneux a donné à Chalier et Gaté quelquefois des succès dans ces cas de priapisme rebelle persistant et douloureux.

Pour notre cas nous ne pouvons rien dire de l'hirudothérapie qui a été appliquée, la première fois, en désespoir de cause.

La façon dont cet état de priapisme s'est établi, sa durée, sa persistance ainsi que les antécédents veineux du sujet et les complications veineuses qui l'ont accompagné, nous font poser le diagnostic de priapise par thorubo-phlébite des corps caverneux et c'est sous cette étiquette que nous avons tenu à présenter cette observation.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 23 Décembre 1928

Présidence du Dr. **CONSEIL**, Président

Sont présents : MM. les Docteurs Conseil, Emilio Lévy, Sandras, Ortona, Perrussel, Charles Durand, Cohen-Boulakia, Maurice Uzan, Cortési, Cassar, Féré, Farhat, Soria, J. Chemla, Henry, Caillon, Halfon. Delâtre, Triolo, Sfez, Farruggia, Lumbroso, Hayat, Montefiore, Hector Bonan, Cassuto, Broc, Ronchot, Roger Nataf, Houdart. Guez, solal, Nunez, Minguet, Zéran, Benjamin Lévy, Samama Elie, Brun.

ADMISSIONS

Admissions. Le docteur **Mario Gioia** et le docteur **Lévy M., chirurgien dentiste,** sont élus membres titulaires de la Société.

ELECTIONS DU BUREAU POUR 1929

En l'absence de candidatures pour les différentes fonctions, le bureau sortant propose la liste suivante :

Président . Docteur **Emilio Levy.**

Vice-président : Docteur **Brun.**

Secrétaire général : Docteur **Perrussel.**

Trésorier : Docteur **Soria.**

Secrétaire-adjoint : Docteur **Ronchot.**

Bibliothécaire archiviste . Docteur **Nunez.**

Conseillers : Docteurs **Cortési, Conseil, Gourdon.**

Rédacteur en chef de la Revue : Docteur **Cassuto.**

Nombre de suffrages exprimés : 37.

Les docteurs Emilio Levy, Brun, Perrussel et Cortési sont élus par 36 voix. Les docteurs Soria, Ronchot, Nunez, Conseil, Gourdon et Cassuto par 37 voix.

Le Dr. CASSAR présente :

1° un malade atteint d'une *formation cornée de la fesse droite* :

2° un cas de *Cutis vestix girata* de même nature que la maladie de Recklinghausen.

× ×

Le Dr. BRUN présente les pièces d'une *longue résection intestinale* (1m. 25) *pour tuberculose* et insiste sur la fréquence relative de la tuberculose sténosante du grêle chez les indigènes.

× ×

SPLENECTOMIE

Le Dr. BRUN présente un cas de **rupture traumatique de la rate** survenue chez un enfant indigène amené à l'Hôpital Sadiki le 23-11-28 à 10 h. du matin.

Le blessé avait reçu l'avant-veille à 14 heures (41 heures avant l'intervention) un coup de pied de cheval sur le côté gauche de l'abdomen. Immédiatement après le traumatisme, vomissements, douleurs très vives dans la région épigastrique et à l'épaule gauche ; second vomissement le 22 au soir.

Examen : Etat général assez bon : pouls bien frappé à 100. T. 37,1 ; abdomen souple dans son ensemble présentant une voussure dans son cadran supérieur gauche, abdomen indolori partout ailleurs. On pose le diagnostic de rupture de la rate.

Opération d'urgence, guérison.

La pièce montre une rate assez volumineuse présentant une large déchirure à la partie moyenne.

C'est indubitablement une rate de paludéen. A noter que la splenectomie n'a pas modifié la formule lencocytaïre et que la numération globulaire est normale un mois après l'intervention.

neumothorax artificiel

par le Docteur TRIOLO

Les appareils pour le pneumothorax artificiel, qui sont les plus appréciés, tels celui de Forlanini, de Küss, etc., se basent sur le système hydraulique des vases communicants.

Etant donné que la capacité minime de chaque vase est de 600 c. c. ces appareils sont trop volumineux, et trop lourds.

Tant que le pneumo était pratiqué dans des maisons de santé et par un nombre restreint de spécialistes, personne n'y faisait cas; mais à mesure que la méthode a pris du développement parmi les plus modestes médecins, qui, faute de maisons de cure, étaient obligés de se rendre chez leurs malades, le besoin s'est fait sentir de posséder des appareils plus petits, plus adaptés à tous les déplacements.

Alors de tous côtés des essais ont été faits dans ce but et Jousset, Mainini, Morelli ont réussi à faire construire des modèles, dont le volume est réellement bien réduit. Le résultat cependant n'a été obtenu que moyennant la suppression des vases. Or cette suppression n'est pas indifférente.

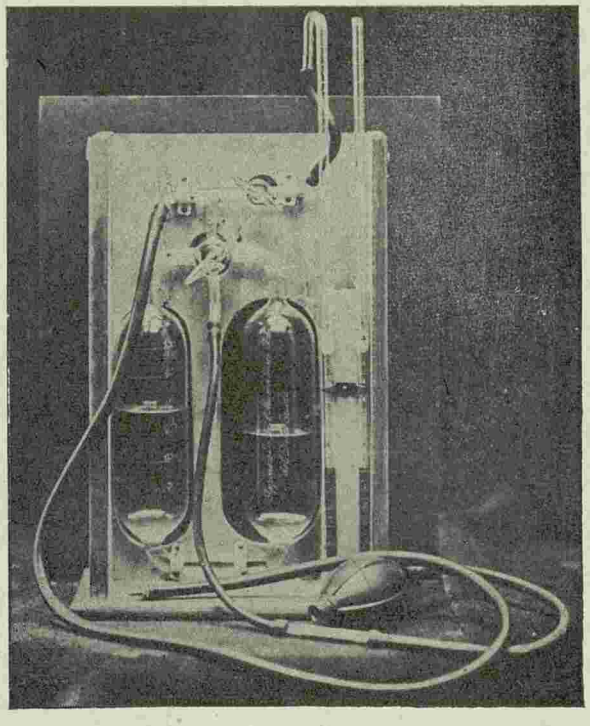
Le système hydraulique des vases communicants doit être toujours préféré, car il permet de surveiller *de visu* le passage du gaz dans la plèvre, d'en contrôler la pression, et d'en doser exactement la quantité. Il fallait trouver plutôt le moyen de réduire le volume des ampoules au lieu de les supprimer.

L'appareil que je présente réalise cette diminution de volume sans rien changer au système hydaulique des vases communicants.

Il est constitué de deux ampoules graduées de 100 cc. chacune, et d'un robinet avec quatre canalisations diamétralement opposées ; deux latérales, soudées aux ampoules, et deux longitudinales, la supérieure en relation avec la plèvre et le manomètre, l'inférieure avec la source du gaz. Sur la clef il y a une manette; si elle est placée entre deux canalisations, toute communication est fermée; si elle est située le long des canalisations, soit horizontales, soit verticales, les communications sont ouvertes.

FONCTIONNEMENT

Que l'appareil soit prêt pour l'opération ; l'ampoule, qui viendra en relation avec la plèvre sera chargée de gaz (1) (on se sert habituellement de l'air filtré) l'autre ampoule est remplie de liquide (alcool



de préférence). La manette est située entre les canalisations dans la position fermée. Après avoir introduit l'aiguille, lorsque le manomètre montre par ses oscillations que l'on est dans la plèvre, on fait effectuer à la manette un 1/8e de tour de gauche à droite ;

(1) La canalisation supérieure est destinée à la sortie du gaz; elle sera toujours en relation avec l'ampoule remplie de gaz, tantôt celle de gauche, tantôt celle de droite.

Inversement la canalisation inférieure est destinée à l'entrée du gaz; elle sera en relation avec l'ampoule remplie de liquide, tantôt celle de droite, tantôt celle de gauche, c'est-à-dire en sens contraire de la canalisation supérieure.

on établit ainsi les communications entre l'ampoule remplie de gaz et la plèvre, et entre l'ampoue, remplie d'alcool et la source du gaz. On laisse écouler les 100 cc. de gaz par simple aspiration. Puis on fait effectuer à la manette un 1/4 de tour, toujours de gauche à droite ; les communications changent ; l'ampoule, qui était en relation avec la plèvre, après avoir écoulé le gaz et s'être remplie de liquide, se met en relation avec l'insuflatéur ; et inversement, l'ampoule qui était en relation avc l'insuflateur et qui est maintenant remplie de gaz, se met en relation avec la plèvre. On laisse couler encore 100 cc. de gaz. Encore un autre 1/4 de tour et les communications se rétablissent comme elles étaient avant. Et ainsi de suite : chaque fois qu'on fait effectuer à la manette un 1/4 de tour, on peut insuffler dans la plèvre 100 cc. de gaz. On peut ainsi insufler à volonté tout le gaz que l'on désire. C'est une application du principe physique de la réversibilité.

Sur une des deux extrémités de la manette on trouve un point colorié ; il sert pour indiquer la quantité de gaz que l'on insuffle.

Si au début de l'opération il est placé en tant, et puisque à chaque 1/4 de tour il indique que l'on insufflé 100 cc. de gaz, quand il reviendra à la position première on sera averti d'avoir insufflé 400 cc.

C'est un bon moyen, qui empêche de désagréables oublis.

Mais les avantages de cet appareil ne résident pas seulement dans sa petitesse et dans la facilité de pouvoir le déplacer ; on y relève une autre qualité bien importante.

Le principe, qui doit guider le médecin au moment de l'opération et de ne jamais introduire le gaz sans pression, ou bien de l'introduire sans une pression minime.

L'idéal serait que le gaz entre dans la plèvre par simple aspiration.

Or tous les grands appareils avec leurs colonnes liquides lourdes exercent une pression considérable sur le gaz, que l'on introduit dans la plèvre ; ceci est un inconvénient.

Le même reproche peut être adressé aux appareils à pistons, type Baillet.

Dans mon appareil la petite colonne liquide n'exerce sur le gaz qu'une pression minime ; en outre quand le liquide est nivelé dans les ampoules, l'aspiration du gaz par la cavité pleurale, et par conséquent la montée du liquide, est facile car le poids en est insignifiant.

Je me sers depuis six mois de cet appareil et j'en suis parfaitement satisfait. Au Sanatorium de Cuasso al Monte on s'en sert aussi et on est très satisfait.

P. S. — Il y a un appareil qui ressemble au mien, celui du prof. Cuzzi; il a en effet les vases de la même grandeur de 100 cc.; mais il en diffère pofondément par le robinet, qui dans ce genre d'appareils représente la partie la plus importante. Le robinet de mon appareil a 4 voies seulement, il est en vue et il est soudé aux diverses parties par des tubes en verre; celui de Cuzzi au contraire est en métal, il a davantage de voies et il est raccordé aux autres parties par des tubes élastiques. La possibilité de mettre en relation la plèvre et le manomètre au moment de l'opération, qui renseigne sous quelle pression entre le gaz et les résistances qu'il rencontre, n'est pas permise avec l'appareil de Cuzzi.

× ×

Puis le Dr. Triolo lit une *note préliminaire sur des*
Essais de traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections de sérum humain.

Vu l'importance du sujet traité, la Société après avoir pris connaissance du travail de M. Triolo, inscrit à son ordre du jour la question du traitement de la Tuberculose et décide de remettre à plus tard la publication du travail de M. Triolo avec les comptes-rendus des discussions auxqueles il aura donné lieu.

Séance du 18 Janvier 1929

Présidence du Dr. **E. LEVY**, Président.

Sont présents: MM. les Drs. Conseil, Perrussel, Soria, Cassuto, Saudras, Brun, Caillon, Rognon, Goudron, Hayat, Féré, B. Lévy, Duroux, Moschiano, E. Lumbroso, Solal, M. Uzan, Maruani, H. Zérah, Scemla, Nalli, Brugnerolles, Minguet, Cortesi, Brandenburg, Mornata, Zeitoun, R. Nataf, Bonan ,Benmussa, Farrugia, Chauvin, Durand, Enriquez, Sfez, Lalloum, Lauriol, Nunez, Scialom E., Scialom D., Marini, Bozon, Ronchot.

× ×

COMMUNICATIONS DU BUREAU

ADMISSIONS. — Sont élus à l'unanimité, membre titulaire: M. le Dr. **Isaac Lumbroso**; membre associé: M. **Bozon**, Interne à l'Hôpital Civil Français de Tunis.

× ×

INSTALLATION DU BUREAU

Conformément à l'usage le Président sortant, Dr. CONSEIL prononce l'allocution suivante :

Mon Cher Président,

Avant de vous transmettre le fauteuil de la présidence de notre Société permettez-moi de l'occuper encore quelques instants. Je voudrais exprimer encore à nos confrères ma gratitude pour l'honneur qu'ils m'ont fait en me confiant l'an dernier le soin de présider à leurs travaux et de la bienveillance qu'ils m'ont témoignée pendant mes fonctions. Laissez-moi aussi adresser à nouveau un souvenir ému à ceux de nos camarades que la mort nous a ravis cette année, les docteurs Graulle et Chaurand, tardives victimes d'une guerre qu'en a déjà tant fait. Je désire ausi, pour conformer à l'usage que nous avons établi, faire le bilan de nos travaux et aussi un peu notre examen de conscience.

Mes chers confrères,

Nous avons entendu cette année de remarquables communications sur les Kystes hydratiques, la Dengue, le Tétanos, certaines formes particulières de Tuberculose et de Cancer ; sur les affections des yeux, etc., mais c'est surtout par la présentation de malades atteints d'affections intéressantes et curieuses que s'est manifestée l'activité de notre société.

Les doctes commentaires qui ont accompagné ces présentations, autant que leur intérêt, me dispensent certainement de les rappeler à votre mémoire.

Voulant s'associer plus entièrement à l'hommage que le corps médical du monde entier rendait à l'un de ses anciens présidents, le Dr. Charles Nicolle, à l'occasion du 25e anniversaire de sa direction de l'Institut Pasteur de Tunis, notre société avait tenu à recevoir les médecins étrangers venus à cette cérémonie. Ce nous fut l'occasion de montrer à nos invités quelques-uns des cas les plus typiques de la pathologie mentale et des maladies infectieuses de notre pays, de montrer aussi que l'ardeur aux recherches qui animait le Maître que l'on fêtait s'était répandue autour de lui. C'était nous en sommes assurés le meilleur hommage que nous puissions rendre à celui auquel l'aéropage de Stockolm s'apprêtait à décerner la plus haute et la plus enviée des récompenses scientifiques.

Notre activité et notre production n'ont donc point été cette année inférieures à celle des années écoulées et je n'aurais qu'à me féliciter de ma présidence s'il était une ombre au tableau que je me crois obligé de relever : le manque d'assiduité d'une grande partie des membres de notre société à nos séances. A voir le nombre restreint de ceux qui assistent à nos réunions mensuelles on ne se douterait réellement point que le nombre de nos sociétaires augmente sans cesse, et dépasse maintenant 150. L'élément jeune de notre société qui semblerait devoir être le plus ardent, le plus vigoureux est sans contester celui qui paraît le plus se désintéresser de nos travaux. La vie matérielle de notre profession est-elle donc devenue si terrible ? ou, au contraire, nos jeunes confrères trouvent-ils dès leurs débuts un succès si complet que leurs nombreux clients ne leur laissent point de loisirs pour consacrer quelques heures chaque mois à la solution de problèmes et aux études qui ont fait jusqu'ici l'honneur de notre art ? Quoiqu'il en soit, je ne puis que regretter l'intérêt des discussions parfois passionnées que soulevaient jadis la plupart des communications qui nous étaient faites.

Je me félicitais en prenant possession de ce fauteil de l'harmonie et de la bonne entente qui régnaient parmi tous les membres de notre société. La rivalité serait-elle nécessaire et le mobile le plus puissant d'énergie. Je ne veux point le croire. J'espère et je souhaite mon cher Président que votre influence et celle du nou-

veau Bureau suffisent à faire sortir enfin notre société de ce début de torpeur.

× ×

A ce discours le Dr. Em. LEVY, président annuel, répondit dans les termes suivants :

Mes Chers Collègues,

C'est à un Italien, à un Accoucheur qu'est dévolu cette année, l'honneur de présider aux destinées de notre sociéé. Comme Italien, je suis heureux de manifester ma reconnaissance à tous mes collègues, qui, dans un geste, dont nous avons tous apprécié la portée amicale, ont maintenu l'usage traditionnel dans notre société de porter alternativement à la Présidence tantôt un Français, tantôt un Italien et cela, malgré la diminution proportionnelle du nombre de mes compatriotes au sein de notre groupement.

Comme Accoucheur, je suis heureux du hasard qui a fait, qu'à un Médecin, très distingué, cantonné dans l'exercice exclusif de la médecine interne, succède aujourd'hui un modeste Accoucheur, auquel succédera demain un Chirurgien de la Grande Ecole.

Cet éclectisme dans le choix des membres du bureau de notre société, montre combien notre groupement est ouvert à toutes les compétences et prouve encore cet esprit de cordiale collaboration entre praticiens, qui caractèrise essentiellement le Corps médical tunisien. N'est-il pas de tradition en Tunisie de voir se grouper autour du lit d'un même malade, plusieurs confrères à la fois, qui viennent non en concurrents, mais en collaborateurs consciencieux et dévoués ? Il est impossible, en effet, aujourd'hui d'exiger du médecin traitant, quelle que soit sa valeur, une connaissance approfondie de toute la pathologie.

En dehors du concours du laboratoire, qui lui est devenu indispensable, le praticien a désormais besoin de ses confrères spécialistes, et c'est en mettant en commun leur science et leur expérience qu'ils arrivent à débrouiller les cas embarrassants.

Cette collaboration entre plusieurs médecins existe en fait en Tunisie depuis déjà bien longtemps... Ce n'est pas sans une certaine satisfaction que nous l'avons vue préconisée dernièrement par le Président du Congrès de Chirurgie de Paris.

Dans son discours magistral, le Professeur Gosset a rappelé que le Chirurgien, comme le Praticien, quel qu'il soit, ne peut plus s'isoler. Il doit s'entourer des conseils et du concours du médecin,

du physiologiste, de l'anatomo-pathologiste, du radiologue et de toute sorte de spécialistes, sans oublier le laboratoire.

Réjouissons-nous donc, de voir ce vieil usage tunisien de la consultation préconisé par un tel maître et dans l'intérêt même du malade et dans l'intérêt de bonnes relations qui doivent unir les membres de notre Corps médical, développons et entretenons le système du Prof. Gosset, qui étend à la pratique médicale de la ville, cette collaboration scientifique, qui est le but de notre société.

Aussi est-ce avec une satisfaction non dissimulée que je me vois porter, après 25 ans d'exercice à Tunis, à la Présidence de notre groupement, qui est à la fois aujourd'hui une association amicale, professionnelle et scientifique. Je dois cet honneur à la bienveillance de vous tous et je vous en exprime toute ma gratitude.

Le président qui nous quitte, je dois le dire, malgré sa modestie, est un des médecins qui honorent le plus le Corps médical tunisien et son nom est connu de bien des savants et de praticiens du monde entier, en raison de ses travaux cliniques et de certaines découvertes ; homme du laboratoire, hygiéniste, clinicien, il a droit à notre affectueux respect. En votre nom je le remercie d'avoir si bien présidé nos séances.

Notre société, disait-il justement il y a un an, est majeure puisqu'elle a atteint sa 21e année, son bulletin constitue déjà une œuvre remarquable que doivent consulter tous ceux qui désirent se mettre au courant de la pathologie du pays.. qu'elle s'émancipe donc un peu. Mais tout organisme bien portant, pour vivre et continuer à progresser, a besoin d'être cultivé. Il faut donc, si nous voulons que notre société ne s'arrête pas dans sa marche en avant, que les anciens confrères continuent à nous apporter régulièrement leurs observations et le fruit de leur expérience et que les jeunes, instruits, ardents, viennent nombreux apporter avec leurs travaux, plus de mouvement et de vie à nos réunions. Ce n'est que de cette union intime et amicale entre nous tous, médecins, chirurgiens et spécialistes jeunes ou vieux, que notre groupement pourra tirer le plus grand profit.

Mes chers collègues, je fais des vœux pour que notre société reste active, nous n'avons que peu d'efforts à faire ; notre secrétaire le Dr. Perrussel reste à nos côtés, il n'y a donc pas de raison pour que le succès se ralentisse. Permettez-moi de le remercier en votre nom.

Et maintenant, Messieurs, sans prendre plus de temps dans de longs et inutiles discours, mettons-nous au travail, tâchons de faire tout notre possible pour, qu'en sortant de chacune de nos séances, nous ayons la conviction profonde de ne pas avoir perdu notre temps, mais d'avoir ajouté quelques nouvelles pierres à l'édifice de nos connaissances.

× ×

La parole est ensuite donnée au Dr. SORIA, Trésorier de la Société et Administrateur de la Revue pour son **Rapport Financier**

Mes chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le bilan de l'exercice de notre revue pour l'année 1928.

Pendant cette période, nous avons encaissé les règlements des années précédentes (annonciers) et nous avons même pu récupérer certaines sommes sur lesquelles nous n'avions plus aucun espoir.

Les encaissements totaux ont été de	30.964.50	
Il y a lieu de souligner qu'il a été retiré du Comptoir d'Escompte une somme de 2.422 fr. 55 repréentant le montant des recettes en publicité dont le règlement a été retardé ; ces recettes dépendant de l'exercice 1927 et ont été vrsées à l'exercice 1928, soit.....	2.422.55	
Total.....Fr.		32.487.05

Les dépenses se chiffrent par un total de 25.223 fr. 95 se composant comme suit :

Impression de 2 numéros 1927 parus en retard	3.154.35	
Impression de 9 numéros 1929.....	13.917	
Location bureau	1.590	
Appointements comptable.....	2.908	
Marzouk et Pavia	1.187.75	
Frais de correspondances	151.70	
Frais expédition revue	650	
Courtage Desforges	600	
Solde débiteur au 31-12-27	1.066.15	
Total .....Fr.		25.223.95
D'où un excédent de recettes de.....Fr.		7.263.10

Nous avons eu pendant l'année 1928, 58 firmes annoncières qui représentent une somme globale nette de 26.000 francs qui sera encaissée après la parution du numéro de décembre.

Par conséquent, en calculant qu'il y a eu en caisse une réserve de .....Fr. 7.263.10
en désuisant les frais du numéro de drcembre 2.000
il resterait un solde de 5.263.10
En calculant une entrée de 25.000 fr. pour l'exercice 1928, nous pouvons compter au cours de cette année sur une réserve de .....Fr. 30.263.10

× ×

Discussion

Le Dr. SORIA vivement félicité après son compte-rendu financier pour 1928, critique le modeste local de la *Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, trop haut situé et inélégant, il projetterait volontiers une fusion des divers groupements médicaux de Tunis pour la création d'une maison du médecin.

Le Dr. CASSUTO, Directeur de la Revue, insiste sur la nécessité absolue d'avoir un local indépendant. Quoique modeste ce local est un premier pas vers le Cercle Médical.

Le Dr. Maurice UZAN, se plaint de la difficulté qu'ont les médecins de se servir de la partie médicale de la Bibliothèque du Souk El Attarine à laquelle la Société des Sciences Médicales de Tunis a fait abandon de ses livres et documents. Il faudrait une bibliothèque pour les médecins.

De plus il demande que le Comité de la Revue facilite le travail des Secrétaires de Rédaction et qu'ils soient abonnés à des publications médico-chirurgicales de leur choix.

LE BUREAU accepte d'étudier les possibilités d'avoir un local plus adapté et prenant en considération les justes observations du Dr. M. UZAN il accordera aux Secrétaires de Rédaction toutes facilités pour leur travail.

Après échange de vues il est décidé de reprendre la question de la création d'une Maison du Médecin.

Le Dr. CASSUTO déclare avoir étudié la question de près et avoir élaboré tout un projet qui ne serait réalisable que par l'entente entre les divers groupements médico-pharmaceutiques de Tunisie et sous la forme de constitution d'une société anonyme comme il a été procédé à Alger.

La Société décide de porter la question à l'ordre du jour d'une de ses prochaines réunions.

Un cas type de guérison apparente de tuberculose pulmonaire unitérale traitée par le Pneumothorax artificiel

par le Docteur **DOMELA**

La personne que j'ai l'honneur de vous présenter ce soir a comme vous le voyez, une mine resplendissante de santé et ne fait certainement pas sur vous l'impression d'une tuberculeuse ; elle pèse actuellement plus que son poids normal qui est de 58 kilos. Je laisse peu à peu son poumon droit revenir à son volume normal ; l'auscultation me fait constater que ce poumon respire bien, sans aucun souffle ni aucun râle ; j'estime sa force respiratoire sommairement à 60 pour cent en comparaison du côté sain ; la sonorité est complète partout.

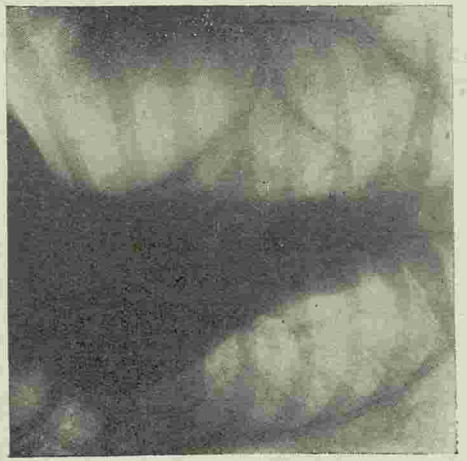
Il va sans dire que cette malade doit encore être surveillée de près et je n'ai pas d'autre prétention pour le moment que celle de la déclarer en excellente voie de guérison. L'avenir nous dira le reste.

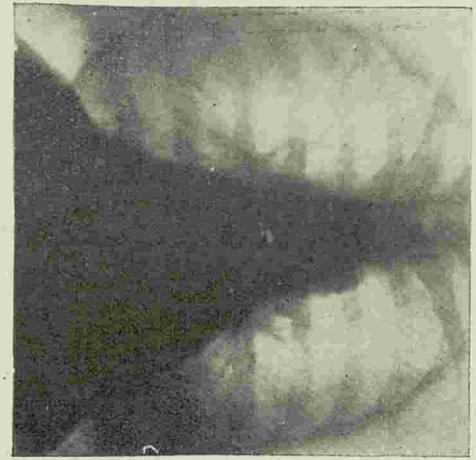
× ×

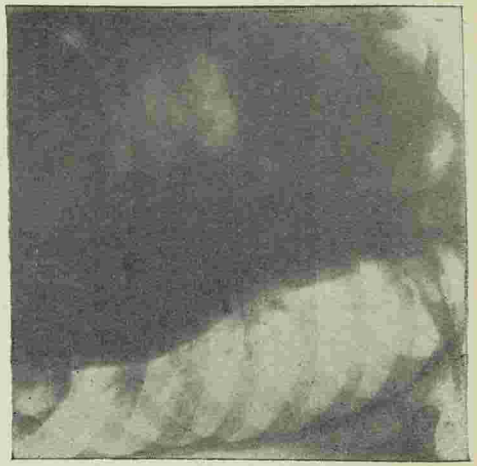
OBSERVATION :

Mlle A., âgée de 36 ans, employée aux Téléphones, ayant toujours joui d'une bonne santé, est atteinte d'une bronchite dans l'hiver 1926-27 et son état s'aggrave de plus en plus jusqu'au mois de septembre 1927, malgré tous les soins qui lui sont donnés. Je la vois pour la première fois le 27 sept. 1927 : forte fièvre, faiblesse extrême, amaigrissement considérable (pèse moins de 40 kilos) ; hépatisation plus ou moins intense de tout le poumon droit ; poumon gauche sain ; présence de bacilles de Koch dans les crachats. Rapport du radiologue : la radioscopie montre que la moitié supérieure du poumon droit est obscure ; la moitié inférieure est grise ; le poumon gauche est clair ; le diaphragme est mobile des deux cotés ; la radiographie confirme ces résultats et montre bien la transparence du poumon gauche sur laquelle se détachent des ramifications hilaires peu accentuées. (Voir la première radiographie).

Je pratique immédiatement une première insufflation de 400 cmc. et je complète le pneumothorax artificiel par deux autres insufflations le 3 oct. (500 cmc) et le 10 oct. (750 cmc) ; trois autres insufflations le 25 oct. (750 cmc.), le 12 nov. (600 cmc) et le 13 décembre (700 cmc.) dans le courant de l'année 1927.







La malade reprend rapidement ses forces et augmente de poids; fin décembre elle pèse 47 kilos, soit un gain de plus de sept kilos en trois mois.

Pendant le premier trimestre 1928 je pratique trois nouvelles insufflation: le 24 janv. 300 cmc, le 2 mars 500 cmc et le 16 avril 700 cmc; le 18 avril la malade pèse 50k.500. Rapport du radiologue du 19 avril 1928: le poumon droit est comprimé dans ses parties inférieure et supérieure; dans la région moyenne une adhérence le retient encore à la paroi latérale; le poumon gauche est clair dans toute son étendue; le diaphragme est mobile (voir la deuxième radiographie). Je maintiens le pneumothorax pendant le reste de l'année 1928 par quatre insufflations: le 24 mai 600 cmc le 21 juin 600 cmc, le 27 sept. 900 cmc et le 20 nov. 700 cmc; ce dernier jour la malade pèse 55 k. 650 grammes. Le 11 janvier 1929 elle pèse 59 k. 500 grammes. Gain total en seize mois: vingt kilos! Rapport du radiologue daté du 15 janvier 1929: le poumon droit est décollé sur une petite partie vers la base, toute sa région supérieure est claire; quelques tractus peu opaques sont disséminés irrégulièrement dans le champ pulmonaire droit; le poumon gauche est clair dans toute son étendue (voir la troisième radiographie).

× ×

Ayant été le premier en Tunisie — et peut-être même dans l'Afrique du Nord — à pratiquer le Pneumothorax artificiel pour combattre la tuberculose pulmonaire unilatérale, je me permets d'ajouter à cette petite notice concernant le cas particulièrement favorable que je viens de vous présenter quelques réflexions générales inspirées par mon expérience de plus de douze ans du traitement de Forlanini et de plus de mille insufflations. Au moment où ce moyen thérapeutique était encore relativement récent je vous ai présenté à plusieurs reprises des malades traités par moi; les plus anciens d'entre vous se rappellent peut-être de mes trois premiers malades qui sont du reste toujours en excellente santé et vaguent régulièrement à leurs occupations pour faire vivre leurs familles

Il était alors utile de provoquer au sein de notre Société des discussions à ce sujet et de contribuer au succès et à la vulgarisation du Pneumothorax artificiel.

Actuellement la cause est entendue dans le sens le plus favorable au grand clinicien italien; je n'ai donc pas voulu vous présenter d'autres cas, ces dernières années, mais je puis vous affirmer que j'ai guéri de nombreux tuberculeux de toutes les régions de la Tunisie et même du département de Constantine.

Si j'ai fait aujourd'hui une exception à cette règle, c'est que je considère ce cas-ci comme un cas typique de guérison — tout au moins apparente et j'espère même définitive —, et que je puis vous présenter en même temps trois belles radiographies prises par notre confrère le Dr. Jaubert de Beaujeu avant, pendant et après le traitement.

Ces réflexions sont au nombre de quatre:

1. Je procède généralement de la manière suivante: trois insufflations de 200 à 300, 400 à 600 et 800 à 1.000 cmc. d'azote ou d'air stérilisé dans l'espace de 12 à 15 jours. J'obtiens ainsi un pneumothorax aussi complet que possible avec une pression simplement positive de 4 à 12, et même davantage; j'entretiens ce pneumothorax par des insufflations plus ou moins fortes toutes les deux, trois, quatre et même six semaines en me laissant guider par le manomètre et en faisant faire des radiographies quand cela me semble utile.

2. Je me sers d'un appareil extrêmement simple que tout médecin peut se procurer immédiatement: deux bouteilles graduées de deux litres, communicantes par leur base moyennant un tuyau en caoutchouc d'environ 60 cm. de long, la première remplie d'une solution de sublimé au millième, la deuxième remplie d'azote ou d'air stérilisé. Cette dernière bouteille communique par un tuyau en verre en forme de Y d'un côté avec un manomètre à eau et de l'autre côté avec la cavité pleurale après l'introduction de l'aiguille. Comme instrument de ponction je me sers d'un simple trocart, petit modèle, sur lequel j'adapte des aiguilles ordinaires plus ou moins longues et plus ou moins grosses selon le sujet. Au moment de la ponction je ferme le tuyau du gaz et je fais communiquer directement le manomètre avec la région ponctionnée; dès que la pression négative à l'inspiration me prouve que je suis dans la cavité pleurale, j'ouvre le tuyau du gaz et je procède lentement à l'insufflation en élevant graduellement la bouteille contenant le liquide. Je sais qu'il existe de nombreux appareils plus ou moins ingénieux et plus ou moins compliqués, ainsi que des aiguilles spéciales portant souvent des noms illustres.

Je ne veux critiquer aucun de ces appareils autrement qu'en disant qu'ils sont tout à fait inutiles et souvent très coûteux. Mon instrumentation suffit à tous les besoins et est à la portée de tout le monde, avantage énorme pour vulgariser un traitement aussi simple que facile.

3. Je n'ai jamais eu le moindre accident au cours de mes nombreuses insufflations, ni «réflexe pleural», ni « embolie gazeuse » ni autre chose. J'ai dû combattre — rarement — quelques faiblesses ou un peu de dyspnée par des injections hypodermiques; mais c'est tout. J'attribue ce succès

dans mes interventions à deux causes: d'abord, je ne me laisse jamais entraîner à essayer l'insufflation et je ne commence celle-ci que lorsque mon manomètre m'indique d'une manière sûre et certaine que la pointe de mon aiguille se trouve vraiment dans l'espace pleural libre, ensuite j'injecte toujours lentement et sous le contrôle constant du manomètre. Je n'ai jamais non plus provoqué un véritable épanchement pleural et j'attribue cela à la pureté extrême du gaz injecté (azote ou air stérilisé).

4. La meilleure région pour la ponction est à mon avis la région latérale du thorax au-dessous de l'aisselle; c'est là que l'aigille rencontre le moins de résistance pendant son passage et qu'elle a le plus de chance de pénétrer dans un espace pleural dépourvu d'adhérences; cependant, en cas d'insuccès, je choisis d'autres endroits (région antérieure, région dorsale inférieure, etc.) Si après un certain nombre de tentatives (10 à 12) l'on n'obtient pas la certitude d'avoir pénétré dans l'espace pleural, la conclusion d'une adhérence presque totale du poumon s'impose et le traitement doit être abandonné. Mais avec un peu d'habileté et beaucoup de patience on réussit souvent à créer d'abord un petit pneumothorax partiel et ensuite à l'élargir graduellement par la rupture successive d'adhérences encore peu valides.

Ces quelques réflexions, Messieurs, ne vous apportent rien de nouveau, je le sais. Si je vous en fais part, c'est uniquement avec l'espoir de mettre le traitement de Forlanini entre les mains de tous mes confrères, pour qu'un nombre toujours plus grand de leurs malades puisse en profiter et trouver une gérison, ou tout au moins une amélioration notable et souvent durable de leur état. Il faut surtout éviter de considérer le penumothorax artificiel comme un traitement «in extremis», qu'on n'emploie que lorsque tous les autres traitements ont échoué. Au contraire, je dirai même que c'est par là qu'il faut commencer dès que l'auscultation, la radiographie et l'examen des crachats vous auront permis de faire un diagnostic certain. Il va sans dire que l'état de l'autre poumon est d'une importance capitale; cependant il ne faut pas se laisser arrêter par quelques signes suspects si le poumon «sain» ne présente pas de vraies lésions; souvent l'aération supplémentaire peut fortifier ce poumon et éloigner le danger de la contamination.

Loin de moi la prétention de guérir par la méthode de Forlanini toutes les tuberculoses pulmonaires unilatérales; comme toutes les autres méthodes, celleci a eu des échecs même inattendus et difficiles à expliquer. Mais en attendant que soit la séro-thérapie, soit la chimio-thérapie, soit

une nouvelle thérapie nous donne un moyen sûr de guérir la tuberculose pulmonaire, le Pneumothorax artificiel bien appliqué et judcieusement poursuivi reste pour le moment notre meilleure arme de combat capable souvent de nous conduire à la victoire.

Discussion

Dr. HAYAT s'étonne que malgré le grand nombre de cas de tuberculose à Tunis, on ne fasse pas plus souvent le pneumothorax en Tunisie. Il a vu récemment un cas admirablement influencé par le pneumothorax dans le service du Dr. Masselot.

Dr. DOMELA rappelle que depuis longtemps il préconise le pneumothorax et que pour faciliter l'application de cette heureuse méthode il ouvre sa clinique à ses confrères que cette question intéresse.

Il s'élève contre l'opposition d'un certain nombre de médecins envers le pneumothorax.

× ×

COMMUNICATIONS

Les fausses fièvres typhoïdes. Un cas de staphylococcémie

par les Drs. MASSELOT et BOZON

Voir en tête de ce n° page 1

Discussion

Le Dr. HAYAT demande si on a pu noter de la Furonculose dans les antécédents de la malade.

Réponse : Non.

Dr. CAILLON. — Le pus de l'abcès de fixation était-il stérile?

Dr. BOZON. — L'examen de ce pus n'a pas été pratiqué.

× ×

Un cas de priapisme rebelle et persistant

par les Drs. CORTESI et ORTONA

Voir en tête de ce n° page 9

Discussion

Le Dr. GOURDON a observé chez un jeune séminariste un cas de priapisme persistant au cours d'une leucémie myéloïde.

Le Dr. HAYAT demande s'il existait l'œdème véritable de la verge qui aurait réencadré avec la diaprostic étiolopique de throbose.

Dr. CORTESI. — Il n'y avait pas d'œdème.

× ×

Accidents consécutifs aux injections intra-utérines de Lipiodol

par les Drs BRUN et CORTESI

Voir en tête de ce N° page 5.

Discussion

Le Dr. SCEMLA. — Ces injections ne sont pas faciles à faire même avec l'appareil de Béclère. Il les fit à l'Hôpital Sadiki sur des malades devant être opérés le lendemain.

Ces injections sont très douloureuses, les malades hospitalisées les refusent catégoriquement. Les malades de clientèle ayant subi ces injections à Paris s'en plaignent également.

En fait cette exploration de la cavite utérine est aussi délicate et dangereuse qu'avc l'hystéromètre.

Il cite le cas d'une malade du Dr. Hayat femme sans enfants à laquelle il fit une exploration aseptique et prudente à l'hystéromètre, 48 heures après apparurent des phénomènes de pelvipéritonite ayant nécessité une intrvention du Dr. Bouquet et qui montra un volumineux pyosolpinx.

La pénétration du Lipiodol malgré qu'il soit considéré comme antiseptique est comme celle d'un instrument aseptique non exempte de danger.

Dr. BENMUSSA craint que l'injection de Lipiodol intra utérine n'ouvre la porte à l'avortement, les médecins peuvent être trompés.

Dr. CASSUTO. — Il semble bien que dans tous les cas cette pratique n'offre que très peu d'avantages pour faire courir de très gros dangers. Au temps où l'hyptérométrie était de règle pour tout examen utérin j'eus moi ausis une alerte du genre de celle rappelée par le Dr Scemla. Depuis j'ai relégué cet instrument au fond d'un tiroir.

Appendicite gangreneuse

Intervention à 12e heure : mort par tétanos au 11e jour après l'intervention

par le Docteur A. CORTESI

Observation. — S.M. 30 ans, chauffeur-mécanicien. Rien à noter dans ses antécédents.

Le 21 novembre 1928 à 9 heures après avoir cassé la croûte (pain et saucisson) il est pris brusquement de douleurs abdominales et nausées. Il continue néanmoins à travailler et vers 14 heures il se présente à ma consultation : Il a vomi. A l'examen : douleur vive à la fosse iliaque droite défense musculaire P. 110. T. 38'4. Diagnostic : Appendicite. L'intervention d'urgence est acceptée.

L'opération est pratiquée le même jour à 9 heures du soir, soit 12 heures après le début des accidents : incision de Mac-Burney après anesthésie à l'éther. A l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide louche, fétide. L'appendice turgescent, œdémateux descendait dans le petit bassin et présentait une plaque de sphacèle sur sa partie moyenne. Pendant sa libération, l'appendice éclate. Assèchement local avec des compresses imbibées d'éther. Changement de gants, champs, compresses et instruments. Ligature du moignon et du méso avec catgut Robert et Carrière n. 2 ; 2 drains et mèche. Suture de la paroi en un seul plan, au fil de bronze.

Après 48 heures, les conditions de l'opéré étant bonnes, on retire un des drains, le second est retiré quatre jours après mais la mèche est laissée en place. Selle spontanée et abondante.

Au 9e jour, le matin le malade n'a plus de fièvre, le pouls est à 78 et malgré l'infection locale de la plaie opératoire l'état général est très satisfaisant. Le soir la T. monte à 37.4 et le malade se plaint d'une légère dysphagie.

Au 10e jour au matin : T. 38. P. 100 et signes nets de tétanos : trismus, risus sardonicus, opistotonos léger et quelques convulsions. Une tentative d'injection intra rachidienne de sérum échoue : injections sous-cutanés de 150cc. de sérum en 3 fois, chloral, bromure en lavements. Rien ne fait.

Le 11e jour après avoir reçu de nouveau 100 cc. de sérum la T. s'élève brusquement à 40,6 et le malade meurt asphyxié au cours d'une convulsion

Fidèle à notre principe qu'il est autant utile, en notre art, de faire connaître les succès comme les insuccès, j'ai tenu à vous relater ce douloureux incident post opératoire.

Mais loin de moi est l'idée de m'en servir pour encourager les timides à l'abstention opératoire dans l'appendicite aigue : je reste partisan de l'intervention systématique dans l'appendicite aigue et le cas que je viens de relater vient encore à l'appui de cette conduite chirurgicale.

Quant à la source de l'infection tétanique, seule cause de la mort, on peut à mon avis émettre trois hypothèses :

1° L'opéré s'est-il, quelques heures avant le début de l'appendicite, blessé sans s'être aperçu ? Un examen de tout le corps n'a permis de découvrir aucune plaie.

2° L'opéré était-il porteur dans son intestin, au moment de l'opération de spores tétaniques qui soit par le moignon soit par la plaque de sphacèle auraient été mis en liberté et auraient infecté la plaie opératoire, porte d'entrée de l'infection mortelle ?

Je crois devoir retenir cette dernière hypothèse comme la plus probable et je me demande s'il ne serait pas utile dans tous les cas d'appendicectomie d'urgence de faire suivre l'opération d'une injection préventive de sérum antitétanique.

× ×

Discussion

Vétérinaire Principal PAGNON. — A propos de cette intéressante observation rappelle que les vétérinaires ont l'habitude d'opérer en milieu infecté et se servent toujours du sérum antitétanique préventif.

Le Dr. BRUN a perdu deux malades par Tétanos post opératoire

Le premier il y a 8 ou 9 ans. On envoya le catgut à l'Institut Pasteur : 2 tubes renfermant du bacile. Il s'agissait d'une cholécystectonne dravinée. On sait qu'il est nécessaire qu'il y ait un microbe à côté du bacille tétanique. La suppuration exogène a favorisé le tétanos.

Le 2e cas est récent, il s'agissait d'une collection suppurée de la fosse cléaque salprugite qui fut simplement incisée on a mis simplement un drain et des mèches et on n'employa pas de catgut.

Cette malade avait perdu du pus par l'intestin quelques jours avant. Les microbes ténanignes ont dû venir de l'intestin.

Faut-il faire du sérum avant les interventions ?

Ce n'est pas sans danger que l'on peut injecter du sérum et il faudrait en faire pour toutes les opérations. A Sadiki depuis 1919 40.000 interventions, deux morts par tétanos. Mais si on avait injecté 40.000 doses de sérum on aurait peut-être eu des accidents plus graves. Peut-être devrait-on en faire dans toutes les perforations intestinales.

Il rappelle un cas d'accident mortel de sérothérapie survenu dans le service de Lecène. Un blessé par écrasement d'un doigt a peur du tétanos et le 5e jour après son accident se fait faire 2 cc. de sérum intraveneux. Rapidement température, convulsions et mort.

Le meilleur moyen d'éviter le tétanos c'est la désinfection chirurgicale des plaies comme elle a été pratiquée à la fin de la guerre.

Le Dr. CORTESI ne propose pas de faire du sérum dans n'importe quel cas, ni de le faire systématiquement.

Le Dr. DOMELA rappelle qu'en 1913 Braquehaye a eu 3 décès la même semaine et que la culture du catgut avait montré la présence du bacille tétanique.

Le Dr.BRUN fait remarquer qu'il y a là une notion de jurisprudence On ne peut vérifier le catgut avant l'opération (comme le réclamait certain avocat, dans un procès de mort post opératoire par Tétanos).

Le malade aurait pu d'ailleurs, comme dans le cas rapporté par le Dr. Cortési, mourir de tétanos même s'il n'avait été opéré.

NOTES D'ÉPIDÉMIOLOGIE

La dengue en Grèce en 1928 (1)

Une épidémie de dengue d une intensité sans précédent a sévi en Grèce pendant les mois d'été 1928. On peut dire que, pratiquement, toute la population en a été atteinte.

Des innombrables observations faites par les médecins grecs, il ressort les conclusions suivantes concernant surtout l'allure clinique de la maladie, mal connue jusqu'à maintenant :

La dengue est une maladie infectueuse due à un virus filtrant transmis d'homme à homme par les piqûres du **stégomyia fasciata** (Mackenzie, G. Blanc).

Elle a une période **d'incubation** qui semble variable, mais qui n'est pas moindre de six jours (Manuelidis).

Elle laisse incontestablement **une immunité** qui n'est pas moindre d'un an, mais qui peut se prolonger certainement au-delà de trois ans (Flora).

I. La symptomatologie d'un cas de dengue d'intensité moyenne est la suivante :

Les phénomènes prodromiques, fréquents dans d'autres maladies infectueuses, manquent ici presque complètement. La période d'invasion est très courte : à peine quelques heures et, le plus souvent, période d'état d'emblée.

Il n'y a pas de frisson initial. Quelques auteurs ont signalé quelques frissonnements (Sakorraphos, Manuelidis).

Dès le début, le malade a un facies spécial : malade rouge, à conjonctives injectées, parfois un peu ngoissé.

La première chose dont il se plaint, ce sont les douleurs dorso-lombo-sacrées qui peuvent être intolérables. Température : 38 à 39,5. Pouls

---

(1) Extrait de « **l'Année médicale Pratique** », volume annuel publié sous la direction du Dr. Lian, agrégé médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial, et questions prof.) — 25 % de réduction aux souscripteurs.

Envoyer avant le 15 mars : 20.75 ; (pour l'étranger 24 fr.) à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (8e). Comptes chèques postaux 712.04.

pas très rapide rarement plus de 90, malgré la température. T. art. 10 1/2 à 11 1/2 maxim; 6 à 6 1/2 minima.

L'**examen clinique** est négatif. Le lendemain les mêmes signes généraux persistent. La rémission matinale de la température est insignifiante, la T. art. a tendance à s'abaisser.

Les douleurs du malade continuent; de plus, il se plaint d'inappétence, d'une sécheresse toute particulière de la bouche, parfois de nausées. D'ordinaire, constipation. Le médecin remarque que de plus en plus, et ceci malgré la température, le pouls tend à se ralentir (85, 80, 75, etc.).

Dès le troisième jour (parfois plus tôt encore), l'**éruption** particulière peut faire son apparition.

Ses types les plus intéressants sont: 1. le type morbilliforme; 2. le type rubéoliforme; 3. le type urticarien (le plus rare aussi). Il n'est pas rare qu'au lieu d'une éruption caractérisée, on se trove en présence d'un érythème congestif généralisé, mais beaucoup plus apparent au dos et à l'abdomen.

Cette éruption est suivie d'une ascension thermique (40o à 41o), dure jusqu'à la défervescence, est accompagnée pafois de prurit (de préférence palmo-plantaire), et une desquamation furfuracée lui succède après la défervescence.

Les quatrième et cinquième jours de la maladie sont les plus désagréables. A une accalmie qui s'était manifestée vers le troisième jour, succède maintenant une période très désagréable pour les malades.

Les signes subjectifs atteignent leur summum: agitation, insomie, douleurs un peu partout, céphalée, nausées, vomissements et surtout asthénie (5e jour) sont des phénomènes extrêmement fréqents. La température reste très haute (39. à 40.), la tension artérielle ausculatoire oscille dans les environs de Mx 10, Mn 6, le pouls n'est pas plus rapide, 75-80.

A l'examen, toujours rien du côté du cœur, des poumons et du tube digestif. La rate **n'est pas** augmentée de volume. Mais, fait important, l'analyse des urines montre presque constamment de l'albumine et des cylindres. Du côté du sang: leucopénie (3.500 à 5.000).

Le 5e jour est d'ordinaire l'avant-dernier de la maladie, la défervescence se produisant le 6e. **Cette défervescence** se fait brusquement ou en lysis. Tous les signes subjectifs du malade disparaissent, mais, c'est le jour où l'asthénie est terriblement prononcée, où la tension artérielle est la plus basse et le cœur le moins rapide. La défervescence est suivie d'une période de convalescence d'une durée très variable. L'albumine

disparaît les urines, la tension revient à la normale, les forces renaissent, le pouls s'accélère et 4 à 5 jours après la chute de la fièvre, le malade est guéri en restant un peu affaibli.

II. Formes cliniques. — La dengue nous a énormément intéressés à cause de la diversité de ses formes cliniques.

Ces formes cliniques sont :

1. **La forme abortive.** — Un jour de fièvre, quelques douleurs et puis rien; mais immunité consécutive; il s'agissait donc bien de la dengue.

2. **La forme fruste, hypopyrétique.** — Extrêmement fréquente. Ici tous les signes de la dengue se retrouvent, mais ils sont très atténués, estompés, dirait-on. L'éruption est discrète et fugace, la fièvre atteint à peine 38o; pas d'asthénie consécutive. Tout s'arrange au bout de quelques jours. Les malades atteints de cette forme ne sont cependant pas préservés des complications, toujours possibles.

3. **La forme hyperpyrétique.** — C'est une forme assez fréquente et qui se caractérise par une fièvre atteignant et dépassant 40. avec les signes cliniques déjà exposés mais très intenses; de plus, phénomènes nerveux. Evolution normale; complications plus à craindre que précédemment.

4. **La forme prolongée ou à rechutes.** — Il existe une forme de la maladie où la défervescence se manifeste ce jour-là, mais le lendemain reprise de la fièvre; nous l'avons vue continuer jusqu'au 12e ou 14e jour, puis chute en lysis. Cette forme suscite des discussions diagnostiques à cause de sa durée inhabituelle et des complications fréquentes qui viennent changer le tableau clinique. La forme à rechutes, assez rare, consiste en reprise de la fièvre, trois à dix jours après la défervescence.

Nous avons vu une reprise de la fièvre, avec nouvelle éruption, et tous les signes de la dengue, 21 jours après une première atteinte également caractéristique.

5. **La forme hypervagotonique** (Portocalis et Flora). — On peut dire que le virus de la dengue est surrénalotrope (Portocalis). Tous les malades de la dengue, ou presque tous, sont légèrement hypervagotoniques avec hypotension artérielle constante; d'où la bradycardie relative de tous les malades. Mais tous les médecins ont observé une forme de la maladie où la bradycardie constitue un phénomène prépondérant. Cette forme a été considérée, à tort, comme très grave.

D'après les travaux dePortocalis et Flora, il y a lieu d'appeler cete forme: hypervagotonique avec insuffisance surrénale. La forme décrite par ces auteurs se présente ainsi en clinique:

Brusquement, après un début habituel de la maladie, apparition des

phénomènes sivants :

1. Bradycardie pouvant al.er jusqu'à 40 ou même 38 pulsations par minute, malgré la fièvre (39o ou 40o) ;

2. Hypotension très marquée — jusqu'à Mx 8 1/2, Mn 5 au Lian ;

3. Asthénie très intense ;

4. Troubles respiratoires asthmatiformes, sueurs profuses continues, troubles gastro-intestinaux, douleurs diverses, en général troubles vasomoteurs ;

5. Raie blanche durable et très caractéristique.

6. Réflexe oculo-cardiaque nettement positif.

Les éléments ci-dessus peuvent exister tous à la fois ; il n'est pas rare que certains d'entre eux manquent.

Néanmoins, dans tous les cas, l'atropine et l'adrénaline améliorent incontestablement le malade et, grâce à elles,les phénomènes rétrocèdent

Même si le malade est laissé sans traitement, le syndrome d'hypervagotonie ci-dessus n'est pas durable ; ce qui persiste après, c'est une asthénie extraordinaire, une bradycardie et une légère hypothermie (après la défervescence). L'institution d'un traitement ad hoc raccourcit la durée de cette forme, bien qu'il n'ait pas d'influence sur l'évolution fébrile de la maladie

Nous avons décrit un peu longuement cette forme parce qu'elle est à peu près spéciale à la dengue et, de plus, très fréquente. Mal diagnostiquée très souvent, elle est attribuée à une défaillance cardiaque complètement inexistante (voir article suivant : Troubles circulatoires de la dengue).

6. **La forme hémorragique.** — Au cours de l'évolution d'une dengue, on peut pout voir survenir des hémorrahagies diverses ; ces hémorragies se font par voies multiples : bouche (gencives), nez (épistaxis), estomac (hématémèses), intestins (entérorrhagies), rein (hématuries), tout peut saigner ; on se trouve alors en présence d'une forme spéciale, la forme hémorrhagique, fréquente et grave d'après nous.

7. **La forme nerveuse.** — Il ne faut pas confondre cette forme avec les complications nerveuses très fréquentes dans la maladie. Elle consiste dans l'apparition de phénomènes d'excitation (insomnie, délire, agitation) ou au contraire de dépression (apathie, dépression, prostration, hypersomie). Rien du côté du liquide céphalo-rachidien même dans les formes où on se trouve en présence d'un méningisme net.

8. **La forme gastro-intestinale.** — Sans parler des troubles gastro-intestinaux observés au cours de la forme hypervagotonique, il faut savoir

qu'il existe une forme de la maladie où les signes du côté du tube digestif sont prédominants: nausées, vomissements, et, surtout, diarrhée dysentériforme. Ces phénomènes durent ce que dure la fièvre. Après la défesrvescence tout s'arrange.

III. **Complications.** — (Voir article suivant).

IV. — **Diagnostic.** — Facile en temps d'épidémie, se base sur les signes positifs décrits plus haut. Attention à la typhoïde, à quelques maladies éruptives, au typhus exanthématique (en pays exotique). Le diagnostic des formes cliniques peut devenir délicat dans certains cas.

V. **Pronostic.** — Bénin por la forme habituelle.

Réservé pour la forme hémorrhagique. Grave après l'apparition de certaines complications.

De plus, il dépendra de l'état de l'individu avant l'apparition de la dengue.

Mortalité générale à Athènes sur 700.000 cas environ: 1 à 2 pour mille.

VI. **Traitement.** — 1. Soumettre le malade « par pincipe » à un traitement à l'adrénaline (XXX à LX gouttes par jour de la solution au millième, per os);

2. Calmer le malade: aspirine ou produits similaires (0.75 par jour d'aspirine plus un peu de caféine: 0,10).

3. Boissons abondantes;

4. Repos absolu et prolongé même après la défervescence.

Chaque forme clinique aura un traitement spécial inspiré par les nécessités du moment.

G.-T. FLORA (d'Athènes)

ANALYSES

1. *A* **propos de la filtrabilité du bacille tuberculeux par J. Hababou-Sala** (*Comptes-rendus Société de Biologie, Séance du* 20 *août* 1928)

2. **Affinité de la tuberculose par le tissu ganglionnaire par J. Hababou-Sala.** (*Comptes-rendus Société Biologie, Séance du* 20 *oct.* 1928).

Les expérieinces de l'A. aboutissent aux conclusions importantes suivantes :

1. La tuberculine brute de l'Institut Pasteur aussi bien que des filtrats de bk portés à 80o pendant 20 minutes peut provoquer chez les cobages les mêmes lésions ganglionnaires attribuées par les expérimentateurs antérieurs à une forme filtrable de bacille tuberculeux.

2. Cette affinité de la tuberculine ou du filtrat de bk pour les ganglions (et plus particulièrement les ganglions sutellites du poumon) est **élective.**

M. U

Croisière du « Bruxelles-Médical »

Pour répondre au désir exprimé de tous côtés, la croisière médicale organisée actuellement par « **Bruxelles-Médical** » s'effectuera en été 1929, « au Cercle Polaire » et durera 24 jours. L'itinéraire, qui permettra la visite des plus jolis fjords de Norvège, des Iles Lofoden, des Iles Feroë, des Iles Shetland, du Firth of Forth (Edimbourg) sera le suivant :

(Bordeaux) — Zeebrugge — Kopervik — Norheilsund — Bergen — Gudvangen — Balholm — Loen — Merok — Aandalsnaes — Svartslon — (puis Cercle Polaire — Digermulen (Ils Lofoden) — Thorshavn (Ils Feroë) — Lerwick (Ils Shetland) Leith (Edimbourg et Lacs d'Ecosse) — Zeebrugge (Bordeaux).

Le départ et le retour se feront de et à Zeebruge. Ceci permettra aux passagers qui ne connaissent pas Bruges de visiter cette ville dont la renommée n'est plus à faire.

Le paquebot ayant son port d'attache à Bordeaux, les personnes qui désireraient s'embarquer dans ce port pourront le faire moyennant un très léger supplément. L'escale de Zeebrugge sera suffisante pour visiter Bruges et Ostende.

Le navire qui effectuera la croisière est le paquebot de grand luxe, à moteurs, « Brazza » (16.000 tonnes, 144 mètres de longueur), dont ont gardé si bon souvenir tous ceux qui ont fait, l'an dernier, la croisière de « **Bruxelles-Médical** » à Madère et aux Canaries.

Deux classes sont prévues avec, comme prix inférieur 2.500 francs français (2 de classes mixtes). Deux tarifs ont été établis l'un pour les médecins et leurs familles (femmes et enfants célibataires), l'autre pour les personnes étrangères au corps médical, **mais avalisées par leur médecin de famille.** Des excursions seront organisées dans tous les ports. Le prix en sera extrêmement réduit malgré le change élevé des pays visités.

Remarque très importante : Le coût du voyage sera, toutes choses égales d'ailleurs, nettement inférieur à celui de l'an dernier.

Pour tous renseignements et les inscriptions s'adresser dès maintenant à la **Section de Bruxelles Médical,** 29, Boulevard Adolphe Max à Bruxelles. Il sera tenu compte des dates d'arrivée des demandes.

Calendrier du Mont-Dore

Ce petit calendrier, conçu dans une forme plaisante, toujours si appréciée, unit cette année, à cette note savoureuse, l'humour, un cachet d'art qui en fait un Guide des Jours unique pour 1929.

Et c'est naturellement signé de ce maître de la fantaisie : Grand'Aigle.

Adressé sur demande à la Cie du Mont-Dore, 19, rue Auber, Paris (9e) Tél. Louvre 08-85.

La Tunisie Médicale

FÉVRIER 1929

TRAVAUX ORIGINAUX

Les viandes parasitées dans leurs rapports avec l'hygiène alimentaire

par le Vétérinaire Lieutenant-Colonel **PAGNON**

La viande occupe une place de plus en plus grande dans l'alimentation et sa consommation augmente dans des proportions considérables.

L'habitant des villes de France consomme environ 72 kilos par an, alors que la moyenne est de 35 kilos sur l'ensemble du territoire.

En Angleterre les classes aisées consomment environ 136 kilos, les classes moyennes 48 kilos.

Le service d'inspection des viandes est chargé de faire retirer de la consommation les viandes malsaines ou dangereuses pour l'homme ; malheureusement ce service n'est pas organisé sur l'ensemble du territoire et c'est ainsi que l'on peut constater souvent des intoxications, des contagions, du parasitisme, déterminés par des viandes n'ayant pas subi le contrôle sanitaire.

Les abatages clandestins et les abatages autorisés en dehors des abattoirs publics, sévèrement contrôlés, sont un danger constant pour l'hygiène publique.

Les viandes dangereuses pour l'alimentation de l'homme peuvent se classer de la façon suivante :

1° *Viandes provenant d'animaux atteints de maladies contagieuses à l'homme* (charbon, morve, tétanos, tuberculose, etc.)

2° *Viandes provenant d'animaux atteints d'affections parasitaires* (trichinose, cysticercose, échinococcose, strongylose, distomatose etc..)

3° *Viandes provenant d'animaux atteints de maladies non transmissibles à l'homme* (entérite, affections puerpuérales) mais susceptibles de causer, par les modifications qu'elles ont subies, des troubles digestifs plus ou moins graves.

4° Viandes malsaines du fait de leurs altérations survenues après l'abatage, par suite de leur mauvaiss conservation.

Dans cette courte communication je ne veux attirer votre attention que sur les viandes parasitées et même sur les parasites le plus fréquemment rencontrés en Tunisie.

Le parasitisme est fréquent en Tunisie chez la plupart des animaux de boucherie, bœuf, mouton, chèvre, porc, cheval, chameau.

Les conditions favorables à son développement sont bien connues, promiscuité, malpropreté, mauvaises conditions hygiéniques, insuffisance de nourriture.

La prophylaxie ne peut s'établir d'une façon parfaite que par une action commune des médecins et des vétérinaires.

C'est pourquoi il m'a paru intéressant de vous signaler et de vous montrer les éliminations qui sont faites chaque jour dans les abattoirs pour soustraire de l'alimentation des organes parasités susceptibles de disséminer encore davantage le parasitisme chez les animaux et par suite aussi d'entraîner des infestations chez l'homme

Les parasites rencontrés le plus fréquemment en Tunisie peuvent se grouper selon leur habitat dans le tableau suivant :

A) *Parasites non pathogènes pour l'homme.*

a) *Parasites localisés.*

Peau: Larves d'hypoderma-bovis, sous la peau des bovidés. Gales

Poumon: Strongle (mouton, bœuf, veau, porc).

Intestin : Strongles. Tenias. Ascarides.

Foie : Distomes (bœuf, mouton, chèvre, porc).

b) Invasions généralisées.

Echinocoques, chez tous les animaux de boucherie, surtout le mouton, le porc, le bœuf.

B) *Parasites pathogènes pour l'homme.*

Ladrerie :

Cysticercus cellulosœ, porc. Tenia solium.

Cysticercus bovis, bœuf. Tenia saginata ou inerme pour l'homme

Trichinose, rare. Larves de Trichina spiralis.

Parasites de la peau.

Les larves d'hypoderma-bovis percent la peau des bovins et se logent dans le tissu conjonctif sous-cutané, en provoquant des infiltrations, des œdèmes, qui donnent un mauvais aspect à la surface des quartiers de viande et nécessitent un parage.

L'inconvénient le plus grave réside dans la dépréciation des cuirs

Strongylose des bronches du mouton.

Causée par des nématodes du genre strongle, le strongle filaire et le strongle rougeâtre qui déterminent des foyers de pneumonie nodulaire ou pseudo-tuberculose.

Il s'agit d vers filiformes, d'un brun rougeâtre de 18 à 28 mm. de long chez le mâle, de 25 à 35 mm. chez la femelle.

Les œufs de strongles sont déposés à l'extrémité des alvéoles pulmonaires et y subissent leur complet développement.

Ils forment des noyaux de tubercules de diverses dimensions depuis celle d'un grain de mil jusqu'à celles d'une noix et peuvent subir la dégénérescence caséeuse et même ils peuvent se calcifier

L'envahissement du tissu pulmonaire peut être complet et l'animal succombe à une cachexie d'origine parasitaire.

L'évolution est très rapide et en quelques semaines des animaux d'un poids de 42 kilos peuvent être ramenés à 25 kilos.

La viande est anémiée, flasque, molle, décolorée, la graisse a disparu et a subi la fonte hydrique.

Les embryons sont rejetés dans les terrains de parcours où ils infectent d'autres animaux.

Utilisation : Les viandes provenant d'animaux atteints de strongylose sont rejetées de la consommation lorsque leur état cachectique est très développé. Les viscères parasités sont saisis.

Prophylaxie. Détruire les poumons parasités, répandre de la chaux et des solutions sulfatées dans les parcours.

Strongylose gastro-abdominale du mouton.

Produite par la multiplication dans la caillette et le colon d'un ver miniscule, le strongylus contortus, observée en Europe, en Amérique du Sud, et dans le Sud-Algérien par Lachmann, se montre en été en Tunisie

Cause une cachexie accusée suivie de mort, épanchements cachectiques de séreuses, hypoglobulie accusée (500 à 600.000 hématies au mmc. au lieu de 15 à 16 millions).

La viande est rejetée pour maigreur dans les cas graves.

Distomatose du foie.

Les principales espèces de distomes des animaux domestiques vivent dans le foie.

Ces parasites de l'ordre des trématodes se rencontrent en grande abondance dans les canaux biliaires. Ils déterminent une anémie grave chez les animaux atteints avec épanchements séreux dans les

cavités pleurale et péritonéale, appelée cachexie aqueuse, phtisie vermineuse du foie, douve.

Chez le bœuf on rencontre le distome hépatique ayant le corps aplati, foliacé, brun pâle, de 18 à 20 mm. de long sur 10 à 13 mm. de large.

Le mouton héberge le distome lancéolé dont les dimensions sont plus réduites, 4 à 9 mm. de long et 2 mm. 5 de large.

La plupart des animaux peuvent se contaminer : bœuf, mouton, chèvre, chameau, porc, même l'homme, mais ce sont surtout les jeunes, pendant les années d'humidité, qui s'infectent dans certains pâturages.

Il existe un hôte intermédiaire, qui est un mollusque, lymnéa trunchatula. La présence de douves dans le foie entraîne un amaigrissement accusé, des œdèmes variés, le foie est augmenté de volume, il crie à la coupe sous l'instrument tranchant par suite de concrétions calcaires, le foie est mou, sa surface de section est gris sale, creusée de lacunes dans lesquelles se trouvent les distomes. Les conduits biliaires sont dilatés et la compression en fait sortir des douves adultes dans une bouillie d'un vert brun.

Utilisation : Les viscères parasités doivent être détruits. Les viandes sont utilisées lorsque la cachexie n'existe pas encore.

Echinocoques.

L'échinocoque est la forme hydatique du ténia échinococcus du chien, ténia remarquable par ses petites dimensions.

La chaine ne dépasse pas 4 à 5 mm. de long et ne comprend que 3 ou 4 anneaux, le dernier rempli d'œufs à maturité.

La tête porte une double couronne de crochets de 28 à 50.

L'échinococcus vétérinorum se rencontre dans les divers organes des herbivores, foie, poumon, cœur, rate, rein, et aussi chez l'homme ; sa fréquence en Tunisie est bien connue.

L'étude du Professeur Devé sur l'enquête étiologique sur l'échinococcose en Tunisie, parue dans les archives de l'Institut Pasteur de Tunis, (décembre 1923) montre la fréquence de la maladie sur l'homme et les animaux. Le chien contamine l'homme, le kyste est plus fréquent chez les Arabes (Brun et Lauriol).

Cette affection n'est pas en décroissance ainsi que le montre le tableau ci-dessous portant d'une part le chiffre des animaux abattus pour la boucherie à Sousse, Sfax, Gabès, Sud-Tunisien durant le

précédent trimestre et le nombre de viscères atteints d'échinococcose.

Localisation de l'échinococcose

	Nombre total d'animaux abattus	Poumon	Foie	Cœur	Rein	Rate	Proportion des animaux parasités	
Taureaux	747	181	152	2	»	»	24 p. %	44 p.% bovins
Bœufs	518	334	324	8	1	10	64 p. %	
Vaches	132	98	93	1	1	2	74 p. %	
Moutons	433	128	166	»	1	»	38 p. %	
Agneaux	4991	»	»	»	»	»	Néant	
Chèvre	27	1	»	»	»	»	4 p. %	
Porc	42	14	16	»	»	»	38 p. %	
Chameaux	9	6	6	»	»	»	66 p. %	
Total.....	1908	762	757	11	3	12	40 p. %	

excluant les agneaux.

Le chien s'infecte aisément en mangeant des viscères parasités, il répand avec les excréments des quantités d'œufs innombrables et se fait le propagateur de la maladie par les eaux de boisson, les aliments souillés, le contact direct avec l'homme et les animaux.

Il serait trop long même d'énumérer les multiples travaux ayant trait à l'échinococcose, qui constitue une affection vraiment grave par sa dispersion et les troubles fonctionnels que le Kyste occasionne dans les divers organes.

Le Kyste est rarement solitaire, et l'examen d'un foie parasité montre suffisamment les altérations destructives qui se produisent à la suite du développement des Kystes.

Il y a cirrhose hypertrophique du foie et l'organe envahi atteint parfois chez le bœuf le poids de 50 kilos, alors que le poids moyen est de 5 kilos.

La présence des Kystes hydatiques rend les viandes ou les viscères dangereux non seulement pour l'homme mais pour les animaux.

L'utilisation des viscères pour l'alimentation des animaux ne peut

être tolérée qu'après une stérilisation à l'abattoir sous le contrôle le plus sévère.

En vieillissant le contenu du Kyste se modifie et une matière épaisse d'apparence tuberculeuse ou caséuse envahit la cavité qu'il obstrue, cette matière prend l'apparence du mastic et même devient calcaire.

L'examen des Kystes permet toujours de les différencier des formations tuberculeuses ou celles déterminées par le bacille de Preitz-Nocard.

L'intérieur du Kyste est blanc nacré, tandis que dans les formations tuberculeuses la surface interne est tomenteuse, rougeâtre, parsemée de bourgeons charnus.

L'examen microscopique lève tous les doutes car dans un cas l'on trouve des crochets et même des têtes de vers, dans l'autre des bacilles.

Diagnostic biologique de l'échinococcose.

En 1882, Mouton et Schlagdenhauffen ont constaté la présence d'une leucomaïne dans le liquide kystique.

En 1895, Laveran et Mesnil montrent qu'une toxine peut être extraite du sarcocystis tenella du mouton.

En 1911, Weinberg et Jullien ont montré que l'ascaride renferme des subtances toxiques pour le cheval, que l'extrait des larves d'œstres dissout les globules du sang et le rend incoagulable.

Enfin la toxicité du sclérostome, de la trichine, de l'ankylostome sont bien connues.

Cette imprégnation toxique d'un organisme infecté donne lieu à des réactions humorales et a fait naître l'idée de rechercher à fixer le diagnostic biologique de l'échinococcose qui est un chapitre de pathologie comparée.

Précipito-diagnostic.

Fleig et Lisbonne en 1907 trouvent une précipitine dans le sérum d'un individu atteint d'échinococcose et dans celui d'animaux préparés par des injections de liquide hydatique.

Brochet à l'abattoir de Vaugirard a recherché la valeur de ce test biologique chez nos animaux domestiques et il conclut que les réactions sont très irrégulières avec l'échinococcose.

Robert au Maroc en essayant la méthode de Fleig trouve qu'elle manque de spécificité.

Cuti-réaction.

Casoni en 1912 mentionne 87.5 p. 100 de succès.

L'école italienne avec Gasbarrini, Testiet, Zoli, Luridiana, Cignozzi, expérimente la méthode et établit de façon indiscutable la valeur diagnostique de l'intra-dermo réaction.

Cignozzi en 1925 donne 95 p. 100 de succès chez le bœuf, Ithuwat (société de biologie de Buenos-Ayres 1922) dit que l'intra dermo est une réaction de premier ordre pour le diagnostic de l'hydatidose.

Tout récemment Lemaire et Thiodet utilisant le liquide d'hydatide humain filtré sur bougie, inoculent dans le derme 1 à 2/10 de cc.

Ils ont obtenu sur 24 cas d'échinococcose humaine 21 réactions positives.

Réaction sous-cutanée.

Pontano en 1920 obtient une infiltration œdèmateuse à la suite d'injections de liquide kystique sous la peau.

Robert a constaté au Maroc que tous les animaux réagissent plus ou moins et sur 145 bovins, 16 ne portant pas de Kystes avaient réagi comme les autres. Il en conclut que le bétail marocain depuis longtemps parasité montre une sensabilité très atténuée vis-à-vis de l'antigène hydatique.

Comment concilier ces faits avec les résultats positifs de Casoni.

Il est probable que chez l'homme les résultats positifs obtenus sont dus aux effets de l'antigène bovin, provoquant un choc anaphylactique renforcé par la présence d'une albumine hétérogène.

Le cheval supporte sans inconvénients de multiples injections de serum antitétanique alors que ces injections répétées occasionnent chez l'homme des phénomènes anaphylactiques graves.

La tuberculine, la malleine donnent des réactions faibles ou nulles chez les animaux fortement imprégnés de tuberculose ou de morve.

On peut dire que le diagnotic biologique de l'échinococcose chez les animaux est difficile, les réactions sont atténuées et manquent de spécifité. Il en est de même pour la recherche de l'hydatidose humaine.

Dans les annales de l'Institut Pasteur de Tunis de septembre 1927 nous retrouvons un travail d'ensemble sur les méthodes biologiques du diagnostic du kyste hydatique par E. Burnet, L. Caillon et G. Brun, nous en extrayons les conclusions sur la valeur que l'on doit attribuer à ces différentes méthodes.

Eosinophilie.

Beaucoup de kystes ne sont pas accompagnés d'éosinophilies. Il paraît donc vain de chercher à poser le diagnosite en se basant sur éosinophiles du sang.

Précipito-réaction.

Avec des antigènes de diverses provenances, recueillis à Tunis, la précipito-réaction s'est montrée indifférente et inutile.

Indra-dermo-réaction

Proportion des réactions positives inférieures à celles rapportées par la majorité des observateurs.

Proportion de réactions positives à peu près égales chez les non porteurs de kystes que chez les porteurs de kystes.

Les malades porteurs ou non porteurs de kystes ayant réagi à l'antigène hydatique ont aussi réagi au bouillon peptoné et aux sérums dilués.

L'intra-dermo-réaction, au liquide hydatique n'est ni constante, ni spécifique.

Réaction de fixation.

Les résultats obtenus par cette méthode sont encore imparfaits.

Elle est d'une exécution délicate et a besoin d'être minutieusement mise au point.

L'ensemble des constatations faites par l'emploi des méthodes biologiques dans le diagnostic de l'échinococcose montre aussi bien chez l'homme que chez les animaux des résultats incomplets contradictoires, qui ne permettent pas de donner encore aujourd'hui aucune certitude au praticien pour la rechrche du kyste hydatique.

L'échinococcose frappe tous les animaux sans distinction de sexe mais les porteurs de kystes sont en général les animaux âgés. Le tableau ci-contre montre la fréquence du kyste dans le foie et le poumon, son absence chez les animaux très jeunes (agneaux).

Du reste le diagnostic importe peu dans l'échinococcose animale

Il ne s'agit point de guérir mais de préserver le cheptel bovin et ovin tunisien et en même temps éviter la contamination de l'homme. Les mesures prophylactiques rigoureuses s'imposent :

1° Destruction de tous les viscères parasités.

2° Eviter la contamination du chien en ne lui donnant jamais à consommer des viandes parasitées.

Cysticercose.

Elle est causée d'autre part par le tenia solium de l'homme dont

la viande de porc héberge la forme larvaire, d'autre part par le tenia inerme dont la forme kystique se trouve dans les muscles du bœuf.

La ladrerie du porc est de plus en plus rare en Tunisie, mais la ladrerie du bœuf est assez fréquente pour mériter toute l'attention de l'inspecteur sanitaire. Nous ne parlerons que de celle-là.

Cysticercose bovine.

C'est une affection particulièrement fréquente en Tunisie.

On la dénomme habituellement ladrerie bovine et elle est produite par l'enkystement dans le tissu musculaire du bœuf du Cysticercus bovis qui est la forme larvaire du Ténia saginata de Göze (mediocanellata de Küchenneister) ou Tenia inerme de l'homme.

Le Cysticertique a été trouvé pour la première fois dans le poumon de bœufs abattus à Orléansville en 1854 par Judas, puis par Knoch à St-Pétersbourg, Arnould et Lauvet en Algérie. C'est Leuckart en 1861 qui donne la preuve que l'état cystique du Tenia inerme se trouve chez le bœuf ; par l'ingestion du Cysticercus bovis, on obtient chez l'homme le développement du ténia.

En Europe le Cysticercus bovis est rare ou du moins a été rarement rencontré, peut-être à cause de ses petites dimensions et aussi parce que l'attention des inspecteurs n'a pas été attirée.

En Afrique du Nord particulièrement en Tunisie la ladrerie du bœuf a été ignalée par tous les vétérinaires s'occupant de l'inspection des viandes, à Bizerte, à Tunis, à Sousse, à Sfax, à Gabès.

Le cysticerque du bœuf se présente sous forme vésicule sphérique de quelques millimètres de longueur, translucide et montrant en un point un petite tache jaunâtre de la grosseur d'un grain de mil forme par un scolex invaginé. Si par pression on le fait sortir de sa vésicule on lui reconnaît une tête munie de 4 ventouses et d'une dépression centrale, un cou strié, en résumé les caractères de la tête du ténia saginata.

On trouve le cysticerque du bœuf dans tous les organes, mais particulièrment les muscles striés, ls masséters, les scalènes, la langue, le cœur. Le cœur est un des organes de prédilection.

Les cysticerques au bout d'un certain temps subissent la transformation caséeuse, puis calcaire.

Le mode de dissémination des œufs du Tenia inerme se fait à la faveur du torrent circulatoire.

La profusion d'œufs que peut donner un seul Tenia expliquerait

la fréquence de la ladrerie du bœuf. Cobbold indique qu'un homme affecté de tenia rejette 420 proglottis par mois, et que chacun peut contenir 30.000 œufs.

Les œufs résistent bien aux causes de destruction. L'homme rejette les œufs avec ses excréments et il est aisé de comprendre comment s'infecte le bœuf en raison de la dispersion des excréments humains sur le sol, les eaux, etc.

Du reste J. Flemming a constaté les habitudes coprophages du gros bétail. Alix en 1881 signale en Algérie qu'un 1/5 du bétail abattu serait ladre, cette proportion n'est plus atteinte aujourd'hui et il faut croire que l'inspection sanitaire des grands centres l'a fait diminuer beaucoup.

Les Abyssins non musulmans sont fréquemment atteints de teniasis par suite de leur usage de viande crue.

Le tenia inerme a son origine dans l'usage alimentaire de la viande de bœuf crue ou insuffisamment cuite.

La chaleur à 45° tue le cysticerque (Perroncito). Il y a utilité à examiner attentivement la viande de bœuf au point de vue de la cysticercose, et dénaturer les viandes refusées de façon à ce qu'elles ne contaminent point l'homme.

Les mesures à prendre pour combattre la cysticercose sont la dénaturation et la saisie totale dans le cas d'infection généralisée.

L'utilisation des viandes peut être autorisée après un traitement approprié dans le cas de cysticercose discrète :

1° Stérilisation par la chaleur (conserves, pâtes).

2° Congélaton (8 jours dans la chambre froide au-dessous de 0°).

3° Salaison, le sel fait flétrir les Kystes par osmose.

Sa paroi ainsi que le scolex se gonflent et se ramollissent.

La mort du parasite suit de près les progrès de la pénétration du sel dans la viande; 3 semaines dans la saumure à 25 % sont suffisants. Les viandes atteintes de cysticercose sont dangereses en raison de la contamination de l'homme. Impropres à la consommation en l'absence de tout traitement ; on ne doit stériliser que les viandes faiblement atteintes. Les mesures d'hygiène consistent à éviter la contamination des animaux en ne leur laissant pas ingérer d'excréments hmains (fosses d'aisance).

Conclusion.

Les viandes parasitées doivent être rejetées de la consommation par un examn sévère des viandes dans les abattoirs publics, qui doi

vent être multipliés. Sans parler du dégout qu'elles inspirent, il faut songer au double danger qu'elles créent : infection possible de l'homme, propagation des maladies parasitaires chez les animaux qui causent chaque année de lourdes pertes à l'agriculture.

Le parasitisme conduit à l'anémie et à la cachexie et les viandes en dehors des organes atteints, ne sont souvent point consommables,

Le traitement des maladies parasitaires ne peut malheureusement donner que des résultats individuels et souvent sans grands résultats. Comment traiter les grands troupeaux et confier à des indigènes des médicaments ?

L'examen des viandes et des viscèrs parasités montre la gravité des désordres apportés dans le fonctionnement des divers organes par la présence des parasites.

Le Kyste hydatique par exemple, du moins chez les animaux, est rarement isolé et si chez l'homme des interventions chirurgicales sont suivies de succès, aidées par les diagnostics précoces, on ne peut guère songer à traiter les animaux dont les organes sont saturés de parasites.

C'est la prophylaxie seule qui peut réduire les contaminations par l'inspection rigoureuse des abattoirs, par l'application stricte des règles d'hygiène dans les rapports de l'homme et des animaux domestiques.

La proportion très élevée des viandes de 2e et 3e qualité que l'on consomme en Tunisie est due presque uniquement à la fréquence des maladies parasitaires du bétail.

Cette fréquence est augmentée les années de sécheresse où les animaux mal nourris se laissent encore envahir plus aisément par les parasites.

La propagation des affections parasitaires est due en grande partie à la conservation trop grande des porteurs de parasites.

Il serait utile de préconiser l'abatage des vieux animaux et le faire comprendre aux agriculteurs qu'il y a un âge économique où les animaux ont fourni leur maximum de rendement (travail, reproduction, lait) et qu'il n'y a que des désavantages à les garder jusqu'à la vieillesse.

Mouvement de la Maternité de l'Hôpital Sadiki de 1925 à 1926

par les Drs **BRUN et J. SCEMLA**

Le nombre croissant des femmes qui viennent accoucher à la Maternité, nous incite à jeter un regard en arrière et à comparer la statistique de 1925 à 1928, à la précédente déjà publiée pour les années 1919 à 1924 inclus.

Cette dernière donnait les chiffres suivants :

Accouchements: 70;

Mortalité maternelle : 16. soit 25,2 %

Mortalité fœtale : 35 soit 50 %.

13 femmes étaient venues à la Maternité avant le travail et sont sorties bien portantes avec des enfants vivants.

57, au contraire, étaient venues tardivement après un long travail infructueux et pour des dystocies très sérieuses : présentation de l'épaule négligée, rupture utérine, placenta previa, etc...

Ainsi, s'expliquaient les chiffres importants de la mortalité maternelle et fœtale de cette lamentable statistique.

La nouvelle, de 1925 à 1928 (4 années) donne les chiffres suivants :

	Accouchements	Mortalité maternelle	Mortalité foetale
1925	48	3	15
1926	24	1	15
1927	50	5	14
1928	60	6	16
	182	14	55

soit:

Accouchements : 182

Mortalité maternelle : 14 — 7,6 %

Mortalité fœtale : 55 — 30,2 %

En détail, pour chaque année, on trouve.

	1ère Catégorie Femmes venues volontairement accoucher a l'Hôpital	2ème Catégorie Femmes contraintes à entrer à l'Hôpital pour un long travail infructueux
1925	24	24
1926	14	10
1927	26	24
1928	34	26

Il y a donc, dans l'ensemble, progrès sensible puisque, pour la seule année 1928, le nombre des accouchements a été de 60 c'est-à

dire presque l'égal du chiffre total des accouchements de la première statistique qui s'étale sur 5 années.

Par ailleurs, deux faits essentiels doivent être retenus :

1° La mortalité maternelle a considérablement diminué puisqu'elle est passée de 25,2 % à 7,6 %.

2° Le nombre des femmes venues volontairement accoucher à la Maternité a très nettement augmenté puisqu'il est passé de 13 à 98.

C'est là un fait capital absolument nouveau dont il faut souligner l'importance. En même temps qu'il explique l'amélioration considérable de la mortalité globale, comme nous allons le voir dans un instant, il témoigne d'un mouvement, encore timide il est vrai, mais assez net qui commence a se manifester parmi les femmes arabes en faveur de l'accouchement en milieu hospitalier.

L'examen des résultats obtenus dans ces deux catégories de femmes nous donne les chiffres suivants :

1° CATEGORIE DES FEMMES AYANT ACCOUCHE A LA MATERNITE DE LEUR PROPRE GRE :

Accouchements : 98

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité fœtale : 2 (macérés-hérédo-syphiliques).

Il faut d'ailleurs remarquer qu'il ne s'est pas agi, chaque fois, d'accouchements normaux et, si l'on dépouille la statistique à ce point de vue, on relève :

Accouchements normaux	75
Césariennes conservatrices	13
Versions	2
Forceps	5
Extractions du siège	3

Il n'en résulte pas moins que ces 98 femmes sont toutes parties bien portantes et avec des enfants vivants (sauf les deux cas de macéré).

2° CATEGORIE DES FEMMES VENUES A LA MATERNITE APRES UN TRAVAIL INFRUCTUEUX DATANT DE PLUSIEURS JOURS :

Nombre des accouchements : 84

Mortalité maternelle 14 soit 16,6 %

Mortalité fœtale : 53 soit 62,8 %

Les interventions pratiquées ont été les suivantes :

Accouchements normaux	12
Césariennes suivies d'hystérectomie	4
Versions	20
Forceps	22
Basiotripsies	3
Embryotomies céphalique	9
Extractions du siège	6
Ruptures utérines	6

Les 14 décès ont eu pour cause :

1925. — Une hémorragie pour inertie utérine. Femme trouvée sur la voie publique ayant déjà expulsé son fœtus mort.

— Une infection perpérale foudroyante avec décès au 3e jour.

Un accident gravido-cardiaque.

1926. — Une hémorragie de placenta prœvia.

1927. — Trois ruptures utérines pour présentation de l'épaule négligée.

— Une infection perpérale avec décès au 26e jour.

1928. — Une infection perpérale avec asystolie. Décès au 10e jour.

Une syncope anesthésique (ether): Femme exténuée par un travail de 5 jours avec fœtus mort.

Une infection perpérale avec décès au 2e jour.

Une rupture utérine pour présentation de l'épaule négligée.

Un décès pour choc hémorragique deux heures après l'accouchement.

— Un accident gravido-cardiaque.

A ces chiffres, il faut ajouter celui des femmes entrées à l'Hôpital pour infection perpérale du post-partum et dont les résultats ne sont guère plus encourageants :

1925 — 4 entrantes — 1 décès
1926 — 7 entrantes — 2 décès
1927 — 11 entrantes — 0 décès
1928 — 15 entrantes — 0 décès

Tels sont les tristes résultats obtenus pour cette catégorie de femmes venues, contraintes et trop tard, à l'hôpital. Il constate étrangement avec les précédents. Les chiffres sont assez éloquents et se passent malheureusement, de tout commentaire.

C'est le triste privilège de la Maternité Sadiki d'avoir à traiter des dystocies aussi sérieuses et même parfois fort rares et il est fort à

craindre que cet état de choses persiste longtemps, tellement nous sommes encore en retard pour tout ce qui touche à l'assistance des femmes enceintes dans les milieux indigènes.

Dès 1924, l'un de nous, en collaboration avec le Docteur Biecheler, en présence des résultats désastreux de la statistique de la Maternité, avait jeté un cri d'alarme et tracé, dans ses grandes lignes, un programme d'action et de propagande en faveur de l'accouchement à l'Hôpital.

Il s'agissait de la création d'une Maternité véritable, alors que la plupart des accouchements se font encore dans le service de chirurgie au hasard des lits vacants, d'une consultation externe avec goutte de lait appropriée, et même, la création d'un corps de sages-femmes visiteuses attachées à l'Etablissement et qui feraient, pour ainsi dire, la liaison entre les femmes de ville et l'Hôpital.

De cette sorte, la puériculture pré et post natale aurait pu être réalisée à l'exemple de ce qui se passe dans toutes les Maternités de France.

Rien, malheureusement, n'a été fait jusqu'à ce jour et le programme tracé n'a eu d'autre réalisation que la création d'une prime d'accouchement pour les femmes qui viennent, de leur propre gré, accoucher à la Maternité. C'est ainsi, que pour l'année 1928, une somme de de frs.: 900 a été distribuée.

A côté de ce léger effort, qui a été évidemment, pour une part dans la détermination des 98 femmes de la première catégorie, le vrai moyen de propagande a été, sans conteste, la consultation externe de la Maternité. C'est elle qui nous a fourni le plus d'accouchées volontaires, grâce à un fonctionnement intensif et à quelques améliorations que nous y avons apportées.

Tout d'abord, nous nous sommes attachés à séparer cette consultation de la consultation de chirurgie car il ne faut pas oublier que bien des femmes enceintes hésitent à se faire voir de crainte d'avoir à subir une opération.

Nous avons aussi tenté d'utiliser nos locaux, bien réduits pourtant, de manière à ce que la consultation se fasse dans les meilleures conditions possibles pour ménager la pudeur des consultants.

Enfin, nous nous sommes efforcés de faire le plu de propagande possible en faveur de l'accouchement à l'Hôpital.

Le chiffre des consultatnts, pour 1928, a été de 1.335 dont :

Grossesses 141

Affections gynécologiques ... 1194

Sur ces 141 femmes, les unes sont venues, comme nous l'avons vu, accoucher à l'Hôpital, les autres ont accouché à domicile après s'être assurées qu'elles n'étaient pas atteintes de dystocie grave.

Ces chiffres quoique encourageants sont encore minimes par rapport de la population de Tunis et de sa banlieue. Un gros effort est encore à faire, mais celui-ci implique la création d'une consultation externe plus appropriée, avec des services annexes, consultations de nourrissons et goutte de lait. C'est à ce prix qu'on peut espérer obtenir une plus grande extension de cette œuvre si utile, et indispensable en tout cas au fonctionnement de la maternité.

FAITS CLINIQUES

Anèmie et traitement par le foie de veau en ingestion

par les Drsr SFEZ, H. BONAN et H. ZERAH

Alors que dans les anémies légères, moyennes et même symptomatiques la thérapeutique est depuis longtemps assurée, que dans les anémies graves on n'obtenait que des résultats médiocres et même temporaires ; dans l'anémie pernicieuse malgré les transfusions du sang et l'emploi de la méthode de Wuinski (transfusion sang et insuline), elle comportait comme corollaire l'aveu de l'impuissance thérapeutique.

En 1923, deux physiologistes américains Wipple et Robschut Robbins entreprirent des recherches expérimentales pour se rendre compte de l'influence exercée par différents aliments sur la régénération des globules rouges chez des chiens rendus anémiques à l'aide saignées répétées.

Ils ont reconnu l'efficacité du fer, et celle du foie de bœuf. L'un d'eux Wipple proposa en 1925 d'employer dans les anémies de l'homme certains aliments de préférence aux médicaments. Ce fut le point de départ de tentatives thérapeutiques accomplies par divers médecins en particulier par Minot et Murphy. Ils employerent chez un grand nombre de malades, les moyens suivants : régime pauvre en graisse, riche en vitamines et en fer, grâce à l'abondance de légumes verts et de fruits, et surtout une forte dose de foie de veau (200 à 250 grammes par jour).

La méthode, dite de iWpple se répandit assez rapidement et a été l'objet d'un nombre considérable de travaux parmi lesquels nous citerons ceux qui ont été publiés en France d'Aïtoff et Lœwy, de Crouzon, de P. Mathieu et G. Dreyfus, de Rathery et Maximin, de P. E. Weill, de Blum et Carlier, de Fiessinger, de Deschamps et Froyez, d'Etienne Bernard, etc.

Nous rapportons trois observations de malades traités par cette méthode. Les effets ont été vraiment surprenants.

Nous avons donné à ingérer 250 grammes de foie de veau, pulpé et assaisonné, que les malades prennent dans du bouillon chaud sans aucune répugnance.

OBSERVATION I

La première de nos malades Mme C. âgée de 45 ans, cuisinière, entre à l'Hôpital pour troubles fonctionnels, asthénie intense, vertiges et troubles digestifs, diarrhée.

Il y a six mois elle a fait un avortement qui n'aurait provoqué qu'une hémorragie insignifiante, elle put reprendre ses occupations mais depuis deux mois la fatigue est telle qu'elle est obligée de garder le lit.

On est en présence d'une malade, extrêmement pâle, immobile dans son lit, sans force, dans l'impossibilité de remuer les membres elle paraît dans un état alarmant.

Les muqueuses sont décolorées et cette décoloration est telle que les téguments prennent l'aspect verdâtre des anémies pernicieuses.

L'abdomen est flasque, la rate est normale, il n'y a ni hépatomégalie, ni adénopathie, on relève un œdème malléolaire net.

A l'examen du cœur qui bat à 110, on trouve un gros souffle systolique couvrant toute l'aire cardiaque, ce souffle se retrouve à l'auscultation des vaisseaux du cou.

L'examen du poumon et du système nerveux est négatif. La courbe thermique décrit un léger mouvement fébrile.

Des examens gynécologiques répétés ont permis d'éliminer tout néoplasme, il n'y a pas d'ulcération du tube digestif, pas de paludisme, pas de parasités intestinaux, le Wasserman est négatif; l'examen du sang pratiqué le 1er mai donne la formule suivante :

Globules rouges 868.000; globules blancs 9.300; polynucléaires neutrophiles 35; polynucléaires éosinophiles 1; mononucléaires moyens 38; lymphocytes 26.

Anisocytose et poïkilocytose

Taux d'Hémoglobine 13 p. 100.

Il s'agit bien d'une anémie symptomatique, d'une anémie pernicieuse avec inversion de la formule.

Le 6 mai on commence le traitement par le foie de veau; en une dizaine de jours la température tombe à la normale, l'appétit renaît, l'œdème des membres inférieurs disparaît, la malade augmente de poids et peut s'alimenter normalement.

Le 23 mai un nouvel examen donne :

Globules rouges 1.767.000; globules blancs 6.200; polynucléaires neutrophiles 75; polynucléaires éosonophiles 1; polynucléaires basophiles 1; Mononucléaires moyens 18; mononucléaires lymphocytes 5.

Anisocytose et poïkilocytose Taux d'Hémoglobine 24 p. 100.

L'amélioration est déjà très marquée les téguments sont moins décolorés, les couleurs reviennent, la malade se lève.

Le 7 juin :

Globules rouges 2.604.000, globules blancs 6.200 ; polynucléaires neutrophiles 62 ; polynucléaires éosinophiles 5 ; mononucléaires moyens 17 ; mononucléaires lymphocytes 16.

Anisocytose poïkilocytose

Taux de l'Hémoglobine 30 p. 100.

La malade qui était triste, alitée, incapable de tout effort si minime soit-il devient rapidement gaie, se lève bientôt va et vient sans fatigue : c'est une véritable résurrection, elle sort de l'hôpital le 12 juin, pour continuer chez elle le traitement.

OBSERVATION II

Notre deuxième malade N. âgé de 18 ans vient de Gabès pour anémie, il a eu des accès typiques de paludisme traités par la quinine.

Le malade est d'une extrême pâleur, ses muqueuses sont décolorées cette pâleur contraste avec l'intégrité du pannicule adipeux, la joue est même bouffie. A l'examen on trouve une très grosse rate, palpable, dépassant de 5 travers de doigt le rebord des fausses côtes. L'examen du sang pratiqué le 19 juin donne les résultats suivants :

Anisocytose poïkilocytose et polychromatophilie.

Taux de l'Hémoglobine 36 p. 100.

Présence des hématozoaires du Paludisme.

Globule rouges 1.922.000 ; globules blancs 4.300 ; polynucléaires neutrophiles 69 ; polynucléaires éosinophiles 1 ; grands mononucléaires 1 ; moyens mononucléaires 20 ; lymphocytes 9.

Le traitement par le foie de veau est aussitôt appliqué, sans adjonction de quinine.

Le 10 juillet la formule est la suivante :

Globules rouges 3.689.000 ; globules blancs 3.720 ; polynucléaires neutrophiles 68 ; polynucléaires éosonophies 1 ; mononucléaires moyene 17 mononucléaires lymphocytes 14.

Taux hémoglobine 50 p. 100.

Pas de formes anormales de globules rouges.

Ainsi une anémie paludéenne insuffisamment améliorée par la quinine est rapidement guérie par l'ingestion de foie de veau.

OBSERVATION III

Mlle B., âgée de 17 ans, notre troisième malade, est atteinte d'un psoriasis aux 2 jambes; devant l'insuccès d'un traitement local prolongé et varié, on lui fait 2 séries de novarséno-benzol, la dernière en janvier 1928.

Il en résulte une amélioration manifeste du psoriasis, mais la malade se plaint peu après de fatigue, de dyspnée d'effort, ses règles sont très abondantes, elle a de l'œdème des membres inférieurs, le teint est chlorotique, les muqueuses décolorées, un premier examen de sang donne 1.240.000 globules rouges. Après ingestion de foie de veau, on trouve le 18 juillet :

Globules rouges 1.33.000; globules blancs 4.340.000; polynucléaires neutrophiles 34; polynucléaires éosinophiles 1; mononucléaires moyens 33; lymphocytes 32;

Globules rouges nucléés — anisocytose et poikilocytose.

Le 12 décembre la fomule s'améliore:

Globules rouges 2.573.000; globules blancs 4.340; polynucléaires neutrophiles 33; polynucléaires éosinophiles 3; mononucléaires moyens 10; mononucléaires moyens 10; mononucléaires lymphocytes 54.

Anisocytose et poïkilocytose.

La malade est nettement améliorée; cependant elle continue le traitement.

Ainsi, comme nous le voyons la méthode de Wipple et susceptible de rendre service dans tous les cas d'anémie grave :

— Anémie pernicieuse cryptogénitique (observation I).

— Anémie grave due à un paludisme ancien (observation II);

— Anémie pernicieuse consécutive à des injections intraveineuses d'arsenobenzol (observation III).

— Anémie post hémorragique comme nous le voyon sur une malade actuellement en traitement.

Les résultats obtenus par la méthode de Wipple sont les plus beaux qu'on ait jusqu'ici obtenus dans le traitement des graves et des anémies pernicieuses.

Très rapidement, en quinze, vingt jours on voit s'atténuer et même disparaître les signes généraux: la température baisse, les téguments se recolorent, les œdèmes fondent, l'asthénie et l'inappétence disparaissent.

Les poids augmentent rapidement.

L'examen du sang montre une amélioration concordante, portant sur tous les éléments et quel que soit le type hématologique, même aplastique de l'anémie.

Très vite, on a l'impression que le malade est hors d'affaire.

Quelle est la durée de ces améliorations et s'agit-il de guérisons vraies ? il convient de garder toute prudence, en raison des rémissions possibles à la suite de la cessation du traitement, il convient donc même dans les cas où l'on a toutes raisons de considérer le malade comme guéri de continuer le traitement par le foie longtemps après la guérison apparente.

La méthode de Wipple qui a transformé complètement le ponostic des anémies graves, a le grand avantage de pouvoir être appliquée par tous les praticiens et de ne présenter aucun risque. Elle doit être bien connue et largement employée.

Un Cas d'Ossification du vitré

par les Drs, **GUENOD et Roger NATAF**

L'Ossification du Vitré a été longtemps considéré comme un phénomène impossible chez l'homme, alors qu'elle est fréquente chez les animaux, surtout chez le cheval.

C'est une affection extrêmement rare, il est vrai, et niée, jusqu'au jour où Virchow l'eut enfin démontrée «... on la rencontre, dit-il, assez rarement chez l'homme. En général, elle coïncide avec une phtisie du globe oculaire, conséquence de processus supuratifs avec destruction de la cornée. Parfois aussi la cornée se trouve conservée. Une inflammation du corps vitré (Hyalitis) a généralement précédé, puis celui-ci s'est transformé en une masse fibreuse solide ayant pris en se rétractant, soit la forme d'un accordéon, soit celle d'une massue. Dans cette masse même, mais plutôt vers son extrémité antérieure, se développe le tissu osseux. Il se trouve donc juxtaposé au cristallin, et celui-ci s'est perdu à sa place même ».

Depuis cette époque, très peu de cas ont été signalés et dans l'Encyclopédie Française d'Ophtalmologie, quelques lignes seulement lui sont consacrées, où l'on ne fait qu'énumérer les quelques cas connus (Wittich, Poncet, Ciaccio, Becker, Pagensteher, Geuth, Berger).

Dans les « Annales d'Oculistique » de 1904 à ce jour, soit sur une période de 25 ans, nous n'avons pu relever qu'un seul cas, celui rapporté par Bailliart à la Société d'Ophtalmologie de Paris en Avril 1925.

Il nous a donc paru intéressant de vous présenter la pièce que nous vous apportons aujourd'hui.

Le 15 janvier 1929 un petit malade H. L. âgé de 13 ans nous est amené parce qu'il souffre de l'œil droit.

L'œil gauche est normal.

L'œil droit au contraire est microphtalme et présente un aspect phtisique :

injection périkératique intense

œil très dur, dureté de bois caractéristique

très douloureux à la moindre pression,

cornée bien claire et transparente quoique de surface réduite,

chambre antérieure profonde,

iris immobile et adhérent au cristallin blanc cataracté.

Aucun réflexe ni à la lumière ni à la convergence.

Nous étions donc étonnés de nous trouver en face d'un œil présentant avec des signes de glaucôme (dureté extraordinaire du globe) des caractères opposés à cette affection, comme par exemple la microphtalmie.

A l'interrogatoire, une seule chose est à relever : plusieurs fausses couches entre cet enfant et son aîné, quoique la famille compte six enfants en vie et tous bien portants.

De plus, aucun accident, ni traumatisme de l'œil ne peut être précisé dans les antécédents du jeune malade.

Les parents affirment que depuis plusieurs années l'œil, sans avoir présenté aucun phénomène douloureux, a pris spontanément et peu à peu l'aspect que nous venons de décrire.

Le seul phénomène nouveau est constitué par les douleurs intenses (douleurs orbitaires et périorbitaires) qui sont apparues depuis deux ou trois jours.

Très perplexes quant au diagnostic, nous n'hésitons cependant pas à proposer l'énucléation. Les douleurs augmentant et prenant un caractère de plus en plus intense, l'intervention est enfin acceptée le surlendemain, et nous la pratiquons le 17, sous anesthésie générale au chloroforme.

L'œil énucléé a tout juste la grosseur d'une noisette, il est de consistance extrêmement dure, et donne, quand on le prend entre le pouce et l'index l'impression d'être une véritable bille de pierre.

Voulant le couper suivant son plan équatorial, avec le bistouri, nous sommes arrêtés après avoir entamé la sclérotique, par un corps dur, et l'incision étant continuée sur tout le méridien équatorial, aucune trace de **vitré** n'apparaît : l'œil semble n'être constitué que par un bloc unique.

Sectionnant alors la cornée nous nous apercevons que la chambre antérieure qui apparaissait pourtant profonde, ne contenait cependant aucun liquide, et qu'elle était absoluemnt vide. Cet aspect profond venait de ce que l'iris adhérait au cristallin rétracté ainsi que le vitré.

Nous procédons alors à une véritable décortication en enlevant sclérotique, choroïde, rétine,et nous isolons une masse noirâtre,dure, rugueuse, à surface irrégulière présentant de petites anfractuosités. Cette masse

d'aspect et de consistance osseuse a la forme d'une pyramide tronquée dont la base correspond au pôle postérieur de l'œil, et le sommet au cristallin blanc cataracté. Ce cristallin est affaissé et réduit à une mince lamelle-osseuse dure qui fait corps intimement à la masse tenant lieu de vitré, comme on peut le voir sur la pièce que nous vous présentons.

(COQUE DÉCORTIQUÉE)

Cristallin affaissé adhérent au sommet du cone tronqué ossifié et pigmantée en noir, Aiguilles osseuses saillantes sur les parois latérales. Grossissement : 2 Diamétres

Il n'est pas difficile de constater que nous sommes en présence d'une *Ossification* complète du *Vitre*, ou tout au moins d'un pseudo-ossification (Dejean, Sté Fse d'Opht. 1928), chez un enfant, alors que tous les cas signalés jusqu'à ce jour concernaient plutôt des vieillards.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 8 Février 1929

Présidence du Dr. **E. LEVY**, Président

Membres présents : Drs. Perrussel, Hayat, Caillon, Cohen-Hadria, Isaac Lumbroso, Sfez, Zérah, Maruani, Roger Nataf, Cohen-Boulakia, Cuénod, Pagnon, Bonan, Triolo, Cortesi, Cassuto, Soria, B. Lévy, Brun, Cherouvrier, Scemla, Masselot, Bruguairolles, Scialom, Lalloum, Ronchot.

COMMUNICATIONS DU BUREAU

Le **Dr. Perrussel** lit une lettre du Docteur Conseil s'excusant de ne pouvoir venir assister à la discussion de la communication du Dr. Triolo

Cette discussion est remise à une autre séance.

PRESENTATIONS DE MALADES ET DE PIECES

1. Les Drs. **Roger Nataf** et **Cuénod** présentent une pièce montrant une OSSIFICATION DU VITRE.

Voir en tête de ce N. page 62

Le **Dr. Cuénod** dessine la lésion.

Discussion

Dr. Lévy demande quelle est la cause de ces ossifications.

Dr. Nataf. — Ordinairement chez l'enfant c'est un traumatisme, mais dans ces cas on n'a rien trouvé sauf une fausse-couche chez la mère mais il y a **d'autres enfants bien portants**.

2. Le **Dr. Masselot** présente une radiographie d'une femme à qui il a fait un pneumothorax artificiel (4e injection) et l'insuflation a mis en **visibilité la scissure pulmonaire** ce qui est assez grave.

3. Le **Dr. Maruani** présente une radiographie où l'on voit nettement le colon transverse qui se dessine au-devant du foie.

Radios

Radiographie où l'on voit netement le colon transverse qui se dessine au-devant du foie.

Pied de Madura

Le **Dr. Brun** présente un **pied de Madura** datant de huit ans, il rappelle les signes caractéristiques de cette affection et qu'il s'agit d'une mycose locale pour laquelle l'amputation suffit pour assurer la guérison.

Ostéosynthèse par fracture de jambe ayant déterminé une pseudarthrose

par le Docteur **BRUN**

OBSERVATION

Ali ben Mohamed ben Djemaa âgé de 40 ans est admis à l'Hôpital Sadiki le 5 mai 1928, il vient d'être victime d'un accident d'automobile et présente une fracture des 2 os de la jambe droite accompagnée de contusions et d'un très gros œdème rendant toute intervention ou tout appareillage impossibles. La jambe est placée dans une gouttière métallique La radiographie montre une fracture comminutive des 2 os de la jambe au 1/3 supérieur.

Quelques jours après, l'œdème ayant diminué, la jambe est placée dans un appareil plâtré. 8 mois après la consolidation n'est pas assurée. Il existe une pseudarthrose.

Le membre reste volumineux, œdemateux et violacé, la marche est impossible, la mobilisation très douloureuse. Etant donné ces résultats nous décidons d'intervenir pour pratiquer une réduction sanglante. Le 6-12-28 Sous-rachi-anesthésie: une incision longitudinale de 15 cm. Il s'agit d'une pseudarthrose par interposition musculaire. Le fragement supérieur a basculé en arrière, le fragment inférieur en avant. On enlève des esquilles on resèque les parcelles de muscle et d'aponévrose interposées entre les fragments. La fracture est réduite et maintenue en bonne position par une lame de Parham. Suture de la peau aux crins. Une gouttière platrée est appliquée. Elle sera enlevée un mois après et le massage commence.

Aujourd'hui le blessé peut marcher sans douleur en s'aidant d'une béquille.

La radiographie pratiquée après l'opération montre un résultat anatomique parfait.

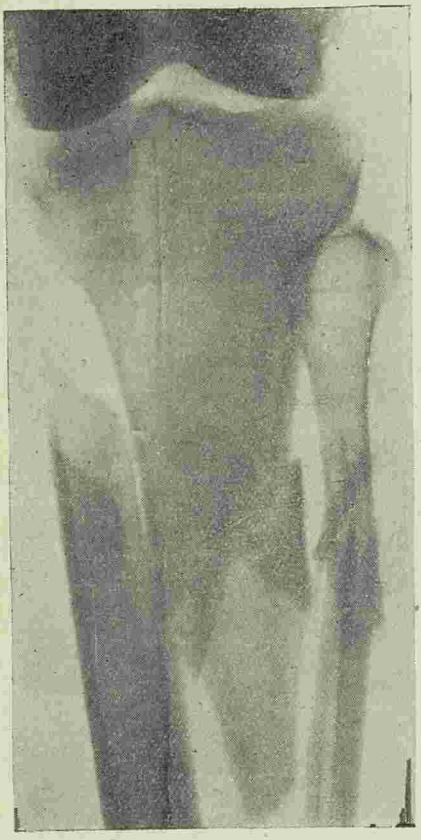
× ×

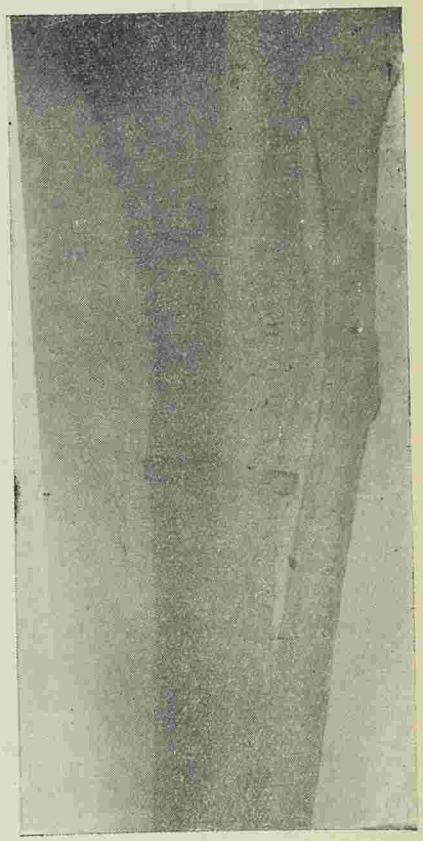
Nous avons ici même eu l'occasion à plusieurs reprises de dire ce que nous pensions de l'ostéosynthèse. Ce procédé théoriquement idéal comme traitement des fractures a eu après la guerre une grande vogue. Mais il semble bien que là encore, comme il arrive toujours avec les procédés nouveaux, on en ait peut-être trop exagéré les indications.

Et nous ajoutions que beaucoup de sinistrés et en particulier beau

coup d'accidentés du travail en possession de leur radiographie montrant quelquefois des fractures mal réduites, mais néanmoins consolidées avec un bon résultat fonctionnel, se basaient sur leur radiographie pour exagérer leurs douleurs et leur incapacité. Ces considérations ont peut-être amené les chirurgiens, eux aussi, à exagérer les indications des ostéosynthèses.

Il n'en est pas moins vrai que ce procédé chirurgical rend d'incontestables services. Que les fractures de la rotule, de l'olécrâne





en sont toujours justiciables et que l'ostéosynthèse dans ces cas constitue le meilleur traitement à leur appliquer.

Il n'est pas douteux enfin que dans les fractures, à gros déplacement, avec interposition musculaire ou aponévrotique et irréductibles par les procédés ordinaires, dans les pseudarthroses, c'est à l'intervention chirurgicale sanglante qu'il faut avoir recours. L'ob-

servation que nous présentons en est une preuve irréfutable puisqu'en moins de 2 mois nous avons pu obtenir des résultats anatomiques et fonctionnels satisaisants.

Ajoutons qu'il s'agit d'opérations pénibles souvent difficiles qui nécessitent une instrumentation spéciale, une asepsie très rigoureuse, sous peine d'enregistrer de sérieux échecs.

COMMUNICATIONS

Le **Dr. Pagnon** lit un très intéressant travai sur **les viandes parasitées et leurs rapports avec l'hygiène alimentaire en Tunisie.**

L'auteur présente plusieurs pièces anatomiques prélevées sur des animaux abattus à l'abattoir.

Voir en tête de ce N. page 41

Les **Drs. Sfez, Bonan** et **Zérah** présentent trois observations d'**anémies traitées par la méthode de Wipple:**

Voir en tête de ce N. page 57

Discussion

Le **Dr. Hayat** a remarqué que si l'on supprime le traitement par le fois il y a reprise de l'anémie qui cède à nouveau lors de la reprise du traitement.

Il souligne la difficulté et le dégoût qu'ont parfois les malades à ingérer constamment et pendant longtemps du foie de veau pulpé.

Le **Dr. Masselot** cite un de ses malades Cirrhose de Laennec qui prend du foie de veau depuis un an et demi.

Le **Dr. E. Lévy** demande si l'extrait hépatique donne les mêmes résultats.

Les **Drs. Hayat** et **Cassuto** répondent qu'il n'en est rien, c'est au foie de veau frais qu'il faut faire appel.

Le **Dr. Masselot** a vu appliquer dans le service de Brocq à l'Hôpital Cochin le traitement du psoriasis par le foie du porc il y a de cela 15 ans.

NOTES DE PHYSIOTHÉRAPIE

La diathermie en oto-rhino l'aryngologie

par le Docteur **SOLAL**

Appliqués à la chirurgie dès 1909 par Doyen, les courants de haute fréquence furent introduits en urologie par Heitz-Boyer et Cotenet en 1911 et deux anneés après par Bourgeois et Poyet en O.R.L. Depuis les travaux de Bordier, Samengo etc., et plus récemment de Lemoine, Leroux-Robert améliorèrent la technique générale et perfectionnèrent les applications au domaine de la spécialité. Les travaux de ces auteurs et en particulier le remarquable rapport de Bourgeois, Dutheillet de Lamothe, Portmann et Poyet au Congrès d'O.R.L. de 1924 ont mis définitivement la question au point.

Les courants de haute fréquence sont des courants alternatifs dont la fréquence atteint un à cinq millions de périodes par seconde, alors que les courants fournis à l'industrie et à l'éclairage sont de l'ordre de cinquante périodes par seconde. Ces courants sont produits par divers appareils comportant en principe :

un transformateur recevant le courant ordinaire et le transformant en courant à haute tension;

des condensateurs jouant le rôle de véritables accumulateurs ;

un éclateur entre les bornes duquel éclatent les étincelles produisant les oscillations électriques ;

une self qui régularise les trains d'ondes.

Les appareils de Gaiffe , Baudoin, Drapier et surtout celui de Walter sont les plus employés en O.R.L. Ce dernier débite, suivant le modèle, 2 à 4 ampères avec une fréquence de 5 millions de périodes à la seconde.

Les appareils permettent d'employer en thérapeutique des courants à bas voltage et à forte intensité et des courants à haute voltage et à forte intensité.

1° *Courants à bas voltage et forte intensité.*

Ces courants pénètrent le corps humain sans être perçus et sans produire les effets chimiques des autres formes de courants : faradique, continu, alternatif à basse fréquence. Il y a production d'un effet calorique dans les tissus mêmes, alors que les électrodes de-

meurent froides. Cet effet varie suivant les dimensions des électrodes qui, reliés à l'appareil amènent le courant de haute fréquence.

a) Deux électrodes de grandes dimensions sont appliquées de part et d'autre de la région à traiter. L'effet calorique est faible et réparti également dans la même traversée par le courant.

b) L'une des électrodes (qui devient l'électrode active) est de dimensions inférieures à celles de l'autre (électrode indifférente) : l'effet calorique se condense à son voisinage ce qui permet de localiser dans cette région l'effet thérapeutique. Ces deux cas représentent la diathermie proprement dite ou diathermie médicale.

c) Si la petite électrode est de dimension plus réduite : pointe, boule, etc., l'effet calorique est au maximum à son voisinage et la chaleur coagule à ce niveau les albumineries des tissus. C'est l'électrocoagulation (diathermo-coagulation de Bordier) dite monopolaire.

d) Enfin si les deux électrodes sont petites: deux pointes par exemple, l'effet calorique est limité entre elles, et ceci permet de diriger relativement la coagulation dite bipolaire qui, ces dernières années, a permis de donner une précision considérable aux interventions faites dans les cavité de la face.

Ces diverses actions du courant de haute fréquence permettent des applications thérapeutiques différentes :

La diathermie médicale a un effet analgésique et inhibiteur et est employée contre toutes les algies: sinusites catarrhales, névralgies laryngées, zona etc. Elle a une action décongestive, résolutive d'où son utilisation comme traitement abortif du coryza banal. Enfin Leroux-Robert lui reconnaît un rôle de fondant dans les processus fibro-adhésifs et cicatriciels de l'oreille moyenne ce qui rend la mobilité aux articulations des osselets et aux tympans dans les otites sèches, scléreuses et cicatricielles. Cet auteur note des résultats encore meilleurs dans l'otite moyenne chronique exsudative avec poussées fréquentes de catarrhe tubaire.

La diathermo-coagulation monopolaire c'est-à-dire avec une seule électrode active, a un effet destructeur avec formation d'une eschare qu'on laisse s'éliminer spontanément. C'est une intervention aseptique, non sanglante et surtout — ce qui est intéressant en cas de cancer — stérilisante : il n'y a pas d'ensemencement opératoire des cellules cancéreuses. Cette méthode est employée avec succès pour la destruction des cancroïdes de face, et avec des résultats

plus variable dans celle des tumeurs bien limitées des cavités : noma du voile, fibrome naso-pharyngien (Samengo), tumeurs bénignes (angiomes papillomes). Dans les cancers inopérable elle constitue un traitement palliatif utile : c'est le cas du cancer de la couronne laryngée. Mais les tumeurs bénignes où le bistouri expose à des hémorragies comme dans les angeoines, tirent un grand bénéfice de son emploi.

Enfin la méthode a été employée avec un grand succès dans le traitement de la tuberculose chronique (forme végétante du lupus de la peau et des cavités) et des sténoses : sténoses des fosses nasale (bien que dans ces cavités par suite du voisinage des plans osseux qui exposent à la nécrose la méthode bipolaire soit préférable) sténoses vélo-pharyngées dans lesquelles Bourgeois et Poyet ont eu de beaux succès : la cicatrice obtenue n'est presque pas retractile et n'expose donc pas aux récidives : les fastidieuses séances de dilatation qui suivent les méthodes chirurgicales ,sont réduites au minimum.

La diathermo-coagulation avec deux électrodes actives ou D.C. bipolaire améliore les résultats précédents puisqu'elle limite la destruction entre les électrodes et la dirige. On évite ainsi les gros vaisseaux — ce qui a permis la destruction des grosses tumeurs et des amygdales hypertrophiée — et on empêche les nécroses osseuses dans l'ablation des synéchies nasales (méthode de choix) des muqueuses hypertrophiées des cornets inférieurs — ainsi que dans la coagulation des cancers reposant sur les plans osseux.

2° *Courants à haut voltage et faible intensité.*

Ils ont les propriétés générales du courant diathermique. Le courant est tiré de la self complétée par un self de prolongement (Résonateur Oudin) et est employé sous force d'étincelage. Il est appliqué selon deux méthodes.

a) directement au moyen d'une électrode métallique tenue plus ou moins éloignée de la surface à traiter. C'est l'étincelle froide, ancienne fulguration de Keating-Heart. Elle a un effet destructif et donne une eschare superficielle qui, en s'éliminant, laisse une cicatrice souple. Sa principale indication est la forme ulcéreuse du lupus : on traite également les petits angiomes, les nœvi, etc.

b) indirectement par l'intermédiaire des tubes à vide (Tubes de Mac-Intyre) qui donnent lieu à une pluie de petites étincelles entre leur surface et celle de la région à traiter. Cette étincelle, dite de con-

densation, a un effet analgésiant (traitement des algies, des prurits tenaces des eczémas en particulier narinaires et auriculaires) cicatrisant (action ouloplasique de Zimmern dans le traitement des plaies atones) enfin trophique ce qui d'après Leroux-Robert permet d'obtenir de bons résultats dans l'ozène. Enfin Bourgeois a obtenu avec l'étincelage un effet analgésiant remarquable dans les infiltrations tuberculeuses de l'épiglotte.

On voit ainsi la place considérable que les courants de haute fréquence tendent à prendre en O.R.L. Si leur action sur les grosses tumeurs des voies aériennes supérieures reste illusoire et inférieure à celle des raditations ou de la chirurgie — cette action et bien supérieure sur des tumeurs séniques telles que les angiomes, des tumeurs malignes bien limitées. Le traitement des tuberculoses chronique et des sténoses constitue une acquisition remarquable. Enfin leur action analgésiante n'est pas à dédaigner.

ANALYSES

Un siècle de médecine coloniale française en Algérie (1830-1929)

par le Docteur **Jean TREMSAL**
Thèse d'Alger 1928

La thèse de notre jeune confrère Jean Tremsal a la valeur d'un «document», document attendu, nécessaire, et qui vient enfin témoigner du rôle considérable joué par la médecine coloniale française non seulement en Algérie mais en Afrique du Nord. Comme l'écrit le Dr. Nicolle dans la préface qu'il a rédigée pour la prochaine réimpression de l'ouvrage : « On ne sait pas assez en France, le rôle qu'à joué l'Afrique du Nord dans le progrès des connaissances médicales. C'est à peine si l'on s'y rend un peu mieux compte de l'effort méritoire, souvent original, qu'a fourni le corps médical français, depuis le début de l'occupation de l'Afrique, dans l'assainissement de cette nouvelle France. Encore moins se souvient-on des centaines de victimes professionnelles du devoir que ces conquêtes ont coûté ».

L'ouvrage inaugural de M. Tremsal arrive donc à son heure et sera d'un précieux enseignement pour tous les Français. Aussi, a-t-il été l'objet d'une souscription du Gouvernement de l'Algérie et d'une souscription de la Tunisie, aussi a-t-il mérité des éloges de nombreuses personnalités et un remarquable commentaire de la « Revue de l'Arique du Nord illustrée » de M. Ch. Hagel. Nous en recommandons la lecture à tous nos confrères et ainsi qu'à tous les profanes de la médecine.

Il est en effet difficile de résumer un travail de cet ordre — et nous nous pourrons dans un trop bref espace citer tous les faits historiques rappelés par l'auteur. Nous trouvons brossée en larges touches une véritable « histoire sanitaire » de l'Algérie depuis 1830, histoire merveilleuse où la « colonisation » apparait surtout comme une œuvre d'assainissement et d'évolution morale, dont nous sommes surtout redevable au corps médical « collaborateurs précieux de l'œuvre de bien-être et de paix » selon l'expression de M. Steeg.

Mais, nous ne pouvons ne pas nous arrêter un peu aux pages où se trouve relatée «l'œuvre scientifique des médecins français en Afrique du Nord ». Là, paludisme, typhus, récurrente, melitococcie, rougeo-

le, kala azar, bouton d'Orient, Trachome, chancre mou, etc., trouvent des chercheurs pour les étudier et les combattre: Laveran, Maillot, les frères Sergent, Cange, Foley, Rouget, Vincent, Pinoy, Seneret et Witas en Algérie, Ch. Nicolle et ses collaborateurs Blanc, Blaizot, Conseil, Lebailly, Gobert, Comte, Anderson, Durand, Cathoire, Et. Burnet en Tunisie, Remlinger et ses collaborateurs au Maroc, et combien d'autres.

Et ce n'est pas une mince joie pour nous médecins de Tunisie de voir notre Institut Pasteur local si souvent cité à l'ordre du jour !

Ces pages brillantes de l'histoire des colonies africaines doivent nous faire méditer car elles sont en enseignement fécondes. Elles nous montrent que si le but de la colonisation est la civilisation, le médecin se trouve être le premir agent colonisateur. Et telle est la conclusion de cette belle thèse, illustrée d'une carte de l'Algérie fixant l'état actuel de l'assistance et de l'hygiène dans cette seconde France, thèse qu'il faut lire et faire lire.

M. U.

LIVRES REÇUS

Précis de Pathologie Chirurgicale

par les professeurs **Bégouin, H. Bourgeois, Pierre Duval, Gosset, E. Jeanbrau, P. Lecène. Lenormant, R. Proust, L. Tixier, F. Papin, J. Gatellier, D. Petit-Dutaillis, R. Soupault ,M. Patel.**

Le Précis de Pathologie chirurgicale a déjà été réédité plusieurs fois, et à chaque fois, et à chaque étape, a connu des remaniements.

L'édition qui paraît aujourd'hui est plus qu'un tirage revisé, **c'est un ouvrage entièrement refondu,** et même, pour une part importante, un ouvrage **nouveau.**

Deux indications suffisent à montrer dans quel esprit a été conçue et réalisée cette refonte:

La première est l'étendue nouvelle du **Précis,** qui est de 5.542 pages contre 4.145 à l'édition précédente; si l'on ajoute que de nombreuses suppressions ont été faites dans le texte ancien, c'est immédiatement mettre en lumière que l'ouvrage a été **complété** dans une mesure importante.

La seconde indication, c'est que tous les auteurs de la première heure ont travaillé, et travaillé de leur personne, à mettre sur pied cette cinquième édition; ils se sont, en outre, adjoint cinq collaborateurs nouveaux pris parmi ceux de leurs élèves que leurs travaux recommandaient à ce choix.

L'on peut dire, dans ces conditions, que l'équipe qui a écrit ce **Précis** est parmi les plus brillantes qui se put constituer : les auteurs de ce livre classique sont en effet devenus, depuis l'époque où ils l'ont publié pour la première fois, des Maîtres de la jeune Chirurgie française et c'est forts de la pratique de vingt années d'enseignement qu'ils ont repris et amélioré leur œuvre.

Le succès avait prouvé que le plan, la méthode et les conceptions générales du livre étaient bonnes; il ne s'agissait ni de les modifier ni de passer la main : le livre était vivant; il s'agissait seulement de le remettre au point.

Petit à petit, certaines descriptions de pure technique opératoire avaient envahi ce **Précis de Pathologie.** Résolument on les a fait disparaître. Elles n'ont été maintenues que dans les cas où la technique éclaire la pathologie elle-même. Pour le reste, les auteurs renvoient au **Précis de Technique opératoire des prospectus de la Faculté de Paris,** ouvrage également classique, qui a fait ces dernières années l'objet d'une revision d'ensemble.

Sans prétendre réaliser toujours et pour toutes choses, entre eux, un accord absolu, les auteurs se sont efforcés d'unifier les méthodes d'exposition, d'équilibrer la répartition des matières, de renvoyer d'un chapitre à l'autre pour éviter les redites, enfin de concilier les doctrines. Ce n'est d'ailleurs qu'après une revision d'ensemble, longue et minutieuse, faite par l'un d'eux, que cette réédition a été entreprise.

Si certaines parties de cet ouvrage sont publiées à peu près sans changements — (ils n'eussent pas été désirables), — d'autres chapitres ont été, non pas revisés, mais **complètements réécrits.** Des figures anciennes ont été condamnées, de nombreuses ont été ajoutées. En un mot la formule classique d'édition « **entièrement refondue** » a ici son sens le plus plein et rien de ce qui pouvait être fait d'utile n'a été négligé. Il n'est pas jusqu'à la nouvelle division du livre en **six tomes** qui n'ait permis de mieux équilibrer les chapitres et de les grouper plus logiquement.

Chacun des six volumes du **Précis de Pathologie Chirurgicale** est vendu broché : 45 fr. ; cartonné toile : 55 fr. L'ensemble des six volumes : 270 fr. broché ; 330 fr. cartonné.

Editions N. Maloine
27, Rue de l'Ecole de Médecine

L'auscultation pulmonaire moderne

par **H. JUMON** (de la Bourboule)

Bien que les idées du grand Laënnec restent à la base de tout travail sur l'auscultation pulmonaire, l'époque moderne, grâce à l'étroite liaison de l'anatomie pathologique, de la clinique et de la radiologie, a pu apporter dans l'interprétation des signes d'auscultation une précision inconnue jusqu'alors.

A l'époque ancienne qui rapporte les signes cliniques à des lésions supposées, s'oppose l'époque moderne, — anatomo-stétho-radiologique, — qui veut que Radiologie et signes cliniques se prêtent une mutuelle assistance en vue du diagnostic. Un réajustement des méthodes stéthacoustiques devait donc être tenté, réajustement basé sur des **faits stétho-radiologiques,** et non sur « les révélations inconscientes d'une oreille particulièrement fine, d'un sens clinique plus ou moins inné (Rist).

C'est ainsi que, dns ce travail, on a d'abord remis au point la théorie du bruit respiratoire physiologique et celle des souffles, qui semblait oubliée : On sait pourtant depuis longtemps qu'un souffle ne naît pas dans la lésion qu'il révèle, mais qu'il n'est que transmission du bruit glottique physiologique par un parenchyme condensé. Comme conséquence, la voix et la toux n'étant qu'une des expressions du souffle glottique physiologique, — leurs modifications si importantes en stéthacoustique respiratoire, ne font pas l'objet d'un chapitre spécial, mais sont étudiées avec chacun des souffles pathologiques dont elles sont les compagnes habituelles.

La méthode actuelle a montré de plus que la **nomenclature des signes d'auscultation** pouvait être avantageusement simplifiée, et qu'il y avait intérêt (ainsi d'ailleurs que pour les signes graphiques qui les représentent) à les grouper par familles possédant des caractères communs. Aussi, en dehors des souffles par compression, somme toute exceptionnels — n'est il étudié ici que quatre variétés de souffles par propagation : les souffles tubaire, pleural, caverneux et amphorique. De même pour les bruits adventices, dont on n'a retenu que quatre groupes : 1) Ronchus et sibilances, 2) Râle crépitant, 3) Râle bulleux (et ses variétés), 4) Frottement pleural.

De petits chapitres traitent du tintement métallique, de la succussion hypocratique et du signe du son.

Chaque signe est expliqué quant à son mécanisme, puis il est reporté dans la séméiologie générale à la place qu'il doit occuper, et dans le **syndrôme respiratoire fondamental** dont il est une des expressions. Chaque affection qu'il contribue à révéler est ensuite sommairement décrite dans ses grandes lignes cliniques, en fonction des lésions anatomiques et des documents radiologiques.

L'ouvrage est accompagné de **schémas** et d'un **tableau complet** des **signes graphiques d'auscultation** employés aujourd'hui.

Ce livre vient à son heure combler heureusement une lacune ; précis et clair, il trouve sa place naturelle aussi bien sur la table du médecin spécialisé, que sur celle du praticen et de l'étudiant.

Les Varices

Pratique des Injections Sclérosantes

par **Raymond TOURNAY**

In-32, 264 pages (22 figures) 20 francs

L'ouvrage du Docteur Raymond TOURNAY est une mise au point actuelle du mode de traitement des varices — et de leurs complications — par les injections sclérosantes. Il est composé presque exclusivement en vue de la pratique. Sans documentation inutile, sans commentaires superflus. « Tout y est méthodiquement, justement et utilement décrit ».

(Sicard)

Dan la premièr partie, rappel succinct des notions élémentaires concernant l'**anatomie** et la **physiologie** des veines du membre inférieur, ainsi que l'**étiologie** et la **symptomatologie** des varices. Puis un court chapitre consacré aux **anciens traiteemnts.**

La deuxième partie traite uniquement des injections sclérosantes. Après avoir rappelé l'**origine de la méthode,** et étudié le **mode d'action** des injections, l'auteur examine les **diverses substances** susceptibles d'être employées, puis il aborde la **technique.** Après exposé de quelques considérations générales et quelques lignes touchant l'**instrumentation,** il étudie le **mode opératoire,** entrant dan les plus petits détails (position du malade, région à injecter, technique de l'injection, ses difficultés), puis il en visage la **conduite,** le **rythme** du triatement (dosages, nombre d'injections par séance, distance entre les injections, intervalle entre les séances,etc.).

Un chapitre très fouillé est réservé ensuite — après mention des suites normales — aux **incidents** et **accidents** consécuttifs possibles. Enfin,après

examen des **indications** et **contre-indications** de la méthode, une réfutation des **objections** susceptibles de lui être opposées.

Dans une troisième partie, l'auteur étudie les **complications** des varices : surtout **eczéma, ulcères** (dont il expose à fond le traitement), ainsi que les **varicosités, angiomes, hémorroïdes** même **varicocèles,** et décrit leur cure possible par les injections. Pour terminer, quelques mots sur les **traitements adjuvants,** et, en appendice, quelques observations.

Ce livre, fruit de l'expérience de neuf années de pratique spécialisée, sera lu avec profit par tous les praticiens. Il sera le guide indispensable de ceux d'entre eux qui voudront appliquer la méthode sclérosante.

Formulaire des Médicaments nouveaux pour 1929

par le Dr. R. VEITZ, préparateur à la Faculté de pharmacie de Paris, pharmacien des Dispensaires de l'Assistance publique. Préface de M. le Professeur Pul Carnot. 34e édition, 1 vol. in-16 de 444 pages : 24 fr. (Librairie J. B. Baillère et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

D'année en année, bien des médicaments nouveaux apparaissent, car jamais, peut-être, la Thérapeutique n'a fait d'aussi rapides progrès. D'où l'utilité d'un formulaire tenu très soigneusement au courant de toutes les acquisitions nouvelles, et donnant au praticien les renseignements nécessaires qu'il lui serait en général long et difficile de chercher dans les publications originales.

Près d'une cinquantaine de nouveaux médicaments ont été ajoutés dans l'édition, pour 1929, de ce **Formulaire** réputé.

Une table alphabétique aussi détaillée que possible complète cet ouvrage. C'est même grâce à elle que nous conseillerons d'effectuer toute recherche, car la plupart de nos médicaments, tels l'hexaméthylène-tétramine, la phényléthymalonylurée, les arsénobenzènes, etc., possèdent une série de dénominations qe l'on trouvera toutes dans la **Table,** à leur rang alphabétique respectif.

INFORMATIONS

Le nouveau pharmacien des hôpitaux de Tunis

Notre excellent collègue et collaborateur, M. **Bouquet-Bryon,** docteur en pharmacie, depuis longtemps établi à Béja, vient, après concours, d'être nommé pharmacien chef des Hôpitaux de Tunis et assumera à ce titre la haute direction de la fourniture générale et de l'approvisionnement des hôpitaux et infirmeries dispensaires de Tunisie.

Nous lui adressons nos meilleures félicitations et nous nous réjouissons de le voir à la tête de cet important service où il saura déployer toute sa compétence et son infatigable activité.

× ×

A la mémoire du Professeur F. Widal

« Les Membres du Comité de rédaction de la revue mensuelle **Le Jeune Médecin,** réunis le 28 janvier 1929, ont décidé d'ouvrir immédiatement une souscription afin d'élever un monument, au Professeur **Fernand Widal** ».

Interne il y a quelque quarante ans à l'hôpital Cochin, Fernand Widal avait gravi toutes les étapes : médaille d'or, bureau central, Professorat, Académie, Institut et, à chacune d'elles, son génie avait laissé sa forte empreinte.

Par ses études et ses découvertes sur la fièvre typhoïde et son vaccin, sur le séro-diagnostic, sur la cytologie, sur la rétention des chlorures, sur l'azotémie, sur le choc hémoclasique, Widal a été le grand créateur d'une pathologie et d'une thérapeutique nouvelles dont le temps et l'expérience confirmeront la valeur.

Fernand Widal, de son vivant, ne connut pas de repos.

Sa mémoire ne doit pas, non plus, en connaître.

La gratitude de tous ceux qu'il a aidés, la reconnaissance de tous ceux qui suivirent son ensesignement magnifique, tous ceux, enfin, qui bénéficièrent de ses découvertes, doivent ceindre perpétuellement son grand nom de l'auréole du souvenir.

Ses familiers l'avaient appelé « le Médecin des Rois ».

C'est beaucoup de la France qu'il emportait avec lui lorsqu'appelé auprès d'un monarque, il aidait puissamment à la diffusion d'un art auquel il avait donné une marque personnelle.

La Médecine, de tous les moyens de propagande, est, certes, le meilleur,

et Fernand Widal, merveilleux ambassadeur, a beaucoup contribué à ce que personne n'oublie que chacun à deux pays, le sien et puis le nôtre.

Aussi, est-ce avec satisfaction que Médecins et Etudiants français accueilleront la nouvelle que nous leur apportons.

Envoyer les fonds (chèque barré ou mandat) à M. Pouzergues, 71, rue de Rennes, Paris (6e).

En l'honneur du Dr. Sabouraud

M. le Docteur SABOURAUD désirant quitter l'Hôpital Saint-Louis et la Direction de son Laboratoire à la fin de l'année 1929, ses Amis et Elèves ont pensé qu'il conviendrait de lui offrir en témoignage de leur affection, sa médaille exécutée par le gaveur A. Pommier et son buste par le sculpteur Charles Despiau.

Le Comité d'Organisation serait heureux de vous voir se joindre à lui et adresser votre souscription au Trésorier: Docteur Maurice PIGNOT, 2, Rue de Gribeauval à Paris.

La médaille et le buste seront remis à M. le Docteur SABOURAUD à l'issue d'un Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française qu'il présidera au mois de Juillet 1929 à l'Hôpital Saint-Louis.

Les souscripteurs d'un minimum de fr. 100, recevront une réplique en bronze de la médaille frappée.

De cette médaille il sera fondu un certain nombre d'exemplaires plus grand modèle, à la manière des grandes médailles des Maitres Italiens de la Renaissance. Ces médailles d'un diamètre de 10 cm. seront attribuées aux souscripteurs de 300 fr. Mais en raison du temps nécessaier à la fonte, ceux qui seairent désireux de se voir attribuer une médaille de ce type devraient en aviser de suite le Trésorier, Docteur PIGNOT, à l'adresse indiquée ci-dessus.

ERRATUM

Page 52 - Lire : de 1925 à 1928, au lieu de 1925 à 1926

La Tunisie Médicale

MARS 1929

TRAVAUX ORIGINAUX

Symptomes et diagnostic des Kystes Hydatiques du Poumon

par les Docteurs René BROC et JAUBERT DE BEAUJEU

Le kyste hydatique du poumon, qui se présente comme une rareté clinique intéressante pour le médecin, tient pourtant le deuxième rang de fréquence dans les statistiques générales de Delastre (1) et Devé.

Statistique de Delastre : (1)

Kystes du Foie 66,23 % ;
Poumon 5,26 % ;
Rate 3'09 % ;
Rein 2,19 %.

Statistique de Dévé :

Foie 74,9 % ;
Poumons 8,5 % ;
Rate 2,3 ;
Rein 2,1 %.

Le poumon tient bien le second rang dans ces statistiques mais de très loin, « sed longe, proximus », et comme souvent le kyste hydatique du poumon est une surprise pour le médecin qui l'observe, comme le kyste hydatique du poumon présente une évolution clinique très variable, pleine d'embûches pour le diagnostic, par là même très instructive, la plupart des cas obervés sont publiés, à l'inverse du kyste hydatique du foie si banal, de sorte qu'on peut penser que les statistiques donnent un pourcentage inférieur à la réalité pour le foie, et supérieur pour le poumon et les autres organes.

Pour le praticien, le kyste hydatique du poumon reste malgré sa fréquence relative, une rareté clinique à côté des autres affections pulmonaires qu'il rencontre tous les jours, rareté dont le diagnostic est toujours difficile. Les statistiques nous montrent tout de même,

(1) Delastre. — L'Echinococcose en Tunisie. — Les kystes hydatiques de la Rate-Thèse, Paris 1927.

qu'il faut y songer quelquefois, c'est pourquoi, nous voudrions dans cette étude, d'après les cas que nous avons observés ces dernières années, passer en revue les formes cliniques que revêtent les kystes hydatiques du poumon, et les moyens de les diagnostiquer.

Il y a des formes latentes, que seule la radioscopie fait connaître, et cela n'a rien d'étonnant, les kystes hydatiques pouvant être assimilés dans tous les organes où ils se développent aux tumeurs bénignes, ne donnant lieu à des symptômes locaux, que lorsqu'ils ont atteint un certain volume provoquant un accroissement, une déformation de l'organe sans signes de compression et sans symptômes généraux, l'urticaire mis à part. Il est très rare, pour le foie par exemple, d'observer une compression des canaux biliaires et de l'ictère,ou des signes d'insuffisance hépatique, même lorsque le kyte est énorme et a détruit une grosse quantité de parenchyme. Il en est de en est de même pour le poumon, le kyste hydatique ne donne lieu à aucun symptôme, tant qu'il n'a pas acquis un certain volume.

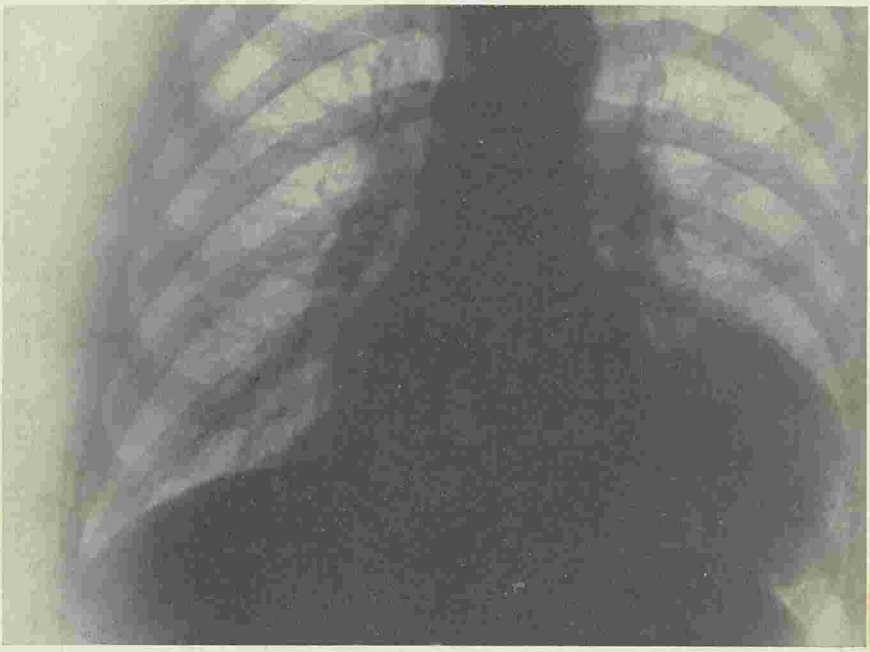
Il y a là un contraste frappant avec les néoplasies primitives ou secondaires de l'appareil broncho-pulmonaire qui se traduisent rapidement, à volume égal, par des symptômes locaux ou généraux. On peut admettre que le kyste hydatique se développant dans la profondeur du parenchyme pulmonaire, reste latent assez longtemps. Seuls les examens radioscopiques permettent de les déceler. Le cas suivant en est un exemple. Il s'agit d'un interne de l'Hôpital civil que nous avions examiné sur la demande du Dr. Lehucher, et qui présentait un gros foie et une grosse rate. A la suite d'un régime alimentaire bien observé, le foie avait considérablement diminué de volume, mais la rate restait grosse, et présentait sur le bord antérieur une masse arrondie rénitente qui nous avait fait songer à un kyste hydatique. Pour établir le diagnostic, des examens du sang et une radiographie furent pratiqués. Deux examens du sang faits à quelque distance l'un de l'autre, dans de mauvaises conditions, d'ailleurs, incomplets, et en pleine période digestive, sans donner de résultats nets en faveur d'une leucémie, n'avaient pas permis d'écarter complètement ce diagnostic. En plaçant le malade devant l'écran pour faire la radioscopie de la rate, le Dr. Jaubert de Beaujeu aperçut une formation kystique dans le poumon gauche et eut l'obligeance de faire la radiographie ci-jointe. Le malade n'avait jamais présenté aucun signe pulmonaire et l'aspect de l'ombre observee était celle d'un kyste hydatique du poumon, de sorte que c'est l'i-

mage radioscopique pulmonaire trouvée par hasard qui confirmait le diagnostic de kyste hydatique de la rate, diagnostic vérifié quelques mois après par une opération faite en France, suivie de l'opération du kyste du poumon. On voit par la radiographie ci-jointe que le kyste hydatique du poumon peut atteindre un certain volume, avant de donner lieu à des symptômes locaux. Les deux kystes de volume à peu près égal, s'étaient-ils développés simultanément, ou l'un après l'autre, et dans ce cas lequel était apparu le premier ? Rien dans ce cas, ne nous permet d'émettre une opinion à se sujet. Si l'on admet qu'ils se sont développés en même temps, le kyste de la rate n'ayant donné lieu à des malaises que depuis 4 à 5 mois, et dépassant déjà le volume d'une très grosse orange, devait exister depuis plus d'un an, période pendant laquelle le kyste pulmonaire serait resté latent. Par analogie avec ce que nous avons observé pour les kystes hydatiques du foie nous pensons que les kystes hydatiques du poumon peuvent rester latents pendant plusieurs années, sans même donner lieu aux hémoptysies, ce signe « précurseur » par excellence pour Dieulafoy. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin à ce sujet, sur l'opinion de Dieulafoy.

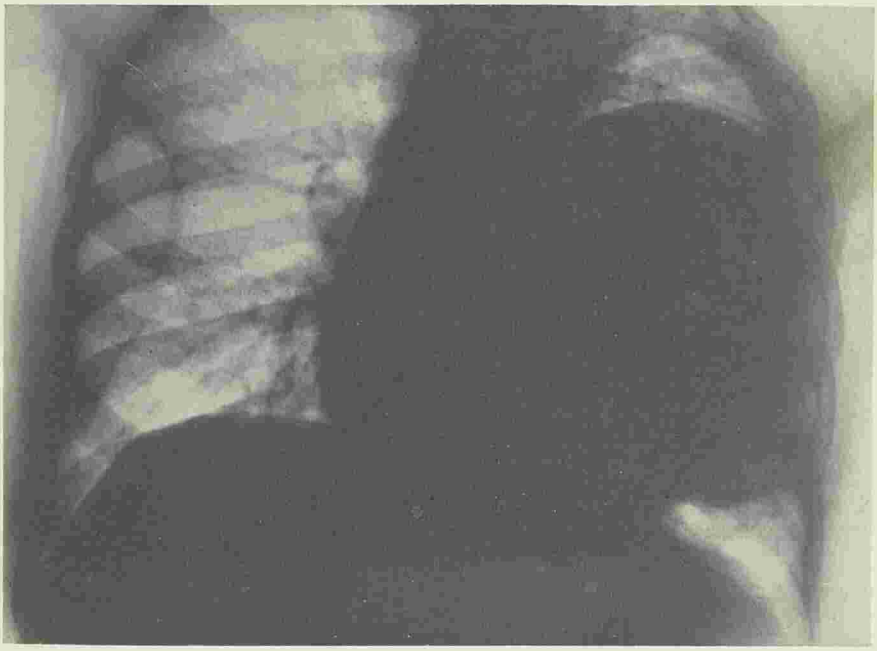
Lorsque le kyste hydatique siège à la base des poumons et qu'il a acquis un certain volume, qu'il se rapproche de la périphérie de l'organe, il donne lieu à des signes physiques et fonctionnels, forte matité, abolition des vibrations, affaiblissement ou disparition du murmure vésiculaire, point de côté, qui font porter le diagnostic de pleurésie. C'est surtout lorsqu'il siège à la base droite qu'on observe cette forme qui simule à s'y méprendre la pleurésie séro-fibrineuse. La ponction exploratrice en ramenant un liquide clair comme de l'eau de roche fait faire un diagnostic inattendu. Cela nous est arrivé, une ou deux fois, à la consultation externe de l'Hôpital, en ponctionnant séance tenante, des malades qui paraissaient atteints d'une pleurésie séro-fibrineuse, nécessitant une ponction évacuatrice, et que nous voulions convaincre de la nécessité de rester à l'Hôpital « pour se faire tirer de l'eau du côté. » Il y a souvent des malades, que seule la vue du liquide persuade, et remplit d'étonnement, étonnement partagé par nous quand l'aspect du liquide révèle un kyste hydatique. La radioscopie devenue inutile dans ce cas pour le diagnostic, pratiquée ensuite pour trouver le siège exact du kyste, permet d'en voir la forme, le volume et les meilleures voies d'abord pour le chirurgien. (Cliché n° 4).

Les kystes hydatiques du poumon peuvent être confondus avec des pleurésies purulentes et dans ces cas la ponction exploratrice elle-même conduit à une erreur inévitable, corrigée par l'intervention chirurgicale. C'est ainsi qu'un jour nous avons ponctionné à la consultation un malade (Mohamed Souissi El Khiari) venu fin juillet 1927 qui paraissait avoir une pleurésie remontant jusqu'à mi-hauteur du poumon droit. Le malade n'avait pas de fièvre, mais la ponction ramena un liquide franchement purulent. Passé en chirurgie le premier août 1927, il s'écoula par l'ouverture opératoire une grande quantité de pus contenant des vésicules, le malade cachectique décéda le 14. Il est à remarquer que la suppuration de la pleurésie, come pour les abcès du foie, était restée entièrement apyrétique. Le diagnostic de pleurésie purulente ayant été confirmé par la ponction exploratrice, et le malade assez cachectique, la radioscopie n'avait pas été pratiquée dans ce cas, où il s'agissait d'un kyste hydatique du poumon, propagé à la plèvre.

Dans tous ces cas, les signes fonctionnels sont peu importants, la toux, et même le point de côté peuvent manquer, les signes physiques de pleurésie sont souvent perçus au cours d'un examen général sur des malades venus pour une autre affection, paludisme, troubles gastriques, et dans ce dernier cas, ils feront presque infailliblement penser à une tuberculose pulmonaire avec troubles dyspeptiques. Le cas suivant que nous avons observé en clientèle en est une forme bien amusante. Un jeune israélite, âgé de 25 ans se présente à notre consultation, très amaigri, ayant en 2 mois perdu 6 à 7 kilogr., très inquiet, se plaignant de troubles dyspeptiques banaux, d'une très grande faiblesse, pertes des forces rapides, sans fièvre et sans toux. Le malade raconte son histoire, en l'expurgeant soigneusement suivant l'habitude tunisienne, des visites et soins donnés par un autre confrère. L'examen du tube digestif ne m'ayant révélé qu'une dyspepsie banale, douleurs sans horaires précis, brûlures, pesanteurs, constipation, sans vomissements ni hématémèse, appétit conservé quoiqu'un peu irrégulier, troubles paraissant dus à un abus des piquants, à la rapidité d'absorption des aliments, abus des boissons gazeuses entre les repas, etc., restait à trouver la cause d'un amaigrissement si rapide. Quoiqu'il n'y eût ni toux, ni fièvre, ni dyspnée ou point de côté, on pouvait songer à des troubles dyspeptiques prétuberculeux, et un examen général s'imposait. Je demandai au malade d'enlever ses vêtements pour ausculter les poumons. Cette

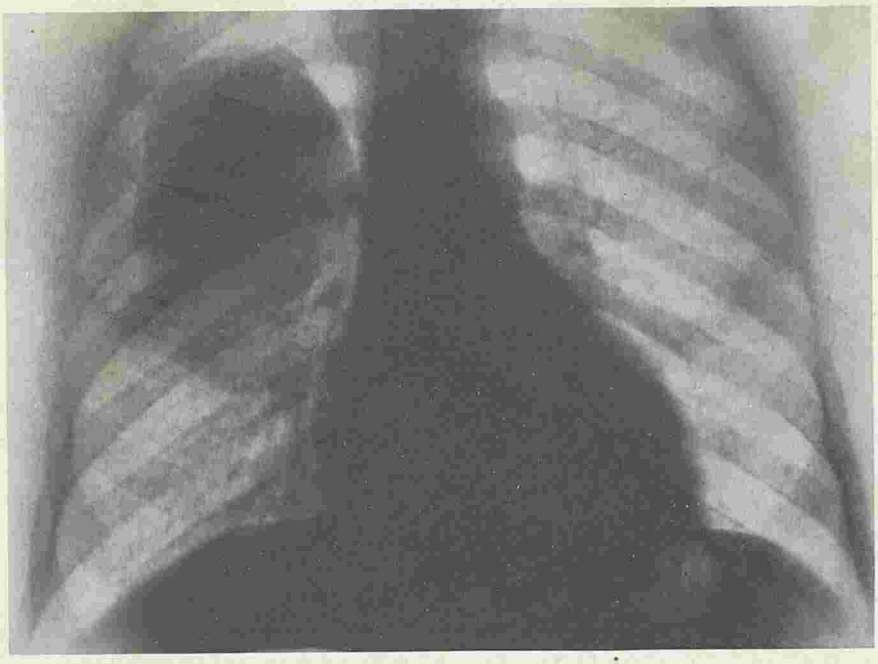


N° 1. — Kyste hydatique latent du poumon. Aucun signe d'auscultation.

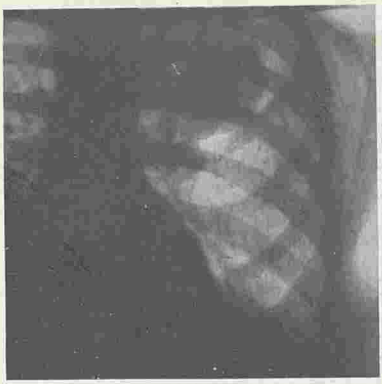


N° 2. — Kyste hydatique. Signes de pleurésie de la grande cavité.

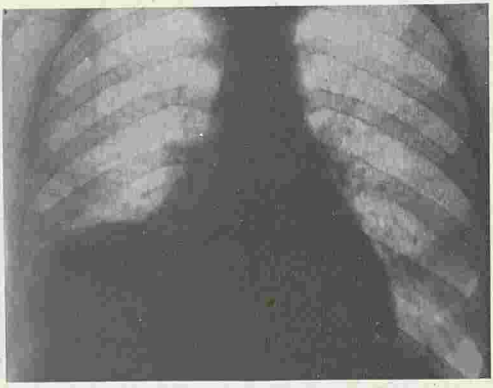
Clichés Jaubert de Beaujeu



N° 3. — Kyste hydatique. Sommet : submatité, diminution du murmure respiratoire.

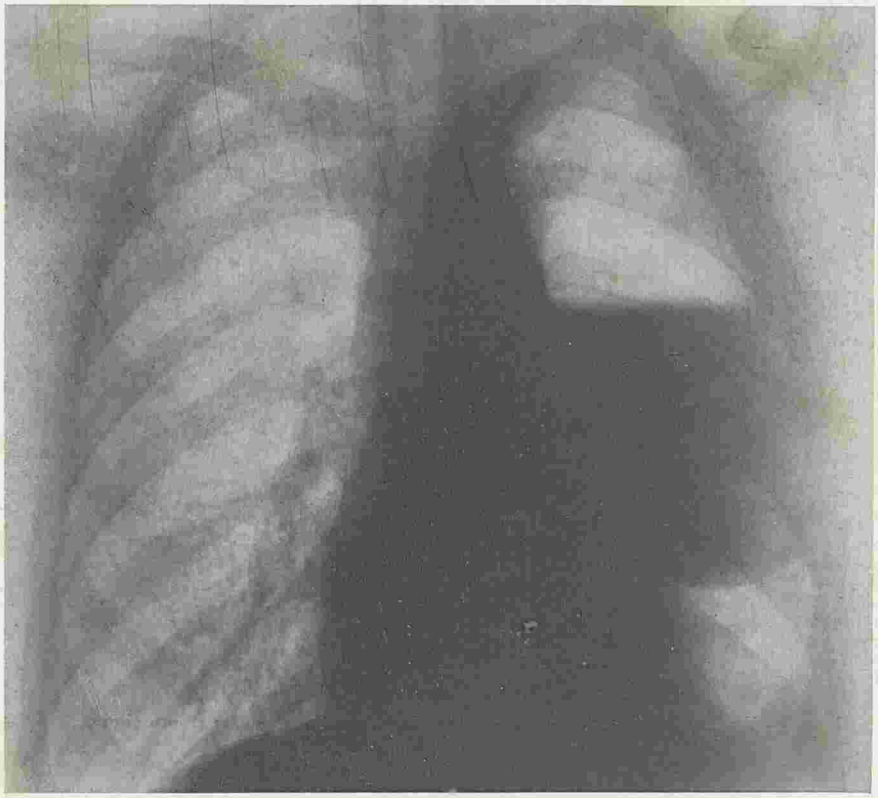


N° 4. — Hémoptysies. Submatité. Diminution des vibrations. Affaiblissement du murmure respiratoire.

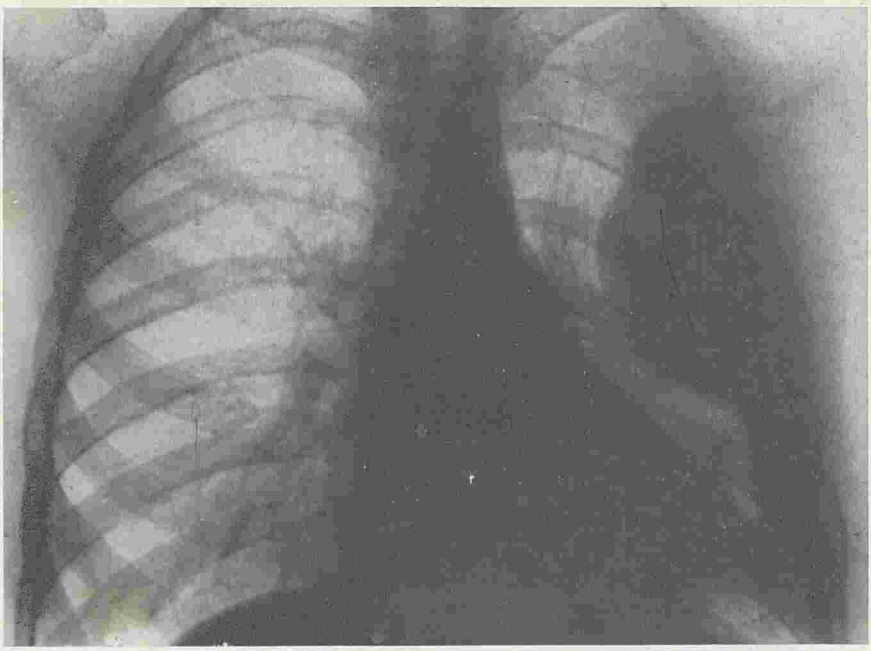


N° 8. — Kyste hydatique. Signes de pleurite base. Ponction positive.

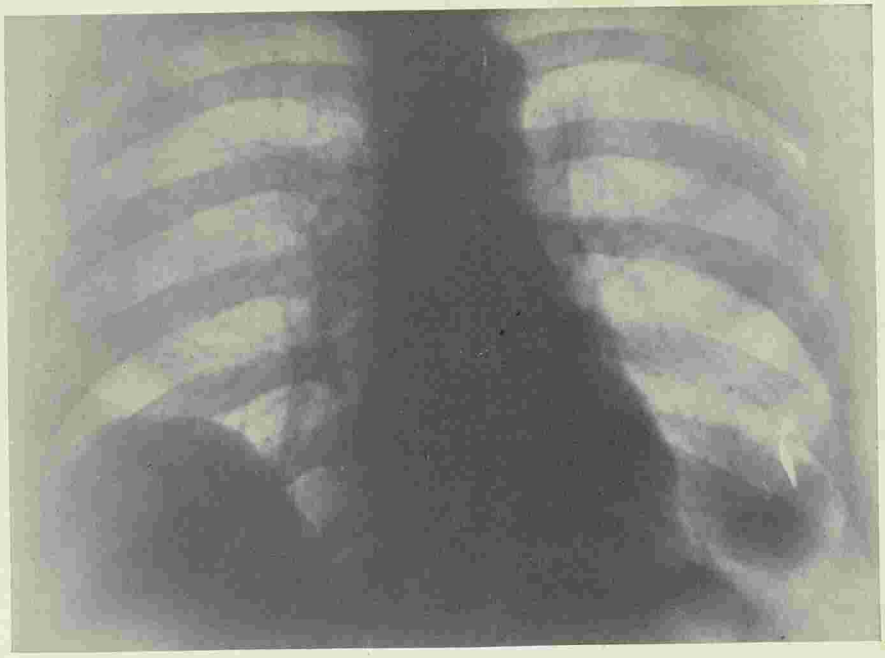
Clichés Jaubert de Beaujeu



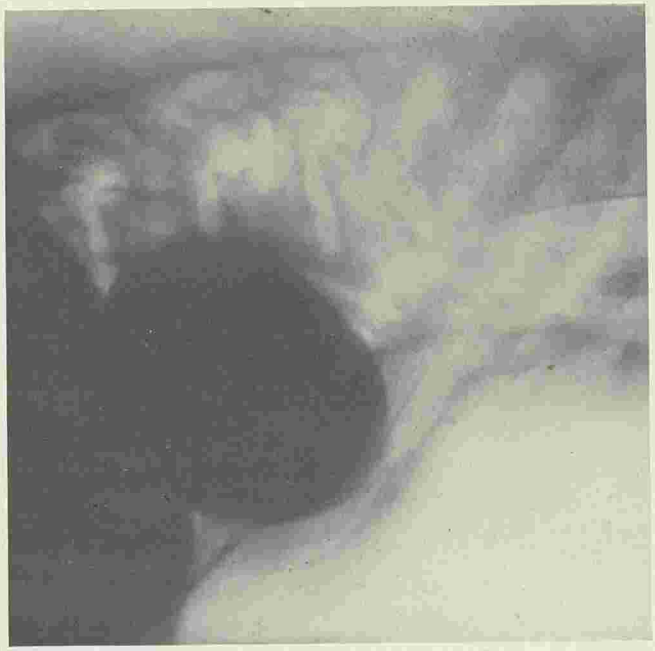
N° 5. — Kyste hydatique. Vomique : tantôt signes de caverne, tantôt signes de broncho-pneumonie.



N° 6. — Kyste hydatique costal. Voussure thoracique. Matité et obscurité respiratoire.



N° 7. — Kystes hydatiques. A droite signes de pleurésie, à gauche aucun signe.



N° 7 *a*. — Même cas. — Kyste de la base droite profil.

Clichés Jaubert de Beaujeu

demande lui parut si saugrenue qu'il laissa échapper le secret qu'il avait si bien gardé, à savoir qu'il était soigné depuis trois mois par un médecin polyspécialiste (foie, estomac, intestin et opothérapie), et j'eus en partie l'explication de l'amaigrissement du malade, dont les troubles dyspeptiques ne s'étaient pas améliorés à la suite du premier traitement ordonné et qui avait été soumis à un régime de plus en plus sévère dont finalement avaient été bannis la viande, le pain, poisson, œufs, pâtes, lait, huile, sucre, beurre, farineux, prescriptions restrictives successivement accumulées et scrupuleusement suivies par le malade, réduit aux légumes verts cuits à l'eau, qu'il absorbait en petite quantité, en étant dégoûté. Evidemment bien des signes s'expliquaient de par ce régime type de dénutrition générale mais je tins à m'assurer tout de même de l'état des poumons et je constatai dans la région sous claviculaire droite, sur un travers de main environ, une submatité nette, et une diminution du murmure respiratoire à ce niveau, par comparaison avec l'autre côté, sans autres phénomènes sthétacoustiques.

Je conseillai au malade de se faire radiographier, de prendre régulièrement sa température, de suivre un régime alimentaire reconstituant, les signes constatés dans le sommet droit, pouvant être attribués à une poussée ancienne de bacillose, ayant guéri par symphyse pleurale, ou à un foyer récent en voie de formation. Le malade, très craintif, mis au courant de la difficulté d'interprétation des signes observés dans le poumon droit, et de l'aide que pourrait apporter la radiographie, préféra d'abord rester dans le doute, plutôt que de se savoir tuberculeux, puis finalement il se décida, et ce fut à mon tour d'être étonné, en voyant l'image d'un kyste hydatique, auquel je n'avais pas songé ; je pus rassurer le malade, lui affirmer qu'on pouvait écarter définitivement le diagnostic de tuberculose pulmonaire, et cette bonne nouvelle, le changement de régime eurent rapidement raison des troubles dyspeptiques et de l'amaigrissement qui ne se sont plus reproduits, ce qui prouve qu'ils n'avaient aucun rapport avec le développement du kyste hydatique du poumon.

Nous avions conseillé au malade de se faire opérer, et le chirurgien auquel il s'était adressé avait accepté d'intervenir jugeant le kyste suffisamment accessible. Mais le malade se déroba au dernier moment, trouvant toujours des prétextes pour retarder l'opération, tantôt la nécessité de reprendre du poids, tantôt d'attendre la fin des

chaleurs etc., si bien qu'un beau jour, en plein travail, sa santé générale recouvrée, « comme un coup de tonnerre dans un ciel serein ». survint une hémoptysie violente avec rejet de vésicules observées par un confrère appelé d'urgence. Je vis le malade le soir même, l'hémoptysie assez abondante, semblable aux hémoptysies des tuberculeux, sang rutilant aéré, sans nouveau rejet des membranes, s'arrêta au bout de quelques jours, et le malade put reprendre assez rapidement ses occupations. Depuis, 2 à 3 autres hémoptysies moyennes se sont reproduites survenant à la suite d'un effort, la dernière provoquée par un coït. Cette observation nous permet de déterminer le temps qui s'est écoulé entre la découverte fortuite du kyste, celui-ci ayant déjà un certain volume, et l'apparition de la première hémoptysie.La radioscopie, en montrant des kystes hydatiques du poumon d'un gros volume, rester silencieux, a contribué à réformer l'opinion de Dieulafoy, qui pensait que dès sa période de formation, le kyste pouvait donner lieu à des symptôme importants, dont le plus saillant était l'hémoptysie. Je pense dit-il « que l'embryon exacanthe peut devenir, dès sa fixation dans le poumon, une cause d'hémoptysie ; je crois que les hémoptysies peuvent se répéter, alors que le kyste hydatique tout à fait à ses débuts n'a que les dimensions d'une tête d'épingle, d'un petit pois, d'une noisette, et elles peuvent continuer à se produire pendant l'évolution du kyste hydatique avant sa rupture. Telles sont les hémoptysies précoces, on comprend qu'il est essentiel de les bien connaître » (1).

L'hémoptysie sans être aussi précoce que le pensait Dieulafoy, n'en reste pas moins souvent le signe le plus fréquent et le premier en date du kyste hydatique du poumon, un signe *précurseur*, dont l'importance est considérable, parce qu'il effraie le malade, surtout les indigènes et qu'il les amène à consulter de suite, tandis qu'ils supportent pendant des années d'autres symptômes, névralgies intercostales, toux, dyspnée légère. C'est souvent pour des hémoptysies que les malades sont venus nous consulter, témoin les deux cas suivants : un jardinier 18 ans, venu à la consultation de l'hôpital Sadiki le 13 août 1928, Abd-El-Aziz ben Mohamed ben Hamouda qui crachait du sang rouge en petite quantité, petites hémoptysies très fréquentes depuis un an et demi, en soulevant des objets lourds, ou en courant. A l'examen, on trouvait au sommet gauche de la sub-

(1) Dieulafoy. — Pathologie interne. Tome I, 15e édition, page 4[illegible].

matité, de la diminution des vibrations et un murmure respiratoire affaibli, sans râles, la radioscopie montrait dans la région sous-claviculaire une masse arrondie de la grosseur d'une orange, ce qui infirmait le diagnostic de tuberculose. D'ailleurs le malade pris dans le service de médecine nous apprenait qu'il n'avait jamais eu de fièvre, ni perte d'appétit ou amaigrissement, toux ou dyspnée, dans l'intervalle des crachements de sang. Le diagnostic fait par la radiographie n'a pu être confirmé par l'opération le malade, passé en chirurgie, ayant refusé toute intervention.

Toutes ces hémoptysies dites précoces par Dieulafoy, ont un caractère commun très particulier. Elles sont *apyrétiques* c'est là leur caractère principal, qui permet de penser que la tuberculose n'est pas en cause, lorsqu'elles se répètent plusieurs fois, avec ce caractère d'apyrexie. La toux disparaît dès que l'hémoptysie cesse, le malade qui n'a perdu ni l'appétit, ni ses forces, peut reprendre de suite ses occupations manuelles, s'il s'agit d'un ouvrier ; il n'y a ni perte de poids, ni dyspnée, ni transpirations nocturnes, on peut comparer ce symtôme isolé à un coup de tonnerre éclatant dans un ciel serein, et c'est « ce superbe isolement » qui doit faire penser à un kyste hydatique du poumon et inciter à faire faire une radiographie pour confirmer le diagnostic.

Ce sont les caractères sus-décrits qui nous ont permis de soupçonner la présence d'un kyste hydatique du poumon chez un jeune algérien de 18 ans Abderrahman Hamadouch ben Taïb ben Leddik, de Saint-Arnaud, venu à notre consultation et que nous fîmes entrer à l'Hôpital Sadiki le 28 mai 1927. Il avait présenté depuis deux ans plusieurs hémoptysies très abondantes survenant tous les 3 à 4 mois, en pleine santé apparente, sans toux, dans l'intervalle des crises, sans fièvre. Il donnait l'apparence d'un homme très robuste, bien musclé, pas amaigri, mangeant bien, pas malade comme il le disait lui-même. On trouvait sous la clavicule droite, sur un travers de main, une très forte matité avec absence du murmure vésiculaire, mêmes signes en arrière moins marqués, aucun signe adventice, ni râle, ni souffle, ni retentissement de la toux. Cœur normal. En somme signes physiques d'un épanchement pleural ou d'une symphyse pleurale avec forte induration du poumon, car la matité était trop prononcée pour une symphyse pleurale seule. La pleurésie avec épanchement s'accompagne très rarement d'hémoptysies, il aurait fallu admettre dans ce cas une pleurésie enkystée du sommet, sou-

vent purulente, elle aurait dû s'accompagner au moment des hémoptysies de poussées fébriles, de crachats purulents et de modifications de l'état général. Les mêmes raisons faisaient éliminer le cancer massif du poumon, l'anévrisme si rare chez les jeunes et les indigènes. L'intégrité de l'état général laissait plausible aussi l'hypothèse d'une tumeur bénigne du poumon, dont le kyste hydatique est la forme la plus fréquente. On avait le choix entre la ponction exploratrice ou la radiographie pour éclairer le diagnostic. Le malade mis au courant de la possibilité d'une intervention opératoire et des moyens capables d'assurer le diagnostic préféra la radiographie. On constate au sommet droit une ombre occupant le lobe supérieur du poumon et dont l'opacité était absolue, uniforme. A sa limite inférieure, le contour est circulaire, quoique légèrement flou.

Sur la table d'opération, le chirurgien nous ayant demandé, dans quel espace intercostal faire son incision, nous avons conseillé de faire une ponction exploratrice en avant, et en plein milieu de la matité dans le sens de sa hauteur, ponction exploratrice qui démontra la présence du kyste, très profondément situé dans l'épaisseur du poumon. Cette observation nous permet de rappeler l'importance de la ponction pour le diagnostic du kyste hydatique, ponction que l'on a abandonnée par suite de la diffusion de la radiographie, et qui est cependant un signe de certitude qu'il ne faut pas dédaigner.

Lorsque les hémoptysies se produisent à la suite de poussées congestives ou infectieuses autour du kyste, ou au moment de la rupture, à la suite de suppuration du kyste, elles perdent leurs caractères si particuliers d'apyrexie complète, d'intégrité absolue de l'état génral, de cessation brusque de la toux et de l'expectoration, et ne sont plus d'aucune utilité pour le diagnostic. Elles contribuent plutôt à fausser ce dernier, en faisant penser à la tuberculose ou aux abcès du poumon. Des examens répétés des crachats, l'évolution de la maladie, la radiographie peuvent dans ces cas contribuer à redresser le diagnostic. C'est ce qui s'est produit dans le cas suivant que nous avons eu l'occasion d'observer avec le Dr. Bardou qui a bien voulu me transmettre les renseignements suivants: « Appelé le 28 juillet 1927 auprès de M. C., je constatai qu'il était atteint d'une congestion pulmonaire gauche avec la symptomatologie ordinaire, matité, diminution notable du murmure vésiculaire, respiration soufflante, crachats très légèrement colorés, fièvre à 38,5. Cependant la durée de la maladie fut un peu anormale, puisqu'il ne reprit son

service que le 25 août.

Le 15 septembre, le même malade me fait appeler, car il avait depuis la veille au soir des crachats franchement hémoptoïques avec fièvre légère. A l'auscultation, je constatai outre une respiration soufflante, des râles humides qui naturellement éveillèrent mon attention au point de vue tuberculose, et je conseillais vivement une radiographie, mais à ma grande surprise, au bout de trois à quatre jours, je ne rerouvais plus ces signes; matité très diminuée, submatité légère, plus de souffle, ni de râles humides. La radiographie faite sur mes instances montre la présence d'une ombre circulaire à bords nettement limités. J'avais envisagé l'hypothèse d'un abcès du poumon, mais l'aspect radiographique nous fait penser plutôt à un kyste hydatique.

Le 17 janvier 1928, nouvelle rechute avec symptômes très amplifiés, gros bloc de matité, véritable souffle caverneux, râles humides en grand nombre, gargouillement intense dans cette région, hémoptysies fréquentes. De nouveau, au bout de quatre jours, après un tableau pareillement impressionnant, silence absolu, les râles et la toux sont trè rares, plus de souffles, seule la submatité persiste.

J'avais nettement l'impression d'une poche qui se remplissait silencieusement, qui se vidait ensuite d'une façon dramatique et une fois complètement évacuée la période de latence reprenait.

Toujours l'intervention chirurgicale était ajournée.

Le 29 mai, la situation s'aggrave brusquement, hémoptysies abondantes et répétées que l'on a toutes les peines du monde à juguler, tout le côté du poumon est pris en bloc, état fébrile marqué, état gnéral inquitant. Le malade, ayant été examiné par le Dr. Bouquet, qui conclut à une intervention, dès que la crise sera passée, est dirigé d'office à l'Hôpital civil où il a été opéré par ce dernier le 23 juin d'un kyste hydatique du poumon. Depuis l'état général est des plus satisfaisans et il n'y a plus rien à signaler localement. »

Nous avions eu l'occasion de voir ce malade avec le Dr. Bardou à un moment où la poche était presque vide, et l'aspect radioscopique, ainsi que l'examen répété et négatif des crachats au point de vue bacilles de Kock, nous avait d'un commun accord fait écarter l'idée d'un traitement par le pneumothorax artificiel. L'absence de fétidité des crachats, la reprise rapide de l'état général dans les périodes apyrétiques faisait éliminer l'abcès du poumon. Le bord inférieur parfaitement arrondi de la poche hydro-aérique et le peu de réaction

inflammatoire du parenchyme pulmonaire contigu rendait peu probable une pleurésie enkystée, c'est pourquoi nous nous étions ralliés à la possibilité d'un kyste hydatique suppuré évacué par les bronches quoiqu'on n'aie pas pu constater de rejet de membrane hydatide. De toute façon une intervention s'imposait, en présence de cette poche, qui n'avait aucune tendance à se fermer, et l'intervention, permit de faire un diagnostic exact, et de porter un pronostic favorable qui fut confirmé par l'évolution. Deux ponctions exploratrices faites par l'un de nous, le malade étant couché, n'avaient donné aucun résultat, il est vrai qu'à ce moment la poche était presque vide, et que le peu de liquide qu'elle contenait avait dû s'étaler en formant une couche très mince sur la paroi postérieure de la poche. Inutile de dire que ces deux ponction blanches avaient fortifié le malade dans l'idée de ne pas se faire opérer, et qu'il fallut la dernière crise avec ses grandes hémoptysies pour décider le malade à accepter l'intervention proposée.

En dernier lieu, nous voulons signaler un cas assez rare, ayant simulé la forme clinique bien connue de kyste hydatique du poumon avec signes physiques, peu ou pas de troubles fonctionnels, et dans laquelle on trouve des déformations thoraciques avec matité et obscurité respiratoire.

Il s'agissait d'un malade entré dans notre service le 15 février 1927, Abdallah ben Bou Djemaâ, qui présentait au niveau de l'hémithorax gauche, une vousure manifeste au niveau des 3e, 4e et 5e côtes avec élargissement de tout le thorax. On trouvait dans l'aisselle, et au niveau des espaces intercostaux précités de la matité et du silence respiratoire. Pour éclairer le diagnostic, nous regardons le malade à l'écran avec le Dr. Jaubert, qui fait des radiographies de face et de profil pour tâcher de déterminer l'origine de la masse observée au niveau de la région moyenne du poumon gauche. La présence d'érosions costales semblait faire pencher en faveur d'une tuberculose, mais les abcès froids costaux se fistulisent en général assez vite à la peau, et la radiographie ne prouvait pas absolument que la masse était extra-pulmonaire. L'état général excellent, l'absence des signes fonctionnels marqués, faisait songer à une tumeur bénigne et sans les lésions costales, on aurait songé à un kyste hydatique du poumon. Le diagnostic restait donc en suspens, mais le malade insistait si fortement pour se faire opérer, qu'il fut passé en chirurgie pour avis et le chirurgien ayant décidé d'intervenir, l'opération

démontra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique de la paroi thoracique intéressant 4 côtes et évoluant vers la cavité thoracique, en refoulant devant lui la plèvre pariétale, et au-delà d'elle la plèvre viscérale et le poumon (1).

Au cours de cette étude qui nous montre à combien d'erreurs de diagnostic donne lieu le kyste hydatique du poumon, nous n'avons rencontaré que deux signes vraiment pathognomiques, le rejet de la membrane, ou l'examen du liquide de ponction. La radioscopie elle-même peut donner lieu à des erreurs, si les images observées sont conisdérées isolément. Dans certains cas, des tumeurs secondaires développées dans les poumons peuvent donner des images nettement rarondies qui simulent des kystes hydatiques. Seule l'histoire de la maladie permet de porter un diagnostic exact.

En terminant cette étude sur les kystes hydatiques du poumon nous ne pouvons mieux faire que donner comme conclusion les sages sages préceptes du Dr. Léon Faisans (2).

« Les signes parthognomiques sont infiniment rares, si tant est qu'il en existe la confiance excessive accordée à tel ou tel signe, (sur la foi des auteurs) est responsable des nombreuses erreurs de diagnostic qui auraient pu être évitées, si au lieu de se contenter d'un signe unique, on avait recueilli, rapproché, comparé les uns aux autres tous les signes fournis par les quatre méthodes d'examen (inspection, palpation, percussion, auscultation auxquelles il ajoutait la radioscopie).

« Avant de pratiquer l examen direct d'un malade, le médecin doit l'interroger chaque fois que cela est possible, et obtenid de lui les renseignements qui peuvent l'éclairer sur l'état antérieur de la santé, la durée de la maladie actuelle, la manière dont elle a commencé, les principaux phénomènes qui ont marqué son évolution; il doit rechercher l'existence des symptômes subjectifs et se faire rendre compte des sensations perçues par le malade, s'il souffre, s'il tousse, s'il est oppressé, quels sont le genre, le siège, l'intensité de la douleur, quelle est la nature, la fréquence de la toux, quel est le degré de la dyspnée; il doit s'nquérir s'il y a des expectorations

(1) L'observation a été publiée dans la Revue Tunisienne des Sciences Médicales en 1927 par les Drs. Brun et Duplenne, 6 mai 1927 sous le titre: « Un cas de kyste hydatique de la paroi thoracique ».

(2) Maladies des organes respiratoires, méthodes d'exploration. Signes physiques.

et demander à les voir, en se réservant d'en faire ultérieurement l'analyse bactériologique ; il doit s'assurer s'il existe ou non de la fièvre, et enfin, surtout quand il s'agit d'une maladie chronique, déterminer le retentissement qu'elle a pu avoir sur les autres organes, et les effets qu'elle a pu produire sur l'état général. Quand toutes ces notions préliminaires sont acquises, le terrain est déjà en partie déblayé et le champ des hypothèses s'est rétréci de plus en plus. C'est le moment de faire intervenir les méthodes d'exploration directe et d'appuyer le diagnostic sur l'ensemble des signes objectifs. »

Cette citation peut paraître un peu longue mais elle s'applique d'une façon parfaite au diagnostic des kystes hydatiques du poumon, en particulier aux méthodes de laboratoire, (Weinberg, recherche de l'éosinophilee, etc.) qui, considérées séules, conduisent fréquemment à des erreurs. C'est plus souvent par l'histoire du malade qui révèle un contraste étonnant entre l'hémoptysie et le retentissement sur l'état général, l'absence de fièvre et de toux, que nous avons été amenés à songer au kyste hydatique du poumon, affection assez rare, à laquelle il faut cependant parfois songer en Tunisie.

FAITS CLINIQUES

Kyste Hydatique de l'Orbite

par les Drs, CUENOD et ROGER NATAF

Une petite bédouine Bornia bent Allaia, âgée de huit à dix ans, nous est amenée le 26 février dernier, c'est-à-dire il y a quelques jours, pour une affection de l'œil droit.

Depuis un mois et demi environ, les parents de la petite Bornia se sont aperçus que peu à peu l'œil droit de leur enfant s'exorbitait. Ils se sont enfin décidés à la présenter au médecin devant l'aspect effrayant de la fillette, comme vous pouvez vous en rendre compte par les photographies que nous vous apportons.

A première vue, nous sommes devant une tuméfaction extraordinaire de l'œil droit qui fait véritablement saillie.

L'œil gauche est entièrement normal.

A l'œil droit la paupière supérieure est tendue, à peine tuméfiée et violacée. Au contraire, la paupière inférieure est entièrement ectropionnée et présente un chémosis intense : la conjonctive boursouflée œdématiée est follement renversée au dehors, formant un bourrelet rouge muqueux de plusieurs centimètres de largeur.

Entre les deux paupières on voit apparaître le globe oculaire qui a l'air véritablement repoussé hors de l'orbite. Cette protrusion est telle, que le mot exophtalmie est réellement insuffisant pour l'exprimer, alors que le terme d'*extériorisation complète de l'œil hors de l'orbite* n'est guère exagéré.

La paupière supérieure pourtant très tendue n'arrive pas à recouvrir la cornée qui étant continuellement exposée à l'air présente déjà à sa partie inférieure un large *ulcère* trophique d'allure perforante, avec un début d'hypopion dans la chambre antérieure.

La palpation de cette tuméfaction qui n'est ni chaude ni très douloureuse, confirme elle aussi que l'œil est presque entièrement hors de sa loge orbitaire.

Malgré, ces symptômes physiques alarmants, *l'état fonctionnel* est encore relativement bon. La petite malade ne souffre pas beaucoup et n'a pas de température, elle est cependant dans un continuel état de somnolence.

L'acuité visuelle de cet œil est V.OD = 7 à 8/10.

Le champ visuel est plus étendu latéralement que dans la normale, surtout dans sa partie interne, du fait même de la protusion de l'œil mais il est presque nul dans sa partie inférieure à cause du large

ulcère que la cornée présente dans son secteur inférieur.

La mobilité de l'œil est nulle, il subsiste cependant de très faibles mouvements de latéralité à peine perceptibles.

La pupille est complètement immobile et ne réagit ni à la lumière ni à la convergence.

Chose paradoxale, extraordinaire même, malgré ces symptômes impressionnants de compression intra-orbitaire paraissant dater d'au moins deux mois, *il n'y a aucun signe de stase papillaire et l'examen ophtalmoscopique montre un fond d'œil d'aspect absolument normal.*

Devant les signes que nous venons de décrire, il n'était pas difficile de poser la diagnostic de tumeur intra-orbitaire qui se développant chez un enfant tout jeune, a pu dilater les parois de l'orbite sans avoir encore provoqué de dégâts dans le fond de l'œil, le globe oculaire ne rencontrant pas d'obstacle dans son refoulement hors de l'orbite.

D'évolution trop rapide pour être une tumeur proprement dite, et trop lente pour être une collection purulente ou un phlegmon de l'orbite, cette affection qui évolue sans signes généreux, est diagnostiquée *kyste de l'orbite.*

Devant l'intégrité fonctionnelle relative de l'œil, nous écartons provisoirement le diagnostic de kyste dermoïde de l'orbite, lequel est toujours congénital et empêche toujours le développement normal de l'œil même lorsque le kyste ne se révèle que fort tard.

De plus, ayant affaire à une enfant vivant à la campagne en contact constant avec toutes sortes d'animaux, nous posons le diagnostic de *kyste hydatique* très probable, l'un de nous ayant déjà eu l'occasion de diagnostiquer et d'opérer avec succès un cas semblable chez un jeune homme.

La malade est envoyée pour une radiographie de l'orbite au Dr. Maruani qui nous fait la réponse suivante :

I) *Radiographie de face :*

a) *du côté gauche.*

On voit bien les contours de l'orbite et du sinus maxillaire.

b) *du côté droit*

On ne distingue pas bien les contours de l'orbite.

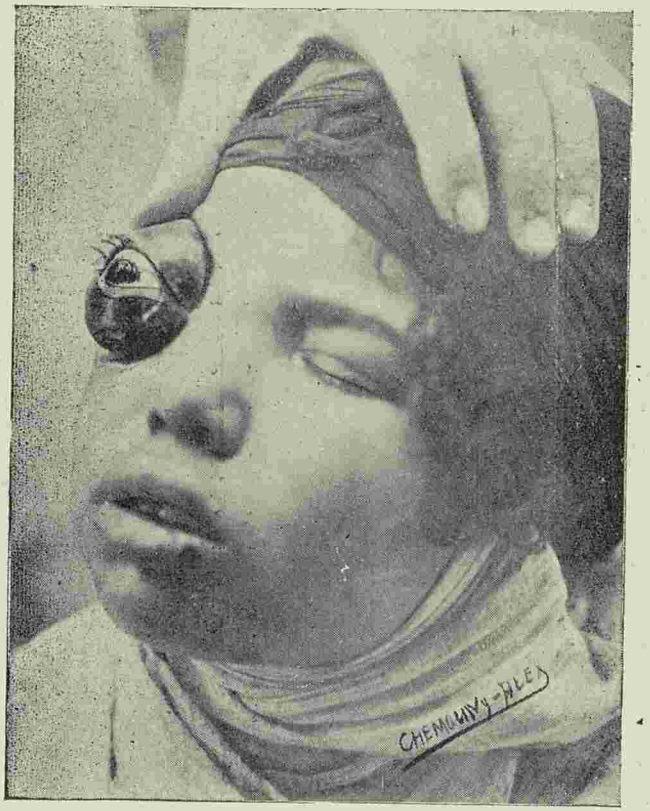
La masse du rocher présente une image beaucoup plus nette.

Le sinus maxillaire est de contours à peine visibles.

Fosses nasales: l'image des cavités nasales est peu visible et se

trouve recouverte par une image claire, circulaire, qui vient empiéter sur le sinus maxillaire gauche.

La cellule etmoïdale est très élargie.



II) *Radiographie de profil :*

La partie postérieure du contour orbitaire est peu visible.

Sur notre demande, le Dr. Brugairolle, procède à l'examen oto-rhynologique dont voici le résultat :

A l'examen des fosses nasales, la face extérieure présente une voussure assez accentuée au-dessus du cornet inférieur et au niveau du méat moyen. Le cornet moyen est de volume normal, mais coincé entre la lame perpendiculaire et l'ethmoïde antérieur. Pas de pus. Au styley on trouve une muqueuse nomale.

A la diaplanoscopie : le sinus droit s'éclaire normalement dans sa

partie inférieure, mais très mal dans sa partie supérieure, paraissant de ce fait diminuée de volume.

En somme cet examen confirme notre hypothèse du refoulement de toutes les parois orbitaires, ce qui explique l'absence jusque à de tout signe de compression de nerf optique.

Pour essayer de confirmer notre diagnostic et avant toute intervention, nous procédons à une ponction.

Une première fois le trocart enfoncé prudemment mais profondément au niveau de l'angle inféro-interne de l'orbite ne ramène rien.

Une seconde ponction au niveau de l'angle inféro-externe de l'orbite laisse écouler une certaine quantité d'un liquide clair, transparent, qui s'échappe avec facilité par le trocart.

A ce moment-là notre diagnostic nous parut déjà pleinement confirmé.

Nous pouvons en recueillir près de 20 cc. et nous faisons une injection d'une quantité d'alcool iodé inférieure à celle du liquide retiré, que nous envoyons au laboratoire.

Après centrifugation, le liquide est limpide, transparent, à peine ambré. A l'examen microscopique du dépôt on trouve quelques éléments figurés du sang et de très rares cellules épithéliales. *Absence de crochets d'ecchinocoques.*

Malgré cet examen microscopique négatif pour les crochets nous persistons dans notre conviction de kyste hydatique et nous demandons alors un séro-diagnostic. *La réaction de Weimberg est positive.*

De plus la formule leucocytaire que voici révèle une *forte éosinophilie* (II %)

73 % des leucocytes totaux.
Polynucléaires neutrophiles 62 %
Polynucléaires éosinophiles 11 %.

27 % leucocytes totaux
Lymphocytes 4,5 %
Moyens mononucléaires 17 %
Grands mononucléaires 5,5 %

Malgré notre ponction, les sysmptômes continuant à s'aggraver, nous nous décidons à une intervention plus radicale.

En effet les douleurs augmentent et l'ulcère gagne en étendue et en profondeur ce qui a beaucoup diminué l'acuité visuelle.

Assistés du Dr. Brugairolle, l'intervention est pratiquée le 1er mars sous anesthésie générale au chloroforme.

Nous avions un peu pensé faire l'opération de Krönlein, c'est-à-dire pratiquer l'ouverture d'un volet osseux dans la paroi externe de l'orbite, ce qui nous aurait donné le jour sur la partie profonde de la loge orbitaire.

Voulant toutefois à la petite malade éviter une intervention en somme assez mutilante par la résection d'un large lambeau osseux de la face, nous décidons d'aller du simple au difficile.

Par une large incision curviligne le long de tout le bord externe de l'orbite nous essayerons d'avoir accès dans la loge profonde. En cas d'insuccès nous pratiquerons le Krönlein.

Heureusement pour la malade et pour nous, après avoir sectionné la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et le muscle orbiculaire des paupières (parallèlement à ses fibres grâce à la direction de notre incision) nous sentons sous le doigt d'abord le rebord de l'orbite puis plus profondément, une masse tendue, arrondie, bien indépendante de l'œil.

La palpation de cette masse donne la sensation caractéristique du *frémissement hydatique*.

Après incision prudente de la paroi conjonctive et après hémostase aussi complète que possible, on aperçoit la paroi blanche et nacrée du kyste, dont l'aspect est tout différent de celui de la sclérotique.

Avec la rugine de Rollet, nous isolons le mieux possible cette masse qui plonge très profondément dans tous les sens au fond de l'orbite.

Nous renonçons à extraire intacte, par la simple incision cutanée pratiquée ce kyste trop volumineux.

Nous l'incisons donc par un coup de bistouri, et le vidons à l'extérieur. Il s'écoule un liquide légèrement jaunâtre, et nous retirons de son intérieur de petites masses contractées, qui ont probablement les hydatides filles, mortes à la suite de l'injection d'alcool iodé.

Attirant doucement avec une pince à mors mousses les lèvres de l'incision du kyste, nous réussissons à amener très facilement à nous et en un seul morceau toute la coque kystique.

Aussitôt l'œil rentre en partie dans sa loge orbitaire.

Avec une curette, nous explorons très prudemment toute l'orbite, en prenant garde d'éviter les organes nobles : nerf optique et muscles de l'œil. La curette va très loin vers l'intérieur, et avec un stylet on explore attentivemnt la cage orbitaire. La paroi des fosses nasales

est fortement refoulée ainsi que le plancher de l'orbite qui présente une forte dépression, mais il n'y a aucun effondrement osseux ni du plafond du sinus maxillaire, ni des parois des fosses nasales.

Après une large irrigation à la soluttion concentrée de sulfate de zinc, et après avoir placé une mèche dans la cavité nous refermons notre incision, quittes à réintervenir plus tard, par le Krönlein et même d'une façon plus radicale si les signes ne s'amendent pas et si une exploration encore plus profonde s'imposait.

A l'examen de la paroi kystique extraite, aucun doute ne subsiste. Nous avons en effet un kyste de 3 centimètres de diamètre (ce qui est énorme pour l'orbite). Cette paroi comme vous pouvez vous en rendre compte vous-même, est blanche, nacrée, lisse à l'extérieur, alors qu'à l'intérieur elle présente des protubérances ombiliquées à leur centre et d'aspect caractéristique qui confirme notre diagnostic.

Le lendemain de l'intervention les phénomènes sont apparemment les mêmes, chose qui peut s'expliquer par le traumatisme formidable subit par cet œil.

Ceepndant, à partir du second jour, la régression des symptômes est nette. Le globe oculaire rentre peu à peu et chaque jour davantage dans sa loge. La paupière supérieure reprend peu à peu son aspect normal, de plus elle recouvre entièrement la cornée dont l'ulcère est en voie de cicatrisation. La paupière inférieure est encore assez fortement ectropionnée, mais d'une façon beaucoup moins accusée qu'avant l'intervention. Il existe encore de l'exophtalmie, mais cela n'a rien de surprenant étant donné le traumatisme subi par cet œil et l'œdème rétro-bulbaire post-opératoire. D'autre part, il n'y a plus aucune douleur.

Bien qu'il soit trop tôt pour parler du résultat post-opératoire définitif, ce cas nous a paru si intéressant par lui-même, que nous avons cru inutile d'attendre plus longtemps, pour vous le présenter, d'autant plus que vous savez combien les malades indigènes et indigents sont difficiles à maintenir en observation.

Nous ne manquerons cependant pas de vous faire part ultérieurement des suites que nous pourrons observer et qui s'annoncent bonnes.

Un cas d'Amibiase pulmonaire

par les Drs **SFEZ, H. BONAN et H. ZERAH**

La localisation des lésions amibiennes sur le poumon est connue de longue date, mais les lésions observées relèvent le plus souvent d'une propagation du processus ambien du foie au poumon par continuité.

Plus rare est l'amibiase pulmonaire pure, qui se manifeste indépendamment de toute lésion du foie, l'amibe provenant du gros intestin ayant « brûlé » l'étape hépatique. C'est dans ce dernier cadre que rentre l'observation suivante :

B. âgé de 45 ans a été vu par l'un de nous à plusieurs reprises au courant de l'année 1927 : c'est un sujet d'aspect chétif, se plaignant toujours d'inappétence, d'asthénie et de douleurs thoraciques. Plusieurs examens minutieux, une radioscopie n'ont pas permis d'étiqueter sa maladie, toutefois la présomption restait à l'esprit, d'autant plus qu'un de ses enfants âgé de 14 ans est mort de méningite tuberculeuse et l'autre de 4 ans est atteint de coxalgie.

e 15 janvier 1928 B entre à l'hôpital pour un épisode pulmonaire aigu.

La temp. est à 39, le pouls à 120, le malade est assis dans son lit en proie à une dyspnée assez vive 60 à la minute, il se plaint d'un point de côté à la base droite exacerbé par la toux sèche quinteuse.

La palpation montre à cette base une abolition des vibrations, la matité est de bois sur toute la moitié inférieure de l'hermithorax. A l'auscultation silence respiratoire absolu. Le foi est normal. Les autres appareils sont indemnes.

Nous pensons à un bloc de pneumonie avec forte réaction pleurale, mais notre diagnostic ne se confirme pas, car 3 ponctions successives restent blanches.

Dans les jours qui suivent la T. continue aussi marquée, le malade crache, deux examens de crachats montrent l'absence de bacilles de Koch.

Au 6e jour de la maladie la T. décroît progressivement et au 10e jour le malade se considère guéri, cependant à la base droite persiste toujours un bloc de matité avec disparition du murmure vésiculaire.

Le malade sort de l'hôpital et chez lui fait un syndrome dysentériforme qu'il attribue à la suralimentation.

Douleurs abdomenales, épreintes, diarrhée sanglante tels en sont les principaux signes, il nous rappelle alors qu'il aurait présenté le même tableau 4 ans auparavant. Au bout de 8 jours tout rentre dans l'ordre, l'examen des selles n'a pas été fait.

Le 5 avril B. revient à l'Hôpital pour asthénie intense et douleurs thoraciques à droite.

La courbe thernique décrit un léger mouvement fébrile, les S. Pleuro pulmonaires sont toujours les mêmes, l'expectoration est continue, nous pensons toujours à la tuberculose pulmonaire d'autant plus qu'un examen radioscopique semble confirmer notre diagnostic en montrant une zone pulmo inf. droite assez floue de contours et un sommet voilé cependant de nouveau l'examen des crachats est négatif à deux reprises. On assiste alors à une expectoration de plus en plus abondante, les crachats sont épais verdâtres, parfois striés de sang c'est une véritable vomique fractionnée.

Le 12 avril le malade rejette des crachats très abondants, noirs chocolatés, Il se plaint de douleurs à l'épaule droite.

Etant donné les 2 épisodes antérieures dysentériques le diagnostic d'abcès du poumon amibien semble avoir une certaine valeur ; nous demandons à l'Institut Pasteur de rechercher les amibes et le laborate confirme la présence d'amibes dysentériques dans les crachats.

Nous instituons un traitement à l'émétine, après une série de 0,80 le bien être est très marqué, l'expectoration se tarit, la température baisse, le malade prend du poids. Nous faisons suivre l'émétine par une cure au stovarsol. Le malade guéri, sort de l'hôpital et part en convalescence.

En résumé il s'agit d'un malade qui en l'espace de 4 ans a présenté 2 syndromes dysentériformes typiques et qui a fait ensuite une localisation pulmonaire aigue suivie d'expectoration purulente chronique.

L'absence de bacilles de Koch, le caractère particulier de l'expectoration font penser à l'amibiase et permettent de découvrir l'amibe dans les crachats.

Le traitement émétine stovarsol véritable pierre de touche guérit en moins d'un mois le malade.

L'observation pourrait s'arrêter là, elle illustre d'une façon suffisante l'amibiase pulmonaire qui a simulé à s'y méprendre la tuberculose pendant toute son évolution, mais quelle ne fut pas notre surprise de voir arriver de nouveau le malade B. à l'Hôpital, il se plaignait toujours d'asthénie, de douleurs thoraciques et de douleurs dans les membres infé-

rieurs nous nous apprêtions déjà à le soumettre à l'émétine lorsque notre attention fut attirée sur la colonne vertébrale. On pouvait en effet remarquer une légère saillie de l'apophyse épineuse de la 5e dorsale, douloureuse à la pression profonde. Les réflexes vifs, le Babinski bilatéral positif, la radiographie montrant un affaissement du corps vertébral confirmaient bien le diagnostic de mal de Pott avec début d'abcès pottique, l'hypothèse d'abcès amibien osseux ne pouvant pas se discuter.

L'évolution a été longue, un an après, il y a environ un mois, B. est mort des suites d'une paraplégie totale avec toutes ses conséquences.

Rétrospectivement on peut donc attribuer les violentes douleurs thoraciques dont se plaignait le malade au mal de Pott en évolution et non pas à l'amibiase pulmonaire.

× ×

Nous ne pouvons pas terminer notre observation sans rappeler les cas analogues publiés par Rist et Ameuille, Ramond, Pissavy, Lemierre et Kourisky et les travaux de Petzetakis sur les différentes formes cliniques de l'amibiase pulmonaire, travaux qui doivent inciter les médecins à penser aussi souvent à l'amibiase pulmonaire qu'à l'amibiase hépatique et à soumettre les malades atteints d'abcès du poumon au traitement d'épreuve émétine, stovarsol, Yatren.

Un cas d'albuminurie de Bence-Jones

par le Docteur **Maurice UZAN** et **M. J. CHEMLA**, pharmacien

On sait comment se caractérise cette albuminurie singulière, précipitable à une chaleur modérée (60°-70°) soluble à chaud et reprécipitable par refroidissement. On sait aussi qu'en réalité, il n'y a pas d'albumine de Bence-Jones, mais une réaction de Bence Jones applicable à des albuminoïdes variés (mais non pas des albumoses comme on le prétendait) qui ne peuvent être considérés comme appartenant à une espèce définie, mais ayant comme caractère commun, leur thermosolubilité.

On sait enfin la rareté de ce syndrome urinaire et les discussions pathogéniques et chimiques auxquelles il a donné lieu.

C'est justement la pénurie de documents sur cette bizarre affection qui nous a incité à publier notre observation.

Il s'agit d'une jeune femme nouvellement accouchée, présentant des troubles dyspeptiques et un abcès du sein droit. Quelques douleurs lombaires, une oligurie relative nous avaient incité à regarder les urines de notre malade. Il sied de noter que de nombreux examens d'urines avaient été faits au cours de la grossesee sans qu'à aucun moment on n'ait noté d'albuminurie.

L'échantillon d'urine analysée présentant très nettement la réaction de Bence-Jones, nous avons tenté d'étudier de plus près quelques propriétés de l'albuminoïde qu'elle contenait.

Nous avons tout d'abord vérifié qu'il s'agissait bien d'un albuminoïde en pratiquant la réaction générale du biuret qui a été nettement positive. Nous avons ensuite fait agir différents réactifs et voici les résultats obtenus :

Avec le tungstate de soude, un précipité ;

Avec le réactif d'Esbach, un précipité ;

Avec l'acide azotique, en très faible quantité, on obtient un précipité à froid, soluble à chaud et qui se reforme par refroidissement. L'acide azotique mis en excès à froid ne donne aucun précipité ; en réalité, on a un précipité soluble dans un excès d'acide par suite de la formation d'une syntonine (acidalbumine) soluble ;

Avec l'acide acétique, on a un précipité à froid soluble à chaud.

Il en est de même avec le réactif de Tanret.

Le tanin acétique donne un précipité qui se forme lentement.

Le ferrocyanure de potassium acétique provoque un léger précipité.

Cet albuminoïde étant soluble à chaud, nous ne l'avons pas dosé pondérablement. Le dosage effectué n'est qu'approché. L'albuminimètre d'Esbach utilisé nous a fourni 0 gr. 25 d'albuminoïde donnant la réaction de Bence-Jones, par litre, mais on peut attacher une certaine valeur à ce chiffre, l'urine considérée ne renfermant ni albumine vraie, ni pseudo albumine précipitables par le réactif d'Esbach.

En dehors de l'albuminurie Bence-Jones, on ne peut signaler qu'une légère lactosurie, l'urine restant normale par ailleurs.

La malade a un Wassermann négatif, une azotémie normale plutôt faible même (0,293 par la méthode de Fosse). La numération globulaire donne des chiffres normaux pour les globules rouges (5.640.000) une hyper leucocytose modérée (12.640) et une formule leucocytaire normale.

Cliniquement, en dehors de troubles dyspeptiques consistant en vomissements, aérophagie intense, de quelques douleurs dans la région dorso-lombaire, on ne constate dans aucun appareil de troubles caractérisés. La malade a seulement une « émotivité » un peu accentuée.

Rappelons qu'au moment de la découverte de la réaction de Bence-Jones, un abcès était en formation au sein droit.

Lorsque cet abcès arriva à suppuration et à la veille d'être incisé (ce qui fut fait le lendemain par le Dr. Scemla), la réaction de Bence-Jones disparut de l'urine.

Notre observation présente plusieurs particularités sur lesquelles il convient de s'arrêter un moment. C'est qu'en effet dans notre cas l'albuminurie de Bence-Jones fut *légère* et *fugace* et apparut au cours de phénomènes pathologiques qui ne la conditionnent pas habituellement.

L'albuminurie de Bence Jones, dans les cas typiques, est en effet *massive* habituellement. Dans le cas princeps de Bence Jones n'atteignait-elle pas 70 grs. par 24 heures ? Chez notre malade, l'urine ne contenait que 0 gr. 25 de cette substance par litre.

Cette albuminurie est habituellement plus *constante*. Dans notre

cas, elle fut très fugace ne s'étendant qu'à quelques jours à peine.

Enfin, il est classique de lier ce syndrome à des tumeurs de la moelle osseuse (surtout des os à moelle rouge) à des ostéopathies syphilitique parfois. Ici, rien de semblable. Tous les examens conpendant la phase pré-suppurative d'une collection du sein. Des recourrent à éliminer de tels diagnostic. Le fait à retenir croyons-nous, est l'apparition d'une albuminerie fugace et légère de Bence Jones cherches méritent d'être faites dans ce sens, recherches systématiques et en série qui pourraint jeter peut-être quelque lumière sur les ténèbres qui envloppent encore ce syndrome singulier et si rare décrit en 1847 par Bence Jones.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 18 Mars 1929

Présidence du Dr. **E. LEVY**, Président

Membres présents. Drs. Caillon, Perrussel, B. Lévy, Cassuto, Maruani, Bruguairolles, H. Bonan, I. Lumbroso, Solal, Soria, Nunez, M. Uzan, Zérah, Deleuil, Pagnon, Cherouvrier, Revel-Moreau, Cortesi, Benmussa, E. Lumbroso, Enriquez, Farrugia, Hayat, Brun, Lalloum, V. Cohen, J. Chemla, A. Bonan, Zeitoun, R. Nataf, Salvo, Timsit, Scialom, J. Scemla, Triolo, Sarfati, A. Debbasch, Guido Lévy, Ronchot.

COMMUNICATIONS DU BUREAU

Questions professionnelles. — La discussion en est remise à une date ultérieure.

Admission. — M. J. Chemla, pharmacien est admis à l'unanimité comme membre titulaire.

PRESENTATION DE MALADES

Kyste hydatique de la cuisse

par le Docteur **SFEZ**

Mme F. 23 ans s'est présentée à ma consultation avant-hier pour une grosse masse située tout près de la naissance de la cuisse gauche et à la face interne.

Il y a 8 mois elle s'est aperçue qu'elle avait à ce niveau une petite tuméfaction de la grosseur d'un œuf, non dloureuse qui a augmenté de volume jusqu'à atteindre le volume actuel. La marche ne la gêne pas, la pression ne provoque pas de douleur.

A l'inspection on trouve une grosse masse du volume d'une tête, adhérente aux plans profonds, non adhérente à la peau ; de consistance dure, donnant l'impression d'un sarcome, cependant en un point on sent de la fluctuation. Une ponction faite avec une grosse aiguille courte ramène du pus épais. Je fais le diagnostic d'absès froid chez une femme jeune au teint pâle, légèrement fiévreuse 37,8, j'enfonce un trocart plus long et je ramène du liquide eau de roche sous pression.

Il s'agit donc d'un kyste hydatique des muscles de la face interne de la cuisse.

J'ai tenu à vous présenter le cas, avant de le confier au bistouri du chirurgien.

Discussion

Dr. Cohen-Hadria a vu la malade et a pensé à un sarcome il l'a adressé à un chirurgien qui a été de son avis. Il félicite le Dr. **Sfez** d'avoir fait le diagnostic le trocart à la main et signale que les kystes hydatiques permettent toutes les erreurs du dagnostic.

Occlusion par volvulus de colon pelvien

Le **Dr. Brun** présente un malade qui est arrivé à l'hôpital Sadiki en état d'occlusion.

Le périmère de l'abdomen était de 1 m. 65. A l'incision du péritoine il sortit une anse grosse comme un thorax.

Ablation de l'anse sigmoide volvulée et abouchement des 2 anses à la peau après suture circulaire partielle. Le malade a actuellement des selles en partie spontanées par l'anus. Le Dr. Brun le présente avant de le reprendre et de fermer cet anus contre nature.

× ×

Le **Dr. Brun présente ensuite un sarcome du maxillaire inférieur** chez un jeune indigène qu'il opèrera sous peu.

PRESENTATION DE PIECES

Le **Dr. Brun** présente un **rein (hydronéphrose calculeuse)** enlevé ce matin par voie transversale, incision de Bazy prolongée à la partie postérieure.

Ce rein avait un pédicule supérieur qui aurait rendu l'ablation difficile par voie lombaire.

COMMUNICATIONS

1° - Un cas d'amibiase pulmonaire

par les Docteurs **SFEZ, H. BONAN et H. ZERAH**

Voir ce même numéro page 99

Discussion

Le **Dr. Uzan** signale la fréquence après des parasitoses de la tuberculose-La Lambliase en particulier signalée par 2 thèses de Lyon.

Les crachats à type styrax sont un signe de présomption de parasitose.

Il faudrait étudier plus à fond ces parasitoses en Tunisie et en déterminer les moyens prophylactiques.

2° - Un cas d'albuminurie de Bence-Jones

par le Docteur **M. UZAN et M. J. CHEMLA**

Voir ce même numéro page 102

3° - Kyste hydatique de l'orbite

par les Docteurs **CUÉNOD** et **Roger NATAF**

Voir ce même numéro page 93.

Discussion

Le **Dr. Brun** — Le diagnostic était évident du moment que l'on enlevait du liquide eau de roche.

Les crochets tombent au fond de la poche, leur présence est un signe péremptoire mais la négavité ne prouve pas qu'il ne s'agit pas de kyste hydatique.

La réaction du complément est actuellement complètement abandonnée par ses auteurs eux-mêmes.

D'ailleurs quand la réaction est positive où irons-nous chercher le kyste ? Vous ne faites le diagnostic de siège que lorsque vous avez une tumeur perceptible.

L'Eosinophilie s'est montrée simplement négative dans les cas de kyste et à Sadiki les malades sont simplement considérés comme parasités en cas d'éosinophilie.

Le **Dr. Brun** ne croit pas aux réactions biologiques.

Au point de vue **opératoire** pour le kyste il faut faire le minimum. Faire une petite incision et enlever le kyste. Il ne faut pas dire : Nous avons enlvé la paroi mais dire nous avons enlevé la membrane.

Un kyste en se développant tue les éléments nobles mais respecte le tissu conjonctif. C'est lui qui forme une capsule mais que l'on ne peut enlever. Dès que le kyste est ouvert la membrane tombe et il faut et il suffit d'enlever la membrane du kyste proligère.

Le **Dr. Cuénod** est parfaitement de l'avis du Dr. **Brun**, le diagnostic est fait lorsqu'on extrait du liquide caractéristique. Il est d'avis de ne pas faire un grand acte chirugical.

Il a fait le curettage de peur qu'il n'y ait autre chose comme pouvait le faire craindre la radiogrphie.

Un cas de Rhumatisme compliqué

par le Docteur GOURDON
Médecin Commandant de l'Hôpital Militaire du Belvedere

OBSERVATION

P. Jean malade depuis 4 jours à l'infirmerie régimentaire, entre à l'Hôpital avec le diagnostic de « douleurs rhumatismales ». Depuis le début de la maladie il a une température oscillant entre 37, 4 et 38. et présente à l'entrée une fluxion douloureuse du poignet droit et du genou droit.

Le jour même de l'entrée dans le service le malade a un violent frisson avec élévation de température à 40, pouls à 130 — dyspnée intense et douleur dans l'hémitorax gauche. On ne constate à ce moment aucun signe de lésions péricardiques ou pulmonaires, mais le lendemain on trouve les signes d'un épanchement pleural gauche: une ponction exploratrice ramène un liquide rosé contenant de nombreux placards endothéliaux, des globules rouges et quelques lymphocytes. Ce liquide ne contient pas de germes à la culture.

L'épanchement est de faible importance il est collecté à la partie postérieure du thorax, l'espace de Traube est absolument libre. Il n'y a aucun phénomène pulmonaire surajouté et notamment pas d'expectoration. C'est bien l'épanchement en galette des pleurésies rhumatismales.

Un traitement salicylé intensif est institué. Au bout de quelques jours la dyspnée disparaît la fièvre tombe partiellement, l'état général s'améliore.

A huit jours du début de l'affection pleurale, on constate, précédée d'une élévation de température et d'une accélération du pouls, l'apparition rapide d'une phlébite gauche du type phlegmatia alba dolens avec augmentation énorme et totale du volume du membre. Le membre est immobilisé, des sangsues sont appliquées, une hémoculture faite à ce moment est négative.

10 jours après une phlébite droite du même type fait suite à la phlébite gauche.

Après ce nouvel et dernier incident la fièvre tombe, l'épanchement pleural disparaît. Il n'y plus qu'un léger assourdissement des bruits cardiaques avec tachycardie sans signes de lésions valvulaires, la fluxion articulaire du poignet droit a disparu.

La phlébite double évolue normalement, la maladie quitte l'Hôpital pour Bagnoles de L'Orne.

Le malade n'a aucun antécédent personnel digne d'être noté, il n'a pas d'atteinte antérieure de rhumatisme ; n'a pas eu de blennorrhagie.

Il indique seulement que son père a présenté à la suite d'une blessure de la cuisse droite une phlébite du membre inférieur gauche. Ici, peut se poser la question de la prédisposition héréditaire de cet homme à la localisation d'une infection sur son système veineux.

× ×

En résumé le malade a présenté une pleurésie avec épanchement et une phlébite double à la suite de manifestations articulaires douloureuses du poignet et du genou droit, manifestations semblant entrer dans le cadre du rhumatisme primitif, aucune infection définie ou non définie n'ayant existé avant les premières manifestations articulaires, et l'hémoculture n'ayant pas permis de constater dans le sang la présence d'un germe connu.

La pleurésie rhumatismale n'est pas, une rareté MM. Masselot et Bloch l'ayant rencontré dans un cas sur 41 cas.

La phlébite rhumatismale est beaucoup plus rare mais elle existe d'après Vaquez et se présente d'après ce même auteur, soit sous forme de Phlogmatia Alba Dolens, soit sous forme de phlébites successives.

L'agent spécifique du rhumatisme articulaire aigu franc n'étant pas connu il est bien difficile de délimiter exactement ce qui lui appartient et ce qui appartient au pseudo-rhumatisme infectieux. Dans le cas présent en l'absence de toute infection préexistante au rhumatisme il ne nous paraît pas illogique de penser que pleurésie et phlébite ont été les complications d'un rhumatisme vrai.

MALADIES DOMINANTES

On signale des cas de grippe, coqueluche, diphtérie et de très nombreux cas de Rubéole très bénigne.

Les hemorragies tardives des suites de couches

Indications de leur traitement par l'hystérectomie d'emblée

par A. COUVELAIRE, L. PORTES et L. DIGONNET

(Gynécologie et Obstetrique N° 5 - Novembre 1928)

Le traitement des métrorragies au cours des suites de couches, après accouchement à terme ou près du terme, consistait, jusqu'à ces dernières années soit dans le curage soit dans le curettage, l'hémorragie éatnt produite par rétention d'un fragment de placenta.

Les auteurs se basant sur 20 cas observés à la Clinique Baudelocque en série continue font les considérations suivantes :

1. Les métrorragies au cours des suites de couches ne sont pas toujours produites par rétention placentaire. Ainsi sur les 20 cas, il n'en est que 11 avec retention placentaire et 9 avec cavité utérine absolument vide.

2. La gravité de métrorragies, qu'il y ait ou non retention placentaire partielle, dépend moins de l'abondance de l'hémorragie que de l'infection utérine concomitante. Cette infection utérine est souvent restée latente ou discrète jusqu'au moment de l'apparition de la première hémorragie, à la suite de laquelle apparaissent des signes d'infection à allure plus ou moins grave, pouvant rapidement s'éteindre comme un feu de paille ou s'aggraver avec reprise des hémorragies. L'anémie, hors de proportion avec la quantité de sang perdu est souvent impressionnante. Il s'agit d'une forme métrorragique de l'infection puerpérale.

3. Toute manœuvre intra-utérine, curage, curettage et quelques fois la simple exploration digitale, est susceptible de déclencher chez les accouchées présentant ces syndrômes septico-hémorragiques une diffusion de l'infection dont on ne peut prévoir les conséquences.

Voici les principes qui règlent actuellement la thérapeutique des A.A. s'inspirant sur l'étude de leurs observations et qui sont classés en 3 groupes :

I. Aucune exploration ni intervention utérine n'a été pratiquée — soit qu'un cotylédon décollé ait été simplement extrait du vagin ou du col — soit que les réactions cliniques au point de vue anémie ou infection aient paru peu importantes ou se soient rapidement apaisées ;

5 cas 0 mort.

II. Un curage ou curettage utérin a été pratiqué.

10 cas 6 morts.

III. Hystérectomie d'emblée, en raison de la gravité de l'état général, de la répétition des hémorragies ou de la constatation d'un cotylédon adhérent dans la cavité utérine :

5 cas 1 mort

De leur expérience ils tirent les règles de conduite suivantes :

En présence d'une hémorragie tardive des suites de couches, l'exploration intra-utérine ne sera pratiquée qu'avec le maximum de ménagements et seulement si le col est très facilement perméable. Si on trouve dans le vagin ou dans le col un cotylédon décollé et expulsé de la cavité corporéale, il faudra se borner à l'enlever et se garder de pénétrer inutilement dans l'utérus. Mais si le doigt explorateur reconnait l'existence d'une saillie pouvant être un cotylédon adhérent, il faut bien se garder de vouloir curer, écouvilloner ou curetter l'uterus, sous peine de voir s'aggraver rapidement le cas. Il faut opter délibérément pour une hystérectomie d'emblée, sans curettage préalable.

Si la cavité utérine est vide, le plus sage est de laisser la malade en observation, et si la poussée fébrile qui suit l'exploration ne s'apaise pas dans les 48 heures, ou si une nouvelle hémorragie se produit, le mieux est de pratiquer une hystérectomie d'emblée.

L'hystérectomie par voie abdominale avec contrôle des pédicules veineux, semble aux auteurs la technique la meilleure, l'hystérectomie vaginale après l'accouchement à terme n'étant pas toujours très aisée.

En conclusion les auteurs, suivant les circonstances cliniques optent entre le traitement médical en s'abstenant de tout curage ou curettage, ou bien pour **l'ysterectomie d'emblée** sans curettage préalable.

E. L.

Des Syndromes épileptiques au cours de l'encéphalite épidémique

par le Docteur **Is. LUMBROSO**

(Thèse Montpellier 1928)

Le Dr. Isaac Lumbroso a choisi pour sa thèse inaugurale un des plus intéressants sujets d'actualité en médecine : Les Syndromes épileptiques au cours de l'Encéphalite épidémique. I. L. envisage dans son travail non seulement les manifestations épileptiques au décours de l'Encéphalite épidémique chronique mais encore à la période aiguë de cete affection. Il a réuni quatorze observations toutes inédites. Il ressort de ce travail que l'épilepsie due à l'encéphalite épidémique existe et se rencontre plus fréquemment qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

Par conséquent en présence d'une épilepsie tardive il faut penser à cette nouvelle étiologie, de même que l'on pense à la syphilis, à la tuberculose, aux tumeurs cérébrales etc. Il apparaît également d'après les observations complètes recuellies par l'auteur que l'épilepsie encéphalitique se présente sous des formes qui se rapprochent extrêmement de l'épilepsie commune et revêt des formes très variées. I. L a pu observer des crises convulsives tonico-cloniques à type généralisé, des crises d'épilepsie Bravais-Jacksoniennes, des crises purement toniques et des phénomènes équivalents d'ordres sensoriels moteurs et psychiques.

La connaissance de l'épilepsie encéphalitique est venue confirmer l'idée émise par Pierre Marie depuis 1887 qu'un certain nombre d'épilepsies reconnaissent une cause infectieuse.

L'origine encéphalitique de ces syndromes épileptiques ayant été bien etablie, le docteur Isaac Lumbroso, a pu, par un traitement approprie obtenir toujours des améliorations très notables allant souvent jusqu'à jusqu'à la guérison complète.

Identité de la fièvre boutonneuse de Tunisie et de la fièvre exanthématique de Marseille

par le Docteur **CONSEIL**

Annales de l'Institut Pasteur - Avril 1929

Depuis plusieurs années des affections éruptives ont été décrites dans le bassin méditerranéen comme entités pathologiques diverses. En Tunisie et sur le littoral de la Provence surtout, l'attention a été attirée sur ces affecions.

Malgré la multiplicité et la précision des descriptions apporées par les auteurs, il était difficile d'affirmer les relations pouvant exister entre ces diverses affections. Chaque auteur insistant plus ou moins sur la prédominance d'un des symptômes ayant plus particulièrement attiré l''attention, il était indispensable de pouvoir comparer des malades décrits sous ces différentes appréciations pour constater s'ils étaient identiques. Cette occasion a été offerte à l'auteur cet été par MM. Olmer et Raybaud (de Marseille) qui voulurent bien lui montrer quelqques-uns de leurs malades.

Il ne peut y avoir aucun doute : la maladie, décrite sur le littoral français sous le nom de fièvre exanthématique et d'érythème infectieux est absolument identique à celle décrite en Tunisie sous le nom de fièvre boutonneuse.

Guide du malade à Vichy

par le Docteur CAILLON

1 vol. 1919 Imprimerie générale - Tunis Prix 6 fr.

Mon excellent confrère et ami, le Dr. Caillon vient de faire paraître une petite brochure qui présente un gros intérêt aussi bien pour le médecin que pour le malade, malgré son titre modeste. L'enseignement de l'hydrologie médicale n'est devenu officiel que depuis peu et en de bien rares Facultés. Aussi beaucoup de praticiens — et des plus instruits — sont-ils ignorants des cures d'aire faites par leurs malades dans les villes d'eaux qu'ils ont conseillées eux-même.

Le petit livre de notre confrère Caillon expliquera clairement au malade et au médecin ce qui se fait àVichy et ce que l'on peut en attendre. L'histoire de la station illustrée par les séjours de Mme de Sévigné et de Napoléon III surtout, l'étude chimique des eaux, leur action sur les différents organes, leurs indications dans les différentes maladies (affections de l'estomac. des intestins, du foie, de la nutrition), leurs contre-indications, leurs modes d'utilisation, les traitements adjuvants (chaleur, électricité, rayons X, rayons U.V., mécanothérapie, culture physique, régimes) de la cure, tous ces points sont détaillés dans des chapitres clairs, concis, visant surtout l'application pratique, et débarrassés de cette fausse erudition dont on tend à affubler trop de nos ouvrages didactiques.

J'ai surtout goûté le chapitre qui traite des « préjugés de la cure » et qui est à méditer et que nous nous ferons un plaisir de reproduire dans un prochain numéro.

A notre époque inquiète et instruite, où le malade veut désormais comprendre les prescriptions médicales avant de ls exécuter, le petit livre du Dr. Caillon vient à point. M. U.

Bulletin de l'Hôpital St-Michel

37, rue Olivier de Serres - Paris

L'hôpital Saint-Michel, qui compte parmi ses médecins MM. les docteurs Joseph et Jacques Récamier, Marquer,Delort, Petit-Dutaillis,Victor Pauchet, fait paraître sa revue à partir de janvier 1929.

Elle publiera tous les deux mois un compte-rendu de la vie si active de cet important centre hospitalier, des articles orginaux, une importante revue des livres des sociétés savantes, des revues.

C'est à notre connaissance, en France, le premier périodique émanant d'un hôpital. Nous lui souhaitons bonne réussite.

Secréaire général: Dr. Maurice Delort.

Secrétaire de la rédaction: Dr. Marquer.

Les actions sur la digestion de la Cure de Cauterets

par le Docteur A. CORONE

Ex-Interne de hôpitaux de Montpellier

L'augmentation de l'appétit est la règle.

Deux grands syndromes résument, un peu schémaitquement, la pathologie gastrique : l'atonie et l'hypertonie. Ils sont tous les deux améliorés dans les mêmes proportions, 75 à 80 %. L'atonie gastrique est plus fréquemment observée que l'hypertonie dans la clientèle de Cauterets.

L'intestin normal est peu modifié par le traitement, une tendance légère à la constipation se manifeste.

Les constipations chroniques, fréquentes (30 % des malades) sont améliorés dans la proportion générale de 57 %. Ce sont les formes atoniques qui sont le mieux modifiées.

Les diarrhées chroniques, beaucoup plus rares, sont remarquablement amendées.

Les toubles digestifs que nous observons à Cauterets paraissent tenir à un déséquilibre vago-sympathique. Pour que la cure les améliore, sans être spéciallement dirigée contre eux, il faut admettre, à la base de son mode d'action une influence élective sur le système nerveux autonome.

Il n'existe pas de traitement thermal qui n'agisse sur les voie digestives. Pour Cauterets, les panégyristes des Thermes ont chanté les « vertus stomachales » de ses eaux bien avant son action dans les « maladies de poitrine ».

Cete action très générale sur la digestion devait donc nous intéresser doublement, encore que les symptômes gastro-intestinaux fussent le plus souvent relégués au deuxième plan dans les préoccupations de notre clientèle.

A. — L'appétit est augmenté dans une très forte proportion de cas sans qu'il soit aisé de discerner la part qui revient au changement de régime, d'air, à l'altitude, au traitement thermal.

Ces mêmes facteurs doivent intervenir ensemble dans les différents temps de la digestion. L'influence propre à la cure y apparaît néanmoins certaine.

B. — **La digestion gastrique.**

I. — Etude clinique.

Nous n'avons pu établir pour chaque malade un diagnostic anatomo-clinique précis. Aussi nous bornons-nous à étudier l'action du traitement sur les deux grands syndromes qui, schématiquement, résument la pathologie gastrique : l'atonie et l'hypertonie.

Dans le syndrome atonie gastrique nous comprenons tous les cas où dominent loudeurs, pesanteurs après le repas. Les malades sentent une gêne plutôt qu'une douleur. « Je promène mon estomac tout l'après-midi » me disait l'un d'eux. Ils baillent, font des renvois, somnolent. Pres que tous ont en même temps l'intestin paresseux : nous les retrouverons tout à l'heure dans le groupe des constipés chroniques.

Objectivement on trouve un estomac dilaté, distendu, clapotant, parfois un estomac aérophage, parfois un estomac ptosé.

Deux facteurs pathogéniques dominent : l'insuffisance hépatique, et, suivant les idées actuelles, une **vagasthénie** ou, si l'on préfère, une sympathicotonie.

Dans le syndrome hypertonie gastrique nous englobons tous les sujets se plaignant d'aigreurs, de brûlures, de crampes d'estomac. Ils ont des douleurs tardives qui souvent les réveillent vers la nuit. La pituite matinale est fréquente.

Pathogéniquement ce sont des hyperchlorhydriques, des spasmodiques et des hypervagotoniques.

Notons le fait, et insistons sur lui, que fréquemment ces deux syndromes sont intriqués.

Nous avons vainement cherché un lien entre les malades de chaque groupe dans leur reflexe oculo-cardiaque. Il eût été intéressant de trouver chez les atoniques un réflexe oculo-cardiaqu inversé d'hypersympathicotonie, et les hypertoniques un r. o-c. exagéré.

Notre statistique à ce point de vue est si peu concluante que nous n'en donnons pas les chiffres.

II. — Résultats.

Sur 164 malades étudiés au point de vue de leur digestion gastrique, nous trouvons à l'arrivée :

113 estomacs normaux, 34 atonies, 17 hypertonies.

1. des 113 estomacs normaux, 111 restent normaux, 2 sont fatigues par la cure.

2. des 34 atonies, 27 sont améliorées, soit une proportion de 79 %; 5 5 restent stationnaires, 2 sont aggravées.

3. des 17 hypertonies 13 sont améliorées, soit une propotion de 76 %; 2 restent stationnaires ; 2 sont aggavées.

Deux faits ressortent de cette étude :

L'atonie gastrique, que certains font synonyme de vagasthénie domine chez les malades chroniques qui nous arrivent dans la proportion de deux pour un, comparée à l'hypertonie gastrique (vagotonie).

La cure cauterésienne améliore à peu près dans la même proportion les dyspepsies hyper et les dyspepsies hpyo.

III. — Interprétation des faits.

Comment expliquer ce dernier fait ? On ne peut ici faire intervenir cette notion, par ailleurs si importante, à savoir que la cure thermale est une médication complexe, multiple, qu'on peut faire varier à l'infini, suivant le malade, suivant le symptôme qu'on a à combattre. Dans le cas particulier, rarement, les troubles gastriques, prenaient dans la scène clinique une prépondérance telle que la cure dut être centrée sur eux.

Existerait-il un facteur pathogénique commun à ces deux syndromes opposés et sur lequel agirait la cure ? Nous n'en soupçonnons qu'un. Il s'agirait, dans tous ces cas de dyspepsies fonctionnelles, d'un déséquilibre vago-sympathique, modifiant motriicté, sécrétion, tantôt dans un sens : atonie, tantô dans l'autre: hypertonie; désiquilibre pouvant varier suivant les moments chez le même malade.

Ainsi s'expliqueraient du même coup l'intrication possible des deux syndromes, le fait que les réponses du r. o-c. sont discordantes, l'action de la cure améliorant des symptômes opposés en apparence en rétablissant un équilibre vago-sympathique meilleur.

C. — **La digestion intestinale.**

Comme pour les troubles gastriques et pour les mêmes raisons (faute de temps et de compétence spéciale) nous n'avons pu envisager que d'une manière schématique les troubles du transit intestinal.

Quelques faits ressortent de nos observations :

1. L'intestin normal subit peu le contre-coup de la cure sulfureuse.

Sur 100 malades à intestin normal nous trouvons que :

70 conservent des évacuations normales,

10 sont relâchés,

20 sont constipés.

Cette proportion, d'une exactitude très relative car nous n'avons pu mentionner dans nos observations toutes les doses de sulfate de soude, tous les laxatifs absorbés, et parce qu'il n'est pas tenu compte dans ce

tableau de l'influence échauffante des régimes d'hôtels, prouverait que dans l'ensemble l'intestin normal est peu modifié par la cure.

2. Les constipations chroniqeus sont fréqentes dans notre clientèle, 30 % des malades en sont atteints.

3. Dans l'ensemble elles sont plutôt améliorées.

Sur 101 cas étudiés nous notons :

58 améliorations, 43 états stationnaires ou aggravations.

4. Les constipations atoniques sont mieux modifiées que les spasmodiques.

z

Nous avons à ce point de vue étudié 36 malades, notant, parallèlement aux troubles intestinaux, les phénomènes gastriques, les variations du r. o-c., de la tension artérielle.Cette satistiqque nous a fourni les résultats suivants :

Constipations améliorées : 25 dont 15 atoniques, 5 spasmodiques, 5 indéterminées.

Constipations stationnaires: 7 dont 2 atoniques, 3 spasmodiques, 2 indéterminées.

Constipations aggravées: 4 dont 1 atonique, 3 spasmodiques.

Ici encore les réponses du r.o-c. sont moins nettes que nous le supposons à priori soit qu'il ne soit pas un témoin très fidèle des états de spasme-vagotonie et d'atonie-sympaticotonie, soit que ces éléments pathogéniques existent rarement à l'état pur.

Pour les 11 constipations aggravées ou stationnaires de notre statistique détaillée, 8 fois le r. o-c. a éé mesuré.

4 fois il était normal,

3 fois il était exagéré (vagotonie),

1 fois il était diminué (sympathicotonie).

Pour les constipations améliorées, 21 fois le r. o-c. a été pris :

8 fois il était normal,

4 fois il a été exagré,

9 fois il a été diminué ou inversé.

5. Les diarrhées chroniques ou la tendance à la diarrhée, beaucoup plus rares chez nos malades (8 %) sont plus nettement améliorées que les constipations.

Sur 10 cas, nous notons 8 améliorations, 2 états stationnaires.

Et nous pourrions citer quelques observations vraiment frappantes de diarrhées chroniques, durant depuis des années, rapidement guéries par la cure.

D. — **Conclusions générales.**

De l'ensemble de nos observations, un grand fait, selon nous, se dégage ; et c'est lui qui servira de conclusion à cette étude.

Pour que des syndromes aussi opposés que l'atonie et l'hypertonie gastriques, que la constipation et la diarrhée soient améliorés aussi régulièrement et dans des proportions comparables, il faut :

1. admettre un élément pathogénique commun à ces syndromes,
2. que la cure cauterésienne agisse sur lui.

Cet élément commun c'est un déséquilibre vago-sympathique, parfois primitif, parfois secondaire ; quelquefois seul en cause, dans d'autres cas épiphénomène ; facteur exclusif, prépondérant, ou surajouté et accessoire. Et c'est parce qu'elle agit sur ce déséquilibre du système nerveux autonome (électivement pensons-nous, par contre-coup disent d'autres auteurs) que la cure sulfureuse est à même d'amender tous ces désordres digestifs.

Bien entendu cette action nerveuse ne contredit pas les actions moins générales : excitation de la sécrétion hépatique, action antifermentescible, etc... que l'on reçonnaît à la crénothérapie sulfureuse.

Films médicaux

Notre confrère et ami Raynal est revenu à plusieurs reprises dans notre Revue sur les ressources que l'éducateur pouvait tirer du cinéma. Nous mêmes, médecins, avons beaucoup à espérer des films médicaux.

Depuis quelques années, plusieurs confrères de la Métropole — la plupart, des Maîtres — ont eu l'heureuse idée d'illustrer leur enseignement par le film. Les Lutmbacher, les Pauchet, les Dartigues, etc., pour ne citer que quelques-uns ont constitué une très intéressante « cinémathèque ».

Nous avons pensé qu'il y avait intérêt à faire connaître ces films à nos confrères de Tunisie. En effet, la plupart d'entre nous sont privés de l'enseignement vivant que l'on pourrait recueillir aux instants de vacances auprès d'un maître. La Faculté la plus proche est à plusieurs centaines de kilomètres. Les journaux nous donnent les nouveautés par paquets souvent difficiles à digérer. Le cinéma pourrait nous mettre au courant tout en nous évitant le long voyage, la perte de temps et la fatigue cérébrale.

C'est pourquoi sous le patronage de la « Revue Méditerranéenne » et de la « Tunisie Médicale » nous espérons arriver à multiplier des séances analogues à celles du 10 mars où nous avons eu la bonne fortune de projeter pour nos confrères l'excellente bande due au Dr. Lutembacher et qui concerne la cardiologie pratique. C'est ainsi qu'en une demi-heure, la pharmacodynamie, l'étude clinique et expérimntale, la toxicologie et la posologie des tonicardiaques (digitaline et ouabaïne) nous sont devenues très familières.

Nous devons remercier particulièrement MM. Brami et Koskas qui ont mis à notre disposition leur très belle salle du « Royal » et qui sont prêts à récidiver.

Nous faisons donc appel à tous le détenteurs de films médicaux et les prions de nous confier leurs bandes. Nous projetterons même certains films qui malgré leur allure de publicité, pourraient quand même avoir un intérêt scientifique. Il serait désirable que nous ayons des films concernant les villes d'eaux françaises que le médecin tunisien connaîtrait ainsi en quelques minutes confortablement assis dans un fautuil.

L'empressement de nos confrères à venir voir les films de ce genre nous est un sûr garant du succès de notre œuvre modeste qui mérite les encouragements non seulement moraux mais aussi... matériels.

Dr. Maurice UZAN.

Morbidité et taches solaires

La Société Médicale de climatologie et d'hygiène du Littoral Méditerranéen nous adresse avec prière d'insérer la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

Plusieurs des membres de notre Société ont attiré l'attention, à diverses reprises, sur la recrudescence des Symptômes des Maladies chroniques, coïncidant avec le passage des taches solaires au Méridien central. Nous avons pensé qu'il vous était facile de contrôler cette observation, puisque votre surveillance journalière s'étend sur des malades chroniques nombreux et analogues. Si donc, à diverses périodes, vous constatez chez eux, sans cause apparente, une recrudescence simultanée de symptômes divers, une aggravation de leur état, ou l'apparition d'accidents aigus inaccoutumés, il y aura lieu de vérifier si cette période n'est pas une période de taches solaires.

A cet effet, nous venons vous demander si vous voulez bien noter less dates exactes des périodes d'accidents morbides que vous constaterez et nous transmettre ces dates, avec l'indication sommaire des symptômes observés. De notre côté, nous tiendrons un compte exact des passages ed taches solaires, et nous vous ferons savoir s'il y a eu coïncidence. D'ordinaire, la durée de la période des accidents coïncidiant avec un passage de taches, est de deux à trois jours consécutifs, mais, comme l'année 1929 est particulièremet fertile en taches solaires importantes et se suivant parfois à de très courtes inervalles. il peut arriver que la durée des accidents dépasse de beaucoup les limites habituelles et s'étende sur une semaine et même plus.

Nous vous serons très reconnaissants, mon cher confrère, du concours que vous voudrez bien nous apporter dans l'étude de cette question nouvelle, dont la haute portée ne peut vous échapper.

Nous recueillerons soigneusement les observations que vous voudrez bien nous transmettre, et elles ne seront publiées quavec votre nom.

Nous sommes à votre disposition pour vous renseigner plus complètement, si la question vous intéresse ; — si même vous désirez être avisé d'avance du passage des taches solaires, veuillez nous le demander.

Croyez, mon cher Confrère, à l'assurance de nos meilleurs remerciements et de nos très cordiaux sentiments.

Adresser la correspondance au Dr. M. Faure, 24, rue Verdi, à Nice, du 15 novembre au 15 mai, et à La Malou (Hérault), du 15 mai au 15 novembre.

La Tunisie Médicale

AVRIL 1929

TRAVAUX ORIGINAUX

Du traitement chirurgical associé à la medication iodée dans le goitre exophtalmique

par le Docteur BRUN

Pendant très longtemps le traitement du goitre exophtalmique une femme atteinte de goitre exophtalmique de forme sévère, et de était exclusivement d'ordre médical. Depuis une trentaine d'années, il semble que l'intervention sanglante soit de plus en plus pratiquée, ceci tient à n'en pas douter à des techniques mieux réglées; mais surtout à une meilleure préparation des malades en vue de l'intervention.

Le 31 octobre 1928 P. Duval présentait à la Société de Chirurgie de Paris un rapport sur 6 cas de goître exophtalmique traités avec succès par le Dr. Welti, ce dernier venait de faire un stage aux Etats Unis dans le service de Crile dont on connaît la grande expérience en matière de traitement du goître — et il avait pu se convaincre de l'excellence des principes établis par ce maître « Ne faire que des opérations proportionnées à la gravité des cas. Dans les formes peu sévères: Thyroidectomie subtotale d'emblée.Dans les formes sévères procéder par des opérations étagées » mais surtout il avait pu se rendre compte de l'efficacité du traitement iodé pré-opératoire.

Nous avons eu l'occasion d'observer et d'opérer à l'Hôpital Sadiki mettre en pratique ces principes. L'excellent résultat que nous avons obtenu nous engage à en publier l'observation.

OBSERVATION

Kedija bent M. âgée de 35 ans présente tous les symptômes apparents d'un goitre. Goitre volumineux, exophtalmie très accusée, tachycardie, et tremblement intense. Ce qui inquiète surtout la malade ce sont les accès de tachycardie paroxystique qui surviennent de plus en plus fréquem-

ment, s'accompagnent de dyspnée et d'angoisse et la laissent inerte, incapable de faire le moindre effort et le plus petit travail. Cette bédouine si peu avertie des choses de la médcine s'est néanmoins fort bien observée, et elle nous dit qu'elle constate que son tremblement, ses palpitations, son exophtalmie sont apparus en même temps que son goitre, et qu'ils se sont accentués en même temps qu'elle constatait l'augmentation de volume du goitre. Cette malade a sa conception pathogénique, elle aussi, je vous la donne pour ce qu'elle vaut, elle a au moins l'avantage de concilier son opinion sur le traitement, avec celle du chirurgien. Pour elle cette tumeur lui serre la gorge, l'étouffe, lui fait sortir les yeux de la tête et affole son cœur. Elle demande qu'on la débarrasse de son goitre.

Le goître a le volume d'un poing aplati sur la face antérieure de la base du cou qu'il élargit.La tumeur est bilobée plus volumineuse à droite de consistance élastique uniforme, elle est pulsatile, avec expansions systolique globale. La mobilité transversale est plus marquée que la mobilité verticale. Elle suit les mouvements de déglutition.

L'Exophtalmie est très marquée. C'est le symptôme qui frappe à première vue.

Le regard est fixe, étrange, l'œil droit apparaît plus exorbité que l'œil gauche, il est curieux de constater que le lobe droit du goitre est plus volumineux que le gauche. Il existe un défaut de synergie entre les mouvements d'élévation et d'abaissement de la paupière supérieure et du globe oculaire (signe de Grœefe). La convergence des 2 globes est difficile et fatigue la malade (signe de Mœbius). Les yeux se ferment par saccade (signe de Boston). L'occlusion palpebrale reste incomplète (signe de Stelvag).

La Tachycardie est constante 110 pulsations avec crises paroxystiques fréquentes. L'examen du cœur montre un souffle systolique à la base. Il existe de la danse des carotides. La tension artérielle prise au Pachon donne : Maxima 13. Minima 6. Indice 5

Le tremblement spontané et intentionnel est intense localisé aux extrémités et augmente avec la fatigue.

L'asthénie, la céphalie, l'insommie, l'amaigrissement qui s'accentue depuis quelques mois complètent le tableau clinique de cette malade irritable, émotive et anxieuse.

Le métabolisme basal n'a pas pu être étudié faute d'instrumentation spéciale. Les chirurgiens américains y attachent une grande importance au pronostic. Il y aurait dans les formes graves une augmentation de 50 p. 100 environ.

Dans les antécédents personnels de la malade nous n'avons rien trouvé qui mérite d'être signalé.

Le traitement appliqué fut le suivant isolément, repos absolu couché régime lacto-végétarien.

Pendant 15 jours X gouttes de solution iodo-iodurée de Lugol et V gouttes de solution de digitaline. Sous l'influence de ce traitement nous constatons une amélioration sensible de l'état de notr malade. Plus d'insommie, plus d'anxiété. Le pouls diminue de fréquence, plus de crise de tachycardie paroxystique nous décidons alors d'opérer la malade en plusieurs temps, de faire des opéartions fractionnées et de nous attaquer d'abord au lobe droit du corps thyroïde.

Le 21 novembre 1928 nous pratiquons sons anesthésie générale à l'éther **une lobectomie sub-totale droite** après ligature de l'artère thyroïdienne inférieure.

Dès le lendemain il existe un affaissement manifeste de ll'œil droit. Six jours après **le pouls tombe à 70** pour remonter ensuit à 88 **t** s'y maintenir ensuite.

L'amélioration est tellement manifeste que la malade elle-même n'hésitera pas à revenir au jour fixé pour qu'on lui extirpe son deuxième lobe C'est là une preuve péremptoire croyons-nous des bienfaits de la première intervention.

Six semaines après sa sortie de l'hôpital notre malade nous revient et réclame elle-même avec insistance la deuxième opération.

Le 21 janvier 1929 sous anesthésie générale on pratique une resection des 9/10e du lobe gauche restant.

Après cette seconde intervention amélioration très manifeste de l'état général. Le pouls bat aux environs de 75. Disparition complète du tremblement, la malade engraisse, l'asthénie a disparu. La amlade revue 2 mois et demi après sa seconde intervention est très satisfaite du résultat obtenu. Sans doute l'exophtalmie persiste, mais elle a diminué. Tous les autres symptômes ont à peu près disparu.

× × ×

Ainsi il n'est pas douteux que du fait de ses opérations la malade ait été très sensiblement améliorée. Il y a tout lieu de penser que cette amélioration se maintiendra longtemps, car de très nombreuses observations ont été publiées déjà affirmant l'efficacité *du traitement chirurgical associé à la médication iodée*. Il semble que de plus en plus et jusqu'à plus ample informé ce soit le traitement de choix dans les formes sévères de goitre, où jusqu'à ce jour les autres trai-

tements n'avaient donné que des résultats inconstants. Dans les formes frustres ou de gravité moyenne de multiples méthodes ont étépréconisées.

La marche capricieuse de la maladie, ses rémisslilons la possibilité même de guérison spontanée permettent difficilement d'en apprécier la juste valeur.

Toutes ont eu leurs succès, toutes ont connu des échecs.

Des méthodes non sanglantes citons, le traitement hygiénique, la cure de repos, l'isolement, l'hydrothérapie. Le traitement *médicamenteux* par les sédatifs (bromure, valériane, antipyrine). L'emploi du salicylate de soude basé sur les relations cliniquement constatées entre le rhumatisme articulaire aigu et le goitre exophtalmque relations déjà entrevues par Charcot et Rendu.

Le traitement opothérapique. — L'opothérapie thymique basée sur la constatation suivante. Dans le goître exophtalmique la persistance d'un thymus hypertrophie serait fréquente, à la suite de cette constation Moebius et Hard soutiennent que le goître exophtalmique est le résultat d'un hyperthymisation; la conclusion thérapeutique s'impose alors: opothérapie thymique; elle n'a donnée en réalité que des résultats très aléatoires sinon mauvais.

L'opothérapie thyroïdienne est basée sur une conception pathogénique identique: la secrétion thyroïdienne est employée à détruire ou ou à modifier certaines susbstances nocives renfermées dans l'organime, mais l'excès même de cette secrétion produite par la glande hyperplasiée ne trouvant plus son emploi devient néfaste à son tour, d'où goitre exophtalmique. Il faut donc employer cet excès de secrétion, or les animaux privés chirurgicalement de cette glande ont des humeurs qui contiennent des substances nocives en excès détruites normalement par la thyroïde. Ce raisonnement a amené Ballet et Enriquez à injecter du sérum de chien thyroïdectomisé chez les basedowiens; de là est né le traitement antithyroïdien. Une série de médicaments sont basés sur ce principe (hémato-éthyroïdine, thyroïdectine, etc.) Cette méthode a donné des résultats, mais hélas trop souvent de courte durée et qui disparaissent parfois avec la cessation du traitement.

La *radiothérapie*, surtout dans la malade de Basedow primitive et non dans les goîtres basedowifiés, toujours justiciables du traitement chirurgical a donné d'excellents résultats, à condition d'être

maniée avec prudence et employée dans les formes de moyenne gravité.

Le traitement chirurgical comporte plusieurs méthodes suivant les conceptions pathogéniques admises. Opérations sur le sympathique cervical (Jaboulay) ou sur le sympathique cervico-thoracique (Joanesnesco). Il semble bien que ces méthodes ne soient pas pratiquées par la majorité des chirurgiens qui préfèrent s'attaquer à la glande thyroïde elle-même. Les opérations sur le corps thyroïde comprennent : les ligatures des artères thyroïdiennes, la thyroïdectonie partielle ou subtotale, l'association de deux procédés.

La thyroïdectomie subtotale constitue aujourd'hui le procédé de choix; elle n'était appiquée il y a quelques années encore qu'aux formes de gravité moyenne, car les cas gravs étaient chargés d'une trop lourde mortalité opératoire. A l'heure actuelle grâce à l'influence bienfaisante du *traitement iodé* les indications opératoires se sont considérablement élargies.

De tout temps l'iode a été utilisée dans le traitement du goître exophtalmique; les résultats très favorables obtenus surtout les premiers jours de son emploi amenèrent fatalement beaucoup de médecins à le prescrire d'une manière intempestive. De nombreux échecs, survinrent qui déconsidérèrent la méthode et l'iode disparut pour un temps de l'arsenal thérapeutique du goître exophtalmique; mais les travaux de Marine et de Lenhert en 1911, les travaux de Plummer en 1922, ceux de Labbé en France 1926, montrèrent tous les bienfaits que l'on pouvait attendre de l'iode judicieusement maniée. Cependant si des observations ont été publiées de guérison définitive par l'iode, il sembe bien cependant que dans la majorité des cas, cette amélioration ne se manifeste qu'au début du traitement pour cesser ensuite, mais cette amélioration est si considérable que les chirurgiens ont profité de la période d'amélioration obtenue pour intervenir, et actuellement on fait toujours précéder le traitement chirurgical, d'un traitement iodé. ½

Comme le dit Peycelon, dans une Revue générale de la Gazette des Hôpitaux du 31 mars dernier, non seulement cette médication a élargi les indications opératoires en permettant l'intervention chez les malades en état d'intoxicaton avancée, mais elle a encore modifié la direction du traitement en l'orientant vers des opérations plus radicales; l'iode a accompli ce que l'on cherchait autrefois par l'emploi des Rayons X ou des ligatures atrophiantes, elle permet de faire

d'emblée une résection thyroïdienne, qui est la seule opération logique. La médication iodée enfin est une des causes principales de l'amélioration des résultats immédats et de l'abaissement de la mortalité opératoire.

Cet iode est employé soit sous forme de solution d'iodure potassium soit sous forme de teinture d'iode à 5 p. 100. C'est la solution de Lugol qui est la plus habituellement employée.

On emploie ordinairement 10 gouttes de cette solution les deux premiers jours, puis on augmente journellement la dose sans dépasser toutefois 30 gouttes par jour.

La durée du traitement est variable suivant l'intensité des troubles. Dans notre cas nous l'avons administré pendant 3 semaines à notre malade sans inconvénient. Il n'y a pas avantage à prolonger ce traitement plus longtemps avant l'opération, car il faudra encore après l'opération donner de l'iode à dose décroissante pendant 4 à 5 jours.

Suivant le mot de Boothby, l'iode médicament spécifique de l'hyperthyroïdisme est comme l'insuline dans le coma diabétique.

L'adjonction du traitement iodé au traitement chirurgical, marque donc une étape nouvelle dans la chirurgie du goître exophtalmique.

FAITS CLINIQUES

Un cas de septicémie gonococcique à metastases articulaires

par les Docteurs MASSELOT et BOZON

OBSERVATION

Madame M. 28 ans.

Le 16 décembre la malade entre à l'hôpital civil français envoyée par le Dr. Cassuto pour rhumatisme articulaire avec pancardite.

Le début de l'affection remonte à peu de jours et se serait manifesté par de vives douleurs dans le genou, la jambe et l'épaule gauches s'accompagnant d'un état fébrile. Ces arthralgies, auraient été fugaces et mobiles, sans être améliorées par le traitement.

L'examen révèle, au cou du pied gauche et au genou droit, l'existence d'un léger gonflement articulaire; les artrites sont spontanément douloureux et les douleurs s'exagèrent à la pression et aux tentatives de mobilisation. Le poignet gauche est également intéressé.

Au cœur le rythme est rapide et les bruits modifiés, surtout le premier qui est légèrement soufflant. On perçoit également un frottement péricardique.

Quelques signes de bronchite bilatérale à l'auscultation des poumons. Enfin, du point de vue digestif, des douleurs gastriques, de la diarrhée, des vomissements alimentaires et bilieux. La rate est légèrement augmentée de volume.

L'état général est très touché: le teint est pâle, terreux; il existe un abattement très marqué, de la somnolence et de l'apathie, des sueurs profuses.

La malade répond à peine aux questions qui lui sont posées, et c'est très difficilement que l'on peut obtenir d'elle des renseignements sur sa maladie et ses antécédents héréditaires et personnels qui sont banaux. A noter qu'elle est mariée depuis 7 ans et n'a eu ni enfants ni fausse couche.

L'examen des urines ne montre ni sucre ni albumine.

Enfin on relève sur les téguments, au niveau des plis interdigitaux, sur les avant-bras et la face interne des cuisses de petites pustules que l'on croit être des lésions de gâle infectées et qui disparaîtront par la suite

sous l'action du traitement classique.

En somme il s'agit d'un rhumatisme polyarticulaire mobile, frappant les grosses articulations, ayant retenti sur le cœur et s'accompagnant d'un état fébrile, de pâleur et de sueurs. Et l'on s'oriente vers le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu.

En conséquence on institue un traitement salicylé énergique. Celui-ci semble tout d'abord apporter la preuve décisive de la nature de l'affection : en effet 3 jours la température revient à la normale, les signes cardiaques disparaissent, les manifestations articulaires s'atténuent.

On prolonge le traitement au salicylate de soude. Mais aussi rapidement qu'elle était descendue la température remonte et la courbe thermique prend un type oscillant à grande amplitude, qu'elle ne quittera plns de longtemps.

Le salicylate apparaît inactif, le cœur fléchit à nouveau mais sans altération des bruits qui resteront dès lors normaux ou simplement un peu assourdis.

Et devant la persistance de la fièvre on fait faire un second séro-diagnostic qui revient négatif, un examen de sang sur lames qui ne montre pas d'hématozaires, un traitement quinique d'épreuve qui échoue, car, la rate déjà perceptible à l'entrée a grossi et oriente les recherches du côté d'une maladie infectieuse ou parasitaire.

Une thérapeutique antiinfectieuse par le moyen d'électrargol, de septicémine n'amène aucune amélioration.

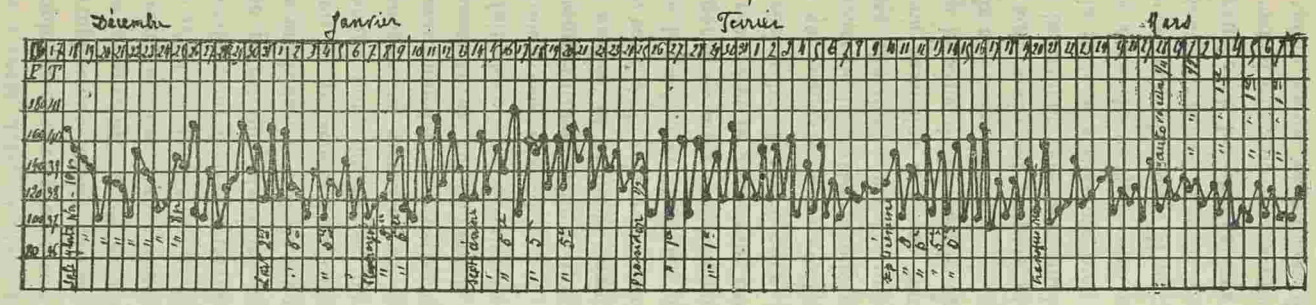
Frappé par la courbe thermique avec ses fortes rémissions matinales et ses accès vespéraux on fait une hémoculture au cours d'un accès. Le bouillon reste stérile.

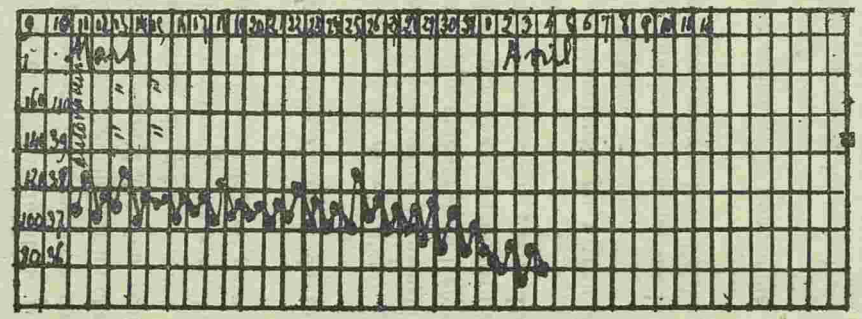
Mais, par ailleurs, les manifestations articulaires, d'abord fugaces et mobiles, ont changé de type : elles sont fixées maintenant au cou de pied, au genou et au poignet gauches qui sont tuméfiés, rouges et très douloureux spontanément et à la pression. Cette fixité, cet aspect font songer à un rhumatisme gonococcique : la malade a quelques pertes, mais un prélèvement au niveau du col utérin révèle l'absence du gonocoque.

Il semble donc qu'il ne s'agisse là que de manifestations articulaires banales au cours d'un état infectieux cryptogénétique,, d'autant que la rate, maintenant très grosse, molle, a l'aspect d'une rate d'infection.

Une ponction en est faite (Dr. Anderson) mais sans que l'examen des lames éclaire le diagnostic.

L'hémoculture est encore négative le 24 janvier.


Décembre
Janvier
Février
Mars


Mai
Avril

Mais à cette date, la main gauche se fixe en un aspect très spécial, pseudophlegmoneux: grosse tuméfaction, dure, rouge, chaude, avec réaction lymphatique tandis que la fièvre continue à osciller entre 40 degrés et plus le soir, 37,5 à 38 le matin. L'état général est précaire, l'abattement complet. Les signes digestifs: vomissements, diarrhée, persistent.

Rien n'éclaire la nature de l'affection en cause.

Cependant un nouvel interrogatoire serré de la malade et de son entourage révèle que, dans les jours qui précèdent les premières manifestations morbides, la malade fut mordue à la main gauche par un chat.

Est-on en présence d'un cas de Sodoku, puisqu'il en s'en rencontre maintenant hors du Japon, ou d'une affection de même ordre? On y peut songer: la morsure par un animal qui approche les rats, l'aspect de la main mordue, la prostration, l'anémie, l'absence de tout germe dans les hémocultures, en donnent le droit.

On fait donc une inoculation à la souris, mais l'examen du sang de cet animal reste négatif.

La température oscille toujours entre 37,5 et 40 degrés, l'état général fléchit encore, et l'anémie augmente. On fait une petite transfusion (150 cm3 du sang de la mère) qui semble apporter une amélioration légère.

Enfin le 26 février l'examen des exsudats pharyngés ne montre pas de méningocoque, mais une hémoculture, faite aimablement par le Dr. Durand, pousse et le gonocoque est identifié par lui.

La recherche du gonocoque sur des prélèvements, au niveau du col utérin est négative, mais positive pour l'urèthre.

Le mari de la malade avoue enfin avoir, quelque temps avant le début de cette affection, contracté une blennorrhagie, malgré laquelle il eut des relations sexuelles avec sa femme.

Enfin le sang de la malade agglutine au centième le gonocoque provenant de son hémoculture.

Un autovaccin est préparé et, sous son influence, la température s'abaisse lentement vers la normale, l'état général se transforme du tout au tout, la malade s'alimente bien et de jour en jour recouvre ses forces.

Ala date de ce jour elle est depuis longtemps déjà apyrétique et achève sa convalescence. Il ne persiste que peu de chose de cette affection dont la gravité nous fit longtemps porter un pronostic fatal: le poignet gauche où les phénomènes locaux furent si marqués a repris un aspect normal et recouvré ses mouvements dans toute leur amplitude et ce n'est qu'au genou et au cou de pied gauche que l'on retrouve encore les traces de l'atteinte articulaire sous la forme d'une petite limitation

dans les mouvements et d'une légère douleur à la mobilisation forcée des articles.

Quelles conclusions tirer de cette observation ?

Le plus habituellement la septicemie gonococcique est consécutive à l'envahissement de l'utérus et des trompes par le gonocoque.Mais elle peut s'observer en dehors de toute infection génitale. Chez notre malade le point d départ urogénital n'est pas douteux mais l'infection locale était si discrète qu'elle a passé inaperçue.(On connaît d'ail leurs la fréquence de la blennorrahagie latente chez la femme). Les lames faites à plusieurs reprises avec les secrétons du col restèrent négatives, et seule une lame uréthrale fut positive.

Il est ,d'autre part, curieux de noter l'opposition existant entre l'absence de tout phénomène réactionnel au lieu d'inoculation et la symptomatologie à grand orchestre des phénomènes généraux.

Cette septicemie a évolué suivant la forme habituelle, puisque elle a présenté des métastases, la forme septicemique pure est d'une très grande rareté. Il est curieux de noter l'atteinte précoce du cœur, qui n'a pas eu de suites fâcheuses puisque tous les phénomènes endopéricardiques ont disparu.

L'évolution favorable, du reste, n'est pas pour nous surprendre, étant donné que le pourcentage de guérison dans la septicémie gonococcique est de 70 p. 100.

Soulignons encore l'action favorable bien connue de l'autovaccin.

Enfin la similitude du tableau clinique du début avec celui du rhumatisme articulare aigu, l'action favorable passagère du salicylate de soude dans ce cas, montrent la difficulté du diagnostic des rhumatismes aigus.

Notre observation prouve combien il est difficile parfois de dépister l'origine gonococcique d'un rhumatisme. De patientes et minutieuses recherches permettent seule dans certains cas de la déceler.

A propos de l'infectiôn de Bruce (dite ondulante, mediterranéenne)

par le Docteur D. SCIALOM

Synonymie. — En Tunisie l'infection de Bruce a été connue sous le nom de fièvre du pays, fièvre folle, fièvre fine, fièvre ondulante (Hughes 1886), fièvre capricieuse (Nicolle 1904), fièvre de Malte (Bruce 1896). fièvre méditerranéenne (1861), melitose, melitococcie (Académie de médecine).

Ces appellations sont monosymptomatiques ou géographiques, elles sont donc incomplètes ou injustifiées. Fidèle à la nomenclature internationale, nous avons proposé de la baptiser pyrexie ou fièvre ou mieux infecton de Bruce, ou Bruçose ou Brucémie (Scialom) on peut encore accepter le nom de maladie de Bruce (Prof. Izar, de Messine 1929).

Ce n'est ni une fièvre gastrique,ni une typhomalarienne, ni du paludisme, n de la bacillemie ni de la typho bacillose.

Historque. — Les médecins de la Riviera, les médecins siciliens. anglo-maltais l'ont connue et décrite depuis longtemps (1860,1879),mais c'était un *syndrome* clinique. Bruce décrit l'agent pathogène (1887), *le micrococcus melitensis:* cette découverte a permis l'admission de la fièvre méditerranéenne (Marston, 1861) comme ENTITE morbide dans la nosologie infectieuse.

Wright par la séroréaction (1897) a permis le diagnostic de probabilité *L'hémoculture* (Cannata) permet le diagnostic de certitude scientifique. Burnet (Institut Pasteur de Tunis) par sa *meltose* et l'intradermoréaction a facilité la confirmation du diagnostic clinique.

En Tunisie c'est G. Funaro qui le premier a décrit cliniquement la fièvre méditerranéenne connue déjà avant l'occupation française (Institut de Carthage, 1900). Schoull (mai 1903)) la décrit dans le Bulletin de l'Hôpital Civil français.

En France après les travaux parus dans les Annaes de l'Institut Pasteur de Paris (Bruce 1893) prend date la belle thèse de Hayat (Montpeller, juillet 1903) qui est la première étude synthétique des travaux anglo-maltais, italiens, tunisiens. Puis vint Nicolle (1904) qui décrit la

fièvre méditerranéenne et surtout démontre son existence *bactériologique* en Tunisie se basant sur les mises au point clinique de Funaro, Schoull, Hayat.

Cattan le premier essaye avec succès l'abcès de fixation de Fochier. Scialom, confirmé par Sicard, essaye favorablement le collargol intraveineux.

Blaizot obtient de bons résultats avec la vaccinothérapie, Triolo obtient des issues favorables avec la protéinothérapie, Setbon approuvé par Scialom, cite des cas heureux avec le lait de chèvre tyndalisé (2 à 5 cc .en piqûre), Soria a l'idée ingénieuse d'injecter le liquide d'hydrocèle, Izar conseille la trypaflavine (1929), Cassuto rapporte un cas monosymptomatique révélé par la séroréaction: une orchiepidydimite opérée comme étant tuberculeuse. Scialom attire l'attention sur les formesc larvées (1906) et hypertoxiques (1908). Lemanski décrit le syndrome de Bruce, les formes typhoïdiques. Setbon insiste sur la mastite et l'orchite à douleur exquise et précoce. Benmussa, Uzan notent des cas de diarrhées infantiles, de gastrotérite, Uzan et Lévy en observent un cas méningé. Scialom cite des formes respiratoires, digestives, nerveuses. Bonan, Brun et Burnet citent un cas d'ostéite brucique, Benmussa et Sfez traitent des formes pulmonaires.

Réactions ethniques. — *L'Europen* alcoolique et carnivore présente les formes nerveuses, hépatiques, rénales. Chez les *colons*, il faut penser à l'association paludéenne.

Le nègre présente facilement la forme respiratoire, bacillémique. Je n'ai pas vu en une trentaine d'années de pratique tunisienne un seul cas de tuberculose postbrucémique. J'ai constaté deux cas guéris rapidement de *congestion pulmonaire du sommet* chez un enfant musulman (Eichmuller) et chez un autre enfant israélite (Morpurgo) envoyés à l'Ariana pour changement d'air au cours d'une pyrexie de Bruce.

Chez le *Bédouin* c'est la forme silencieuse, apathique que l'on observe le plus souvent.

L'enfant présente en été la diarrhée, en hiver la forme respiratoire et si le tempérament est nerveux des convulsions tout comme pendant la période de la dentition.

Chez l'*Israélite* et le *Musulman citadin* l'on rencontre assez fréquemment la forme anxieuse, angoissante, obsédante, phobique, psychasténique, épigastralgique, névralgique.

Etiologie. — C'est certainement le plus souvent le *lait de chèvres*

non bouilli qui est la cause de la fièvre de Bruce. La preuve en est qu'après avoir été très fréquente chez les Israélites tunisiens qui sont très friands de lait de chèvres, la Brucémie a disparu d'abord puis a réapparu pendant la période de guerre où l'ébullition avait été négligée à cause de la rareté et de la cherté du charbon. Il semble bien aussi qu'il y ait eu régression (Hayat, 1914).

Le contact avec les malades et avec le micrococcus est une cause rare de l'infection (médecins, infirmiers, hommes de laboratore).

L'épidémie familiale est rare, contrairement à la fièvre typhoïde. J'ai cependant décrit une épidémie qui a atteint 12 peésonnes sur 17 au sein d'une famille israélite tunsienne (1915).

Tableau Clinique.

L'infection de Bruce débute généralement par un embarras gastro intestinal ébrile avec *asthenie*, nausées, épigastralgie (Hayat), tachycardie (Morpurgo), constipation, *ocrodermie*, fièvre capricieuse (Nicolle), le souvent inappétence. Les *petits signes* pathognomoniques viennent confirmer le diagnostic: pseudo rhumatisme, topoalgies, fièvre ondulante, sueurs profuses, orchiepidydimites. Rarement l'on observe de la toux sèche ou de l'albuminurie. Rarement aussi l'on constate une grosse rate et un gros foie. Rarement on note de la myocarractérise cliniquement la maladie si ongue, mais si bénigne et connue depuis si longtemps des médecins anglo-maltais (1860), italiens (1879), tunisiens (1881). Il faut savoir l'isoler des infections cryptogé-

Formes cliniques.

L'on *a* décrit des formes à prédominance digestive, nerveuse, respiratoire (Scialom). La forme cardiaque est rare.

Le syndrome de Bruce (Lemanski) que nous venons de décrire canétiques (Masselot) et des fièvres sympathiques (Hayat).

Types individuels. — La maladie quoique *fluxionnaire* et *protéiforme* prend un aspect spécial suivant l'individu, son terrain, ses antécédents. L'aspect clinique provient du locus minoris resistentae et du géne épidémque.

Formes saisonnières. — Il semble qu'en été la Brucémie donne le change avec les gastroentérites, les colibacilloses, les Iyphoïdes. En hiver c'est la forme grippale et respiratoire qui prédomine. La forme nerveuse et psychasthénique est de toutes les saisons.

Traitement. — Il semble bien que tous les traitements préconisés ont pu donner de bons résultats entre les mains de divers cliniciens et que le traitement spécifique et unique est encore à trouver. Le

changement d'air est bienfaisant au point de vue hygiénique mais me semble d'une efficacité thérapeutique douteuse. Il faut permettre au malade une alimentation précocee substantielle et variée. Une vie active doit être conseillée ou encouragée quand elle est demandée par le malade : elle est salutaire au point de vue général moral, mais l'on doit se méfier des porteurs de germes.

Pronostic

Sauf des cas exceptionnels la maladie de Bruce tout en étant longue et débilitante est bénigne parce que fluxionnaire.

Elle ne laisse généraement pas de séquelles et semble ne jamais préparer le lit à la tuberculose.

Diagnostic. — Il faut savoir isoler les petits signes et le syndrome de Bruce (Lemanski).

Quand il s'agit de cas abortifs ou prolongés, monosymptomatiques et anormaux, ambulatoires, septicémiques et phtysiques, hypertoxiques et typhoïdiques et même d'associations microbiennes qu'on n'a pas encore citées en Tunisie, la séroréaction de Wright à 1/200 est en faveur d'une infection de Bruce probable. L'hémoculture la cutiréaction sont des signes de certitude.

Les tâches rosées sont rares, l'entéroragie l'est aussi. Les formes respiratoires sont difficiles à différencier cliniquement de la tuberculose pulmonaire, de la bacillémie. L'analyse répétée des crachats, la radiographie, l'inoculation au cobaye, l'évolution sont seules capables de tirer d'embarras le clinicien à justé titre inquiet devant l'entourage alarmé et le malade désespéré. J'ai vu des coxalgies et des tumeurs blanches qui n'étaient que des épiphénomènes au cours d'une brucémie. L'hermatozoaire de Laveran s'associe fréquemment dans la banlieue de Tunis au micrococcus de Bruce. Un prélèvement sur lames effectué dans de bonnes conditions au moment du frisson et la quinine à titre d'esai et sans inconvénients font faire facilement le diagnostic.

Conclusion.

En guise de conclusion nous dirons que si le traitement de cette infection est exclusivement symptomatique et physiologique le pronostic en est généralement bénin et dépend d'un diagnostic précoce et scientifique toujours possible.

Le praticien ne doit pas oublier que le malade pardonne rarement un pronostic erronné même justifié

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 19 Avril 1929

Présidence du Dr. **E. LEVY**, Président

Membres présents: Drs. Lalloum, Lumbroso, E. Disegni, Brugairolles, Enriquez U., Soria, Matéri, Hayat, Sfez, Guido Lévy, Brun, Caillon, Masselot, Conseil, Timsit, Calamida, Salvo, Ettore Scialom, Cohen Victor, Roger Nataf, Cohen Boulakia, Ferré, H. Bonan, Gourdon, Pagnon, I. Lumbroso, J. Chemla, Ghouila Houri, M. Uzan, Maruani, Farrugia, Cherouvrier, Triolo, Deleuil, Cohen-Hadia, Ronchot, Bozon.

Candidature de M. Enriquez, chirurgien dentiste acceptée à l'unanimité.

× × ×

Le **Dr. Brun** présente un sarcome du maxillaire inférieur opéré il y a 15 jours. Resection du maxillaie inférieur. Ligature de la carotide externe en un 1er temps puis exerèse de la tumeur. Des bons résultats.

× × ×

Le **Dr. Calamida** présente

1. Un cas d'ulcère duodénal perforé datant de 3 heures.

Double suture de la perforation avec épiploplastie: guérison.

2. Splenectomie pour rupture de la rate au niveau du hile opérée 24 heures après l'accident, le blessé a guéri; par contre il a opéré 1 heure après une blessure de la rate par coup de feu un blessé qui a succombé des suites de l'hemorrhagie

× × ×

Le **D. Brun** présente une malade atteinte de goître exophtalmique qu'il a opérée.

(*Voir ci-dessus page* 121)

× × ×

Les **Drs. Masselot** et **Bozon** présentent un cas de septicemie à gonocoques.

(*Voir ci-dessus page* 127).

Discussion

Le **Dr. Conseil** demande si on a fonctionné les articulations douloureuses pour mettre le gonocoque en évidence.

Le **Dr. Masselot** répond qu'il n'existait qu'un peu d'œdème.

Le **Dr. Cohen-Boulakia** demande quel a été le traitement .

Le **Dr. Masselot** répond qu'il a traité cette malade par la vaccination 8 injections.

Le **Dr. Cohen-Boulakia** souligne qu'il faut prolonger très longtemps la vaccino-thérapie.

Le **Dr. Uzan** a vu également un cas de septicemie à gonoccoque et prétend qu'à certaine époque de l'année les gonocoques deviennent plus virulents.

M. **J. Chemla** demande si les cultures ont été mises directement à l'étude car si on laisse la prise de sang se refroidir, il n'est pas étonnant que la culture soit négative.

Le **Dr. Masselot** répond qu'il y a une étude dans le service et qu'on y a déposé immédiatement le prélèvement.

× × ×

Tuberculeux pulmonaire traité par Pneumothorax

par le Docteur **MASSELOT**

Le Dr. Masselot présente un tuberculeux pulmonaire âgé de 21 ans qu'il traite depuis 3 ans par le pneumothorax artificiel. Ce jeune homme qui était porteur d'une tuberculose unilatérale évolutive de haute gravité va bien actuellement, ne tousse pas, ne crache pas et a engraissé de 19 kg. Les radiographies dues à l'obligeance du Dr. Jaubert de Beaujeu montrent l'état pulmonaire initial et l'état actuel. La compression est complète et le poumon sain ne semble pas menacé. Le but de cette présentation n'est pas de montrer un cas aujourd'hui banal mais d'attirer l'attention sur la responsabilité qu'assume un médecin en privant sans raison sérieuse un tuberculeux, jeune, unilatéral, évolutif de la cure par le pneumothorax artificiel.

Sans doute des résultats aussi parfaits (le malade monteur télégraphis-

te a repris depuis un an son métier sans fatigue) ne sont pas constants, ils ne sont même pas les plus nombreux mais en présence de la faillite des thérapeutiques antituberculeuses comment ne pas recourir à la méthode qui possède à son actif le plus fort pourcentage de guérisons définitives ?

(Voir figures page 139).

Rétrécissement de l'artère pulmonaire

par le Docteur **F. MASSELOT**

Cette présentation n'a pour but que de montrer les deux clichés typiques faits par le docteur Jaubert de Beaujeu. On y retrouve les 3 caractères de l'image radiologique du rétrécissement de l'artère pulmonaire à savoir :

Exagération de l'arc pulmonaire;

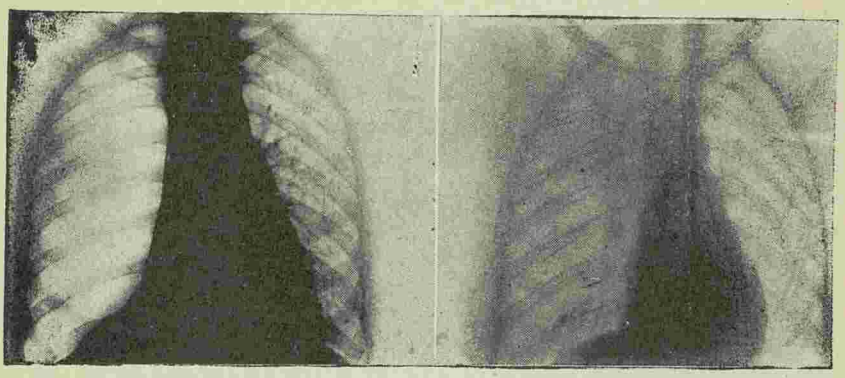
Augmentation des cavités droites ;

Volume normale des cavités gauches.

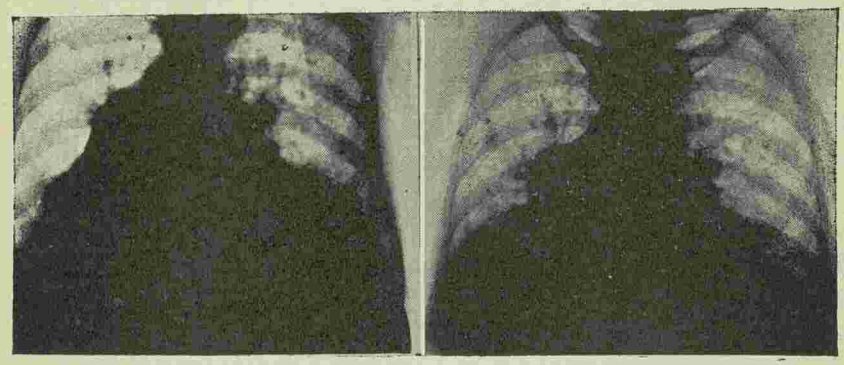
Ces radiographies prises à 15 jours l'une de l'autre montrent l'effet remarquable du traitement sur le volume du cœur.

La malade qui était en état d'asystolie grave ne tirait aucun bénéfice du traitement digitalique. L'injection intraveineuse digitalique d'endemi d'oubaine en une semaine suivie d'un traitement digitalique d'entretien eut raison des phénomènes très graves constatés.

(Voir figures p. 139).



Tuberculeux pulmonaire traité par Pneumothorax



Rétrécissement de l'artère pulmonaire

Le sérum humain dans le traitement de la Tuberculose pulmonaire

(note préliminaire)

par le Docteur TRIOLO

La sérothérapie de la tuberculose pulmonaire n'a pas justifié en clinique humaine l'espoir que les recherches probantes du laboratoire avaient fait concevoir, j'ai cherché les raisons de cette contradiction et mon impression a été que la manière avec laquelle on a procédé dans la préparation des divers sérums ne correspondait pas aux conditions biologiques qui président à l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Mon affirmation s'appuie sur trois ordres de faits.

A. — *La lésion des tissus est une condition nécessaire pour que la maladie « tuberculose » se manifeste.*

Dans la préparation des sérums l'idée que la tuberculose est une maladie causée et entretenue par le bacille de Koch, avait poussé les savants à provoquer seulement la formation d'anticorps spécifiques vis-à-vis d'un bacille ou de ses toxines.

La tuberculose est une toxi-infection. L'infection pure, la septicémie bacillaire n'existe ni au point de vue expérimental, ni au point de vue clinique. Il y a toujours un substratum anatomique, qui est à la base de toute manifestation clinique de la maladie.

Si on injecte des bacilles dans la veine d'un animal, ils circuleront quelque temps dans le sang, mais après ils disparaîtront tous, *car le sang, tant que l'organisme est en état de défense, ne* tolère pas d'impuretés.

Ils se déposeront dans les tissus, avec lesquels ils entrent en lutte. Si l'animal est réfractaire, les bacilles seront détruits et Richet fils a prouvé une telle possibilité pour le foie et pour le poumon ; dans ce cas rien ne révèle leur passage dans le sang, et les bacilles sont demeurés inoffensifs, c'est-à-dire ils n'ont produit aucune manifestation clinique de la maladie. Si au contraire l'animal est réceptif, les bacilles ont le dessus sur les cellules, ils se fixent, et ils provoquent al formation du *tubercule miliaire*, qui est la lésion anatomique initiale.

Suivent les processus de dégénération et des produits toxiques se forment, qui mis en circulation empoisonneront l'organisme. C'est

alors seulement que commencent les premières manifestations de la maladie.

Le mécanisme qui préside à l'évolution de la maladie dans l'organisme humain ne diffère pas de beaucoup. Il y a toujours un substratum anatomique à la base de toute manifestation clinique; la typho-bacillose qui pendant longtemps a été retenue comme septicemie bacillaire a son substratum anatomique dans les ganglions trachéo-bronchiques, comme a démontré tout récemment Léon Bernard.

Les formes caseeuses avec tendance à la nécrose sont caractérisées par l'intense et profonde intoxication de l'organisme tandis que les formes fibreuses avec tendance à la formation du tissu conjonctif épargnent l'organisme de l'intoxication; c'est que dans le premier cas il y a surabondance de produits toxiques cellulaires, tandis que dans le second cas il n'y en a presque pas; cependant il s'agit du même bacille.

Donc l'intoxication qu'on voulait mettre sous la dépendance du bacille ou de ses toxines, en réalité est produite, au moins en grande partie, par les cellules dégénérées et nécrosées.

Par conséquent, si la maladie « tuberculose » est toujours en relation et sous la dépendance de la lésion anatomique, si l'intoxication est surtout d'origine cellulaire, il est bien facile de s'expliquer l'échec des divers sérums antituberculeux. Dans l'enceinte du laboratoire ils neutralisaient les toxines, ils détruisaient les bacilles et ainsi ils réussissaient à empêcher que l'nfection se produise; mais dès que la lésion anatomique se constituait, que les cellules altérées commençaient à verser dans l organisme leurs produits toxiques ils devenaient inefficaces.

B. — *La spécifité des sérums doit être envisagée vis-à-vis des antigènes et aussi vis-à-vis de l'espèce animale.*

Les réactions humorales de l'organisme sont sensiblement spécifiques. Si on jecte à un lapin le sang du mouton, on provoque la formation d'anticorps et en particuiler des lysines, qui hémolysent les hématies du mouton seulement et pas celles d'un autre animal. De la même manière si on injecte à des lapins des globules rouges du cobaye, le sérum des lapins acquiert la propriété d'agglutiner les lipoïdes du stroma des globules rouges du cobaye et ce phénomène a un caractère très prononcé de spécifité dans le sens que le sérum des lapins vaccinés contre le sang du cobaye agglutine les lipoïdes

extraits du stroma des globules du cobaye et pas d'un autre animal (Bordet).

Or ce qui vaut pour les hématies et pour les lipoïdes doit valoir aussi pour toutes les autres cellules des diverses tissus et pour les substances qui les constituent, à l'état physiologique.

De sorte qu'il est logique de penser que dans la tuberculose les cellules altérées du tissu pulmonaire et les produits de ses échanges anormaux agissent en antigènes spécifiques et qu'is provoquent la formation d'anticorps spécifiques pour ces antigènes et pour l'espèce animale déterminée. Ainsi, si on arrive à provoquer chez un animal chez le cheval par exemple, des lésions tuberculeuses, son sérum contiendra des anticorps spécifiques vis-à-vis des cellules malades des chevaux et pas d'un autre animal, et par conséquent pas de l'homme.

C. — *Le sérum des animaux est toxique pour l'homme, d'autant plus s'il est sensibilisé par la tuberculose.*

On connaît l'historique de la transfusion du sang; au début elle avait causé des intoxications graves,car le sang du donneur était celui d'animal.

Quand après on a eu recours au sang humain les phénomènes d'intoxication ont disparu et les résultats ont été d'autant plus éclatants que le sang du donneur s'approchait biologiquement de celui du récepteur, comme cela arrive entre parents.

Ces faits d'ordre biologique expliquent, à mon sens, l'échec de la sérohérapie antituberculeuse.

On pourrait essayer de modifier la technique pour la préparation des sérums; atténuer, par exemple, la toxicité par le procédé Ramon; vacciner les animaux avec des antigènes cellulaires mélangés aux anttgènes, comme pratique le prof. Buschettini, et comme j'ai pratiqué moi-même il y a longtemps, quand je me suis servi pour vacciner une chèvre et puis un âne du poumon d'un homme tuberculeux. Mais la spécifité vis-à-vis de l'espèce, qui est la qualité la plus importante, peut-être, ne pourrait d'aucune façon être réalisée, au moins dans l'enceinte du laboratoire.

Devant cette difficulté presque insurmontable, une seule solution s'est présentée à mon esprit : puisque les toxines qui circulent dans l'organisme humain atteint de tuberculose, ne peuvent être neutralisées que par les anticorps préparés par un autre organisme de la

même espèce, l'homme seulement pouvait donner le sérum capable de guérir.

L'homme atteint de tuberculose est soumis à la double action du bacille de Koch et des produits des cellules altérées. S'il arrive à maîtriser l'infection il produira des anticorps capables de neutraliser les produits toxiques des bacilles et des celllues dégénérées en même temps; ce sang d'autre part n'est pas toxique pour l'homme, car il est similaire, ce sang enfin est doué de la qualité la plus importante, celle de la spécifité vis-à-vis de l'espèce, il réunit donc tous les éléments qu'on recherche pour que son action soit favorable.

C'est donc l'homme guéri de la tuberculose que je devais m'adresser pour avoir le sérum contenant les anticorps spécifiques de la tubercluose humaine.

Pour réaliser l'expérimentation dans les meilleures conditions j'ai choisi un jeune homme de 22 ans. Il était atteint de tuberculose depuis deux ans. Sa lésion unilatérale évolutive, que l'examen clinique et la radiographie limitait à la moitié supéreure du poumon droit avec infiltration et caverne, a été traité régulièrement par la callapsothérapie. Bien vite il y eut chute de la température; la toux et l'expectoration ont cessé, les bacilles disparurent. Le poids augmenta de 15 kgs. La séroréaction de Wassermann négative, aucune autre maladie précédente. Les autres sujets donneurs du sang se ressemblent.

Le sérum une fois obtenu, il fallait établir une méthode d'application. J'ai dû écarter l'usage des grandes doses à cause de la difficulté matérielle de se procurer la quantité nécessaire de sérum et j'ai donné la préférence aux petites doses .J'applique ce traitement depuis des années.

Après des nombreux essais aujourd'hui je me crois autorisé d'affirmer que le sérum humain est efficace dans la cure de la tuberculose pulmonaire.

Je rapporterai quelques observations, qu'on ne doit pas considérer comme isolées mais comme type pour les indications de la méthode dans des cas similaires.

Je supprime les détails et je fais de chaque observation un bref résumé.

1. Obs. Lobite supérieure gauche.

G. B. âgé de 26 ans. Il maigrit depuis trois mois.

Il s'affaiblit, il tousse. Il suit sans effets des traitements variés. Quand

il vient me consulter je trouve au sommet gauche, en avant, quelques râles à bulles fines sur et sous la clavicule; légère hypophonèse. La radiographie montre le sommet voilé. Pouls 110; Temp. 37,8; poids 58. Examen des crachats positif.

Je mets le malade au repos et je commence le traitement du sérum. Après trois mois la fièvre est tombée, la toux et l'expectoration cessent, les bacilles ont disparu, à l'auscultation on n'entend plus rien; le pouls revient à 80; le malade pèse 66 kg.

2. Obs. Broncho-alvéolite ulcérative unilatérale.

Gu. est un jeune homme de 20 ans; il est malade depuis 4 mois. Je l'ai pris en traitement dans des conditions graves; hémoptysie abondante et qui résistait à tous les médicaments, fièvre à 39, toux, crachats positifs, amaigrissement rapide. La radiographie et l'examen clinique montraien une lésion à gauche à forme broncho-alvéolaire, avec ulcération. Je crée un Pneumothorax, qui amène bien vite la sédation des symptômes les plus inquiétants. En même temps je lui injecte le sérum. Au troisième mois survient pleurésie avec liquide. Les insufflations ont été espacées et au 6e mois ont été supprimées, car des adhérences s'étaient formées. On poursuit le traitement avec le sérum seulement. La fièvre, la toux, les bacilles disparaissent. Le liquide disparaît aussi. Le malade augmente de 12 kgs. Il fait de longues promenades; il a repris son travail. La deuxième année est passée déjà et il peut être considéré comme guéri.

Ce cas démontre d'une manière évidente que les deux traitements, la sérothérapie et collapsothérapie, s'entr'aident puissamment. Il est bien probable qu'ayant cessé les insufflations, puisque la lésion n'était pas encore cicatrisée, la maladie, un moment arrêtée dans sa mache, aurait repris son évolution.

3. Obs. Lésions bilatérales avec broncho-alvéolite ulcérative à gauche

A., âgé de 18 ans. La radiographie confirmait le résultat de l'examen clinique et montrait le sommet droit voilé et à gauche infiltration et caverne.

L'amaigrissement, l'anémie, la fièvre, la toux avec cachats bacillifères, l'anoréxie, les conditions générales graves, et surtout le fait que celle-ci était une rechute d'une autre poussée faite trois ans avant et dont il était guéri, rendaient le pronostic très réservé. La collapsothérapie était déconseillée par d'autres médecins à cause de la lésion du côté opposé. La famille a accepté quand même l'intervention, j'ai pratiqué le Pneumothorax artificiel, en même temps que je faisais la sérothérapie humaine.

Le traitement s'est poursuivi pendant deux ans. Il est survenu du liquide

pleural, qui n'a pas empêché de continuer les insufflations. Le poumon droit n'a pas bougé. Le jeune homme a gagné 15 kg., il ne tousse plus, il n'a plus de fièvre; le liquide je l'ai retiré une fois et il ne s'est plus reproduit.

Voilà donc un cas de lésions bilatérales, évolutive d'un seul côté; on hésitait à intervenir avec le Pneumothorax; grâce à la sérothérapie simultanée on a pu porter à bien un jeune homme chez qui tout faisait craindre une issue fatale.

4. Obs. Splenopneumonie de la base droite, avec ulcération probable anémie grave — lésion ulcéreuse de la base gauche — pronostic fatal.

Le malade est âgé de 17 ans; son père est mort de tuberculose pulmonaire. La maladie a débuté apparemment il y a deux ans, avec toux et amaigrissement. Pleurésie exsudtive à droite. Petites hémoptysies. Temp. 38-38,5; Poids 44 k. 400. Bacilloscopie négative. Cutiréaction négative .L'examen clinique montre : respiration rude aux deux sommets avec râles crépitants surtout à droite. Silence respiratoire à la base, où on entend un souffle quand le malade tousse. Les râles crépitants on les entend dans une zone limitée aux VIIe et VIIIe espaces. A gauche au VIe espace en avant on entend quelques rlâes à tonalité élevée pendant l'inspiration.

Le traitement avec le sérum humain a d'abord augmenté la toux et l'expectoration, mais dans la suite ces deux symptômes ont diminué, l'appétit augmenta. Euphorie. Le poids augmenta de 800 gr. Après deux mois de traitement, les conditions générales sont améliorées; il ne tousse presque pas, il crache très peu, il n'a pas de fière. Localement on ne constate aucun changement.

Cette observation démontre que même dans les cas très graves de lésions bilatérales on peut quelquefois avoir quelques améliorations.

5. Obs. Spleno-pneumonie.

Jeune homme de 21 ans. Son frère est mort quelques mois avant de tuberculose. A la suite d'une infection mal définie il est obligé, à cause de son grand affaiblissement de garder le lit depuis deux mois. La temp. 38-38,5. I a eu quelque petite hémoptysie; amaigrissement rapide et profond, anorexie complète. Il ne tousse pas, il ne crache pas; pas de douleurs, sueurs légères. Pouls 120.

La radiographie montre tout le poumon droit voilé. L'examen clinique fait constater à la percussion submatité à la partie supérieure du côté droit, matité absolue à la base; à l'auscultation ni râles, ni souffles: silence respiratoire. Une ponction est restée négative. Il s'agissait évidemment d'une Spleno-pneumonie de Grancher à forme chronique, mais dont

la naure tuberculeuse n'était pas douteuse, étant donné sa longue durée, le rapide et profond amaigrissement et la'sthénie. Ce malade a poursuivi le traiteemnt pendant 5 mois; une seule ois, au cours de la cure a eu une petite hémoptsie. Maintenant il est guéri; son pouls est normal, la fièvre est tombée; les foces, avec l'appétit sont revenus; il a gagné plus de 12 kg.; à l'auscultation le murmure vésiculaire est affaibli; pas de matité; la radiogarphie montre à peine une réaction hilaire.

Ici on pourrait objecter qu'ils ne sont pas rares les cas de splenopneumonie, qui guérissen ttout seuls. Mais chez notre malade l'amaigrissement et l'asthénie graves, qui duraient depuis deux mois, ne faisaient rien espérer de bon; au contraire tout faisait craindre la même fin que celle de l'autre frère.

6. Obs. Ce traitement est inoffensif.

Un jeune homme soigné depuis deux ans est sujet à des fortes hémoptysies. Il est soumis au traitement du sérum; malheureusement après la première piqûre survient une hémoptysie, que la famille a mis sur le compte du Sérum. Malgré cela ce brave garçon a eu le courage de reprendre le traitement et il l'a continué pendant quelque temps sans qu'apparaisse aucun nouveau cachement de sang.

Chez les malades qui font de petites hémoptysies le traitement n'est pas contreindiqué.

En résumé, la sérothérapie humaine est un traitement logique de la tuberculose pulmonaire; les résultats cliniques sont en général favorables.

Il donne particulièrement de bons résultats dans toutes les formes fibro-caséeuses récentes, soient-elles actives ou torpides, limitées ou extensives.

Il est efficace aussi dans les cortico-pleurites et dans les splenopneumonies. Dans les formes cavitaires unilatérales, comme dans les formes bilatérales, évolutives d'un seul côté, on appliquera la collapsothérapie simultanément avec le sérum.

Je désire attirer l'attention sur une autre question que je me suis posée:

Puisque la généralité des êtres humains a subi depuisis la première enfance l'infection tubercueuse; puisque tout le monde, malgré l'absence de manifestations cliniques, on est atteint, comme le prouve la réaction positive à la tuberculine, on pourrait logiquement en déduire que l'organisme humain apparemment sain produit constamment des substances antitoxiques contre l'infection dont il est por-

teur; substances qui lui confèrent un état d'allergie et qui rendent son infection inactive.

En conséquence le sérum des personnes saines doit contenir des anticorps qui pourraient être utilisés dans un but thérapeutique contre la tuberculose. J'ai commencé, il n'y a pas longtemps, des expériences dans ce sens. Les résutats que j'ai obtenus jusqu'à présent m'encouragent à continuer.

Discussion

Dr. Masselot. — Le Dr. Triolo a eu le beau courage de s'attaquer au problème du traitement de la tuberculose pulmonaire; nous ne saurions trop l'en féliciter.

Mais il nous permettra, de lui faire amicalement observer le danger que présente dans cet ordre d'idées une publication prématurée. Le public à l'affût de toutes les nouveautés thérapeutiques en matière de tuberculose ne saurait manquer de trouver dans sa communication autre chose qu'une intéressante tentative de traitement. Notre confrère serait le premier à regretter qu celle-ci ait pour effet de faire oublier, même momentanément qu'en dehors de la cure hygiénique diétrtique et du pneumothorax artificiel, toutes les thérapeutiques antituberculeuses ne sont que médications de second plan.

Le Dr. Triolo ne comprendrait pas que j'engage aujourd'hui une discussion sur le fond même de sa communication, puisqu'il s'est volontairement limité à ne citer que six malades traités, dont le tableau clinique est à peine esquissé, six exemples qui, il faut le dire en passant, n'entrainent pas une conviction immédiate étant donné que pour la plupart de ces malades les thérapeutiques de fond de la tuberculose ont été mises fort judicieusement en œuvre.

L'auteur nous expose dans son article les idées qui l'ont conduit à expérimenter le sang de malades guéris dans la cure de la tuberculose pulmonaire. J'ai, je l'avoue peu de fois dans les inductions ou déductions pathogéniques les plus brillantes. Les hypothèses sans doute sont utiles pour faire avancer la science mais au milieu du flot, sans cesse renouvelé de nos jours de théories et d'hypothèses roulant inlassablement vers l'oubli combien rest-t-il d'ilots de terre ferme où la vérité puisse se poser ?

Les théories ou hypothèses me paraissent encore plus fragiles, lors-

qu'elles se basent sur la conception actuelle de l'immunité dans la tuberculose, immunité tellement fragile, fugace, variable qu'il a fallu la baptiser, d'un nom qui permette d'enregistrer ses multiples volte-faces,

Comment oser imaginer qu'une méthode née de travaux sur la prévention d'infections aussi cycliques, aussi solidement immunisantes que la rougeole et le typhus, puisse être transposée dans le cadre de la tuberculose essentiellement variable et capricieuse.

Je m'arrête, car je ne veux pas mériter les critiques que je serais tenté de faire à notre confrère. Je souhaite qu'après des mois de patiente expérimentation sa méthode donne enfin naissance à une thérapeutique viable. Ce jour-là il me semble que la seule façon d'en démontrer l'excellence sera de montrer son action bienfaisante sur un lot de tuberculeux soumis à la stricte discipline de l'hôpital et aux classiques investigations scientifiques que permettent les ressources hospitalières.

Le **Dr. Conseil** reprend la discussion des observations du Dr. Triolo.

Il n'a pas trouvé dans cette communication toutes les précisions nécessaires, quelle est la quantité de sérum de convalescent qui est injectée, il faudrait préciser les données de la méthode.

Il faudrait aussi s'entendre sur le sens de convalescent de tuberculose et sur ce qu'on peut appeler guérison chez un tuberculeux.

Dr. Hayat. — Dans les cas simples combien faut-il de temps.

Dr. Triolo. — Quand la lésion est fortement évolutive il faut le pneumothorax.

Le **Dr. Conseil** voit un cas d'un malade qu'il connait qui a suivi exactement le traitement médico-hygiénique habituel, la sérothérapie y a-t-il joué un rôle ?

Dr. Triolo. — J'aurais préféré répondre au Dr. Masselot après avoir pris connaissance de ses critiques par écrit. N'ayant pas réussi, je tâcherai de me rappeler ce qu'il a dit ; il m'avertira si parfois je n'ai pas saisi sa pensée.

Le Dr. Masselot a commencé :

1. par se préoccuper de ce que dira le public quand il apprendra qu'un nouveau traitement de la tuberculose a été proposé.
2. puis il a signalé l'importance du sujet, qui devrait, selon lui, être traité par d'autres plus compétents.

3. il dit que les principes sur lesquels croit se baser ma conception, c'est-à-dire les principes de l'immunité, sont discutables.

4. qu'on ne peut pas appliquer à la tuberculose ce qu'on pratique pour la rougeole, car les deux maladies sont diverses.

5. que le bacille de Koch, tel qu'on le connaît n'est pas le seul agent de la tuberculose.

6. que les observations cliniques sont incomplètes, on n'y trouve ni l'examen des crachats, ni le poids des malades ni l'examen radiologique.

7. qu'en fait de traitement, seul le pneumothorax et l'hygiène comptent.

8. qu'il fallait conduire les expériences sous le contrôle d'autres médecins.

Je prie la Société d'examiner avec moi si ces critiques sont justes et impartiales.

1. La Société jugera si la préoccupation du Dr. Masselot vis-à-vis du public est bien placée.

Pour le tranquilliser cependant je dirai que je suis venu ici sur invitation du Dr. Ortona et pour que mes confrères sachent en quoi consiste ma méthode de traitement et pour qu'ils puissent la pratiquer eux-mêmes s'ile le désirent.

Du reste je suis venu ici quand j'avais décidé de quitter la Tunisie, donc je ne pouvais penser au public tunisien.

2. Ma capacité ? Oui, Je reconnais que moi, comme du reste presque tout le monde, est au-dessous d'une si grande tâche. Mais si on regarde aux moyens si simples de raisonnement et d'expérimentation dont je me suis servi on reconnaîtra qu'il n'y avait aucun besoin de grands laboratoires, ni de siéger en chaire.

3. Les principes de l'immunité sont discutables ?

L'immunité dans la tuberculose existe. Il n'y a qu'à comparer les vieilles races européennes, qui sont atteintes de tuberculose depuiis une époque assez éloignée et les races noires, où la civilisation avec ses méfaits n'a pas encore pénétré.

Chez les premières la tuberculose généralement se présente à l'état chronique et sous des formes atténuées; tout le monde en est atteint et

la mortalité est relativement minime ; tandis que chez les races noires tous les individus sont indemnes mais si quelqu'un tombe malade il n'en échappe pas.

Les premières ont acquis à travers les siècles un certain degré d'immunité, que les autres n'ont pas.

C'est la même chose pour les nouveaux-nés.

Ils viennent au monde indemnes de tuberculose, ils s'infectent pendant les premiers jours, les premiers mois, mais s'ils survivent, ils s'immunisent.

C'est que dans l'organisme du tuberculeux guéri se forment des anticorps, comme il a été démontré par des expériences bien connues, et comme confirmé le prof. Maragliano, à propos de ma communication devant le Congrès à Rome ; il a dit textuellement : **Je crois à l'efficacité du sérum des personnes guéries de tuberculose, car ce sérum contient des anticorps. ».**

Quoiqu'il en soit ça n'empêche pas que tout le monde encore travaille actuellement sur la base des principes de l'immunisation, et la vaccination la dernière en date, vient de le prouver.

Mais si on discute sur certains principes de la théorie de l'immunisation les fats sur lesquels s'appuye ma conception sont, il me semble, indiscutables, car ils sont dûment établis.

Un premier fait est qu'un antigène d'origine animale inoculé dans un organisme produit des anticorps.

Un deuxième fait est que ces anticorps sont sensiblement spécifiques vis-à-vis de l'antigène et aussi vis-à-vis de l'espèce animale.

Ce dernier fait d'ordre biologique m'a semblé pouvoir expliquer l'échec des divers sérums antituberculeux. On n'a pas tenu compte de la spécificité des anticorps et on a appliqué à l'homme un sérum qui logiquement ne pouvait donner des résultats favorables que chez l'animal de la même espèce.

Il fallait faire une autre considération sur la nature des antigènes.

Ceux-ci ont été considérés comme de nature bacillaire, ou toxico-bacillaire ; mais en réalité ils sont plus complexes. Il est inadmissible que les cellules altérées et nécrosées éliminent des poisons qui contribuent à l'intoxication de l'organisme.

Voilà au point de vue théorique: il me semble qu'il n'y a rien de discutable en cela. Au point de vue pratique, était-il possible dans ces conditions de reproduire expérimentalement dans le laboratoire la spécifité des anticorps et leur complexité ?

Je pense que non. Seul l'organisme humain atteint de tuberculose et qui en guérit peut reproduire l'expérimentation au complet et d'une manière idéale.

Telle est ma conception; tels mes moyens d'expérimentation; qu'elle soit discutable c'est à vous de le juger. Ce que je viens de dire répond à l'autre critique du Dr. Masselot sur l'application à la tuberculose du traitement de la Rougeole.

Le point de départ de ma conception a été la critique des méthodes pour la préparation des sérums; je ne pensais nullement à la Rougeole. Entre les deux maladies, j'en suis persuadé moi aussi, il y a évidemment différence; l'une est aigue, l'autre chronique; l'une immunise, l'autre immunise et sensibilise en même temps

4. Que l'on discute sur l'étiologie de la tuberculose et sur la nature du virus qui en est l'agent, que l'on attache importance au virus filtrable ou à d'autres microbes qui perdent ou qui acquièrent l'acido-résistance cela n'a rien à voir avec mon travail. Puisque je ne reproduis pas la tuberculose expérimentalement chez les animaux de laboratoire, je ne dois nulle façon m'inquiéter du véritable agent de la maladie.

Je prends en considération l'organisme malade; les poisons complexes d'origine bacillaire et aussi d'origine cellulaire, qui intoxiquent l'organisme et qui provoquent la formation d'anticorps spécifiques.

Quelle est la constitution chimique de ces poisons, quels sont les espèces microbiennes, et leur morphologie à mon point de vue n'est pas nécessaire d'établir.

5. Les observations chimiques....

J'ai pensé qu'il fallait dire ce qui est strictement nécessaire pour la compréhension d'un cas clinique.

Or, en matière de tuberculose quels sont les éléments qui permettent d'établir le diagnostic et le pronostic ?

Quels sont les éléments qui nous permettent de conclure la guérison ?

Quand je dis qu'un malade tousse, qu'il crache, qu'il a de la fièvre, qu'il maigrit, qu'il a des bacilles de Koch dans les crachats j'en ai dit plus qu'il ne suffise pour établir le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Quand je fais savoir l'étendue de la lésion, si une ou bilatérale, si ulcérative ou fibreuse et lesphénomènesd'intoxication, vous aurez les éléments du pronostic.

Ces données vous les troverez enregistrées dans chaque observation.

Partout on parle des résultats de l'examen des crachats, de la fièvre, de l'état général, du poids.

Reste à discuter de l'examen radiologique.

Au point de vue pratique j'accorde à la radiologie la valeur qu'elle mérite mais cette valeur est limitée. n

La radiologie nous aide certainement au diagnostic de la tuberculose, elle nous permet de déceler des cavernes muettes; souvent elle nous permet de confirmer le diagnostic clinique de guérison.

Mais il ne faut pas oublier que quelquefois elle donne naissance à des interprétations erronées.

L'activité de la lésion, qui nous importe le plus, n'est pas saisie par le Radiologue, et des lésions déjà cicatrisées d'un poumon sont considérées souvent comme une défense pour l'institution du pneumothorax de de l'autre côté; et des malades guéris depuis longtemps nous arrivent effrayés si par malheur ils se laissent examiner par un Radiologue non averti.

Les éléments de guérison de la tuberculose pulmonaire sont du ressort de la clinique seulement. Quand le malade cesse d'avoir de la fièvre et de tousser, quand il augmente de poids et que les bacilles ont disparu de ses crachats et que cet état persiste pendant quelques années, vous pouvez conclure à une guérison, même si la radiographie vous dit que non.

6. Le Dr. Masselot affirme qu'en fait de traitement de la tuberculose seul le Pneumothorax et l'hygiène comptent.

Entendu. La méthode de Forlanini et le traitement hygiénique représentent sans doute le seul progrès intéressant dans la thérapeutique de la tuberculose. J'ajoute que tout médecin consciencieux devrait recourir à ces deux méthodes dès que le diagnostic de la tuberculose est fait, sans perdre du temps avec les autres traitements, dont la plupart sont inutiles ou dangereux et sans laisser fuir le moment propice à ce que ces méthodes rationnelles puissent être appliquées avec chance de succès.

Mais il ne faut pas oublier que quand même on meurt encore assez de

tuberculose pulmonaire. Vous le savez vous tous d'après vos constatations mêmes, et d'après les rapports officiels.

C'est donc un devoir d'encourager tout effort dirigé à combattre ce fléau, que cet effort vienne d'en haut, ou de la part d'un simple médecin de campagne.

La critique juste, bienveillante, réfléchie, tout le monde l'accepte, et moi le premier la désire, mais la critique ne dvrait pas avoir d'autres qualités que celles-là.

7. Enfin le Dr. Masselot demande que ce genre d'expériences soit conduit sous le contrôle d'autres médecins.

Comme pour les autres chapitres pour celui-ci aussi je n'ai dit qu'un mot simplement.

A propos d'une observation j'ai dit, je reproduis la fiche du Sanatorium de Cuasso al Monte.

Le Dr. Masselot devrait se demander ce que cela pouvait signifier Puisque je parle d'une observation prise dans un Sanatorium, il doit bien comprendre que cela ne peut se faire sans l'autorisation et le contrôle du Directeur et du personnel médical.

Or ce contrôle je l'ai cherché moi-même spontanément, car je ne voulais pas me faire des illusions dans la clientèle privée.

Le Directeur du Sanatorium de Cuasso al Monte, près Milan, le prof. Parodi qui a suivi pendant une brève période mes expériences sur une vingtaine de malades m'a autorisé de publier les résultats au Congrès de la Société des Etudes Scientifiques sur la Tuberculose, tenu à Rome et présidé par le prof. Maragliano; un large résumé a été fait dans la Rivista de Patologia et Clinica de la Tuberculose; il a autorisé aussi la publication dans le journl de la Riforma Medica dirigé par le prof. Ferrannini.

Vous voyez donc que j'ai cherché à donner à mon travail toute garantie de probité.

Messieurs, ma communication n'a aucune prétention, et le sous-titre de note préliminaire devait vous le faire souçonner.

J'ai cherché à exposer en synthèse ma conception et mes expériences, j'ai fait une esquisse de chaque type d'observation, car je n'ai pas rapporté toutes les observations dont je disposais.

Si je devais me conformer à la manière classique d'exposition j'aurai occupé plus d'une séance.

Malgré ma brièveté, je crois vous avoir démontré que dans ma note il y a des éléments de réponse aux critiques du Dr. Masselot et la preuve que ces critiques n'ont pas de base raisonnable.

Le Dr. Masselot observe encore une fois que la guérison des malades traités simultanément par le Pneumothorax et le sérum laisser douter à qui doit être attribué le bon résultat.

J'ai présenté les radiographies de malades traités par le sérum seulement et d'autres radiographies de mlades traités par le sérum en même temps que par le Pneumothorax.

Dans ma note j'avais fait remarquer, et je le répète, que le sérum, ne visant qu'à une modification humorale, ne peut agir d'une manière efficace que dans les cas au début, ou, si chroniques, avec des lésions limitées

Quand les lésions sont profondes, étendues avec des ulcérations, le sérum seul ne peut rien: il faut mettre à profit les moyens économiques, chirurgicaux, qu'ils soient le Pneumothorax. ou la phrénicectomie, ou la thoracoplastie.

Au Dr. Conseil qui demande ce que j'entends par malade guéri, je réponds que je considère comme guéri un malade qui depuis deux ans au moins, ne tousse et ne crache plus, qui n'a plus de bacilles, ni fièvre, et qui maintient ses forces et son poids gagnés pendant le traitement, la radiographie pourra dire que la lésion existe toujours, je n'y attache pas beaucoup d'importance, car la restitutio ad integrum des tissus on ne peut l'espérer que dans les lésions anatomiques minimes.

De la technique j'en avais parlé. Un cc. de sérum toutes les semaines; le sérum on le prépare de la manière ordinaire laissant séparer la partie liquide du sang retiré de la veine.

Une autre observation a été faite par le Dr. Conseil à propos d'un malade qu'il connaissait ainsi que le Dr. Masselot.

Le Dr. Conseil dit que pour ce malade, qui est riche, les mesures hygiéniques ont pu par elles seules apporter la guérison. Or, je ne veux pas supposer que le Dr. Conseil n'a pas mis en pratique ces mesures hygiéniques pendant qu'il soignait le Monsieur en question.

Quand je l'ai pris en cure il allait plutôt mal; la fièvre continuelle et l'amaigrissement progressif rendaient le pronostic très réservé.

Le Dr. Conseil reconnaît que dans d'autres cas il y a la démonstration plus nette de l'efficacité du traitement; c'est une franchise dont je lui en sais gré.

Dr. Masselot :

Je ne répondrai que quelques mots au Dr. Triolo. Je n'ai jamais mis en cause dans mes critiques, ni sa valeur personnelle ni ses aptitudes scientifiques. Je n'ai garde d'oublier non plus que de modestes praticiens ont fait de très grandes découvertes et l'exemple de Duchenne de Boulogne n'est pas encore sorti de ma mémoire. Je crois que mes observations ne peuvent être qualifiées d'injustes, elles n'ont été qu'impartiales.

Le **Dr. Triolo** discute actuelllement sur deux points. Il cherche à établir le bien-fondé de ses hypothèses pathologiques et à prouver la rigueur scientifique de ses résultats cliniques.

Je lui répondrai qu'il ne nous a soumis qu'un nombre très limité de cas, 6 je crois, que beaucoup de ses malades ont non seulement suivi la cure hygiéno-diététique de la tuberculose (qui à elle seule suffit à guérir parfois) mais qu'un certain nombre de ceux-ci ont bénéficié de la cure par le pneumothorax artificiel.

Lorsqu'on veut établir l'excellence d'un procédé thérapeutique dans une maladie donnée, il faut de toute nécessité ne soumettre ses malades qu'à cet unique procédé de cure. C'est ce qu'ont fait les médecins lyonnais qui au cours de la dernière épidémie ont étudié la valeur du sérum de Rodet. Si le Dr. Triolo veut nous convaincre de l'action de son sérum spécifique qu'il nous présente des tuberculeux guéris uniquement par le sérum.

En ce qui concerne ses idées pathogéniques, je lui concèderai que chacun peut déclarer y voir clair dans la pathogénie de la tuberculose pulmonaire. Je suis avec intérêt le passionnant roman du Bacille de Koch, mais pense que toutes les théories basées sur nos acquisitions actuelles en matière de tuberculose ne constituent pas un terrain suffisamment sûr pour que le thérapeute puisse y édifier actuellement de bien solides constructions. D'ailleurs que cherche notre confrère en définitive ? Il prélève un sérum sur un tuberculeux guéri, donc, pense-t-il, immunisé contre la tuberculose et s'en sert pour immuniser à son tour un tuberculeux actif.

Oute que critérium de la guérison de la tuberculose est singulièrement délicat à établir, le Dr. Triolo me permettra de lui faire observer que l'im-

munité dans la tuberculose ne peut en aucune façon se comparer à l'immunité que confèrent les maladies infectieuses. C'est une immunité singulièrement fragile variable, tellement instable qu'on l'a fait rentrer dans le cadre de l'allergie qui comprend à la fois les phénomènes d'hypersensibilité et ceux de résistance.

Alors que penser théoriquement parlant de l'injection de ce sérum immunisant ?

Je répèterai à notre confrère en terminant ce que je lui disais à la dernière séance. Je n'ai aucune prévention contre sa méthode, mais je lui déclare que ses raisons ne m'ont pas convaincu.

Je serais heureux de le féliciter si en se plaçant dans les conditions d'une expérience scientifiquement conduite, il nous démontrait que l'injection de sérum de tuberculeux guéri a une action curative manifeste sur la tuberculose pulmonaire.

Projet de création d'une Maison du Medecin

La création d'une « Maison du Médecin » à Tunis d'abord réclamée par quelques rares confrères et considérée par d'autres comme une irréalisable utopie devient aujourd'hui une nécessité et ceux-mêmes qui n'en entrevoyaient pas l'utilité sont tout disposés à encourager la réalisation.

Qu'est-ce qu'une Maison du Médecin ?

A notre avis, ce doit être un assez vaste local, situé au centre de la ville comprenant une grande salle pour réunions générales et deux ou trois autres salles pour réunions particulières de Bureaux de Sociétés.

Car la Maison duMédecin doit pouvoir servir de siège social à tous les groupements médicaux et para-médicaux.

Elle doit être confortablement aménagée, attrayante, comporter une vaste Bibliothèque et une salle de lecture où il serait possible de lire ou de compulser un grand nombre de journaux (1). Elle doit aussi servir de cercle ouvert à tous les médecins qui pourraient y tenir des résulnions amicales et même y faire une partie de bridge.

Les confrères de Tunis s'y trouveraient plus à l'aise qu'au café et ceux de l'intérieur, de passage dans la capitale pourraient y donner leurs rendez-vous, faire leur correspondance et y touver tous renseignements utiles.

Comment réaliser cette Maison du Médecin ainsi comprise pour laquelle il faut envisager une première mis de fonds assez importante ? Nous ne voyons pas d'autre solution que la création d'une Société Anonyme au capital de 50.000 francs divisé en 100 actions de 500 fr. et gérée conformément à la loi par un Conseil d'Administration.

Une grande partie du capital ainsi réuni servirait à payer la première annuité de loyer et l'aménagement intérieur, le reliquat constituerait la réserve légale..

---

(1) Tous les journaux reçus en échange par la « Tunisie Médicale » ainsi que tous les livres nouveaux qui lui sont gratuitement envoyés par les Editeurs, seraient mis à la disposition des confrères.

Voici nos prévisions pour la première année.

DISPONIBILITES		DEPENSES	
Capital social .....Fr.	50.000	Loyer première année	15.000
Subvention Gouv. Tun.....	3.000	Ameublement	25.000
Subvention Sté Sc. Méd....	2.500	Frais d'entretien	1.500
Subvention Tunisie Médic.	3.500	Personnel	6.000
Subvention Synd. Méd.....	2.000	Imprévue divers	1.000
Total	63.000		43.500
		Réserve	19.500
		Balance	63.000

A partir de la 2e année les prévisions budgétaires seraient les suivantes

RECETTES		DEPENSES	
Subventions diverses	13.000	Loyer	15.000
Locations de vitrines pour exposition de produits spécialisés, instruments, 30 vitrines à 300 fr.....	9.000	Frais d'entretien	1.500
		Personnel	6.000
		Imprévus	1.000
			23.500
Locations d'emplacements pour publicité intérieure dans la salle de réunions	5.000	Intérêts 5 p. 100 aux actionnaires	2.500
			26.000
	27.000		
		Réserve	1.000
		Balance	27.000

Les prévisions des recettes sont à mon avis susceptibles d'une forte majoration surtout en ce qui concerne la publicité intérieure.

Les prévisions des dépenses sont au-dessus de la réalité.

Le projet qui vient d'être exposé a été établi d'après des renseignements précis et un peu sur le modèle de la Maison du Médecin créée notamment à Alger, Marseille et Nice.

Mais ce n'est qu'un simple projet susceptible d'être très largement amendé.

Je n'ai fait qu'attacher un grelot. Que ceux de mes confrères que la question intéresse veuillent bien me faire part, par écrit, de leurs suggestions. Que ceux qui désirent dores et déjà souscrire de leurs deniers à la création d'une Maison du Médecin à Tunis veuillent bien m'adresser leurs bulletins de souscription à 1, 2, 3 actions: les fonds ne leur seront demandés qu'après constitution légale de la Société Anonyme et par versements échelonnés.

En attendant, des réunions préparatoires pourraient être organisées entre les souscripteurs de façon qu'à la rentrée d'octobre la Société puisse être légalement constituée

La parole et le geste sont à mes confrères tunisiens,

Dr CASSUTO

La Tunisie Médicale

MAI 1929

TRAVAUX ORIGINAUX

Trois cas de cloisonnements tranversaux du vagin

par le Docteur J. SCEMLA

Les cloisonnements tranversaux du vagin peuvent être acquis ou congénitaux.

Les premiers sont des rétrécissements cicatriciels consécutifs à des déchirures du vagin au cours d'accouchements ou à des plaies vaginales par caustiques ou brûlures. Ils sont facilement diagnostiqués et traités.

Les autres au contraire ne se manifestent, lorsqu'ils sont serrés, que par des incidents ou des complications qui peuvent survenir à toutes les périodes de la vie génitale. Les trois observations que nous présentons à la Société se rapportent à ses différentes complications.

OBSERVATION I

Mademoiselle X... âgée de 15 ans, vient consulter pour douleur vive dans le bas ventre survenant par crises de 2 à 3 par jour, à peu près tous les mois et datant déjà depuis six mois. L'importance des phénomènes douloureux et la répétition des crises, l'ont conduite à se faire voir par plusieurs confrères qui, tour à tour, ont diagnostiqué : entérocolite ou colique néphrétique gauche. Le caractère des douleurs assez vif avec irradiation dans les lombes et propagation vers la vulve, pouvaient, en effet, penser à des lésions pyélorénales .Toutefois, les examens d'urine ont été toujours négatifs. L'examen de la jeune fille montre qu'elle est parfaitement constituée. Son système pileux est très développé et malgré son âge, 15 ans, les règles n'ont pas encore paru.

Le palper abdominal ne révèle pas l'existence de tumeur, ni dans les fausses lombaires, ni sur le trajet de l'uretère, ni dans la région hypogastrique. Le trajet de l'uretère gauche est pourtant assez sensible et le point urétéral inférieur est très net.

L'hymen est perforé d'un orifice assez large permettant même d'apercevoir une faible portion de la paroi vaginale postérieure.

La muqueuse n'est d'ailleurs le siège d'aucune inflammation.

C'est seul le toucher rectal qui permet de révéler l'existence d'une tumeur arrondie et renitente grosse comme une orange. Cette masse peu douloureuse bombe nettement dans la lumière rectale. Elle est paramédiane gauche. Sa situation pourrait expliquer les douleurs à type urétéral par compression, car elle est franchement pelvienne et remplit une partie de l'excavation. Par ailleurs sa mobilité est nulle.

Le toucher vaginal, possible par suite de la perméabilité de l'hymen nous aurait certainement donné des renseignements très précieux. Devant le refus formel de la famille il a fallu nous contenter de cet examen incomplet et notre diagnostic resta hésitant entre kyste de l'ovaire pelvien ou hématométrie.

Trois jours après, une consultation avec deux confrèrs fut décidée en raison de l'aggravation des douleurs qui survenaient par crises extrêmement pénibles. Cette fois l'entourage accepte le toucher vaginal qui révèle alors un vagin très court fermé par repli de la muqueuse. Celle-ci est soulevée par la masse dont le développement antérieure est très net. Le diagnostic de malformation vaginale ne peut plus faire de doute et une intervention chirurgicale est proposée.

Celle-ci devait avoir lieu le lendemain, mais dans la suite au cours d'une crise douloureuse particulièrement forte avec tenesme rectal et véritables efforts d'expulsion, un flot de sang et de caillots apparut à la vulve. Il s'était bel et bien agi d'un cloisonnement du vagin ayant entraîné un hématocolpos haut situé. Ce rétrécissement avait cédé sous l'effet de la poussée menstruelle et peut être bien aussi à la suite de trois touchers vaginaux consécutifs qui avaient été pratiqués dans l'après-midi !

L'intervention chirurgicale n'eut donc pas lieu, mais il reste certain que cette jeune fille est porteuse d'un cloisonnement vaginal incomplet qui pourra se manifester ultérieurement par d'autres complications' dysparennie, stérilité ou même dystocie en cas d'accouchement comme nous allons le voir dans les observations qui suivent.

L'examen de la région lombaire ne montre rien de particulier.

OBSERVATION II

Cette observation est prélevée du service de gynécologie de l'Hôpital Sadiki.

Il s'agit d'une femme âgée de 20-30 ans, n'ayant pas eu d'enfant, ni de fausses couches. Elle vient consulter pour dysparemnie et rapports sexuels incomplets. L'examen montre qu'il s'agit d'une femme dont le développement des organes génitaux externes est incomplet. A l'entrée du vagin, à 2 ou 3 centimètres en arrière du plan hyménal on tombe sur une cloison recouverte de muqueuses à plis tranversaux et développée surtout au dépend de la paroi postérieure du vagin qui est comme soulevée par un repli. Elle présente à son extrémité supérieure un petit orifice ponctiforme immédiatement au-dessous de l'orifice de l'urètre d'où s'écoule un liquide visqueux et jaunâtre. Intervention, sous anesthésie générale. Une sonde cannelée est introduite par l'orifice jusqu'à une profondeur de 3 ou 4 centimètres. Immédiatement un liquide rouge et purulent s'écoule assez abondamment. On agrandit l'orifice par débridement de la cloison suivant une incision verticale de 1 centimètre. Le doigt peut alors pénétrer dans l'orifice et tombe dans une cavité au fond de laquelle on sent l'utérus qui semble très atrophié. On saisit ce col à l'aide d'une pince de museux et on cherche à l'abaisser. Il reste adhérent sur tout son pourtour à la paroi vaginale. On agrandit alors l'incision verticale et, pour dégager le col, on greffe deux incisions latérales qui permettent ainsi de donner au vagin une pofondeur normalel. Afin d'éviter la reprise de bloc des surfaces cruentées, on glisse entre elles quelques mèches de gaze. Suites opératoires normales et apyrétiques. La cicatrisation des brêches vaginales se fait assez rapidement et 15 jours après la malade quitte l'Hôpital Sadiki avec un vagin reconstitué et de profondeur à peu près normale, présentant dans son fond un utérus à type infantile.

OBSERVATION III

Madame A... primipare, mariée depuis 11 ans sans aucune grossesse. Examinée à différentes reprises, on trouve un vagin atrésié profond seulement de 3/4 centimètres avec des culs de sacs absolument inexistants et une petite élevure latérale où semblent venir adhérer deux petites masses qui font penser à l'existence d'un utérus double. L'examen du fond du vagin au speculum aurait même montré deux orifices qu'un stylet était parvenu difficilement à cathétériser. L'atrophie des organes

génitaux ne permet pas de prévoir la possibilité de grossesse, même après une intervention chirurgicale.

En août 1928, cette femme qui était bien réglée n'a plus ses règles, il s'agit d'une grossesse qui arrive à son terme le 7 mai 1929 sans aucune complication. Le travail débute le 7 mai et examiné à 5 heures on trouve au palper, un utérus de 33 centimètres, une tête en bas, un dos à gauche, des bruits du cœur normaux au foyer habituel. Au toucher, un vagin très court, sans cul de sac; dans le fond, on retrouve la même petite dépression dans laquelle la pulpe du doigt n'a même pas accès. A travers la paroi vaginale, on sent la tête assez profondément engagée. Au speculum puis à l'aide de valves malgré un examen minutieux il est impossible de trouver un orifice. Au niveau de l'élevure en particulier, la sonde pénètre difficilement, elle bute contre un tissu fibreux que l'on n'ose pas forcer. Le travail continue, les contractions sont maintenant régulières toutes les 10 minutes. A 20 heures il se produit un écoulement abondant de liquide amniotique, les contractions deviennent énergiques et rapprochées. Au toucher, même constatation. Toutefois, le doigt semble pénétrer un peu plus facilement dans la dépression. On en profite pour faire quelques mouvements de vrille qui parviennent à dilater légèrement l'orifice dont le diamètre atteint maintenant celui d'une pièce de 0 fr. 50, plus profondément, au milieu, on sent le caractère de la tête fœtale dont la position est une gauche antérieure.

On décide de laisser aller le travail pour obtenir un engagement plus profond.

A minuit, les contractions utérines deviennent plus violentes, très rapprochées, elles s'accompagnent d'agitation assez vive de la malade. Au toucher, la situation est sensiblement la même, quelques mouvements de vrille plus énergiques parviennent à agrandir l'orifice jusqu'à 1 franc. On reconnait maintenant une languette de col utérin qui recouvre la tête et il semble que la dilatation soit à peu près celle de 2 fr. La fréquence des contractions et leur violence nous décident à faire un centigramme de pantopou pour obtenir un peu de calme. La nuit se passe ainsi avec des contractions moins accusées de la malade et au matin, au toucher, quoiqu'il soit impossible d'obtenir une dilatation plus grande du diaphragme vaginal, il semble que le col ait atteint la dilatation de 2 francs

La température est à 37, les bruits du cœur sont normaux. A midi, reprise violente des contractions. Le degré d'engagement de la tête est plus accusé, le col semble dilaté comme 5 francs. A 16 heures, la température est à 37,5. Le liquide amniotique n'est pas fétide. On décide

néanmoins d'intervenir par voie vaginale pour mettre fin à cette situation. Anesthésie générale à l'éther. A l'aide de deux incisions latérales, on agrandit franchement l'orifice du diaphragme vaginal. Le vagin peut être ainsi déplissé et la main pénètre jusqu'au col dont la dilatation atteint une petite pomme. Dilatation artificielle du col selon la méthode de Bonnaire. La tête est en gauche antérieure, prise oblique par rapport au bassin, tractions lentes et prudentes. La tête avance très difficilement, soudain, après 5 ou 6 minutes d'efforts, on sent un ressaut net comme si tout l'anneau vaginal avait cédé et à prtir de ce moment la progression de la tête devient très facile, rootation et extraction en occipto pubienne d'une fille vivante pesant 2 k. 800 qui crie aussitôt. Hémorragie très importante de la délivrance qui nous oblige à faire une délivrance artificielle. Il s'est produit une déchirure perinéale incomplète.

La Malade est dans un état de choc très marqué, lèvres décolorées, pouls à 160, petit, misérable. Cet état nous semble être conditionné autant par l'hémorragie que par la dilatation brutale du vagin provoquée par le passage de la tête .Cette dilatation entraîne parfois des phénomènes réflexes qui peuvent être assez graves, absolument analogues à ceux qui se produisent lorsqu'on fait une dilatation du sphincter anal.

La malade reçoit 500 cm. de sérum sous-cutané huile camphré, éther, 2 ampoules de secacornine, suites fébriles par infection des voies génitales basses.

La plaie périnéale se désunit en partie. La température oscille entre 37 et 38 pendant plusieurs semaines, le pouls rapide entre 110 et 120. Au 33e jours après l'accouchement apparaît enfin une phlegmatia alba dolens au niveau de la jambe droite. Phlegmatia d'importance moyenne qui s'est installée avec une seule élévation thermique à 37,2. Depuis quoique l'affection soit encore en évolution, il semble que cette infection puerpérale atténuée se soit enfin fixée et permette ainsi d'espérer un prompt rétablissement de la malade.

L'allaitement en Tunisie

La Tetine Rationnelle

par les Docteurs A. GUTTIÉRES medécin dentiste et D. SCIALOM

Si en *Europe*, l'allaitement artificiel doit être considéré comme un pis-aller, en Tunisie particulièrement pour *l'élément indigène* il consttue un gros danger *démographique*.

Avons-nous besoin de rappeler les avantages de l'allaitement *maternel* ?

ALLAITEMENT MATERNEL

Tout d'abord le lait de la *mère* a été *créé*, si l'on peut dire, PAR l'enfant et lui appartient.

La têtée par le mamelon naturel de la mère et la seule *tétée physiologique*.

Cette tétée naturelle est salutaire pour le nourrisson dont les lèvres se fortifient et se développent rationnellement, développement labial qui empêche la déformation des maxillaires, la protrusion des incisives et la prédisposition au palais ogival.

La *culture physique* locale (Rogers) fait partie, en effet, de *l'orthopédie* dentaire.

Le développement du maxillaire inférieur et de l'étage supérieur de la ace s'effectuant normalement les dents se *rangent* facilement et le développement musculaire permettra plus tard à l'enfant de mieux mâcher ses aliments.

Langue, joues, lèvres, groupe sus-hyoïdien interviennent par leur action musculaire dans l'acte en apparence si simple de la tétée.

La succion par la bouche toute fermée, le mamelon maternel remplissant complètement la cavité buccale, le vide se produit dans cette même cavité buccale.

L'effort fait par le nourrisson dans ces conditions physiologiques est plus énergique, active la circulation de la muqueuse palatine, permet l'action de la pression atmosphérique sur les joues, lèvres et plancher des fosses nasales, évite en conséquence les déformations de ces régions, instaure la respiration exclusivement nasale, seule bienfaisante (Sylvain Dreyfus).

Chez l'*Européenne* quand elle est consciente de son devoir de mère, quand elle est saine de cœur, d'âme et d'esprit on peut ob-

tenir facilement *l'hygiène* du nourrisson : propreté du mamelon maternel et de la bouche du nourrisson, position semi-assise du bébé (Robin), régularité de l'intervalle et de la durée des tétées, peseés régulières et répétées, coucher séparé de la mère et de l'enfant (lit dur sans coussin), nourriture saine de la mère, alimentation rationnelle sans gavage, etc... Malheureusement même dans les milieux européens éduqués nous avons la douleur de constater l'impossibilité de réaliser cet allaitement maternel pour des raisons sociales (mondanité, travail de la mère....) ou des raisons cliniques (tuberculose maternelle...)

Bien entendu la mère syphilitique doit nourrir son enfant et la bacillaire doit vacciner son bébé (B.C.G.) et le surveiller. Quoiqu'il en soit l'on ne doit rejeter l'allaitement maternel que si tout a été essayé : nourriture rationnelle de la mère, régularité des têtées, etc...

L'on ne doit pas accepter au besoin *l'allaitement mercenaire*, chez les Européens, que comme un pis-aller: syphilis possible, grossesse méconnue, surveillance difficile.

Nous donnons la préférence, dans les milieux européens instruits, à l'allaitement MIXTE maternel et artificiel associés, en collaboration intime et rationnelle, cet allaitement mixte étant plus surveillé que l'allaitement mercenaire.

Le problème est tout autre chez les INDIGENES.

La mentalité indigène, profondément humaine se rapproche de celle de la classe laborieuse et prolétarienne européenne dont nous ne voulons cependant pas médire: ignorance, insuffisance de temps, insouciance, etc...

Malgré que l'âme juive soucieuse de l'avenir (Lapie) oublie quelquefois le présent, la *mère israélite* n'accepte pas facilement l'allaitement artificiel.

La maman juive, prévoyante par hérédité et par éducation, est convaincue que durant l'allaitement la grossesse est impossible, difficile ou retardée. Elle croit éviter par ce moyen légal les grossesses fréquentes et répétées. Elle est convaincue en outre que s'il y a grossesse il faut absolument interrompre l'allaitement maternel de son enfant, sevrage qu'elle considère comme une *désertion*, sa Loi religieuse, morale, sociale lui prscrivant formellement l'allaitement maternel prolongé et exclusif. Aussi la mortalité infantile chez les disciples de Moïse est-elle minime dans tous les pays et proportion-

nellement inférieure à celle des non-juifs, toutes choses égales d'ailleurs.

Nous ne devons pas oublier que l'Européen conquérant mais humain, colonisateur mais juste est considéré à juste titre par Israël comme son *tuteur* légal qu'il imite facilement et ostensiblement pour s'assimiler ou s'adapter. La Française, l'Italienne, et l'Anglaise... dans tout le bassin méditerranéen, ont donc charge d'âme et doivent donner l'exemple de l'allaitement maternel systématique, seul hygiénique parce que naturel, seul scientifiquement réalisable chez le prolétaire et l'indigène.

Avec le *Musulman* dont l'âme généreuse et chevaleresque est fière d'un glorieux *passé* lointain il faut être plus prudent encore car le disciple de Mahomet est fataliste, imprévoyant, téméraire.

Entre les mains de l'Indigène mahométan ignorant, intolérant ou fanatique dont nous reconnaissons le *potentiel* moral en léthargie, l'allaitement artificiel est *mortel* donc *criminel* parce qu'il est impossible à réaliser rationnellement chez la *Bédouine ignorante* et *imprudente*.

Nous préférons alors *l'allaitement mercenaire* à l'allaitement mixte.

Les goutte de lait, les dispensaires si bienfaisants doivent avant tout enseigner et encourager par tous les moyens (secours en nature) l'allaitement maternel *indigène*.

L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

L'allaitement artificiel donne une mortalité infantile plus grande (entérite) et un développement défectueux de l'enfant (rachitisme).

Il serait déplacé de notre part d'insistr là-dessus dans une revue qui s'adresse surtout à des praticiens qui savent qu'ils ont un rôle social, humain et civilisateur à remplir en *puériculture indigène*.

Il ne faut pas oublier que la Musulmane et la Juive tunisienne s'entr'aident entre parentes ou voisines par solidarité, à titre humanitaire et bénévole faisant fi de la contagion syphilitique pour ne citer que la plus fréquente et la plus redoutable.

Il suffit de prévenir une Israélite pour que celle-ci prenne les précautions d'usage.

La Juive en effet obéit facilement aux ordres de la science comme aux lois du Pays.Il faut au contraire insister auprès de la Musulmane et même l'effrayer en touchant la corde sensible du péché, en réveil-

lant la conscience humaine latente de la Bédouine fataliste et insouciante.

Rappelons que les Indigènes ont facilement à domicile, à défaut de parente ou voisine, une *ânesse* qui est excellente nourricière dont le lait se prend crû (vitamines) et ressemble quant à sa composition à celui de la femme. Les Indigènes ont souvent à leur portée une *vache* laitière ou une chèvre si facile à se procurer et à élever.

Il faut savoir utiliser ces moyens locaux chez les autochtones, car le lait même bouilli se conserve difficilement dans les pays chauds et en été (mouches, moustiques, fourmis, poussières,fermentations...) Il faut penser aussi au *Yoghourt* si facile à préparer et à conserver dans les milieux indigènes, au *lait sec* en poudre si maniable si l'on peut obtenir la régularité des têtées, le réglage de la durée des têtées, la propreté du biberon et de la tétine.

Nous ne voulons pas passer sous silence les inconvénients multiples de la *tétine condamnée* comme la *sucette*.

BIBERONS ET TETINES

L'on doit condamner le biberon et la tétine parce qu'ils sont rarement propres c'est-à-dire bouillis. La mère *indigène* ou *indigente* se contente d'un lavage sommaire et donne à avaler à l'enfant pour le faire taire *n'importe quoi* pourvu que cela ne coûte rien mais cela coûte souvent la vie de l'enfant. Il ne faut pas oublier de régler la quantité de *sucre* qu'avale le bébé. Le sucre est très nourrissant mais très indigeste. Il doit être considéré comme responsable très souvent des *gastro-entérites* infantiles indigènes.

Le biberon doit être hermétiquement fermé pour empêcher l'écoulement facile du liquide et pour ne pas habituer le nourrisson à la *paresse*, paresse qui risque d'entraîner une *hypernutrition* fâcheuse et une *atrophie* musculaire et osseuse des régions maxillaires.

L'emploi de la *tétine ordinaire* oblige l'enfant à appuyer fortement la langue contre le palais pour produire l'aspiration du liquide ce qui est une cause de déformation du palais : le palais devient alors *ogival* au détriment des fosses nasales. De là provient la difficulté pour l'enfant de respirer par le nez et l'habitude pour lui de respirer par la *bouche*. *La respiration buccale* est néfaste par elle-même pour les voies respiratoires et a des conséquences fâcheuses qu'il

faut connaître : malformations dentaires, végétations adénoïdes, etc. La tétine ordinaire facilite l'aérophogie, rend les tétées trop rapides empêche la secrétion salivaire d'où mauvaise digestion, elle est une entrave au développement facial, thoracique, labiale, dentaire, ce qui retentit non seulement sur *l'esthétique* mais encore et surtout sur *l'état général* de l'enfant. Le nourrisson est non seulement « un tube digestif » mais encore la victime facile, vierge, prédisposée de toutes les maladies contagieuses.

LA CUILLER

L'allaitement à la cuiller a les mêmes inconvénients que le biberon à soupape, mais il faut le reconnaître il a l'avantage de permettre des repas de plus longue durée.

Les plus graves inconvénients de l'allaitement artificiel peuvent être évités par la tétine rationnelle « *Poupon* » du docteur Sylvain Dreyfus, médecin dentiste de la Faculté de Médecine de Lausanne.

LA TETINE RATIONNELLE

Connaître la tétine « Poupon » c'est l'adopter.

Un film de notre confrère Dreyfus de Lausanne que nous nous proposons de faire tourner à Tunis nous montrera que l'enfant prenant le biberon avec cette tétine, tête exactement comme s'il était au sein maternel.

Le *bout* de la tétine Dreyfus est très *résistant* et en conséquence impossibilité pour l'enfant de comprimer ce bout résistant entre la langue et le palais.

La partie *élargie* de la tétine rappelle le sein maternel. Les lèvres de l'enfant peuvent s'appliquer contre cette base pour produire le vide dans la cavité buccale comme cela se produit dans l'allaitement maternel. L'enfant doit faire aussi le même effort pour pouvoir téter avec la tétine Dreyfus. Cet effort est indispensable au développement physiologique du nourrisson.

Malgré les avantages incontestables de la tétine rationnelle il ne faut pas oublier qu'elle-même est un pis-aller et que rien ne vaut l'allaitement maternel.

Cependant elle est excellente non seulement dans l'allaitement artificiel, allaitement qu'il faut autant que possible éviter, mais sur-

tout quand cet allaitement est indiqué momentanément (infection puerpérale, abcès au sein, etc...). L'enfant ayant la même sensation de résistance et faisant le même effort de succion avec le mamelon maternel et la tétine Poupon peut facilement passer de l'allaitement au biberon à l'allaitement au sein. De plus la durée de la tétée avec la « Poupon » est normale, ce qui n'est pas un des moindres avantages de cette tétine rationnelle.

CONCLUSION

L'allaitement artificiel est un pis-aller chez l'Européen et mortel chez les Indigènes non évolués.

Si l'on est contraint et forcé d'adopter l'allaitement artificiel, il faut conseiller la tétine « Poupon » qui remplit toutes les conditions du mamelon de la femme.

Cette tétine empêche la protrusion des incisives supérieures, le prognathisme du maxillaire supérieur, la déformation ogivale du palais, la prédisposition aux végétations adenoïdes, la respiration buccale, l'aérophagie, l'hypernutrition, etc.

FAITS CLINIQUES

Service de Gynécologie et d'Accouchement de l'Hôpital Sadiki

Placenta prœvia central, à forme hémorragique traité par la methode de Delmas; mère et enfant vivants.

par le Docteur **Jules SCEMLA**

OBSERVATION

Le 4 juin entre à l'hôpital Sadiki, Fatma bent Messaoud Gharbi pour hémorragie grave.

Il s'agit d'une grossesse de huit mois et demi environ en état d'hémorragie depuis la fête du mouton c'est-à-dire depuis une quinzaine de jours.

L'état de la femme, multipare, est assez inquiétant. Pâleur des téguments et des muqueuses, pouls rapide à 125, sueurs froides, extrémités refroidies.

A l'examen on trouve un utérus de 32 cm., une tête en bas mobile, un dos à droite, des bruits du cœur normaux perçus au foyer habituel d'auscultation.

L'utérus est mou, flasque, les contractions utérines sont presque inexistantes.

A la vulve hémorragie moyenne continue.

Au toucher, le vagin est rempli de caillots, l'excavation est vide. Du côté de l'utérus il n'y a presque pas d'ampliation du segment inférieur, le col est dilatable entre deux et cinq francs, il est parfaitement souple. A travers l'orifice on sent une masse placentaire dont on parvient à faire le tour avec le doigt sans rencontrer de membanes sauf à la partie toute postérieure; c'est uniquement en ce point d'ailleurs que l'on sent à travers les membranes, la tête fœtale mobile. Il s'agit donc d'un placenta prœvia à forme centrale partielle et à insertion antérieure. Insertion toujours d'un pronostic plus sombre au point de vue hémorragie que la postérieure. D'ailleurs à la suite de l'examen la femme tombe en syncope et il faut lui faire des injections d'huile camphrée pour la ranimer.

Une intervention urgente s'impose. Nous écartons d'emblée la rupture simple des membranes; étant donné la gravité du cas. La présence de bruits du cœur fœtaux, élimine de même l'abaissement prophylactique u pied, car si cette manœuvre est habituellement suivie d'arrêt de

l'hémorragie,on peut considérer qu'elle sacrifie l'enfant en l'absence d'une dilatation suffisante pour terminer par une extraction. Il nous reste à choisir entre une cesarienne par voie haute et une manœuvre par voie basse dilatation du col suivie d'évacuation de l'utérus. D'un commun accord avec le Docteur Brun nous éliminons le cesarienne parce que :

1) le fœtus ne nous paraît pas être à terme ;

2) les voies génitales basses nous paraissent infectées chez cette femme qui saigne depuis 15 jours.

3) l'état de souplesse du col paraît rendre la dilatation artificielle assez facile.

Un mode d'anesthésie pourtant s'impose pour pouvois obtenir cette dila tation. Nous optons pour la rachi en raison du relachement complet du col et du vagin qu'elle procure.

Intervention à 10 heures du matin. Aide Dr. Moreau.

Rachi au point classique à l'aide de 2 cc. 1/2 d'une solution de verocaine. On fait de plus pour soutenir la malade une nouvelle injection d'huile camphrée et une injection de 0,25 ctg de caféine.

Après préparation chirurgicale de la vulve et du vagin on commence la dilatation selon le procédé décrit par Delmas. Mouvements de vrille intracervicaux à l'aide de 2 doigts, pui 3, puis 4, puis à l'aide de toute la main. La dilatation complète s'obtient ainsi avec une très grande facilité en moins de deux minutes. On tombe sur toute la masse placentaire. On va rompre les membranes à leur insertion placentaire en arrière et la main repoussant la tête va saisir un pied qui est amené très facilement à la vulve. Version particulièrement aisée dans un uterus en état de retraction moyenne sans anneau de contraction et sans œuf pour ainsi dire encore rempli de son liquide amniotique. Extraction immédiate selon le procédé classique d'un enfant du sexe masculin pesant 3 k. en état de mort apparente.Cinq minutes de soins habituels suffisent à le ranimer.Pendant ce temps le Dr Moreau constatant une persistance de l'hémorragie fait une délivrance artificielle immédiate. Il constate que l'uterus est en parfait état de retraction et que l'hémorragie a cessé. Par précaution une injection de 1 ctg d'ergotine est faite à la malade qui est transportée d'urgence dans son lit. Son état d'ailleurs est extrêmement sérieux, pouls petit inégal battant à 150-160, tendance lipothymique, sueur froide soif d'air. Poutant l'uterus forme un globe dur et contacté.

Un traitement énergique sérum glucosé, strychnine etc., parvient à relever le pouls momentanément.L'après-midi une aggravation se produit.On a recourt aux injections intraveineuses de sérum glycosé hypertonique.C'est

seulement au milieu de la nuit qu'une amélioration réelle se manifeste. Les suites de couches sont subfébriles 37.9-38.2. Au huitième jour le pouls est calme, l'uterus en bonne voie d'involution. La malade demande à sortir malgré notre avis contraire. L'enfant s'est développé normalement.

Cette observation est intéressante par plusieurs points.

Il est certain que la dilatation de col et la version ont obtenues avec une surprenante facilité. L'examen du col après l'extaction du fœtus n'a pas montré déchirure importante. Il est vrai que l'enfant n'était pas d'un volume important. La souplesse du col d'ailleurs permettait de prévoir un succès franc à l'actif de la méthode préconisée par le prof. Delmas. On pouvait se demander si l'anesthésie générale à l'éther ou au chloroforme n'auraient pas permis d'obtenir le même résultat mais l'état de la malade et surtout les dangers d'hémorragie secondaire par inertie utérine nous avaient fait préférer la rachi dont l'action tonique sur la musculation du l'utérus est connue. En effet aucune hémorragie ne s'est produite après la délivrance. La retraction utérine a été parfiate. Grâce à elle l'absence de perte sanguine a permis à la malade de sortir d'un état particulièrement sérieux, alors qu'une nouvelle hémorragie même minime aurait été fatale

De toutes les indications de la méthode de Delmas la placenta prœvia central et celle qui a été donnée comme capitale par la majorité des auteurs et il nous faut reconnaître que le cas présent malgré crtaines crconstances très favorables (souplesse du col et absence de contracture utérine nous avons pu obtenir grâce à elle un enfant vivant, dans un cas particulièrement sérieux.

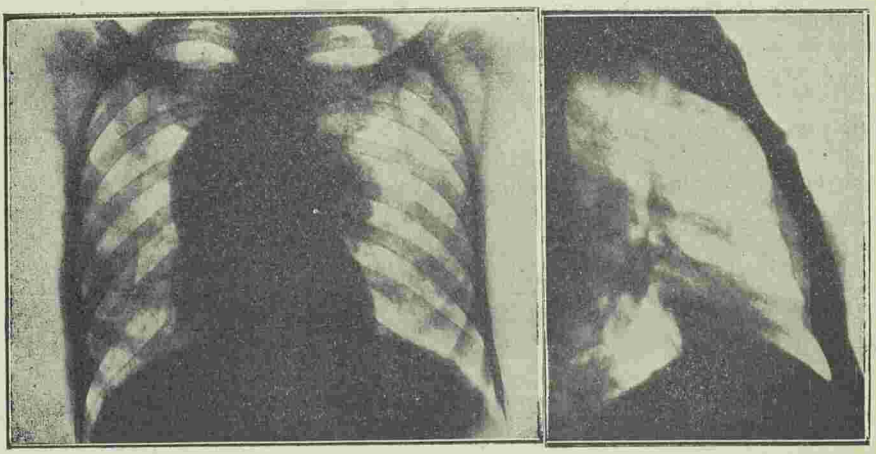
Abcès froid tuberculeux pulsatile du Sternum

Abcès froids osseux multiples

par les Docteurs CONSEIL et P. DURAND

Ta... ben Ahmed 28 ans entre à la Rabta (obs. 2.364 B) le 19 avril 1924 pour une tuméfaction douloureuse siégeant sur le bord droit du sternum. La lésion aurait débuté il y a un an par une « petite grosseur » pour en arriver progressivement à l'état actuel.

Le malade montre une masse ressemblant assez exactement en forme et en volume à une demi-orange, très nettement fluctuante, non réductible. La palpation y décèle au centre une dépression où s'enfonce le doigt et dont les bords semblent taillés à l'emporte pièce en partie aux dépens



de l'os sternal. Quoique le malade se plaigne de souffrir de sa tumeur, la palpation n'en augmente pas trop le caractère douloureux.

Mais ce qui frappe bien vite quand on examine le thorax, c'est que la lésion est pulsatile. Il ne s'agit pas de battements vrais, mais plutôt

d'expansion successives, car si l'œil voit la tumeur se gonfler et se dégonfler, la main qu'on applique sur la cage thoranique ne perçoit rien.

La dilatation maxima est synchrone au choc de la pointe du cœur.

A ce rythme cardiaque ne paraît pas se superposer de rythme plus large d'ordre respiratoire bien que la toux, l'effort fassent jaillir davantage la lésion. La percussion attentive ne donne pas de renseignement bien nets; l'auscultation à ce niveau ne décèle aucun souffle.

L'examen systématique des appareils circulatoire et pulmonaire n'indique rien d'anormal en particulier aucun signe à épanchement pleural ou péricardique. On ne sent aucun battement derrière le manubrium, il n'y a pas d'inégalité des pouls radiaux, bref aucun signe d'ectasie aortique.

Les autres viscères restent également silencieux. Par contre on note d'autres altérations en rapport avec le squelette :

— Raideur très nette de la colonne cervicale (V. VI. VII C I D) avec tendance à la voussure.

Raideur également du milieu de la colonne dorsale, sans qu'à ces deux niveaux la percussion de la pression soient bien douloureuses.

— tuméfaction molle fluctuante au niveau de l'omoplate droite dont elle suit tous les mouvements.

— fistule faciale avec secrétion purulente assez abondante. Le stylet vient buter sur l'os malaire.

Le malade présente une fièvre à oscillation assez amples; il n'a pas de bacilles dans ses crachats et la réaction de Bordet Wassermann de son sang est négative.

Chimiquement on porte évidemment le diagnostic d'abcès froid en bouton de chemise, pulsatile par propagation des chocs cardiaques, mais on peut se demander, en raison même de la présence de ces pulsations, si cet abcès est en relation avec le mal de Pott constaté, lequel aurait produit une collection fluant à travers le mediastin: ou bien si l'abcès a, comme il est plus vraisemblable, pour origine une autre ostéite de la cage thoracique antérieure.

C'est cette dernière hypothèse que confirme d'une façon indiscutable la belle radiographie qu'a bien voulu nous faire le Dr Jaubert de Beaujeu.

La radioscopie de face montre que le médiastin est élargi par une ombre demi-ovalaire à contours nets. Cette ombre est immobile.

Dans les positions oblique et latérale elle reste accolée à la colonne vertébrale qu'elle entoure comme d'une gaine et obscurcit une partie du médiastin postérieur. La masse pulsatile donne en position frontale une très petite ombre à contours flous à gauche du sternum.

De profil on voit un fuseau gris paraissant entourer le sternum qui forme son grand axe et qui est tangent à l'ombre du cœur.

Les radiographies confirment cet examen et montrent d'une part une soudure des 6e et 7e vertèbres dorsales et d'autre part des zones de décalcification et des érosions sur le sternum.

En résumé: mal de Pott avec abcès ossifluent et ostéite du sternum avec abcès fusiforme sur lequel les battements cardiaques se propagent.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 21 Juin 1929

Présidence du Dr. **E. LEVY, Président**

Membres présents: Drs. Lévy, Brun, Conseil, Chemla, Montefiore, B. Lévy, I. Lumbroso, Féré, Cohen-Boulakia, Maruani, Nataf, Scemla, Bardou, Gobert,, Cortesi, Disegni, Cuénod, Cassuto, Soria, M. Uzan, Hadjouj, Ghouila-Houri, Henry Cohen, Scialom, Lumbroso E.

Candidatures de D. Lévy, Dezouvy, Guttières, Dirats, Merdjan, chirurgiens-dentistes, Ladjimi, pharmacien, acceptées à l'unanimité.

PRESENTATIONS DE MALADES ET DE PIECES

Cecité complete par forte contusion occipitale

par le Docteur **MONTEFIORE**

J'ai l'honneur de vous présenter un petit garçon de 9 ans qui entre à mon service de l'Hôpital Israélite atteint de forte contusion de la région occipitale le 6 juin. Il fut hospitalisé dans le coma le plus absolu, coma dans lequel il se maintient pendant 15 jours.

La famille se refuse à toute intervention et surtout à ce que je croyais être le plus utile en cette circonstance à toute ponction lombaire.

Nous savons tous que la ponction lombaire rend de très grands services dans les traumatismes du crâne car il vous représente un moyen simple, facile et inoffensif pour diminuer la tension intracranienne. On peut et on doit la répéter très fréquemment surtout lorsque le malade se plaint de douleurs ou des vertiges.

A part le motif thérapetique la ponction lombaire sert au point de vue diagnostic puisqu'elle permet de pouvoir examiner soit la tension du liquide cephalorachidien (manomètre de Claudel soit l'hyperalbuminose manifeste (0.20). Ce petit resta pendant plus d'un mois dans la cécité la plus absolue ce qui m'obligea à penser à une fracture interne qui donna lieu à une forte hémorragie compressive sur les centres optiques, cécité

corticale fréquente dans les forts traumatismes de la région oocipitale.

Heureusement cette cécité corticale commence à rétrocéder et depuis quelques jours à peine notre malade commence à suivre l'ombre de la main. Il a en outre une sensation vague de la luminosité.

Ce matin, seulement, en absence des parents j'ai pu faire une ponction lombaire qui m'amène un liquide très claire mais hypertendu.

L'examen du fond de l'œil fait par l'éminent docteur professeur Varese montre les reflexes photomoturs existants et normaux.

Les papilles des nerfs optiques présentent les limites nets et on ne constate aucune inflammation préexistante.

Les vaisseaux sont accompagnés dans leurs parcours par des reflexes évidents, on relève aussi les mêmes reflexes sur toute la rétine. Nous pouvons bien espérer que bientôt notre petit malade sera complètement guéri. Je vous l'ai présenté pour vous rappeler comment les bessures du lobe occipital se caractérisent bien souvent par des troubles de la sphère visuelle et des voies optiques, ces conséquences sont bien plus fréquentes que l'on peut le croire **même sans fracture apparente.**

Dans la statistique de Charles Chatelin sur **300** blessés de la région occipitale il a constaté **85** cas de modification du champ visuel associés ou non à d'autres complications.

Discussion

Le **Dr. Nataf** regrette qu'on n'ait pas pris la tension rétinienne.

× × ×

Le **Dr. Brun** présente un cas de césarienne suivie d'hystérectomie chez une achondroplasique.

Un cas de Megaœsophage

par les Docteurs **DISEGNI** et **LUMBROSO**

Il s'agit d'un jeune homme de 14 ans qui s'est présenté à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Italien il y a deux mois environ, pour des troubles de la déglutition.

Au moment des repas il état obligé d'aider le passage des aliments par diverses manœuvres - telles que extension de la tête, inspirations pro-

fondes, etc... Parfois il rejetait les aliments par des vomissements faciles et sans nausées, présentant les caractères de vomissements œsophagiens.

L'examen du pharynx ne montre rien d'anormal.

Le malade est envoyé au service radiologique. L'examen à l'écran et la radio de face nous montre une dilatation en forme de calice qui part d'un travers de doigt au-dessus du manubrium sternal et s'étant à un travers de doigt au-dessous du rétrecissement aortique œsophagien. Le diamètre de cette dilatation atteint 6 cent. environ.

Le radio de profil ne montre aucun retrécissement au-dessous de la dilatation. Le passage de plusieurs sondes allant jusqu'au numéro 22 est aisé et ne rencontre aucun obstacle. L'œsophagoscopie n'a pu être pratiquée le malade ne s'étant plus représenté.

Le malade interrogé ne se souvient pas d'un début brusque. Il n'a jamais avalé de liquide caustique — pas de spécificité ni stigmates hystériques.

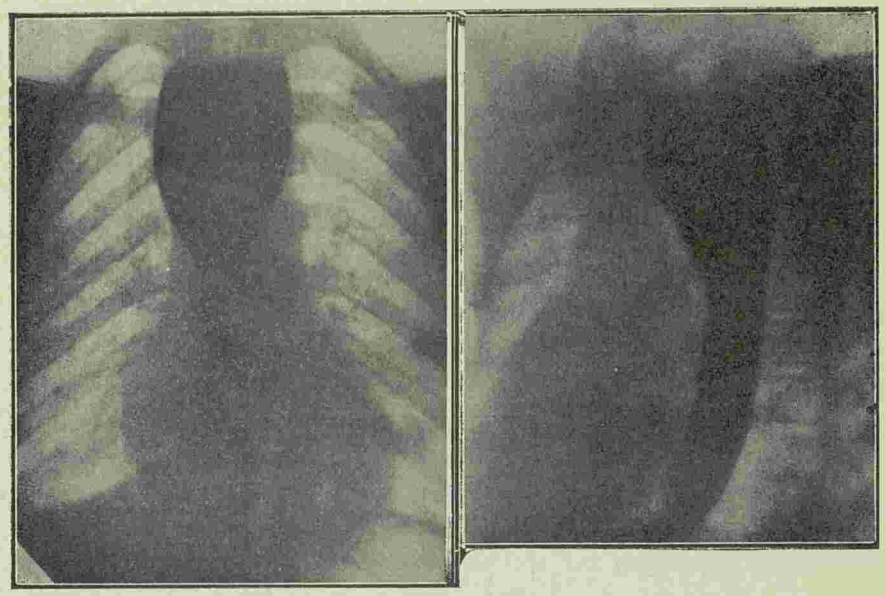
Il fait remonter le début de ses troubles à environ 3 ans sans que son état général ait été atteint à aucun moment.

On se trouve en présence d'une dilatation de l'œsophage très probablement idiopatique.

MM. Toupet, Haret et Gillet ont présenté à la Société de Radiologie Médicale en décembre 1924 un cas absolument identique.

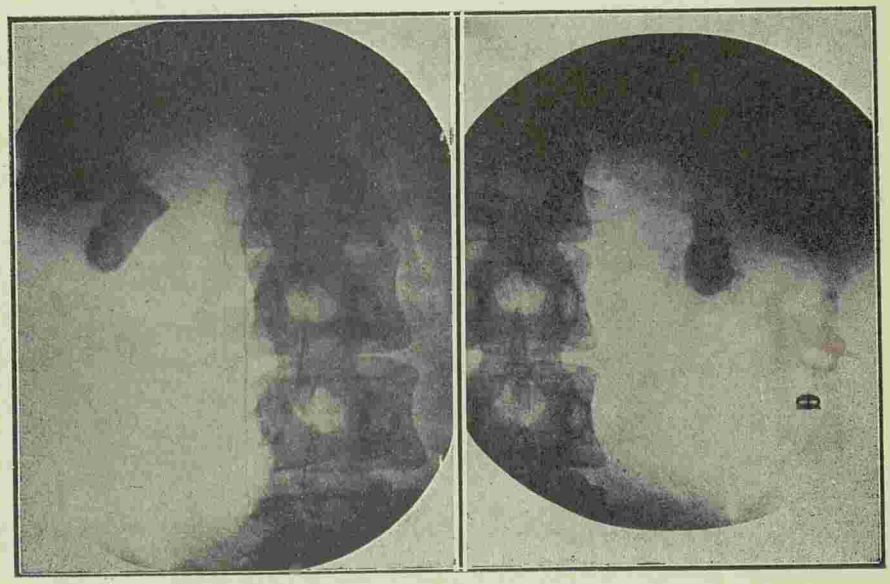
Trois théories ont été émises au point de vue pathogénique : celle de l'atonie primitive de la musculature œsophagienne que nous croyons pouvoir écarter dans ce cas, car la dilatation est nettement localisée : celle de l'occlusion spasmodique du cardia qui devrait s'accompagner de contractions anti-peristaltiques que nous n'avons eues à aucun moment ; et enfin la théorie de Bard et Sencert incriminant une malformation tissulaire congénitale localisée. Cette dernière est la seule qui peut être admise dans notre cas.

(Voir cliché à la page 181)



× × ×

Dr. Maruani présente un cas de lithiase rénale bilatérale.



M. **Eloy**, Directeur des Travaux de la Ville et **Dr. Conseil.** — L'Hygiène urbaine et les modifications aux règlements d'hygiène et de voirie.

(Paraîtra dans un prochain numéro).

Discussion

Le **Dr. Conseil** demande que la Société Médicale appuie auprès du Gouvernement les modifications aux règlements d'hygiène et de voirie.

Le vœu suivant est adopté à l'unanimité :

La Société des Sciences Médicales de Tunis dans sa séance du 21 juin 1929 après avoir entendu les explications de M. Eloy, Directeur des Travaux de la Ville et du Dr. Conseil sur les modifications aux règlements d'hygiène et de voirie, votés récemment par le Conseil Municipal approuve pleinement les dispositions de ce nouveau règlement qu'elle estime de nature à améliorer la santé publique et demande à l'administration générale d'en prescrire dans les plus brefs délais l'application.

Le **Dr. Féré** propose que ces modifications aux règlements soient étendues à toutes les communes de Tunis. Approuvé à l'unanimité.

L'ordre des Médecins (1)

(d'après le Prof. Balthazard)

L'Ordre des Médecins, dont la création est réclamée tant en dehors du dire, une nouveauté. Sous l'ancien régime, les médecins étaient groupés, sous l'égide des Facultés de Médecine, en **corporations médicales**, qui imposaient à leurs membres une discipline sévère. Certes, on peut regretter les abus de ces corporations, pétendant imposer à leurs membres des directives techniques (on se souvient de la grande querelle de l'émétique); mais il n'en est pas moins vrai qu'elles surent maintenir à un niveau élevé les traditions d'honneur et de dignité parmi les médecins. La corporation était d'ailleurs pourvue de moyens d'action efficaces, puisque personne ne pouvait sans son autorisation exercer la médecine dans le ressort de la Faculté.

L'influence des corporations fut d'ailleurs telle que les règles déontologiques, qu'elles avaient édictées, subsistèrent après sa disparition et que c'est seulement à la fin du siècle dernier qu'on vit des médecins les méconnaître. Mais voilà que surgissent les lois sociales, grâce auxquelles un tiers s'interpose entre le malade et le médecin, qui s'immisce dans le traitement et prend à sa charge les honoraires du médecin; immédiatement surgissent des abus et la médecine tend à perdre son caractère de profession libérale pour prendre le caractère de profession commerciale. Contre une telle évolution,il importe de réagir; l'intérêt des malades exige que la médecine reste un apostolat, que l'on écarte tous les procédés qui auraient pour effet de diminuer la dignité du médecin et son dévouement par contre, la société a le devoir de veiller à ce que les médecins puissent honorablement gagner leur vie et à ce que l'exercice de leur profession leur donne le moyen d'élever convenablement leurs enfants.

Les Syndicats médicaux ont entrepris la tâche de veiller à la situation économique des médecins et ont souvent obtenu d'heureux résultats ; leurs efforts n'ont pas été, au même degré, couronnés de succès, lorsque, par l'action de leurs Conseils de famille, ils ont cherché à réfréner les abus de certains médecins. La loi de 1884 n'a pas donné, en effet, aux Syndicats de moyens efficaces pour contraindre leurs membres à l'observation des règles nécessaires; de plus, elle n'a pas imposé aux médecins de faire partie du syndicat; celui-ci n'a aucune prise sur les médecins

(1) Académie de Médecine, 9 avril 1929.

qui font litière des traditions déontologiques et qui s'abstiennent ordinairement d'accepter sa juridiction; envers ses membres même, il n'a d'autres sanctions que le blâme ou l'exclusion.

Il apparaît donc nécessaire de compléter l'organisation médicale par la création d'un ordre des médecins, qui englobera tous les médecins et qui sera pourvu de sanctions suffisantes pour imposer à ceux qui auraient tendance à les méconnaître, les règles déontologiques, ces sanctions pouvant aller jusqu'à l'interdiction de l'exercice de la profession médicale. Après les études d'Averseng, de Clavelier, Gaussel, Renon, Billaud, Verger, Lenglet, Duchesne, etc... on peut dire que la question est assez précisée pour qu'une réalisation immédiate soit possible. Nous avons la conviction que le Ministre Loucheur saura prendre les initiatives nécessaires devant le Parlement pour aboutir rapidement et la présente coommunication a pour but de lui apporter l'approbation de l'Académie de Médecine gardienne des traditions d'honneur du Corps médical français. Nous exposerons donc les principes qui doivent présider à la création de l'Ordre des Médecins et nous demanderons à l'Académie d'émettre un vœu en faveur de cette création.

× × ×

Nécessité de la création d'un Ordre des Médecins. — Nous avons dit plus haut que les Syndicats médicaux sont impuissants à réprimer et surtout à prévenir les abus qui compromettent la dignité de la profession médicale, en raison même de la loi qui a constitué ces syndicats. L'Ordre des Médecins sera, au point de vue moral, l'amplification du Syndicat médical.

« Mais, disent certains opposants à la création de l'Ordre, n'existe-t-il pas les Tribunaux ordinaires, qui peuvent réprimer les délits commis par les médecins ? Il est évident, et nous en avons la preuve dans nombre de poursuites récentes, que les Tribunaux correctionnels sont en état d'empêcher ou tout au moins de punir les escroqueries commises par les médecins, qu'ils peuvent également intervenir dans les faits de complicité d'exercice illégal de la médecine, lorsqu'un médecin couvre de son diplôme les agissements incorrects d'un infirmier, d'un masseur, qu'il contrevient aux dispositions légales interdisant l'octroi de ristournes aux bénéficiaires de lois sociales. Mais là n'est pas la totalité des incorrections auxquelles peuvent se livrer les médecins : les faits de charlatanisme, de réclame incorrecte, de compérage, ne tombent pas sous le coup de la

loi; les réprimer c'est agir préventivement à l'égard des faits plus graves dont pourraient avoir à connaître les Tribunaux correctionnels.

C'est, en effet, par son action préventive que l'Ordre des Médecins peut rendre les plus grands services, en refusant de laisser ouvrir une clinique indésirable, en interdisant à un médecin d'exercer sa profession en association avec un profane ou un charlatan, etc.

× × ×

Conditions d'efficacité de l'Ordre des Médecins. — Pour avoir une action efficace sur la moralité du Corps médical, l'Ordre des Médecins doit pouvoir imposer les règles déontologiques, qui président à l'exercice correct de la profession. Il doit donc disposer de sanctions sévères, depuis l'avertissement simple jusqu'à l'interdiction d'exercer la profession définitivement , avertissement, blâme, avec ou non suspension d'éligibilité, interdiction temporaire ou permanente d'exercer certaines fonctions médicales (officielles ou dans les lois sociales), interdiction de tout exercice de la médecine, temporaire ou définitive, soit dans le département, soit dans toute la France.

Pour avoir l'autorité voulue, le Conseil de l'Ordre doit être composé de médecins désignés par leurs confrères du même département,,de façon à constituer un Conseil par département.

Pour posséder l'efficacité voulue, non seulement il se prononcera sur les plaintes qui lui sont adressées contre certains médecins, sur les conflits entre médecins qui lui sont soumis, mais il se saisira d'office des faits délictueux qu'il découvrira. Le Conseil de l'Ordre doit donc avoir les moyens d'action nécessaires pour dépister les infractions au code déontologique.

Enfin, les décisions du Conseil de l'Ordre départemental pourraient être mal accueillies par l'opinion publique, si le médecin ne conservait la possibilité d'un recours devant une juridiction d'appel, en raison surtout de la gravité des sanctions, susceptibles d'enlever au médecin son seul moyen d'existence. Il est donc prévu un Conseil régional, par ressort de Cour d'Appel, dont les membres seront des médecins élus par leurs confrères du ressort choisis parmi ceux qui ont déjà siégé trois ans dans un Conseil départemental et dont le Président sera un Conseiller à la Cour d'Appel désigné par le Premier Président.

La juridiction d'appel est constituée différemment de celle qui concerne l'Ordre des Avocats et qui est simplement la première Chambre de la Cour d'Appel; mais les avocats sont des magistrats éventuels, appelés

à compléter les Tribunaux et les Cours dans certaines circonstances et il est juste qu'ils relèvent de magistrats. Au contraire, les questions médicales, purement professionnelles, doivent être jugées même en appel par des médecins, la présence d'un magistrat suffisant pour assurer l'observation des formes juridiques.

Le Code de déontologie. — Une juridiction, quelle qu'elle soit et, en particulier, l'Ordre des médecins, ne peut juger que d'après un Code qui énumère les infractions susceptibles d'être retenues. Il est donc indispensable d'établir un Code de déontologie.

Or l'on est d'accord dans les milieux médicaux pour adopter un Code de déontologie qui, établi depuis longtemps par Lereboullet, par Legendre n'a subi, depuis, que des modifications de second plan.

Le Code précise tout d'abord les devoirs généraux du médecin, qui doit être « l'honnête homme par excellence » (1) qui ne doit, en aucun cas, aliéner son indépendance, qui doit éviter tout ce qui prend les allures du charlatanisme : publicité dans les journaux non médicaux, distribution de brochures, attestations en faveur des remèdes secrets, usurpation de titres, etc.). Le médecin doit s'interdire tout acte de compérage, remise de la part des mêmes personnes.

On indique ensuite les devoirs des médecins envers leurs clients : interdiction des opérations inutiles, nombre des visites proportionné à la gravité du cas ou au désir exprimé par les familles, respect des convictions des malades et du secret professionnel, d'une façon plus étroite que ne le prescrit l'article 378 du Code pénal.

Dans les rapports du médecin comme une infraction susceptible de sanction le manque de déférence du médecin envers ses confrères, les critiques à leur égard formulées devant les malades ou les personnes de leur entourage, les actes de concurrence déloyale. Il pécise les règles de la consultation et codifie la dichotomie, étant donné que le médecin traitant doit percevoir une fraction du prix de l'intervention, proportionnelle à l'importance de la responsabilité qu'il a assumée et qui ne doit pas dépasser 25 pour cent.

Enfin, bien qu'il soit plus difficile d'appliquer des sanctions pour ces

---

(1) Rapport sur un projet de règlement de déontologie, présenté par MM. Aversenq, Clavelier et Gaussel, à l'Union des Syndicats médicaux de France.

faits, le Code de déontologie a réglé les rapports des médecins avec les syndicats et a énuméré les droits et les devoirs des syndicats, tant dans les rapports intersyndicaux que dans les rapports des syndicats médicaux français.

Il convient d'ailleurs de faire remarquer que le Code de déontologie, qui sera adopté, n'aura rien d'intangible. Les conditions d'exercice de la médecine sont constamment modifiées dans la période que nous parcourons; des dispositions nouvelles doivent, par suite, être adoptées au fur et à mesure de ces modifications. On peut d'ailleurs admettre que le Code tienne compte des usages régionaux et locaux dans la qualification des infractions

Conclusions. — D'après le projet qu'il convient de soumettre au Parlement, nul ne pourrait exercer la médecine en France s'il ne figurait sur le tableau de l'Ordre des Médecins de son département. Il serait constitué dans chaque département un Conseil de l'Ordre, dont les membres seraient élus pour six ans par leurs pairs, parmi les médecins exerçant la médecine depuis plus de cinq ans et ayant au moins 35 ans d'âge.

Chaque Conseil départemental, composé de 7 à 25 membres, suivant le nombre des médecins du département, est présidé par un docteur régent ; il désigne chaque année les juges d'une ou plusieurs chambres disciplinaires, au nombre de cinq par Chambre, Président compris.

Les médecins qui seraient l'objet d'une sanction, auraient la possibilité d'interjeter appel devant un Conseil régional, comprenant le ressort d'une Cour d'Apel, constitué par quatre médecins, élus par leurs pairs parmi les membres des Conseils départementaux ayant plus de trois ans de fonctions et présidé par un Conseiller à la Cour d'Appel.

La Cour de Cassation connaîtrait des vices de forme.

Vœu. — A la suite de cet exposé, il n'entre pas dans notre intention de demander à l'Académie d'approuver les détails de l'organisation de l'Ordre des Médecins. Il nous suffirait d'obtenir d'elle une approbation de principe, qui permettrait, sans aucun doute, de réaliser promptement une institution dont le besoin se fait sentir d'une façon urgente, si l'on ne veut pas voir poursuivre dans l'esprit du public une campagne de déconsidération du Corps médical, que l'honnêteté de l'immense majorité de nos confrères rend profondément injuste.

Nous proposons donc à notre compagnie d'adopter le vœu suivant :

« L'Académie de Médecine, émue des récents scandales médicaux, qui tendraient à déconsidérer le Corps médical français, qui dans son immense majorité respecte pourtant les traditions de dignité professionnelle dont elle a toujours été la fidèle gardienne;

« Estime qu'il importe de réprimer et, mieux encore, de prévenir les défaillances individuelles, par la création d'un Ordre des Médecins, dont les Conseils seraient pourvus de sanctions efficaces allant jusqu'à l'interdiction de l'exercice de la médecine sur le territoire français ;

« Demande au Gouvernement de soumettre aussi rapidement que possible au vote du Parlement la création de l'Ordre des Médecins, chargé de faire respecter le Code de déontologie et de conserver à la profession médicale le caractère de profession libérale, indispensable dans l'intérêt même des malades ».

VARIÉTÉS

Les préjugés de la cure thermale (1)

par le Docteur CAILLON

« Il est peu de sujets sur lesquels on accepte plus volontiers les « opinions les plus absurdes et les moins fondées, que sur ce que « doit être une cure hydrominérale. Alors que généralement on ad- « met qu'un traitement ordinaire doive être prescrit et dirigé par un « médecin compétent, nombre de gens s'ordonnent à eux-mêmes « une cure à Vichy et en décident la forme, suivant ce qu'ils ont « entendu dire par des amis qui y ont été traités. »

Ces paroles, inscrites dans l'Index Médical depuis de nombreuses années, sont toujours d'actualité, malheureusement. Nocs passerons en revue quelques-unes des erreurs que nous avons à corriger le plus souvent.

C'est une erreur de vouloirdemander à la cure plus qu'elle ne peut donner.

Certains malades considèrent l'eau comme une panacée; certains se flattent d'obtenir une guérison presque immédiate. Les premiers oublient que la cure a ses contre-indications précises; seuls, peuvent les découvrir les médecins habituels des malades ainsi que les médecins de la station. Les seconds font preuve d'une impatience vraiment trop naïve; souvent les effets ne se font sentir que plusieurs mois après la cure, parfois à la suite d'une deuxième ou troisième cure.

Erreur de croire que la cure est d'autant plus efficace que la quantité d'eau aborbée est plus grande, que les bains, douches, massages, etc... sont plus fréquents et plus prolongés. Le choix des sources, des doses, des heures d'ingestion sont autant de problèmes délicats que résoudra le médecin en suivant pas à pas son malade. Les modifications que ce dernier y apporte de lui-même risquent d'être aussi inopportunes que les changements apportés par un malade aux doses de médicaments prescrits par son médecin pour une maladie quel conque. De petites doses d'eau suffisent souvent là où des doses plus fortes produisent des effets contraire, ou même des accidents. Une

(1) Extrait du « Guide du Malade à Vichy ».

douche, un bain voient leurs effets varier, parfois s'opposer, suivant leur durée ou leur fréquence, etc...

Erreur de croire qu'une source est plus forte que l'autre. Il y a une très grande variabilité dans la tolérance de telle ou telle source, chez des malades atteints de la même maladie ou chez le même malade, à différentes époques de son existence, ou même à différents jours de la cure. Mais il n'y a ni source forte ni source faible. Il a des eaux plus ou moins bien supportées, suivant l'état du malade. Il faut réaliser pour chacun d'eux la médication en eau qui lui est la mieux adaptée, c'est-à-dire la mieux tolérée et plus active à la fois. Spécialement, on devra lutter contre la terreur, parfois enfantine de certains malades à l'égard des dangers d'une eau dite trop forte.

Erreur de croire que telle source correspond à telle maladie. Si, depuis longtemps, l'expérience a révélé pour certaines eaux une action élective sur certains organes, par exemple la Grande Grille sur le foie, l'Hôpital sur l'estomac, les Célestins sur la vessie et les reins, actuellement on a trouvé qu'il y avait souvent de grosses contre-indications à s'en tenir à ces formules. L'action congestive produite sur ces organes, en raison de cette affinité élective même, peut être utile dans certains cas d'atonie, mais elle est redoutable dans des états inflammatoires ou simplement irritables. Aussi parmi les buveurs réunis autour des sources prescrites par les médecins de Vichy, trouve-t-on autant de maladies du foie à Chomel qu'à l'Hôpital ou à la Grande Grille, autant de rénaux à l'Hôpital qu'aux Célestins, etc...

Ce n'est donc pas le nom de maladie qui fait décider du choix de la source, mais l'état du malade. En effet, le médecin sera souvent amené pour une série de raisons : défaut de tolérance, incident de cure, douleur, élévation de la tension artérielle, etc.. à abandonner provisoirement une eau, quitte à revenir au bout de quelques jours. Le nombre assez considérable de sources, dont les eaux ne présentent que des différences relativement faibles de l'une à l'autre, permet d'établir une gamme très étendue de cette médication; le médecin peut ainsi choisir telle source de préférence à sa voisine, chez tel ou tel malade, dans tel ou tel cas particulier, à el ou tel moment de la maladie ou de la cure. Disons-le en passant, ce sont ces considérations qui interviendront lorsque, parlant des maladies et de leur traitement par les eaux, il nous sera difficile de donner les indica-

La Tunisie Médicale

JUIN 1929

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hygiène urbaine et les modifications projetées aux règlements sanitaires et de voierie

par Monsieur ELOY, Directeur des Travaux de la Ville et de Monsieur le Docteur E. CONSEIL, Directeur du Bureau d'Hygiène de la Ville de Tunis

L'opinion publique, et, en particulier l'opinion publique, s'est depuis longtemps émue des conditions défectueuses d'hygiène de la Ville de Tunis; cet état s'aggrave rapidement du fait du surpeuplement et des surélévations des vieux immeubles qu'occasionne le renchérissement des terrains.

La Société des Sciences Médicales de Tunis s'est préoccupée à plusieurs reprises de cette question; en particulier en 1911 lors de l'épidémie du Choléra, elle a émis des vœux formels à ce sujet, et récemment le Syndicat médical Français a chargé une commission de rechercher les moyens d'améliorer l'état sanitaire de Tunis.

Sous la pression des nécessités de plus en plus urgentes et de l'opinion publique l'administration municipale a étudié un plan d'aménagement et d'extension de la Ville qui satifasse mieux aux besoins de l'hygiène et de la circulation. Ce plan général d'urbanisme que le décret du 25 janvier 1929 a imposé à la Ville de Tunis, comprend de larges percées dans les quartiers les plus insalubres et l'installation d'espaces libres plus nombreux. Mais avant d'entreprendre la réalisation longue et coûteuse de ces projets destinés à remédier à l'insuffisance des prévisions dans la construction de la Ville, il a paru indispensable aux services techniques municipaux de supprimer immédiatement certaines causes du mal auquel on veut remédier.

Dans sa réunion du mois dernier le conseil municipal a été saisi et a adopté un projet de modification du règlement de voierie destiné à remédier à l'insuffisance de la largeur des rues et de la dimension des cours et courettes. Ce projet aux conséquences très importantes sous son as-

pect un peu technique mérite d'attirer l'attention du corps médical tunisien.

Sans nous arrêter ici à des considérations pourtant importantes de circulation et d'esthétique nous examinerons seulement les raisons capitales d'hygiène qui ont guidé dans l'établissement de ce projet et les améliorations qu'il nous semble devoir apporter à l'état sanitaire de la ville.

Le règlement de voierie actuellement en vigueur à Tunis remonte à 1889, c'est-à-dire à une époque où les propriétaires n'étaient pas contraints à rechercher les moyens de compenser par des surélévations le renchérissement des terrains..

Notre règlement sanitaire est plus récent, mais en 1906, la Commission chargée par le conseil central d'hygiène de l'élaborer, escomptant une prochaine révision du règlement de voierie, a négligé volontairement de se préoccuper de certaines conditions d'hygiène à imposer aux cours des immeubles pour l'unique raison que cette quesiton devrait être traitée en même temps que la révision du règlement de voierie.

Les modifications envisagées en 1906 relatives aux dimensions des cours et courettes s'imposent aujourd'hui avec plus de force que jamais

Au point de vue de l'hygiène, l'élargissement des rues de Tunis s'impose encore davantage. De nombreuses rues de la ville européenne ont pu être bordées d'immeubles trop élevés pour la faible largeur de la voie. Dans la ville indigène le patio avait remédié jusqu'ici dans une certaine mesure à l'insuffisance de la rue, mais il tend de plus en plus à disparaître dans la reconstruction de ces immeubles. En outre l'étroitesse de la rue met dans l'impossibilité d'y imposer le régime des poubelles pour l'enlèvement des ordures ménagères. Il importe au point de vue de l'hygiène, que les rues soient suffisamment larges pour assurer le passage du tombereau en même temps que le dépôt des poubelles. Ce n'est qu'à cette condition que pourront être surmontées un jour les difficultés rencontrées actuellement par le service du nettoiement. C'est seulement lors que la poubelle pourra être rendue obligatoire pour tous et partout, c'est seulement lorsque la poubelle sera entrée définitivement dans les mœurs que la rue cessera d'être considérée comme un dépotoir. D'autre part l'intensité de la circulation actuelle et de celle de demain, son bruit intense et incessant, les gaz, les poussières et les odeurs malsaines que l'automobile apporte sur la voie publique exigent dès maintenant de concevoir la cour d'un bâtiment non plus comme un accessoire mais au contraire comme un élément essentiel du confort et de la salubrité de l'habitation.

Le règlement de voierie actuellement en vigueur à Tunis demandait donc à être rajeuni et adapté aux conditions modernes de la vie urbaine et aux progrès réalisés dans l'art de construire.

Le règlement proposé par la Municipalité a pour but de modifier :

1. La hauteur des maisons ,
2. Les dimensions des cours et courettes.

PREMIERE PARTIE

HAUTEUR DES MAISONS

I. — **Critique de la règlementation actuelle.** — Pour mieux saisir l'importance des modifications proposées par la règlementation nouvelle il nous paraît nécessaire de faire la critique de la règlementation actuelle (texte de 1889). On comprendra mieux ainsi comment ont pu se constituer lentement les fautes les plus manifestes contre l'hygiène, et contre lesquelles on s'élève si justement aujourd'hui; on pourra aussi mieux apprécier l'importance des modifications proposées.

On remarque : a) qu'avec le règlement actuel la hauteur de 8 m. 20, est permise, quel que soit l'étroitesse de la rue; que la hauteur maximum de 20 m est atteinte à partir d'une largeur de rue de 10 m., ce qui fait que dans une rue de 2 mètres de largeur on peut construire une maison à 1 étage et que l'on peut édifier un immeuble à 4 étages, soit le maximum admis, aussi bien le long d'une rue de 8 mètres de largeur que d'une voie de 45 mètres.

Si on compare les hauteurs des bâtiments fixées par les règlements de voierie dans diverses villes (Paris, Lyon, Marseille, Sousse, Casablanca, etc.) on voit que c'est à Tunis que,comparativement à la largeur des rues, on autorise les hauteurs les plus considérables et cependant même pour les autres villes les règlements en cours ne correspondent plus aux désiderata des hygiénistes modernes qui voudraient voir fixer la hauteur des maisons égale à la hauteur des rues.

b) Par contre, notre règlement fixe un maximum de 20 mètres qui apparaît trop faible à certains constructeurs désirant édifier des bâtiments importants sur les quelques voies larges que possède Tunis. Etant donné les progrès réalisés dans les procédés de fondation et dans l'art de la construction, il semble n'y avoir aucun inconvénient à augmenter sur les voies larges le maximum actuel.

Si l'on veut réduire la hauteur en façade sur les rues étroites, sans trop dimineur la densité de la population ce qui aboutirait à un renché-

rissement des terrains et une extension de la zone bâtie, il conviendrait d'envisager une forte augmentation de ce maximum de 20 m.

c) D'autre part, la courbe discontinue des variations de hauteur que donne le règlement actuel forme des paliers fâcheux; d'une différence de 1 cm. dans la largeur de la rue peut résulter une différence d'un étage.

C'est ainsi qu'une rue de 7 m. 99 par exemple ne donne droit qu'à la construction de 3 étages au-dessus du rez-de-chaussée alors qu'une rue de 8 m. en permet 4.

d) Lorsque les maisons sont en retrait sur l'alignement ce retrait ne permet pas de les élever à une hauteur plus grande que celle fixée pour les constructions à l'alignement. Il serait cependant équitable que le constructeur qui consent un retrait puisse en bénéficier par un surcroit de hauteur calculé en conséquence de ce retrait.

e) Lorsque les bâtiments sont situés en dehors des voies publiques, dans les cours ou espaces intérieurs, ils peuvent atteindre la hauteur maximum de 20 m., il convient d'établir une même règle qui puisse s'appliquer que le bâtiment soit plus ou moins en dehors de la voie publique.

f) Il est permis d'élever à une hauteur supérieure à celle qui résulte de la largeur de la rue; des bâtiments situés dans des conditions particulières. Par exemple : tout bâtiment situé à l'encoignure de deux voies publiques d'inégale largeur peut être élevé du côté de la voie la plus étroite jusqu'à la hauteur fixée pour la voie la plus large, cette exception s'étendant sur la voie la plus étroite jusqu'à concurrence de la profondeur. Ainsi une maison ayant une façade de quelques mètres de longueur seulement sur une voie qui lui a permis d'atteindre 20 m. de haut peut conserver cette hauteur sur une rue de 2 m. de largeur le long de laquelle elle s'étend sur une grande façade.

Il est manifeste qu'on arrive ainsi à imposer aux habitants d'une rue étroite des conditions d'hygiène déplorables. Ce bénéfice de hauteur sur une voie étroite qui avait pour but de parer à la difficulté de réduire brusquement la hauteur d'un immeuble suivant la verticale formant l'encoignure ou bien pour éviter sur la voie la plus large l'aspect fâcheux résultant d'un abaissement de hauteur est manifestement trop tolérant et il a des conséquences antihygiéniques auxquelles il convient de remédier.

g) Les immeubles occupant tout l'espace compris entre deux voies d'iné

gale largeur, ou de niveau différent, peuvent également être élevés, sur chacune des deux façades, à la hauteur fixée pour celle bordant la voie la plus large, si la distance entre ces façades n'excède pas 15 mètres. Suivant cette règle, une voie de 4 mètres séparée par une largeur de 15 mètres d'une voie parallèle de 10 mètres de large peut se trouver bordée par des immeubles de 20 m. de hauteur.

h) Enfin actuellement la hauteur des maisons bordant les voies publiques est déterminée par la largeur légale à ces voies. Comment interpréter ces dispositions dans des rues de largeur parfois très irrégulières et où une largeur légale n'a pas encore été fixée ?

II. — **Solution préconisée. — Principe du gabarit.** — Il est évident que pour remédier à tous les inconvénients ci-dessus exposés la hauteur des bâtiments doit être fixée proportionnellement à la largeur des rues. Il est nécessaire que la hauteur actuellement permise soit réduite pour les rues étroites et augmentée pour les grandes voies et les espaces étendus.

Cette variation de la hauteur de l'immeuble en fonction de la largeur doit être continue. D'autre part, la hauteur de la façade ne doit pas être seule considérée, il convient de se préoccuper de tout l'espace susceptible d'être construit dans un plan perpendiculaire à l'alignement, ce qui implique la limitation de cet espace. On est ainsi amené à prévoir un gabarit de construction imposé d'ailleurs depuis longtemps dans les règlements de voierie de diverses villes de Paris, Lyon, Marseille, notamment. Ce gabarit ne doit pas être déterminé en un seul point de la façade de l'immeuble, en son milieu par exemple ou au point haut du trottoir on doit l'appliquer, suivant l'alignement, en tout point du périmètre du terrain sur lequel doit être édifié l'immeuble. On engendre ainsi une enveloppe, à l'intérieur de laquelle le constructeur peut évoluer librement.

On arrive successivement, pour définir la hauteur des bâtiments, d'une droite verticale (règlement actuel) à un volume, en passant par une surface (gabarit).

Grâce à cette conception orginale dont il est fait application dans le projet de règlement élaboré à Paris par la Société des Architectes diplômés, la question de hauteur des bâtiments semble pouvoir se résoudre dans toute sa généralité sans exception de façon simple et claire.

Plus n'est besoin de distinguer si l'immeuble est en retrait, à l'alignement ou à l'intérieur d'une propriété, s'il se trouve entre deux rues d'iné-

gale largeur, à l'encoignure de deux rues, sur un carrefour, au débouché de deux rues, (ces deux cas sont omis dans le règlement actuel) en bordure d'une voie en pente ou comportant des largeurs diverses, etc...

Il suffit en effet, en chaque point de l'alignement et normalement à lui, d'appliquer le gabarit. De cette application, il peut naturellement résulter pour la partie supérieure de l'enveloppe, soit des inégalités dues à des variations de largeur de la rue soit une inclinaison produite par celle de la rue. Il appartient au constructeur de tirer parti de l'espace intérieur ainsi obtenu, sans toutefois en pouvoir sortir.

III.— **Définition du gabarit**.— A Paris et Lyon, le gabarit comprend une verticale, puis un arc tangent à cette verticale en son sommet et prolongé par une tangente à 45 degrés. Ce gabarit a été reconnu complexe à l'usage et le projet déjà visé de la Société des Architectes diplômés a prévu d'y substituer une verticale terminée par une droite de 45 degrés, plus simple à appliquer, que l'arc de cercle. Cette disposition utilisée, en fait à Sousse et Casablanca (hauteur de surélévation égale au retrait) semble être la plus pratique. D'ailleurs, dans une ville comme Tunis ou presque toutes les maisons sont couvertes en terrasses, la ligne à 45 degrés d'un tel gabarit n'est appeleé à jouer que pour obtenir des étages supplémentaires en retrait par rapport à l'alignement.

La hauteur du rez-de-chaussée et des étages est fixée par l'art. 19 du degrés, est l'élément du gabarit ayant le plus d'imporatnce.

Cette hauteur comprend actuellement la hauteur du seuil (0 m. 16) celle du rez-de-chaussée et des étages et du parapet de terrasse.

La hauetur du rez-de-chaussée et des étages est fixée par l'art. 19 du règlement de voierie de 1889 ainsi que par l'art. 32 du règlement sanitaire de 1906. Cette hauteur 3,20 est supérieure à celle fixée dans la plupart des villes importantes de France: Paris, Lyon, Le Havre, rez-de-chaussée et 1er étage 2 m. 80, autres étages 2 m. 60, Marseille 3 m. Par contre à Casablance les magasins ont 4 m. et les étages 3 m. 50, à Sousse 3 mètres.

La dimension de 3 m. 20 prescrite par le règlement ancien paraît convenable et ne semble pas devoir être modifiée. Toutefois la dimension de 2 m. 80 prévue dans le règlement de 1889 concernant l'entresol doit être supprimée. En effet l'emploi de cette hauteur réduite n'étant subordonnée à aucune condition d'affectation des locaux, il est inadmissible qu'on puisse autoriser à l'entresol, avec 2 m. 80 de hauteur sous plafond un appartement qui serait interdit au dernier étage s'il n'avait pas 3 m.20

À noter d'ailleurs qu'aucun règlement de voierie de Villes telles que Paris, Lyon, Marseille, n'admet des réductions de hauteur pour l'entresol.

En ce qui concerne la hauteur du parapet, elle est fixée à 1 m. dans le règlement actuel mais il est d'usage si ce parapet est ajouré de ne pas le comprendre dans la hauteur autorisée pour la façade. On peut sans inconvénient généraliser cette règle pour tous les parapets et les considérer comme saillie sur le gabarit.

Pratiquement les hauteurs obtenues par l'application à ce règlement sont :

Rez-de chaussée	4,06
Rez-de-chaussée, 1er étage	7,61
Rez-de-chaussée, 2 étages	11,26
Rez-de-chaussée, 3 étages	15,01
Rez-de-chaussée, 4 étages	19,06
Rez-de-chaussée, 5 étages	24,21

Ces renseignements étant rassemblés voyons **quelle hauteur maximum il convient d'admettre pour la verticale du gabarit.** Actuellement elle est de 20 mètres. Ainsi qu'il est dit plus haut, elle pourrait être fortement augmentée. Mais il semble prudent de modérer la hardiesse des constructeurs et de ne pas dpasser 25 m. Cette hauteur suffit à la construction en façaedde sur l'aligenment de 5 étages largement distribués et permettrait même 6 étages établis avec le minimum règlementaire de hauteur sous plafond. Ce maximum de 25 m. n'a du reste rien d'excessif comparé à celui admis par d'autres villes importantes. A Lyon, le Havre il atteint 22 m., il faut tenir compte des possibilités d'exhaussement d'un étage presque à l'alignement procuré par l'arc de cercle du gabarit; à Marseille 25 m., plus une hauteur de 3 m. de mansarde; à Paris, la hauteur maximum n'est que de 20 m. mais comme à Lyon le gabarit y permet un exhaussement et d'ailleurs le projet déjà mentionné de la Société des Architestes diplômés, prévoit 30 m. La hatuer maximum de 25 m. proposée est donc raisonnable compte tenu des besoins des constructeurs et d'autre part de la mauvaise tenue des terrains de fondation de Tunis.

A quelle hauteur de rue doit correspondre ce maximum de hauteur. Si l'on adoptait la formule H=L préconisé par certains hygiénistes (hauteur de façade égale à la largeur de la rue) cette hauteur maximum de 25 m. correspondrait à une rue de 25 m., mais l'application de cette formule entrainerait pour des voies de largeur moyenne une réduction énor-

me de la hauteur actuellement admise. La rue de 10 m., par exemple qui jouit actuellement de 4 étages n'en permettrait plus que deux. Il nous paraît difficile de passer brusquement d'un règlement vieux de 40 ans à celui qui conviendrait dès aujourd'hui malgré que celui-ci soit déjà adopté dans les villes neuves, qu'il est préconisé à Paris et qu'il s'imposera dans un avenir prochain. Comme d'autre part, il ne semble pas y avoir inconvénient à admettre une telle hauteur de 25 m. sur des voies de 20 m. de largeur, (comme les avenues de Carthage et de Paris), nous proposons d'admettre ce chiffre de 25 m. de hauteur pour les rues de 20 m., et non pas seulement pour les rues de 25 m.

Ce point admis, **quelle sera la loi de variation de la hauteur en fonction de la largeur de la rue.** Cette variation ne pouvant guère être envisagée que suivant une formule simple c'est-à-dire linéaire, il suffit, pour répondre à la question, de fixer la hauteur que pourra atteindre la façade d'une maison, en bordure d'une rue de largeur déterminée, inférieure à 20 mètres.

Pour fixer ce point, il est indiqué de considérer la rue de 10 m., qui est actuellement la rue réglementaire de largeur minimum. Actuellement il est permis dans une telle rue de construire un immeuble de 4 étages et de 20 m. de hauteur. Il en résulte une ligne d'éclairage à 2/1 tout à fait défectueux qu'il convient de réduire pour le moins à 3/2, ce qui correspondra à une réduction d'un étage et à une hauteur de 15 mètres.

Dès lors, **la hauteur verticale du gabarit pour des rues de 10 m. de largeur et au-dessus, peut être fixée également à la largeur de la rue, augmentée de 5 m.** Cette règle $H = L + 5$ est simple. Elle paraît répondre aux exigences de la salubrité. C'est d'ailleurs celle adoptée par le projet de règlement de la Société des Architectes diplômés pour toutes les rues.

Mais la commission municipale chargée d'examiner ces propositions n'a point manqué à faire remarquer quelle réduction considérable de la construction entraînerait l'application de cette règle.

C'est ainsi que pour les rues de 8 à 13 mètres, la réduction serait de 2 et 1 étage. Etant donné les conditions de luminosité particulières à ce pays il a semblé possible de ramener cette formule à $L + 6$ pour les rues de plus de 6 m. de large. Mais cette formule de $H = L + 6$, convient-elle pour les rues inférieures à 10 m. ? En examinant les résultats obtenus dans les rues de moins de 10 m. par la formule $L + 6$, nous voyons :

1. qu'en bordure des rues de 4 m. 50 à 6 m. et dans celles de 1 m. à 2 m. de largeur, la règle sus-visée conduirait à réduire d'un étage les possibilités actuelles.

2. qu'en bordure des rues de 2 m. 20 à 4 m. 50, très nombreuses dans la ville indigène, la situation serait inchangée quant au nombre d'étages;

3. que par contre pour ces dernières rues la hauteur permise serait en y comprenant la saillie de hauteur de 1 m. supérieure à la hauteur règlementaire de 8 m. 20, (soit 10 m et 9 m. de hauteur respectivement pour des rues de 4 et 3 m.) que la ligne d'éclairage prendrait une pente qui tendrait rapidement vers la verticale.

Ces résultats bien que présentant dans leur ensemlbe une notable amélioration de la règlementation actuelle, paraissent encore insuffisants au point de vue de l'hygiène.

Il semble donc justifié de recourir pour les rues de largeur inférieure à 6 m. à une formule différente de celle admise pour les rues plus larges, malgré d'ailleurs, l'inconvénient que présente, pour leur application l'usage de deux formules.

Il convient à notre avis de ne pas tolérer dans ces rues étroites une ligne d'éclairage inférieure a 3/2, ce qui conduit à la formule H=3 L—6.

Ainsi la rue de 6 m. qui avait 3 étages n'en aurait plus que 2, les rues de 5 m., et 4 m. 50, qui avaient 2 étages n'en conserveraient qu'un et que seuls des rez-de-chaussées seraient possibles désormais pour les rues de largeur comprise entre 4 m. 50 et 2 m.

Pour les raisons majeures de nettoiement et de circulation que nous avons exposés nous sommes d'avis même de renforcer cette formule en interdisant toute construction dans les rues de largeur inférieure à 3 m. 50.

Cette obligation pourrait paraître bien faible si on la compare au règlement de voierie que vient de mettre en vigueur la ville d'Alger et qui n'autorise aucune construction de quelque nature qu'elle soit en bordure des rues, impasses et espaces libres dont la largeur est inférieure à 10 mètres. Mais il nous a paru nécessaire de sauvegarder dans la mesure compatible avec l'hygiène le caractère de la ville indigène.

Toutefois deux difficultés se présentent qu'il y a lieu de résoudre d'abord.

Dans la plus grande partie de la ville indigène sévit le décret sur la zone des Souks, dont la formule est la suivante : pas de construction plus haute que les voisines. Nous pensons que notre formule remplirait

mieux le but recherché par le décret sur les Souks et serait d'une application plus rationnelle; il sauvegarderait beaucoup mieux l'esthétique de la ville arabe tout en permettant son nettoiement; la saleté n'est certainement pas un caaractère qu'il est nécessaire d'y voir persister.

Un autre point à résoudre est le suivant : dans les rues inférieures à 3 m. 50, le propriétaire pour construire, devra accepter l'alignement qui lui sera imposé pour réaliser la largeur de 3 m. 50. Pour une rue de 2 m. par exemple, ce recul sera en moyenne de 0 m. 75 mais il pourra quelquefois être supérieur; la surlargeur de 1 m. 50 pouvant être quelquefois nécessaire d'un seul côté pour réaliser un meilleur alignement de la rue.

Il ne serait pas équitable, dans ce cas, de faire supporter presque tous les frais de l'élargissement à un seul des 2 riverains et nous proposons de limiter la part contributive des riverains à l'élargissement de la rue. à la moitié de surface, le surplus étant pris en charge par la ville.

CONCLUSION. — En résumé, il résulte de ce qui précède, les conditions suivantes.

La limite de la construction proprement dite des bâtiments qui peuvent être édifiés dans une propriété est constituée par une enveloppe générale. Cette enveloppe résulte de l'application en tous points du périmètre de la propriété, limitrophe des voies publiques et privées, d'un gabarit défini ci-après:

Ce gabarit tracé dans un plan normal à l'alignement en chacun de ses points, comporte :

a) une verticale élevée au point d'alignement considéré ;

b) une droite inclinée à 45 vers le bâtiment et attachée au sommet de cette verticale.

La hauteur de ladite verticale, mesurée, de ce point d'attache, jusqu'à la cote définitive du trottoir ou du pavé, est fixée avec maximum de 25 m., dans les conditions suivantes:

a) pour les voies de 6 m. de largeur et au-dessus: 6 m. augmentée de la largeur de la rue.

b) pour les voies de moins de 6 m. de largeur a 3 fois la largeur moins 6 mètres.

Aucune construction ne pourra être édifiée en bordure des voies de moins de 3 m. 50 de largeur si ce n'est à l'alignement fixé au pétitionnaire en vue de réaliser cette largeur et de plus, moyennnant abandon par lui du sol ainsi retranché de sa propriété pour être incorporée à la voie publique.

TABLEAU MONTRANT LES RESULTATS COMPARÉS
obtenus avec le reglement actuel et avec les modifications projetées

Largeur des rues		3.5	4.50	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Avec le reglement actuel on pouvait bâtir:	Hauteur verticale actuellement autorisée	8.20	11.60	11.60	11.60	15.20	15.60	18.60	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Nombre d'étages pouvant être construits.	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Formules applicables		(3L-6)										(L + 6)							
Après la révision préposée on pourra bâtir seulement.	Hauteur verticale qui pourra être atteinte	4.50	7.50	9	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	Nombre d'étages qui pourront être élevés	Rez le chaus.	Rez le chaus.	1	1	2	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	5	6

Cette cession sera gratuite jusqu'à concurrence de la moitié de la surface nécessaire pour réaliser la rue de 3 m. 50.

DEUXIEME PARTIE

COURS ET COURETTES

Critique de la réglementation actuelle

Cours. — D'après la règementation en vigueur (art. 33 et 11 du règlement de voierie de 1889) les cours intérieures sont assujetties à deux conditions :

1. leur surface doit être au moins égale au carré du tiers de la hauteur
2. leur plus petit côté doit être au moins égal au quart de cette hauteur mesurée comme celles des façades, c'est-àdire, à partir du trottoir.

En outre aucune façade sur cour ne peut être arasée à un niveau supérieur à ceui des façades sur rue et ne peut recevoir un plus grand nombre d'étages.

Avec cette réglementation lorsque la cour est carrée les deux conditions de surface et de petit côté réunis donnent une ligne d'éclairage suffisante mais lorsque cette cour est rectangulaire ou irrégulière les façades les plus longues,celles qui comportent le plus de baies d'aération deviennent aussi celles qui reçoivent le moins de lumière.

En outre comme il n'est pas prévu de minimum pour la surface de la cour, il arrive que pour un immeuble à rez-de-chaussée c'est-à-dire de 4 mètres de hauteur la surface de cour exigible tombe à 1 m. 70, soit moins que celle imposée aux courettes, ce qui est illogique.

De plus les dimensions d'une cour ayant été fixées exactement d'après la hauteur du bâtiment, le propriétaire n'a plus la possibilité de surélever son immeuble même en retrait.

De même l'interdiction d'établir un plus grand nombre d'étages sur cour que sur rue ne semble pas se justifier si la cour présente les dimensions adéquates.

Courettes. — Le règlement de voierie de 1889 (art. 34) prévoit pour les courettes une dimension minima de 4 m2. et de 1 m. de largeur pour le plus petit côté. Ces courettes ne peuvent servir à aérer des chambres à coucher, mais peuvent suffire pour des pièces telles que cuisine, bureau, salle à manger, salon même dans des immeubles de 20 m. de haut.

Outre la difficulté de contrôler que tel local d'abord affecté à l'usage

de salle à manger ne servira pas de chambre à coucher dans la suite ce règlement est-il manifestement insuffisant.

Le règlement sanitaire de 1906 était heureusement intervenu plus tard pour imposer l'obligation d'éclairer sur cour et non sur courette les pièces habitables, mais cette prescription ne s'étendait pas aux cuisines et aux pièces dénommées par le propriétaire patio ou débarras et en fait le plus souvent transformées en chambres à coucher.

L'insuffisance de cette règleemntation n'avait pas échappé à la commission chargée d'examiner en 1906 le règlement sanitaire, mais elle avait à dessein laissé de côté la réglementation de la surface des cours et courettes estimant que l'examen de cette question ressortissait plutôt au règlement de voierie dont déjà on escomptait la très prochaine révision.

Il est regrettable que cette révision n'ait point été entreprise à cette époque. Elle aurait évité la construction depuis 20 ans d'habitations dont les cours et courettes mesuréées avec la parcimonie permise par le règlement actuel n'assurent pas une bonne hygiène aux locaux qu'elles doivent aérer et éclairer.

Lorsque l'on compare les conditions fixées à Tunis par le règlement actuel pour les cours et courettes avec celles d'autres villes on voit que notre réglementation est très inférieure. Les conditions imposées aux autres villes sont d'ailleurs elles-mêmes considérées maintenant comme très insuffisantes. Elles laissent les propriétaires libres de couvrir de constructions une surface excessive de terrain suivant cette conception étroite que tout espace libre est du terrain perdu et que c'est à la communauté qu'il appartient de fournir aux immeubles par les voies et places publiques le jour et l'air qui leur sont nécessaires.

Il est évident qu'il ne doit point y avoir de différence quant à l'éclaiment des pièces habitables (et les cuisines sont des pièces habitables puisqu'habitées) qu'elles soient sur rue ou sur cour. La largeur de cour doit être calculée suivant les mêmes règles et aussurer aux pièces une vue directe égale à celle exigée pour les pièces qui s'éclairent sur la voie publique ou des passages privés.

Mais rien ne justifie, pour les pièces habitables une différnce entre les conditions d'aération et d'éclairage de ces pièces sur rue et sur cour, il est admissible de réduire ces conditions, s'il s'agit de pièces non habitables. De là l'importance de discréminer ces deux catégories de locaux. Le règlement sanitaire ne l'a pas fait d'une façon suffisamment précise.

Il y a lieu de déterminer :

A) comme pièces habitables : celles dans lesquelles le séjour peut être habituel.

B) comme pièces non habitables : toutes pièces constituant les parties accessoires de l'habitation et ne comportant qu'une occupation momentanée telles que cabinets de toilette ou de débarras, dégagement ou locaux similaires, cages d'escalier et cabinets d'aisances et dont la dimension ne peut permettre une affectation différente de celle pour laquelle elles ont été construites. De ces définitions, qu'il est désirable d'insérer dans le règlement sanitaire, il résulte que les cuisines doivent être considérées comme pièces habitables.

C'est d'ailleurs ce qu'admettent la plupart des règlements, en fixant toutefois des conditions atténuées, en ce qui concerne les cours qui n'éclairent comme pièces habitables que des cuisines.

Les pièces habitables devant être traitées dans les mêmes conditions sur cours que sur rues, on doit leur procurer les mêmes lignes d'éclairage, c'est-à-dire pour une même hauteur de bâtiment, imposer à la cour la même largeur qu'à la rue.

Suivant ce principe, on serait conduit à adopter la forme L + 6 proposée pour les rues de 6 mètres de largeur et au-dessus. Mais l'application de cette formule conduirait néanmoins. à des dimensions de cours assez considérables et rendrait difficilement utilisables les petites parcelles ; en tous cas elle aurait pour conséquence, vu le prix des terrains, d'accroître noblement le coût de la construction et partant celui des loyers.

Il semble plus rationnel pour fixer les dimensions des cours de ne tenir compte que de « la vue directe » et de la calculer en proportion de la hauteur. Cette vue directe est la distance horizontale qui sépare le nu du mur extérieur de la pièce et le nu du mur opposé. Cette solution semble préférable à celle qui impose un minimum de surface, parce qu'elle n'impose pas comme celle-ci, pour les immeubles peu élevés, en particulier les rez-de-chaussées, des surfaces des cours relativement plus considérables que celles exigées pour des bâtiment plus élevés. Elle a en outre l'avantage de permettre l'établissement de cours mixtes c'est-à-dire éclairant des pièces non habitables ou des cuisines sur le côté ou la vue directe est la moins grande et des pièces habitables sur le côté ou la vue directe le peut permettre.

En effet jusqu'ici, on a constaté séparément :

1. les cours normales sur lesquelles peuvent être éclairés et aérés tous locaux.

2. les cours réduites sur lesquelles ne peuvent être éclairées que des pièces non habitables et des cuisines.

3. enfin les courettes affectées exclusivement aux w. c. et débarras.

Est-il possible d'admettre des cours mixtes, c'est-à-dire des cours ayant sur les différentes façades à la fois des pièces habitables, des cuisines et aussi des pièces non habitables ?

En vue de permettre une meileure utilisation du terrain, la question mérite d'être examinée. Cette solution permettrait par sa souplesse de tirer parti comme cour d'un terrain de forme irrégulière, inutilisable avec l'emploi d'un gabarit unique. Les conditions d'utilisation des façades résultent seulement alors suivant le principe admis, de l'importance des vues directes dont dispose le constructeur .

Peut-on, par extension, considérer comme appartenant à des courettes, certaines parties de cours n'ayant pas les conditions de vue directe requises pour les pièces habitables et par suite inutilisables sans cela. Une telle disposition peut se justifier.

On peut, en effet concevoir ces parties comme séparées du surplus de la cour par des cloisons moyennant quoi, les dites courettes seraient régulières. Dès lors, on ne voit pas en quoi l'absence de ces cloisons pourrait interdir l'affectation proposée.

On arrive ainsi à suprimer toute distinction entre les cours éclairant des pièces habitables et les autres. Chaque partie de façade, si elle répond aux conditions de vue directe imposées, suivant la nature des locaux qu'elle éclaire, peut être utilisée au gré du constructeur.

Courettes. — La dimension des couretes actuellement fixée par le règlement de 1889 a un minimum de 4 m. peut être tolérée s'il reste bien déterminé qu'elles ne peuvent servir à aérer et éclairer que des pièces non habitables, c'est-à-dire des pièces accessoires à l'habitation, ne comportant qu'une occupation momentanée telle que cabinets de toilette ou débarras, dégagements ou locaux similaires, cages d'escaliers et cabinets d'aisances. Encore a-t-il paru nécessire de fixer un maximum de surface à ces pièces afin qu'elles ne puissent point être ultérieurement détournées de leur affectation primitive.

La commission municipale chargée d'examiner les solutions préconisées par les services techniques de la municipialité a voulu tenr compte d'une part de la situation de fait existante qu'il est difficile de bouleverser, d'autre part des conséquences d'un élargissement des cours sur le coût de la construction et partant celui des loyers.

Considérant en outre les conditions du climat tunisien qui peut permettre des conditions moins rigoureuses que celles déclarées indipensables en France par les hygiénistes, la commission municipale a pensé pouvoir adoucir les conditions prévues et a adopté les règles suivantes.

La hauteur d'une façade sur cour ne pourra dépasser 2 fois et demie sa vue directe c'est-à-dire sa distance à la façade opposée.

Dans le cas où cette façade est celle de cuisine la hauteur pourra atteindre 5 fois la vue directe.

Dans le cas de façade n'éclairant aucune pièce habitable y compris les cuisines, la dimension de 4 m. des courettes actuelles est maintenue.

SURELEVATIONS DE BATIMENTS

Toutes ces dispositions s'appliqueront automatiquement et sans difficultés quand il s'agira de surélévation d'un immeuble construit sous le nouveau régime. En ce qui concerne la cour, il est évident que si le constructeur ne prévoit pas désormais des dimensions suffisantes pour satisfaire au règlement la surélévation projetée, devra être refusée.

Mais quelle sera la règle pour la surélévation des immeubles construits sous le régime ancien ? Si l'étage que l'on projette satisfait aux conditions nouvelles,n'aggrave pas la situation des étages inférieurs,il convient de l'autoriser. Mais considérons un immeuble construit actuellement avec 15 m.de haut. et 5 m. de vue directe au rez-de-chaussée dans la cour.Cette vue directe est inférieure au chiffre du nouveau règlement, supposons qu'on veuille surélever à 20 m. ce qui exige une vue directe de 8 m., il faudra exiger alors que la surélévation soit effectuée en retrait. Afin de ne pas trop pénaliser ces immeubles anciens cette surélévation pourra être autorisée à 2/3 de leur hauteur.

Le règlement ci-joint qui fixe les données ci-dessus et les diverses solutions qui peuvent se présenter a été approuvé par le conseil municipal. Dans cette même séance le Conseil municipal a en outre émis le vœu que l'œuvre entreprise par les services techniques municipaux soit poursuivie en vue de la révision totale du règlement de voierie, celui actuellement en vigueur ne correspond plus sur beaucoup de points aux exigences de la vie moderne et aux désiderata des hygiénistes.

Tout le monde est d'accord à ce sujet; nous espérons pouvoir prochainement apporter au corps médical tunisien les réformes complémentaires qu'il a préconisées pour améliorer l'hygiène publique, en lui apportant des projets de règlements d'hygiène et de voierie nouveaux et conformes aux conceptions modernes de l'hygiène.

Modifications apportées au reglement de voierie

Paragraphe 1er. — Enveloppe limite de la construction proprement dite

Article 11. — **Gabarit en bordure des voies.** — En bordure des voies publiques et privées, le gabarit de la construction proprement dite est établi en chaque point de l'alignement.

Ce gabarit, tracé dans un plan normal à l'aligenment, comporte :

a) une verticale élevée au point d'alignement considéré.

b) une droite inclinée à 45 degrés vers le bâtiment et attachée au sommet de cette verticale.

Article 12. — **Hauteur de la verticale du gabarit en bordure des voies.**— La verticale du gabarit en bordure des voies est mesurée à partir de la côte définitive du tottoir ou du pavé, jusqu'au point d'attache de la droite à 45 degrés.

La hauteur de cette verticale est déterminée, sauf exceptions spécifiées à l'article 16, proportionnellement à la vue directe définie ci-après.

Cette hauteur est égale :

a) pour les voies de 6 m. de largeur et au-dessus, à la vue directe augmentée de 6 m., sans pouvoir dépasser, en aucun cas, le maximuum de 25 mètres.

b) pour les voies inférieures à 6 m. à trois fois la vue directe diminuée de six mètres.

Aucune construction ne pourra être édifiée en bordure de voies de moins de 3 m. 50 de largeur, si ce n'est, moyennant observation des conditions imposées par l'article 17 ; dans ce cas, la voie sera considérée comme ayant la largeur de 3 m. 50.

Article 13. — **Mode de mesurage de la vue directe en bordure des voies.** — La vue directe au point considéré de l'alignement est la distance entre la verticale du gabarit et l'alignement opposé.

Cette distance est mesurée horizontalement dans le plan dudit gabarit.

Lorsqu'une voie débouche en face d'un bâtiment, la vue directe supplé-

mentaire dont bénéficie ce bâtiment sera fixée uniformément à la demi-largeur de cette voie.

Article 14. — **Enveloppe limite de la construction.** — A la condition de satisfaire aux obligations imposées pour les cours et courettes, les constructeurs pourront utiliser entièrement suivant leur convenance, l'espace délimité par l'enveloppe générale résultant de l'application du gabarit défini aux articles 11, 12 et 13 ci-dessus.

Ils ne pourront sortir de l'enveloppe susvisée, que pour les parties de bâtiment spécifiées à l'art. 15.

Article 15. — **Parties des bâtiments pouvant sortir de l'enveloppe générale de construction.** — Pourront seules sortir des limites de l'enveloppe générale de construction.

a) les saillies réglementaires ;

b) les acrotères jusqu'à concurrence d'une hauteur de 1 m.

c) les souches de cheminées, sur une hauteur de 3 m.

Article 16. — **Dérogations au mode de fixation de la hauteur de la verticale du gabarit.** — a) Bâtiment à l'angle de deux voies. Si un bâtiment est situé à l'angle de deux voies d'inégale largeur, la hauteur de la verticale du gabarit déterminée pour la voie la plus large au point d'intersection des alignements, sera autorisée en retour, pour la voie la moins large, jusqu'à concurrence d'une longueur de dix mètres.

Si le bâtiment comporte un pan coupé, l'augmentation de hauteur dont peut bénéficier ce pan coupé ne s'appliquera en retour dans la voie étroite que si le pan coupé a une longueur supérieure à 8 mètres. Dans tous les cas la longueur de 10 mètres du retour prévue dans l'alinéa précédent sera comptée à partir de l'extrémité du pan coupé dans la voie étroite.

La même règle sera appliquée à un bâtiment d'angle situé en bordure d'une place ou d'un carrefour et dont les façades présentent des vues directes différentes.

b) **Bâtiments en bordure de voies en pente.** — Lorsque la pente de la voie est d'au moins 3 p. 100, la façade des bâtiments sur l'alignement est divisée en sections qui ne peuvent dépasser 30 mètres et la cote de hauteur de chaque section est prise au point milieu de chacune d'elles.

Article 17. — **Construction en bordure de rues de moins de 3 m. 50 de largeur.** — Tout propriétaire voulant construire en bordure d'une voie de largeur inférieure à 3 m. 50 devra se conformer à l'alignement qui lui sera fixé, en vue de réaliser cette largeur. Il devra de plus faire abandon à la Ville du sol ainsi retranché de sa propriété. Cette cession sera gratuite, jusqu'à concurrence de la moitié du total des surfaces nécessaires pour réaliser la rue de 3,50 en face de son immeuble.

Article 17 bis. — Les dispositions qui précèdent ne sont pas applicables aux édifices publics.

En outre, l'administration municipale pourra, sur l'avis du Directeur des Travaux de la Ville déroger à ces dispositions pour des besoins d'art de science ou d'industrie.

Article 18. — **Gabarit en bordure des cours.** — En bordure des cours, le gabarit de la construction est établi suivant le périmètre de ces cours.

Ce gabarit, tracé dans un plan normal au périmètre défini ci-après et en chacun de ses points, comporte une verticale partant du sol de la cour et une droite à 45 degrés.

L'altitude du sol de chaque cour est indépendante de celle de la voie publique ou d'une autre cour. Elle est fixée par le constructeur compte tenu des obligations imposées pour les parties de bâtiment situées en contre-bas.

Le périmètre des cours est déterminé sur le sol des dites cours, par la trace de plans verticaux passant par le nu des façades ou à la limite des encorbellements, galeries. balcons, corniches et autres saillies fixes de toute nature que portent ces façades.

Toutefois, lorsque sur une façade, ces saillies n'excèderont pas le 1/100 de la hauteur de verticale permise par le gabarit, elles seront négligées et le nu du mur de cette façade sera admis comme formant la limite de la cour dans les conditions ci-dessus.

Article 19. — **Conditions de vue directe.** — La vue directe déterminant la hauteur de la verticale du gabarit en un point d'une façade sur cour, est la distance entre le plan délimitant les saillies de cette façade et le plan analogue relatif à la façade opposée. Cette distance est mesurée horizontalement dans le plan du gabarit au point considéré.

Sur une même cour peuvent s'éclairer soit des pièces d'habitation, soit des cuisines dans les conditions suivantes :

La vue directe des pièces d'habitations, ne peut s'étendre sur une longueur inférieure à 4 mètres, ni s'exercer sur une largeur inférieure à cette dimension. De plus, la vue directe d'une pièce habitable ne pourra être inférieure aux 2/5 de la plus grande des 2 verticales des gabarits correspondant aux deux extrémités de cette vue directe et comptées à partir du sol de la dite pièce.

La vuue directe des cuisines ne peut s'étendre sur une longueur inférieure à 2 m. ni s'exercer sur une largeur inférieure à cette dimension. De plus, la vue directe d'une cuisine ne pourra être inférieure au 1/5 de la hauteur existant entre le sol de la dite cuisine et le point d'attache de la droite à 45 du gabarit.

Devant chaque baie nécessaire à l'éclairage des locaux considérés et à 2 m. du sol de ces locaux, le rectangle qui contient les vues directes ci-dessus imposées devra pouvoir s'inscrire entièrement dans les limites de ces vues directes telles qu'elles sont définies à l'art. 20.

Toutefois, chacun des angles de ce rectangle pourra être abattu suivant une droite à 45 joignant les points pris sur chacun des côtés, à 1 m. 80 du sommet considéré, s'il s'agit de pièces habitables et à 0 m. 50 s'il s'agit de cuisines.

Article 20. — **Enveloppe limite de la construction sur cour.** — L'enveveloppe intérieure résultant de l'application du gabarit défini aux art. 18 et 19, complète sur cour l'enveloppe extérieure considérée à l'art. 14.

Les constructeurs pourront utiliser entièrement suivant leur convenance l'espace ainsi délimité. Ils auront notamment le droit d'édifier, en retraite de l'étage inférieur tout ou partie de leurs bâtiments en bénéficiant ainsi du supplément de vue directe qui en résulte et d'utiliser l'espace existant en arrière de la droite à 45 degrés du gabarit.

Ils ne pourront toutefois sortir, en aucun point, de l'enveloppe susvisée, sauf cependant pour les parties de bâtiment spécifiées à l'art. 21.

Article 21. — **Partie des bâtiments pouvant sortir de l'enveloppe limite de la construction sur cour.** — Pourront seules sortir de l'enveloppe limite de la construction sur cour :

a) les acrotères et les souches de cheminée dans les mêmes conditions qu'à l'art. 15.

b) les saillies rentrant dans les limites de tolérance admise à l'art 18.

Article 22. — **Cours ouvertes sur voies.** — Les façades bordant des cours ouvertes sur voies sont assujetties aux conditions de vues directes imposées par l'art. 19.

Article 23. — **Cours communes.** — Les cours pourront être communes à plusieurs propriétaires mais ceux-ci devront en ce cas, notifier leur accord au Président de la Municipalité et prendre envers la Ville de Tunis avant tout commencement d'exécution, par un acte authentique et légal, l'engagement tant pour eux-mêmes que pour leurs ayants-droit de maintenir communes leurs cours et de ne pas en réduire les vues directes dans l'avenir.

En outre, cet engagement devra être inscrit sur le titre foncier avant le récolement du bâtiment.

La séparation de ces cours communes ne pourra comporter qu'un mur de 2 mètres de hauteur maximum.

Ce mur pourra être surmonté d'une grille ajourée.

Par dérogation aux prescriptions de l'art. 19, cette grille ne fera pas obstacle à la vue directe.

Article 24. — **Courettes.** — Les courettes ne peuvent desservir que des locaux non habitables, c'est-à-dire constituant les parties accessoires de l'habitation et dont l'occupation n'est que momentanée, tels que cages d'escaliers, débarras, dégagements ou locaux similaires, cabinets d'aisances ou de toilette, à la condition d'ailleurs que la surface de ces locaux, sauf les cages d'escaliers et couloirs soit inférieure à 4 m. carrés.

Lorsque les dits locaux, auront une surface plus grande, ils seront soumis aux mêmes conditions de vues directes que les cuisines.

Toutefois, lorsque les vues directes offertes par les courettes le permettent celles-ci pourront, dans ls conditions analogues à celles indiquées à l'art. 19, desservir les cuisines et locaux accessoires y assimilés, ainsi que les pièces habitables.

Toute courette indépendante doit présenter sur toute sa hauteur, une surface d'au moins 4 m. carrés, son plus petit côté ayant au moins 1 mètre 60.

Les parois verticales d'une courette peuvent s'élever jusqu'à la limite de l'enveloppe générale de construction.

Un courette peut être établie en contre-bas de la côte fixée pour le niveau d'une cour et y déboucher à ce niveau.

A propos du Syndrome coup de chaleur du nourrisson

par le Docteur J. SCEMLA

Nous avons l'honneur de présenter à la Société, les observations suivantes :

OBSERVATION I

Madame G. primipare accouche le 31 mars 1929 à la Maison de Santé de Montfleury, d'un enfant vivant pesant 3 k. 625 ; travail plutôt rapide : 6 heures, la délivrance spontanée et normale, poids : 540 grammes. Le premier jour on ne note rien de particulier du côté du nouveau-né qui subit sa chute de poids habituelle : 225 grammes. Le deuxième jour, 2 avril, la chute de poids continue, l'enfant pèse 3 k. 200. Le début de la journée est marqué par une légère agitation. L'enfant crie plus que de coutume, toutefois il prend bien le sein et obtient chaque fois 20 grammes de colostrum, il a une selle méconiale dans la matinée. L'après-midi, l'agitation augmente, le cri devient continu, plaintif, en même temps que s'installe une polypnée importante. La soif est manifeste. Si l'on approche de la bouche de l'enfant une cuiller à café d'eau bouillie, il se jette littéralement dessus et boit avidement. La peau est sèche, brûlante et la fièvre monte à 39,2 assez rapidement. En même temps, le facies de l'enfant s'altère. les yeux s'excavent, se cernent, les lèvres sont sèches, l'agitation devient extrême s'accompagnant de tremblements convulsifs intermittents des membres. L'examen clinique montre que la fontanelle antérieure est très déprimée. Aux poumons, le murmure vésiculaire est normal. Malgré la polypnée intense, il n'existe aucun signe d'affection pulmonaire aiguë. L'examen de l'abdomen est négatif. La région ombilicale n'est le siège d'aucune inflammation, le cordon est sec. La rate n'est pas perçue, le foie déborde à peine les fausses côtes. L'enfant, qui ne vomit pas, n'émet qu'une selle méconiale dans le début de l'après-midi puis ses langes restent propres et secs. Il n'y a pas d'émission d'urine. L'examen du système nerveux est négatif. Il n'y a pas de raideur de la nuque, les mouvements de flexion et d'extension des membres inférieurs ne sont nullement gênés.

En résumé, le tableau clinique est caractérisé par une brusque hyperthémie avec cris, agitation, soif intense et véritable aspect cholérique deshydraté, sans vomissement toutefois, ni diarrhée.

Cet état, que nous avons appris à connaître depuis que nous sommes en Tunisie, a coïncidé avec les premières chaleurs de l'année. La journée du 2 avril, en effet, a été vraiment la première journée chaude, alors que nous avions joui, jusque là, d'une température très fraîche puisque le chauffage central fonctionnait encore. Dès le matin la journée s'annonçait chaude et l'enfant, déjà agité, criait sans cesse. Mais au plus fort de la chaleur, vers 4 heures de l'après-midi, le syndrome s'est installé dans toute sa netteté. Il faut ajouter à cela que l'enfant avait été placé dans une chambre spécialement réservée aux nouveaux-nés; cette chambre a été conçue au point de vue de son exposition à l'ouest et du mode de chauffage pour être très chaude, imbus que nous étions de cette idée que le froid est l'ennemi du nouveau-né. La netteté du syndrome clinique et la coïncidence des modifications brusques météorologiques de la journée du 2 avril, nous ont conduits à poser le diagnostic de « Coup de chaleur », diagnostic que l'épreuve du traitement et surtout la brusque baisse de température qui s'est produite dans la nuit, ont confirmé.

Le nouveau-né reçoit immédiatement 20 grammes de sérum glucosé par injection sous-cutanée. On lui donne à boire une centaine de grammes d'eau bouillie sucrée par petites cuillerées à café, il est placé toutes les 2 heures dans un bain à 35 degrés, si bien que vers le soir, le calme revient; la polypnée diminue, l'enfant ne crie plus, il dort, son facies est moins altérée. Enfin, à minuit, sa température est à 37,8.

Le lendemain, 3 avril, sa température est à 37,4 le matin, 37 le soir, puis tout est rentré dans l'ordre et le syndrome ne s'est plus reproduit.

*
* *

L'influence de la chaleur sur l'organisme et en particulier sur le nouveau né, est un fait connu et parfaitement décrit dans les ouvrages classiques. Ribadeau-Dimas, dans le traité de Sergent, y consacre plusieurs pages et cite les expériences de physiologie de Lesné et Binet, Mayer.

« En été, dit-il, tous les enfants sont exposés aux accidents de la ré-
« tention de calorique, mais celle-ci n'est à redouter que si l'évapo-
« ration d'eau est insuffisante ou bien si l'on ne remédie pas à la
« perte d'eau qui se fait par la peau et les poumons. Une atmosphère
« chaude et humide ne permet pas une bonne régulation de la tem-
« pérature par une respiration suffisante, c'est pourquoi la chaleur

« humide, les vêtements trop serrés ou épais, permettent l'élévation « excessive de la température du corps et la production des lésons « anatomique tout à fait analogues à celles que l'on observe chez « l'adulte frappé d'insolation. »

G. Mouriquant et R. Charpentier décrivant leur syndrome « du vent du midi », absolument superposable d'ailleurs à ce que nous venons d'observer, ont tenté, néanmoins de le dissocier du « coup de chaleur « classique, moins par son aspect clinique que par les circonstances météorologiques qui l'accompagnent et président à sa formation.

Pour ces auteurs si la chaleur a, en effet, une part importante dans la pathogénie de ces accidents, la baisse de la tension hygrométrique de l'air, constitue le phénomène capital qui détermine et conditionne l'éclosion du syndrome. Cette baisse hygrométrique que l'on constate surtout quand souffle le vent du midi, a pu provoquer, à elle seule, le syndrome chez des nourrissons alors que la température extérieure n'était pas augmentée d'une façon considérable comme en témoigne leurs observations relevées en plein mois de février à Lyon.

Les phénomènes cliniques, d'ailleurs, sont de gravité variable allant du type irritatif simple au type grave avec hyperthermie, déshydratation et mort rapide en 48 heures.

« Lorsque le vent du midi souffle, disent ces auteurs, tous les en- « fants de la crèche présentent une agitation extraordinaire, ils pous- « sent des cris incessants; chez un grand nombre d'entre eux à cela « se réduisent les manifestations relevées de la perturbation atmos- « phérique. Un certain nombre, 2 ou 3 sur 10, font une poussée fé- « brile plus ou moins importante à 38, à 39 ou au-delà, qui persiste « pendant toute la durée du vent. Mais les cas qui doivent surtout « attirer l'attention médicale, sont ceux où s'installe un syndrome de « déshydratation aiguë en tous points comparables à celui du cho- « léra sec. »

G. Mouriquant et R. Charpentier ont rapporté jusqu'à trois cas mortels sur dix dans la journée du 29 et 30 mai 1927 où le vent du midi a sévi d'une façon paritculièrement intense à Lyon avec baisse considérable du degré hygrométrique de l'air.

Ces faits sont-ils observés en Tunisie, pays de prédilection du siro-

co ? Pour notre part, nous avons pu réunir cinq observations dont la plus récente est celle que nous venons d'exposer et qui correspond à la première journée du sirocco de l'année (2 avril 1929). Les autres ont été relevées :

1 cas en août 1926.

1 cas en juillet 1927.

2 cas en août 1928.

Nous avons aussi plusieurs formes frustes, transitoires, relevant du type irritatif simple que nous n'avons pas voulu relater, pour la clarté de l'exposé. D'ailleurs, une enquête rapide auprès de confrères dirigeant des maternités ou des services d'enfants ou des crèches, nous a permis de constater que le « coup de chaleur » est très fréquemment observé. Au cours de certaines journées très chaudes, on se contente même de baigner systématiquement tous les nourrissons et de les faire boire abondamment. En pratique de ville, ces faits sont moins connus justement à cause des formes frustes qui passent souvent inaperçues ou ne sont pas rapportées à leur véritable cause.

Nous nous sommes demandé lesquelles des modifications météorologiques, baisse hygrométrique, chaleur excessive ou siroco, concourent à l'étiologie de ce syndrome. Grâce à M. Ginestous, chef du service météorologique tunisien que nous tenons à remercier ici de son accueil si affable, nous avons pu obtenir des renseignements très précis concernant ces trois points essentiels, pour chacune de nos observations.

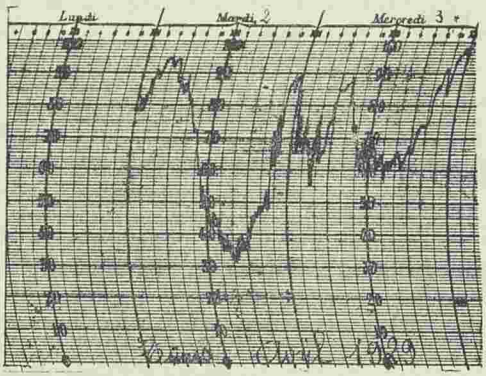
Normalement, lorsque le vent du midi ne souffle pas, la courbe du degré d'humidité relative de l'air, passe par des minimums et des maximums aux différents momens de la journée. Le matin, le chiffre oscille entre 80 et 90 pour 100, de midi à 2 heures, au moment de la plus forte insolation, il tombe aux environs de 50 même moins par temps très sec puis remonte à 90 et parfois 100 au milieu de la nuit.

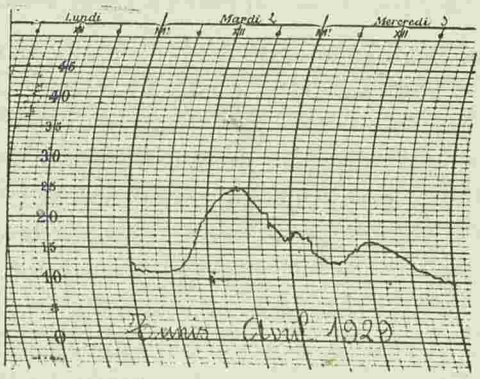
Le vent du midi modifie considérablement cette courbe. Le degré hygrométrique pendant la journée est plus faible que d'habitude, la courbe est plus basse dans son ensemble et surtout la nuit, l'élévation à 90 ne se produit pas. C'est du moins le fait capital sur lequel insistent les auteur lyonnais.

Les syndromes les plus graves ont été constatés lorsque la persistance nocturne du vent du midi empêche cette élévation normale du degré hygrométrique de se produire.

* *
*

Au service météorologique de la Manoubia, nous avons pu obtenir les chiffres suivants pour la journée du 2 avril 1929 :





Courbes de température sous abri :

0 h. 11 degrés.

6 h. 11 degrés.

10 h. 16 degrés.

midi 20 degrés.

16 h. 25 degrés syndrome clinique au complet

18 h. 23 degrés.

22 h. 20 degrés.

24 h. 16 degrés.

Le 3 avril : maximum : 16 degrés; minimum : 12 degrés.

Courbes hygrométriques :

6 h. 90 degrés.

12 h. 50 degrés.

16 h. 30 degrés syndrome clinique au complet.

24 h. 90 degrés.

Direction des vents :

de 2 heures à 19 heures : vent du sud, sud-ouest, puis siroco, à partir de 20 heures vent du nord-ouest.

*
* *

On voit que le syndrome clinique se superpose nettement, si l'on peut dire au syndrome météorologique. Le maximum de la crise coïncide avec le MAXIMUM de la courbe thermique, le MINIMUM de la courbe hygrométrique de la direction du vent SUD-SUD-OUEST.

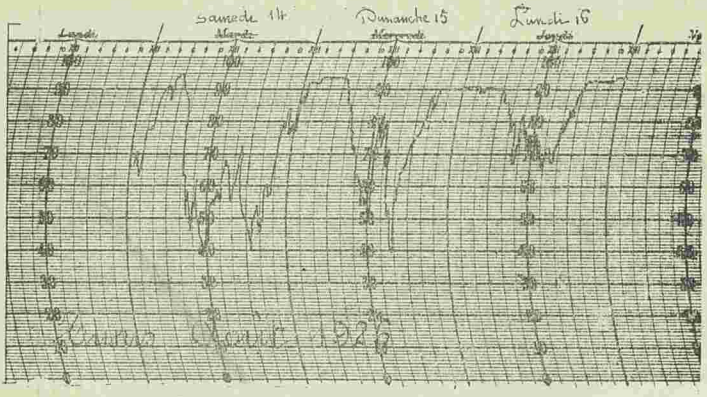
L'amélioration de l'état du malade, sous l'action de la thérapeutique instituée, et surtout du fait de la modification météorologique, a été des plus nettes à partir de 20 heures.

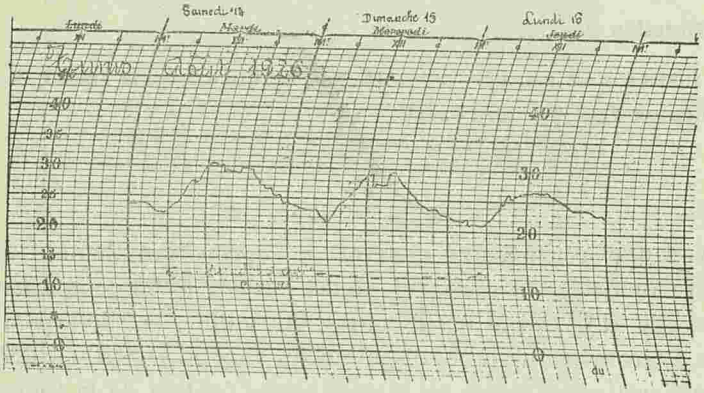
OBSERVATION II

Elle correspond au premier cas de syndrome « coup de chaleur » que nous ayons constaté.

Le 12 août 1926, naît, dans une clinique de ville, le jeune J. L. pesant 3 kilogs. La parturiente est une deuxième pare,, dont le travail a été rapide : 4 heures. L'enfant n'offre rien d'anormal à l'examen. Le 14, apparition du syndrome classique à peu près superposable à celui décrit pour l'observation I avec hyperthermie très importante entre 39 et 40 qui a duré les 14, 15 et 16 août, malgré les balnéations très fréquentes. Un

léger sub-ictère se surajoute au cortège des symptômes mais l'examen clinique, par ailleurs, reste négatif.





Courbes de température :

Le 14 : minimum 21,4; maximum 31,7.

Le 15 : minimum 20,6; maximum 30.

Le 16 : minimum 20,3; maximum 27.

Courbes hygrométriques :

Dans l'ensemble, elles n'offrent rien de particulier, sinon que le 14 et le 15, après une chute assez importante à 40 vers midi, une ascension à 70 se manifeste dans l'apès midi, puis nouvelle rechute à 40 et enfin élévation durant la nuit.

Direction des vents :

Le 14 : Nord-est, orage très court.

Le 15 : Ouest.

Le 16 : Nord-ouest puis est.

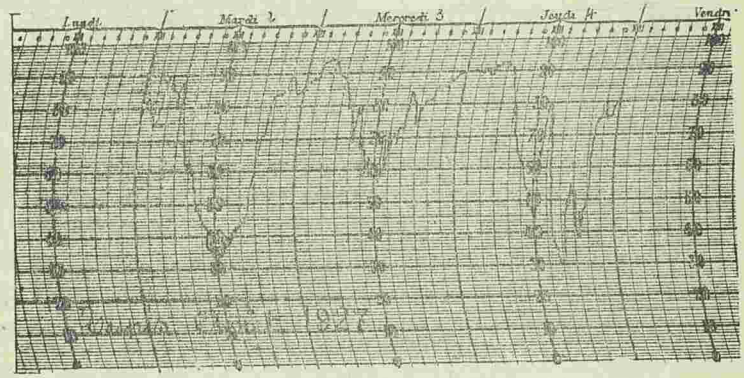
Dès le 16, alors que la température est nettement plus fraîche que le

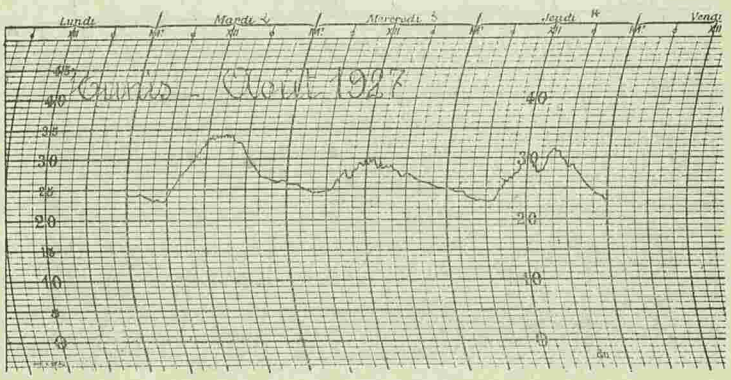
14, l'état de l'enfant s'améliore. Tous les symptômes rentrent dans l'ordre et l'enfant se met à pousser normalement. Il est à remarquer dans ce cas que la direction du vent n'a jamais été celle du siroco et le syndrome ne peut être dû qu'à la chaleur excessive,

OBSERVATION III

Madame B. deuxième pare, accouche le 31 juillet 1927 d'une grosse fille vivante. Le travail a été assez rapide au point de vue de la dilatation : 4 heures, mais la période d'expulsion a été laborieuse par suite de la position, droite postérieure, qui a tourné en occipito-sacré. Le 2 août s'installe brusquement une hyperthermie à 40 avec agitation, soif intense, sans diarrhée ni vomissement. Cet état persiste pendant plus de 48 heures malgré des balnéations très fréquentes et une absorption abondante d'eau sucrée. Il est remarquable toutefois de constater que l'état général de l'enfant n'est pas très altéré. Les tétées se font normalement.

Au service météorologique pour les journées des 2, 3 et 4 août qui correspondent à celles du syndrome, nous obtenu les renseignements suivants





Courbes de tempéature :

Le 2 : minimum 23,2 ; mximum 34,8

Le 3 : minimum 24,6 ; maximum 30,6.

Le 4 : minimum 23,4 ; maximum 32.

Direction des ventes :

Siroco toute la journée du 2 :

Temps calme avec vent du nord léger pour les 3 et 4.

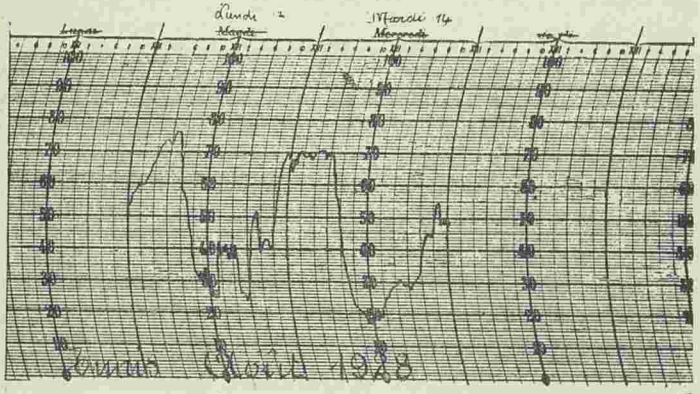
Courbes hygrométriques :

Dans l'ensemble peu modifié, la hausse nocturne du degré hygrométrique existe toujours contrairement à ce qui a été constaté à Lyon.

Toutefois, la disparition du siroco dès le deuxième jour a provoqué une hausse générale de la courbe, mais les symptômes cliniques ont persisté jusqu'au 4. Il faut se demander si la non amélioration de l'état du petit malade n'est pas due, encore ici, uniquement à la forte élévation thermique.

OBSERVATION IV

Madame B. quatrième pare accouche très rapidement en 4 heures, le



9 août d'un enfant vivant pesant 3 k. 200. Le 13 août s'installe le syndome. Dans l'après-midi, vers 4 heures, au milieu des cris, d'agitation, la température monte à 39 degrés. L'enfant est baigné, on le fait boire abondamment et déjà à 21 heures, la tempéature est à 37,7 puis tout rentre dans l'ordre le lendemain.

Au point de vue météorologique, les renseignements ont été les suivants :

Courbes de température :

A 16 heures : 33 degrés ; à minuit 26 degrés.

Courbes hygrométriques :

Chute prononcée vers 16 heures et ascension à 70 vers minuit.

Direction des vents :

Siroco les 13 et 14.

Ici, il existe une évolution parallèle très nette entre le syndrome clinique et le syndrome météorologique.

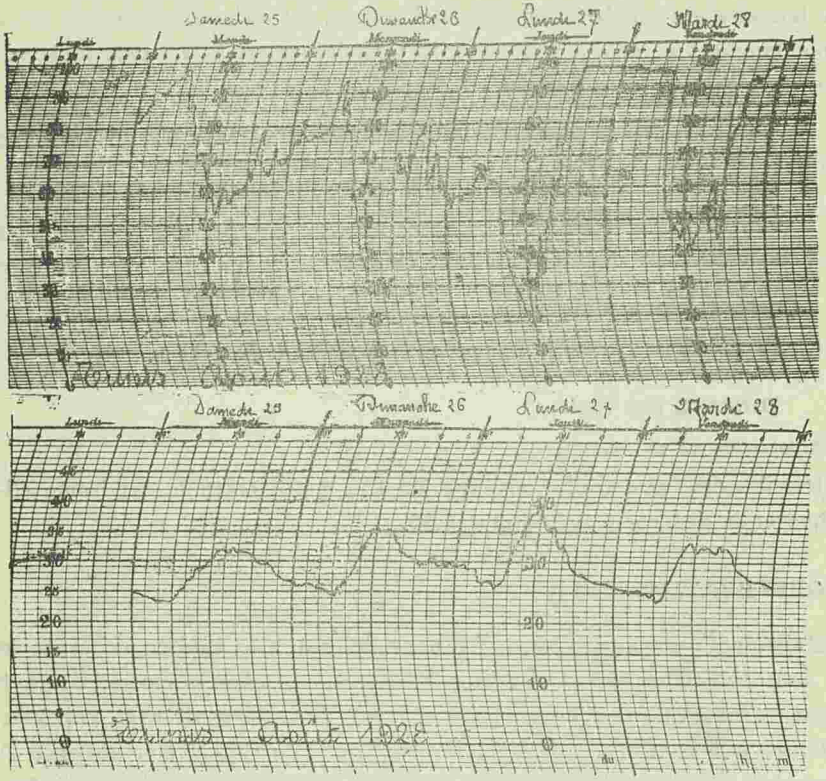
OBSERVATION V

Madame C. primipare accouche normalement à la maison de santé le 24 août 1928 d'un enfant pesant 3 k. 850. Le 25, dès le matin, l'enfant présente un syndrome de coup de chaleur très alarmant avec polypnée intense, cris continus, agitation, petites crises de convulsion, fièvre à 40 d'emblée. La peau de l'enfant est couvete de sudamina généralisé formant de véritables bulles sur tout le corps. L'état de l'enfant paraît assez sérieux. Il ne vomit pas et a eu trois selles méconiales. On fait le traitement habituel qui fait tomber sa température à 38, mais le lendemain matin, la fièvre est encore à 39,2, la déshydration très marquée, l'état de l'enfant donne quelques inquiétudes.

Sous l'influence des balnéations froides, la température tombe à 38,5. L'enfant continue cependant à s'alimenter, son poids est mal tenant de 3 k. 450. Le 27 seulement commence l'amélioration.

La température est maintenant à 37,7, l'agitation moins marquée, facies meilleur, l'enfant a augmenté de 10 grammes. Le 28, température à 37, l'amélioration continue, l'augmentation de poids est de 15 grammes. Enfin, le 29, l'état de l'enfant est normal, l'augmentation de poids est de 50 grammes.

Au point de vue météorologique, on note :



Courbes de température :

Le 25 : minimum 22,6 ; maximum 32,6

Le 26 : minimum 23,6 ; maximum 35,7.

Le 27 : minimum 25,5 ; maximum 39,4.

Le 28 : minimum 22,4 ; maximum 33,6.

Direction des vents :

Le 25 : temps calme, vent d'est.

Le 26 : siroco.

Le 27 : siroco nuit et matin.

Le 28 : vent du sud avec brouillard et forte rosée.

Courbes hygrométriques :

Elles sont remarquables :

1. Dans la nuit du 25 l'ascension est faible puisque le degré hygrométrique n'arrive qu'à 70.

2. Le 26, après une légère élévation, il y a une baisse considérable à 30. Dans la nuit hausse à 80.

3. Le 27, baisse considérable à 20 mais hausse nocturne à 100 MALGRE LA PERSISTANCE DU SIROCO.

L'étue des phénomènes météorologiques de cette journée du 27 est d'ail leurs particulièrement intéressante. Comment expliquer l'amélioration de l'état du petit malade alors que le siroco a soufflé toute la journée et que les minimum et maximum de température à l'ombre ont été très élevés : 25,5 ; 39,4.

Sans doute, il faut faire intervenir l'action du traitement institué : mise de l'enfant dans une chambre relativement fraiche, balnéations fréquentes. Mais n'y aurait-il pas lieu de penser que cette amélioartion est aussi due à la hausse du degré hygrométrique de l'air car si la courbe présente, ce jour-là une baisse sensible, mais passagère à 20, on trouve une élévation brusque à 100 avec un plateau qui a duré la nuit et la matinée du lendemain malgré le siroco.

Ce phénomène, qui n'a jamais été constaté à Lyon puisque, au contraire, MM. G. Mouriquant et Charpentier signalent une baisse nocturne, pourrait être l'explication de l'amélioation clinique constatée.

Il résulte, en définitive, de l'exposé de ces cinq observations, que le syndrome « coup de chaleur », et celui décrit par MM. Mouriquant et Charpentier, sont nettement superposables. Il s'agit d'une crise de déshydratation aiguë dont l'étiologie relève de la chaleur excessive et de la dessication de l'air atmosphérique. Lorsque ces deux conditions météorologiques sont réunies, les manifestations cliniques sont à leur maximum de gravité par suite de l'évaporation intense cutanée et pulmonaire qu'elles provoquent chez la nourrisson .Lorsqu'une seule des conditions est réalisée, l'autre étant normale, les symptômes sont de moyenne intensité. Lorsque, enfin, le degré hygrométrique est élevé, les symptômes s'estampent au point de passer inaperçus.

Au point de vue pratique il importe donc de connaître cette action nuisible de la chaleur sèche sur l'organisme du nourrisson.MM. Mouriquant et Charpentier ont proposé une ventilation des locaux sur blocs de glace de manière à rafraîchir et à humidifier l'atmosphère. Lorsque ce procédé ne peut pas être réalisé le mieux est de

placer les nourrissons dans des chambres exposées au Nord, Nord-est, de les couvrir le moins possible, de les baigner fréquemment, et surtout de les faire boire abondamment dès les premières vingt-quatre heures.

C'est ainsi que nous avons traité avec succès les manifestations cliniques du « coup de chaleur » et c'est ainsi que nous pensons qu'on peut les éviter.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 5 Juillet 1929

Présidence du Dr. **E. LEVY, Président**

Membres présents : Drs. Montefiiore, Lombroso, Timsit, Cuénot, Farhat, Zérah, Cherouvrier, Nataf, Cassuto, Sfez, Perrussel, Ronchot, Cohen-Boulakia, Soria, M. Uzan, Lombroso, Cohen-Hadria, Brugairolles, Féré, Broc.

PRESENTATION DE MALADES ET DE PIECES

Le **Dr. Broc** présente **un cas de kyste hydatique sous cutané au niveau du rebord costal antérieur gauche.**

Le **Dr. René Broc** présente :

1. UNE TUMEUR DU CERVELET trouvée sur un malade indigène entré à l'Hôpital pour cécité et douleurs de tête excessivement violentes. La tumeur siégeait sur la face supérieure du cervelet à la pointe de l'hémisphère cérébelleux droit, et prenant la moitié de l'hémisphère cérébelleux, à la coupe tissu ferme blanc jaunâtre, parsemé de stries ondulées de coloration plus grise et plus translucides; longueur 3 centimètres, largeur 2 centimètres.

2. UNE GOMME TUBERCULEUSE DU CERVELET de la grosseur d'une pièce de deux francs, masse dure avec des points jaunâtres caseifiés, siégeant à la face supérieure du cervelet lobe supérieur gauche. Terminaison par méningite basilaire et coma survenant brusquement en pleine santé apparente.

***

Môle hydatiforme

par le Docteur EMILE LEVY

La môle que je vous présente a été expulsée le 23 juin par une primipare Mme A., agée de 24 ans, mariée depuis neuf mois. Cette femme toujours bien portante a été réglée à quinze ans et ses menstruations furent toujours régulières. Après son mariage elle eut les deux pemiers mois des règles normales, qui furent suivies d'aménorrée et de troubles sympathiques de la grossesse; au 3e mois elle présenta des petites pertes

de sang noirâtre, à peine quelques tâches, qui durèrent quelques jours et qui se calmèrent par le repos. Pendant les trois mois et demi suivants elle n'eut pas d'autres troubles et affirmait avoir senti régulièrement les mouvements de l'enfant.

Vers le commencement du mois de juin, au septième mois de grossesse selon son compte, elle recommença à avoir des petites hémorragies qui se calmaient par le repos et qui se renouvelaient dès qu'elle laissait le lit ou se fatiguait, elle affirmait n'avoir jamais constaté ni vésicules, ni caillots, mais seulement des petites pertes noirâtres Brusquement le 22 juin les pertes devinrent plus abondantes et elle commença à avoir régulièrement des douleurs aux reins et au bas ventre Le matin du 23 juin je vois pour la première fois la première fois la malade, qui présente un bon état général, un pouls à 80, pas de température, une coloration des muqueuses normale

A l'examen de l'abdomen, l'utérus mou est palpable à la ligne ombilicale tranverse. aucun bruit fœtal n'est perceptible à l'auscultation Au toucher le col est mou et fermé et au toucher bimanuel on a l'impression de ne toucher aucune partie fœtale ; pas de caillots, ni de vésicules et les doigts sortent teintés à peine de sang noirâtre

Devant ce tableau je pose le diagnostic de grossesse avec fœtus de 4 à 5 mois mort et retenu dans l utérus en voie d'expulsion.

Les douleurs augmentent dans la journée et le soir la femme expulse cette môle. Arrivé quelques heures après l'expulsion et la femme continuant à avoir des hémorragies et des douleurs, je décide de pratiquer une révision de l'utérus : par le curage j'extrais une quantité de vésicules et quelques débris de caduque, par le curettage, très prudent, surtout des cornes utérines j'arrive à nettoyer le plus complètement possible l'utérus et je termine, après écouvillonage à la teinture d'iode en laissant une mèche de gaze que je laisse pendant 12 heures.

Les suites furent normales. La femme ne présenta ni élévation de la température, ni sang et actuellement, déjà levée de son lit, semble en parfait état. Je lui ai vivement recommandé de venir me voir de temps en temps pendant quelques mois.

L'œuf expulsé est constitué, comme vous pouvez le voir, par une môle hydatiforme non embryonné, mais creuse, sans trâces de cordon, ni de fœtus.

Ce cas m'a semblé intéressant à vous présenter pour plusieurs raisons : Pour sa **rareté exceptionnelle chez les primipares** jeunes ; puisque la multiparité semble pédisposer à la môle, ce qui tient peut-être, à l'existence

plus fréquente chez les multipares, de l'endométrite chronique, qui paraît être parfois la cause de la dégénéressence des villosités choriales (Virchow).

Pour la difficulté du diagnostic: Le seul symptôme pathognomonique de la môle est l'apparition des vesicules dans les pertes de la femme, tous les autres signes sont de probabilité et peuvent être donnés par d'autres affections. Ainsi, si la grossesse est reconnue, on peut penser à des hémorragies d'origine placentaire (insertion basse-albuminurie) ou à une ménace d'avortement.

Si la grossesse est méconnue on peut penser à un fibrôme, mais dans ce cas l'uterus n'est pas mou mais dur et ne subit pas le développement rapide que montre souvent l'uterus contenant une môle. Lorsque la môle a cessé de s'accroître et que le volume de l'uterus, comme dans notre cas, est inférieure à ce qu'il devait être à l'époque présumée de la grossesse, le diagnostic est à faire particulièrement avec la mort du fœtus.

Pour letraitement: La môle hydatiforme diagnostiquée il faut immédiatement évacuer l'uterus, mais le plus souvent le diagnostic n'est pas posé et l'on n'est appelé qu'au moment de l'expulsion qui parfois est accompagnée d'hemorragies inquiétantes.

Je rappelle brièvement les moyens employés pour évacuer l'uterus : dilatation du col par des laminaires ou des bougies de Hégar, suivie de l'introduction d'un petit ballon de Champetier de Ribes. L'uterus entre alors en contradictions et expulse spontanément toute ou une partie de la masse molaire. Il faut parfaire cette évacuation avec le plus grand soin par le courage digital ou le curettage. L'introduction de la curette dans l'uterus doit être très prudente à cause du danger de perforation.

Un certain nombre d'hystérectomies ont été pratiquées dans les cas de môle et Solovy conseille de recourir à ce procédé préventif pour éviter l'évolution possible d'un déciduome. Brindeau rejette ce procédé et conseille d'examiner toute môle au microscope et d'essayer la réaction de la gomme iodé. Si les masses épitheliales contiennent du glycogène cela indiquera que la tumeur à une tendance maligne (Brault), dans ce cas seulement on posera l'indication de l'hystérectomie.

Pour le pronostic. — La môle est une affection qui peut être considérée comme grave. Elle est presque toujours fatale pour le fœtus et le cas dans lequel les enfants ont pu venir vivants, se comptent. Ainsi l'on cite toujours le cas de l'ancien doyen de la faculté de médecine de Paris,

Béclard, qui aurait été le produit d'une grossesse molaire. Pour la même raison, le pronostic est également grave,pendant la grossesse, pour les hémorragies à répétition qui anémient rapidement la femme, pour l'infection qui peut se développer facilement sur un pareil terrain, même avant l'expulsion de la môle, par putréfaction des caillots qui séjournent dans l'utérus.

Les auteurs récents tendent encore à assombrir le pronostic. Les recherches de Marchand, Franqué,Durante, Brindeau et Nathan-Larrier ont montré que la prolifération molaire étant d'origine épithéliale avait tendance à envahir la caduque qui forme barrière et défend la pénétration de l'utérus. Si cette barrière de la caduque est insuffisante le muscle se laisse envahir par les masses épithéliates. Il se produit ainsi en plein muscle utérin de petites loges dans lesquelles se développent des vesicules. L'envahissement peut gagner même le péritoine et dans un utérus aussi altéré on peut avoir facilement des perforations soit au moment du travail soit par le curage ou le curettage.

Après l'expulsion, la môle peut devenir le point de départ d'un deciduome malin. Malgré le pronostic très réservé de la môle hydatiforme, il ne faut pas croire que toute môle doit être considérée comme une affection très grave. Il existe heureusement un très grand nombre d'observations dans lesquelles les femmes ont continué à vivre sans complications et même ont pu mener à bien de nouvelles grossesses (Brindeau dans la Pratique de l'Art des accouchements par Bar-Brindeau).

Ainsi dernièrement à la suite d'une discussion à la Société d'Obsthétrique et de Gynecologie de Bordeaux (Bulletin de novembre 1928) sur un cas de rétention prolongée de môle hydatiforme par Faugère, le docteur Pery affirmait que sur 13 môles il n'avait observé qu'un seul cas de déciduome malin post-molaire et Faugère sur 15 mêles aucun déciduome. Sur 7 cas de môles observées en clientèle et suivis, je n'ai eu aucun deciduome et le seul cas de chorio-epitheliome que j'ai eu l'occasion de voir il y a deux ans, était celui d'une cliente du docteur Cassuto alors absent de Tunis. Ce deciduome s'était développé chez une jeune femme, qui avait présenté antérieurement quatre grossesses molaires, sans avoir jamais eu des grossesses normales.

Naturellement, toute femme, ayant été atteinte d'une môle, doit être surveillée un certain temps après l'expulsion.

Mole hydatiforme

par le Docteur MONTEFIORE

Sachant qu'aujourd'hui on devait nous entretenir sur les môles vesiculaires, en ayant eu une avant-hier soir chez une principare, je me fais le plaisir de vous la présenter.

A mon actif j'ai eu **onze** de ces tumeurs qu'on classifiait parmi les tumeurs de mauvaise nature, de nature epithéliole d'après les observations de Herring Freund, Durante et Wurth. Les travaux de Breiting et d'Ouvry ont fait ainsi qu'elles sont carrément placées parmi les tumeurs malignes. Donc pronostic très sombre. Déciduome malin à brève échéance d'après Segal, Letulle, Landiski, Marchand, etc.

Le placentome infectant se propage aux organes voisins et à tous les organes d'après Letulle, Salovij et Brault conseillent carrément l'hytérectonie procédé préventif du déciduome.

D'autres moins interventionistes se contentent du curage digital ou du curettage.

Mon expérience personnelle m'a toujours conseillé le curettage. Je ne crois pas beaucoup au curage digital ni dans ces cas ni dans le cas de simple rétention des résidus abortifs ni post-partum.

Je ne crois pas qu'on puisse bien introduire ses doigts dans toute la cavité utérine quelquefois bien grande et qu'avec ses doigts on puisse enlever tous les résidus placentaires y existants.

Il faut la curette mais la **curette mousse, non tranchante,** triangulaire, la curette de Bouilly que je vous présente. A rejeter les curettes tranchantes, les curettes de Récamier, etc., qui risquent la perforation de l'uterus, chose qui est arrivée à tous ceux qui font beaucoup de gynécologie, ou l'infection grave pour les malades opérées par la curette tranchante qui propage l'infection par les portes qu'elle ouvre. Pour les curettages post-partum ou adns les cas des môles hydatiformes il faut la curette de **Bordé** de **Bolpgne** fabriquée par **Bergamini.** Cette curette que je vous présente n'a rien de ressemblant avec la curette de Wallich et aux autres curettes.

Comme vous voyez elle est non seulement plus que mousse, mais elle a une courbure tout à fait spéciale, presque à angle droit.

Impossible la perforation si, comme on le doit toujours, elle est maniée avec prudence. Elle a presque la forme de votre doigt en train de faire le curage digital, ce qu'elle remplace avantageusement par sa longueur

et par la possibilité d'être introduite partout. Sur onze môles vesiculaires je n'en ai perdu aucune. Six ont pu être suivies depuis presque vingt ans et parmi celles-ci la mère d'un de nos bons confrères toujours présent à nos séances.

Aucune d'elle n'a eu le déciduome malin, plusieurs d'entre elles sont restées enceintes et plusieurs fois. Toute curettées par la curette de **Bordé** n'ont eu aucune perforation. Avec cela, on ne doit **point nier la possibilité du déciduome malin** mais à mon avis je crois qu'on doit rejeter d'emblée et surtout en clientèle privée, où on peut suivre ses malades, l'idée préconcue de l'hystérectomie en voulant admettre comme axiome le déciduome malin suite de môle vésiculaire. Naturellement il nécessite un évidement autant que possible complet de la cavité utérine quoique prudent pour éviter la perforation et une attentive surveillance des suites des couches. D'après Brault il faudrait examiner au microscope toute môle vesiculaire et essayer la réaction iodée .

La présence du glycogène seulement indiquera la tendance maligne, donc hysterectomie à proposer.

Je crois devoir vous faire grâce de l'anatomie pathologique des études microscopiques, des symptômes et du diagnostic.

Vous trouverez cela dans tous les traités de gynecologie et d'obstetrique.

C'est simplement le traitement que j'ai voulu vous rappeler et le moyen de le faire.

Discussion

Le **Dr. Cassuto** cite un cas du Dr. Molco. 7 môles suivi d'une grossesse normale.

Le **Dr. E. Lévy** dit que la tendance actuelle est de rejeter l'hystérectomie.

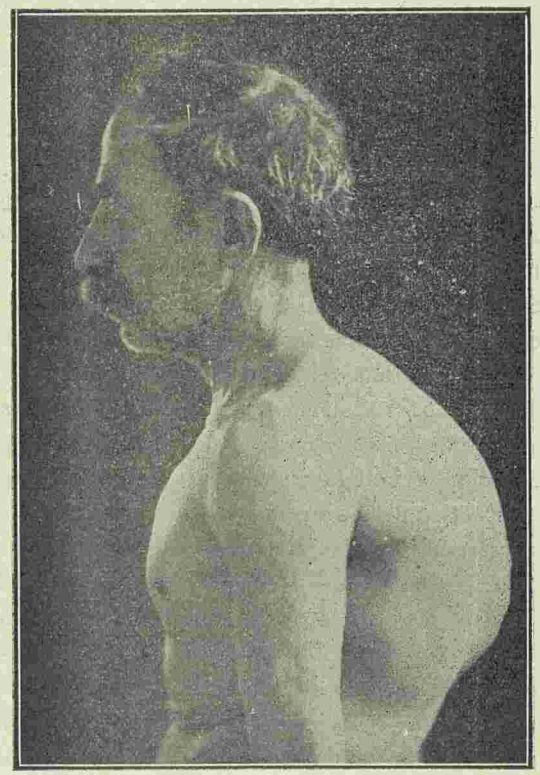
Maladie de Kümmel - Verneuil

par le Docteur SORIA

Le cas que j'ai l'occasion de vous présenter concerne un malade atteint de la maladie de Kümmell-Verneuil, maladie qui est assez rare, peut-être parce qu'elle n'est pas dépistée, et peut-être parce qu'elle est inconnue.

Il s'agit d'un mineur âgé de..... que j'ai trouvé dans mon service de l'Hôpital Italien, admis avec le diagnostic de mal de Pott.

Il présente une gibbosité très prononcée intéressant spécialement la partie inférieure du dos : la photographie ci-jointe me dispense d'une longue description.



Ce mineur se plaignait de douleurs sourdes — ce qui en effet avait motivé son admission à l'Hôpital, qui augmentaient avec les fatigues : à l'examen je notais que la gibosité était fixe, pas douloureuse à la pression

directe ou à la latérale : l'examen des fosses iliaques et curales, ainsi que le triangle de Petit ne démontrait la présence d'abcès ossifluent. Il n'y avait auucun trouble de la mobilité, ni de la sensibilité des membres inférieures : seulement les reflexes rotuliens étaient augmentés et vivaces.

En recueillant son histoire j'appris que en 1919, pendant qu'il travaillaait à la mine de Maknassy un bloc de phosphate lui tomba sur le dos. Il fut admis à l'Hôpital Militaire où il resta 45 jours, et il sortit avec un bulletin de guérison. De temps en temps il souffrait de douleurs sourdes spécialement à la jambe à gauche. Il nous dit qu'avant le traumastime son livret militaire lui donnait la hauteur de 1 m. 40 et à l'examen que je fis je trouve 1 m. 36.

A cause du traumatisme que je mis en rapport avec la gibbosité très prononcée, avec un état général excellent, en tenant compte de l'absence de tout abcès ossifluent, je fus porté au diagnostic de maladie de Kümmel Verneuil, diagnostic qui fut confirmé par notre excellent radiologue de l'Hôpital, le Dr. Disegni, duquel je tiens le très intéressant cliché, pris du profil, que je vous présente.

Mais je dois aussi vous dire que si je pus poser un diagnostic dirais-je — d'exception, avant toute recherche radiologique je le dois spécialement à la lecture du très intéressant rapport du Dr. Albert Mouchet, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis de Paaris, à la Société Nationale de Chirurgie, fait pour un cas présenté par le docteur Ody de Genève.

La communication m'étant restée dans la mémoire parce qu'elle démontre comme nos Maîtres seulement par la miticuleuse observation clinique, sans le secours de tous les moyens merveilleux dont nous disposons aujourd'hui arrivaient à individualiser des entités morbides.

Veuillez me permettre de faire connaître aux confrères qui n'ont pas eu l'occasion de s'intéresser à cette maladie quelques précisions.

Kümmel en 1891 au Congrès des Médecins allemands de Halle fit connaître plusieurs cas dans lesquels la colonne vertébrale après un traumatisme quelquefois insignifiant, et après une période plus ou moins longue, avec des douleurs minimes, finit par présenter une alteration très grave dans sa forme. Il se forme une gibbosité dorsale, qui peut arriver au développement de mon cas, avec quelquefois une scoliose très peu prononcée, qui est due à l'atrophie, à l'aplatissement d'un corps vertébral, qui de la forme cylindrique prend la forme d'un coin avec sommet antérieur et base postérieure.

Verneuil un an après en 1892 fit connaître une observation similaire, qu'il rattache spécialement à une fraction initiale méconnue. Pour ces raisons

dans la littérature française, on associe au nom de Kümmel celui de Verneuil.

Dans mon cas sur la radiographie prisede profil — et c'est toujours de profil qu'on doit étudier un malade on voit que la destruction intéresse la 12e vertèbre dorsale.

Quelle est la cause de cette destruction aussi complète d'un corps vertébral ? Il doit y avoir sûrement un trouble d'origine traumatique dans sa nutrition, même s'il n'y a pas eu de fracture, car dans quelques cas examinés après le traumatisme aucune altération étant apparue sur le cliché radiographique, et le tasssement s'était produit progressivement.

D'autres, spécialement l'Ecole française, pensent à une fracture initiale par tassement, avec absorption consécutive.

Certains auteurs allemands pensent que l'altération initiale partirait du disque intervertébral, à la suite de son aplatissement se produiraient des petites fissures sur les faces supéieures et inférieures de corps vertébraux par lesquelles venaient à faire hernie dans le tissus spongieux de ce corps des petites masses fibro cartilagineuses qui seraient la cause de sa destruction.

Mais, même cette théorie n'est pas admise parce que ces masses fibrocartilagineuses on les trouve dans le développement normal de la colonne vertébrale.

Sûrement il doit y avoir des cas dans lesquels la fracture initiale doit être prise en considération : mais l'altération trophique doit avoir une très grande importance.

Aujourd'hui même à l'aide de la radiographie le diagnostic différentiel est bien plus facile : mais je crois utile de rappeler que pour arriver à ce diagnostic il faut avant écarter les autres altérations de la colonne vertébrale les plus fréquentes qui se présentent à notre observation.

1. le **mal de Pott** d'origine traumatique ; la présence d'abcès ossifluent facilite dans ce cas le diagnostic ;

2. la **spondylarthrie** qui se caractérise par les poussées douloureuses, suivie de la perte de toute mobilité passive du rachis et la production de prolifération osseuse à becs de perroquets bien visibles sur les radio.

3. la **spondylose rhizomélique** de Pierre Marie, évolution de la maladie, et absence de lésions coxo fémurales.

4. **Cyphose hérédo traumatique** de Bechterew (absence de toute manifestation luétique et maintient de Berdet Wasserman négative.

5. **Atrophie congénitale** en forme de coin à base postérieure décrit par Mouchet pour la première fois, et qui ressemble radiologiquement à la maladie de Kümmel, mais n'a pas la mêême évolution et s'accompagne de malformations congénitales.

La conclusion pratique que nous devons tirer ainsi de la connaissance de cette maladie concerne aussi les accidents du travail que très souvent il faut dans tout traumatisme de la colonne vertébrale, même qu'il ne paraissent des altérations visibles à l'écran faire des réserves sur les ultérieures complications.

Les **Drs. Cuénot** et **Nataf** présentent une communication sur la **Biomicroscopie de la conjonctive tarsienne dans le trachome.**

(Paraîtra prochainement)

Tracheotomie sur mort apparente

par les Docteurs LUMBROSO ED. et MOSCHIANO

Il y a quelque temps entrait à l'Hôpital Italien un enfant de 2 ans qui étouffait. Appelés d'urgence à le voir, nous trouvons un enfant en état d'asphyxie très prononcée. Respiration excessivement difficile, cornage, tirage sus et sous sternal et claviculaire qui tendait tous les muscles du cou, visage cyanosé à l'extrême avec expression d'angoisse. Pouls incomptable, très petit, filant.

Un examen de la gorge aussi rapide que possible montre un pharynx tapissé de fausses membranes.

La mère interrogée nous dit que le petit était malade depuis six jours et qu'il respirait mal depuis quatre.

Jugeant l'état désespéré nous décidons de faire une tracheotomie en un temps de préférence au tubage. Huile camphrée et transport du petit malade dans la salle d'opération.

Arrivé sur la table, le petit ne respire plus, le pouls a disparu, les battements du cœur s'arrêtent, mort apparente.

Tout étant prêt pour l'opération, nous décidons d'intervenir tout de même. Mais si la trachéotomie en un temps est facile sur un être vivant, il n'en est plus de même sur un cadavre, même apparent.

D'un coup de bistouri nous arrivons d'emblée sur la trachée, mais celle-ci est complètement aplatie, et aussi bien l'incision, que l'introduction de la canule, ne va pas sans quelques difficultés. Il a fallu attirer à l'air d'un crochet la paroi antérieure pour l'inciser et la maintenir pour pouvoir introduire la canule, ce qui naturellement nous a fait perdre un peu de temps.

Presque pas de sang, ou tout au moins ce sang noirâtre, visqueux stagnant que nous avons tous observé chez les pensionnaires de Morgagni.

Sitôt l'intervention terminée, nous avons fait une injection de 1 cm. d'adrénaline dans le ventricule et nous nous sommes attelés aux mouvements respiratores artificiels. Bref après 20 minutes d'efforts, la respiration a commencé à se régulariser, le cœur à reprendre petit à petit ses battements à peine perceptibles.

L'enfant qu'on avait assis bat maintenant ses paupières, tourne à droite et à gauche ses globes oculaires, enfin les manifestations de la vie se réveillent petit à petit.

Après une nouvelle injection d'huile camphrée et de sérum (50 cm.), le petit est emporté vivant de la salle d'opération.

Il est 5 heures de l'après-midi.

Malheureusement le malade continue à vivre jusqu'à huit heures du soir, pour mourir cette fois définitivement, après avoir présenté le type de respiration de Cheynes-Stock.

En somme tous nos efforts n'ont abouti qu'à une survie de 3 heures. Maigre résultat, il est vrai, mais malgré tout intéressant car il laisse entrevoir tout de même des possibilités.

A quoi faut-il attribuer notre demi-échec.

Pour notre part nous croyons que l'enfant a succombé à la double intoxication de la diphtérie et de l'asphyxie.

Pensez donc que depuis quatre jours sa respiration était insuffisante, et que depuis six jours une quantité de toxines diphtériques considérable avait saturé son petit corps !

D'ailleurs le syndrome de Cheyne-Stock apparu quelques instants avant la mort nous fait admettre la prépondérance de l'intoxication diphtérique et la paralysie bulbaire qui en est résultée.

L'adrénaline a redonné au cœur une impulsion nouvelle, elle a fourni un démarrage convenable qui a entraîné la magnéto, le carburateur débouché a alimenté suffisamment le moteur, malheureusement l'essence étant plein d'impuretés et coupée d'eau, le moteur s'est arrêté.

Cette fois il aurait fallu vidanger le réservoir d'essence, c'est une chose faisable dans un engin mécanique. mais pour laquelle nous sommes impuissants quand il s'agit du corps humain.

Pour conclure cette observation, nous croyons fermement que dans les cas d'asphyxie brusque par œdème du larynx, ou tout autre obstacle larynge, il ne faudra pas être arrêté par la mort apparente du malade. Une trachéotomie suivie d'une injection d'adrénaline dans le ventricule pourrait rappeler parmi nous des malades qui avaient déjà plongé vers l'au-delà.

Discussion

Le **Dr. Ronchot** cite un cas de tracheotomie sur 1 cas de mort apparente dans un laryngite chez un adulte. Le malade après injection de tonicardiaque et d'adrénaline intra musculaire, et piqure d'adrénaline intra veineuse. Le malade guérit après double congestion pulmonaire. Il cite encore une trachéotomie chez un jeune enfant atteint de croup — faciès plombé mort par intoxication au bout de 7-8 heures.

Le **Dr. Lévy** a essayé en vain l'injection intra cardiaque d'adrénaline chez les nourrissons atteints de syncope blanche sans résultat.

Le **Dr. Cherouvrier** demande s'il avait été possible de faire des injections intraveineuse de sérum.

La Tunisie Médicale

JUILLET-AOUT 1929

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Note sur l'observation des signes cardiaques dans l'Ankylostomiase

par les Médecins Capitaines CHAIGNEAU et CHAUZY

Le travail de MM. Broc et Jaubert de Baujeu (1) l'observation clinique de MM. Conseil et Durand (2), parus ici même, ont attiré notre attention sur l'existence de lésions cardio-vasculaires chez les porteurs d'ankylostome duodénale et cela d'autant plus, qu'un vaste champ d'observation s'offrait à nous.

La fréquence du parasitisme intestinal, en particulier celle de l'ankylostome chez les indigènes sénégalais est connue : Arlo (3) donne un pourcentage de 38,02 p. 100 de porteurs d'ankylostomes parmi les tirailleurs sénégalais; Emily (4) cite le chiffre de 67,08 p. 100 trouvé par les noirs du corps d'armée colonial en France; l'un de nous (5) au cours d'une enquête effectuée en Tunisie avait trouvé 32,65 p. 100 de porteurs d'ankylostomes parmi les soldats sénégalais qui y stationnent.

De nouvelles recherches ayant pour but le dépistage et la stérilisation des porteurs de parasites inttinaux, nous ont fait examiner tous les hommes d'un bataillon parmi lesquels nous avons jusqu'ici relevé 20,6 p. 100 de porteurs d'ankylostome duodénale. Les travaux parus dans cette revue nous ont incité à rechercher systématiquement les manifestations cardiaques chez les hommes atteints d'ankylostomiase.

89 hommes, ,porteurs d'œufs, ont été examintés avec soin. Un *seul* dont voici l'observation, a présenté des troubles cardiaques.

---

(1) Revue Tunisienne des Sciences Médicales N. 9. Novembre 1928.

(2) Revue Tunisienne des Sciences Médicales N. 10. Décembre 1928.

(3) Bulletin de la Société de Pathologie exotique N. 3, 1923, p. 180.

(4) Bulletin de la Société de Pathologie exotique N. 9, 1925, p. 694.

(5) Chauzy et Gaye : Archives de Médecine et Pharmacie Militaire, N. 1, Juillet 1928.

Dorodiara S..., tirailleur au 10e Régiment de T. S. jeune recrue, ,originaire de la Côte d'Ivoire, arrive au bataillon en mai 1929. A la fin du mois, au cours de recherches de dépistage, il est reconnu porteur **d'ankylostome duodénale,** et la perception d'un souffle dans la région précordiale le signale à notre attention.

Antécédents: Autant qu'il a été possible de l'apprendre à l'aide d'un interprète, on ne relève aucun fait pathologique susceptible de justifier cette lésion, notamment pas de souvenirs d'atteinte rhumatismale. Dorodiara déclare s'être touours très bien porté. De fait, il s'agit d'un homme vigoureux, bien musclé (Taille: 1 m 79. Poids: 78 kilos) accomplissant régulièrement son service et qui ne s est jamais présenté spontanément à la visite médicale.

Exament général: coloration normale des conjonctives et des muqueuses. L'examen des organes reste négatif sauf en ce qui concerne :

La rate, qui est percutable sur 3 travers d e doigt et qui déborde les fausses cotes d'un travers de doigt environ.

L'abdomen, qui est légèrement ballonné, comme chez la plupart des indigènes de race noire observés ici.

Le cœur: Souffle systolique de la pointe, occupant tout le premier bruit, souffle en jet de vapeur avec irradiation nette vers l'aisselle. Le choc de la pointe. à peine apparent, a lieu dans le V espace intercostal, à 1 cm. en dedans du mamelon.

Ce souffle persiste pendant les périodes d'apnée volontaire et ne varie pas après des changements de position.

Tension artérielle (au Vaquez) : 15/10. Pouls 72.

Radioscopie : Dilatation du ventricule droit. Cœur transverse. La corde ventriculaire droite mesure 15 cm.

Examen de Laboratoire: Numération des globules rouges : 4.400.000.

Taux d'hémoglobine : 85.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles : 38.

Lymphocytes et moyens monos: 50.

Grands mononucléaires: 2.

Eosinophiles: 10.

Bordet-Wassermann (dans le sang): négatif.

Le 6 juin et jours suivants ce tirailleur a été traité par les capsules de

Thymol-Phtaléine du Phénol, (capsules du Service de Santé).

Le traitement a été appliqué de la manière suivante :

4 capsules le premier jour en 2 fois à 1 heure d'intervaalle.

8 capsules le deuxième jour en 2 fois.

12 capsules le troisième jour en 3 fois.

Le 20 juin, examen des selles : **Absence d'ankylostomes.**

Le 19 juillet, nouvel examen somatique : Pas de modifications sauf en ce qui concerne le cœur. Le souffle systolique de la pointe est toujours perçu mais avec une intensité nettement diminuée. L'irradiation du souffle dans l'aisselle persist.

*
* *

Cette note appelle les considérations suivantes :

Elle montre le jeu d'influence de l'ankylostomiase sur l'état somatique des indigènes sénégalais, du moins entre 20 et 25 ans (tous les militaires que nous avons examinés, accomplissent régulièrement leur service). D'autre part, lors d'un précédent travail, les numérations globulaires et les formules leucocytaires pratiquées sur 50 d'entre eux porteurs de parasites n'ont montré que des variations très légères par rapport à la normale. (Il y a lieu de faire une réserve au sujet de l'observation précédente, dans laquelle la formule leucocytaire est profondément modifiée sans autre cause décelable que l'ankylostomiase).

L'absence d'antcédents pathologiques sérieux, l'anémie insignifiante que présente cet homme, la rétrocession des signes cardiaques qui semble s'être installée après un traitement heureux, viennent à l'appui de l'opinion des auteurs qui affirment l'existence de troubles *fonctionnels* proprement dits.

Insuffisance mitrale et ankylostomiase

par les Docteurs RENÉ BROC et MARUANI

L'un de nous a eu dernièrement l'occasion, d'attirer l'attention sur un syndrome clinique permettant de faire le diagnostic d'anémie par ankylostome, anémie intense, rate de volume normal, et insuffisance mitrale fonctionnelle permanente .C'est sur ce dernier point que nous voulons insister dans cette communication en vous présentant ces deux malades pour lesquels le Dr. Maruani a pris les orthodiagrammes ci-joints:

*
* *

Le premier malade Mohamed ben Ali ben Abid, entré le 24 décembre 1928 salle 16 lit 15. Originaire du Cap Bon; présentait une anémie considérable.

Globules rouges 1.550.000;

Hémoglobine 30 p. 100.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles 62;

Gros et moyens mononucléaires 62

Eosinophiles 11

Lymphocytes 1

Rate normale. Souffle d'insuffisance mitrate, à la pointe, systolique un peu sourd, persistant dans la position assise. Ni sucre, ni albumine, Wassermann + + +. Examen de l'Institut Pasteur 29 décembre. Présence d'œufs d'ankylostomes. Absence d'autres parasites.

Cet individu est parent d'un malade traité il y a six mois environ dans notre service pour la même affection.

Le second malade, entré le 22 avril 1929 à la salle d'urgence, lit n. 4, originaire de Gabès, cantonnier, a travaillé dans les jardins jusqu'en 1927; est venu consulter parce qu'il s'essouffle facilement depuis 3 mois, s'est aperçu de sa paleur depuis 7 mois; sa maladie aurait débuté par de la fièvre, inappétence, de mauvaises digestions et de laa diarrhée.

C'est un malade très anémiée aux conjonctions très décolorées, la surface sous conjonctivale complètement blanche, il n'y a ni œdème ni bouffissure de la face mais le malade dit qu'il a eu les yeux enflés il y a un mois et demi.

On trouve un souffle systolique de la pointe se propageant peu vers l'aisselle, ni rude ni rapeux, plus marqué quand le malade est assis. On trouve aussi chez ce malade un souffle systolique aortique se propageant le long du sternum, et le malade présente du pouls jugulaire avec bruit de rouet, Poumons, foie, rate normaux, ni sucre, ni albumine. Wassermann — Présence d'Ankylostome.

Eexamen du sang. Hémoglobine 30 p. 100.

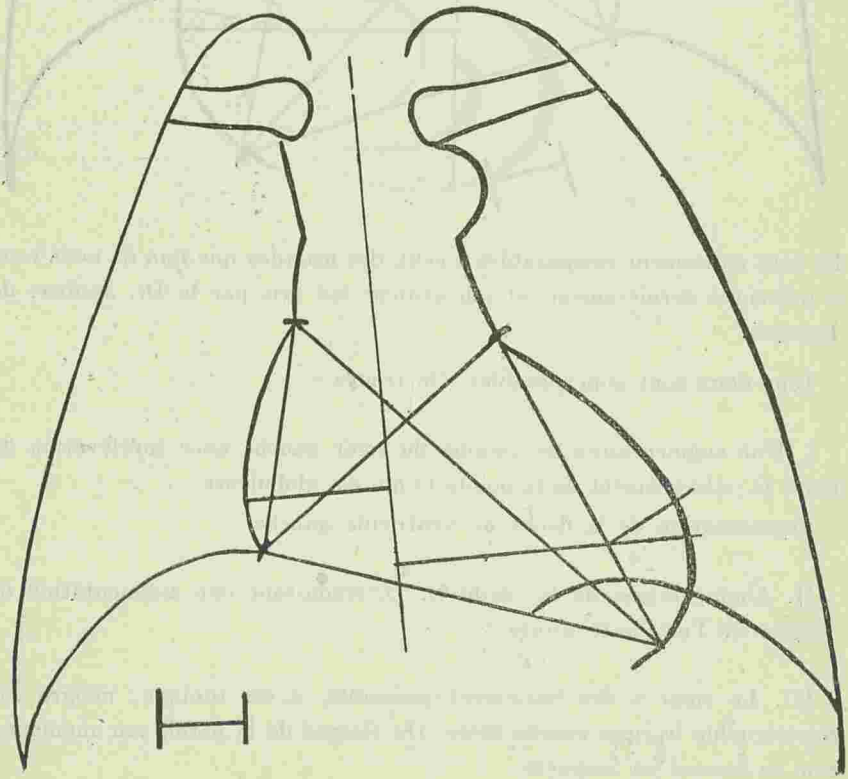
Globules rouges : 1.395.000

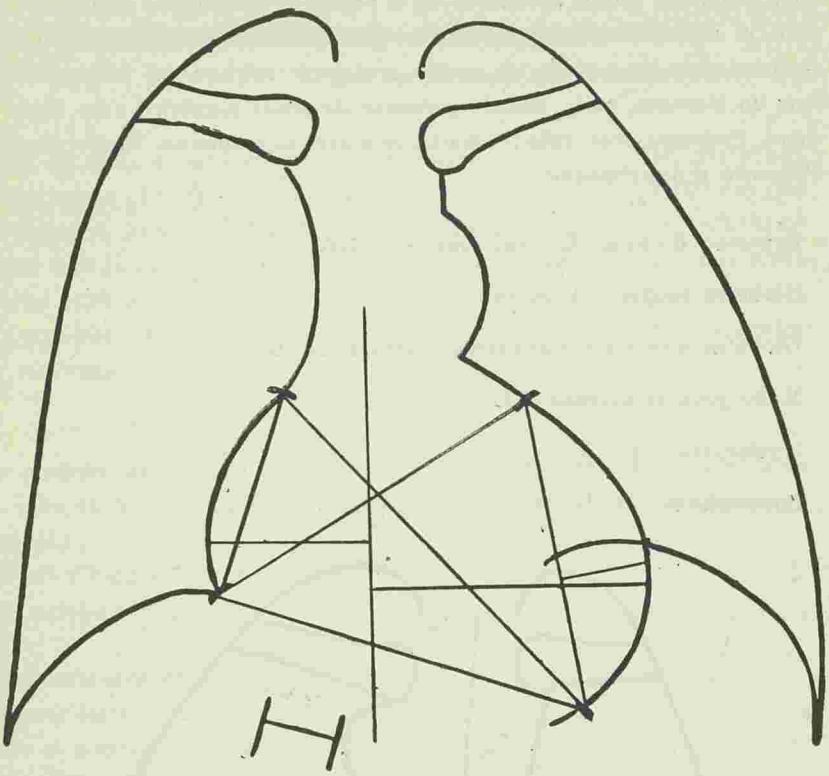
Globules blancs polynucléaires neutrophiles : 66

Mono gros et moyens : 25

Myelocytes : 4

Eosinophiles : 5





Ils sont entièrment comparables à ceux des malades que l'un de nous vous a présentés dernièrement, et qui avaient été pris par le Dr. Jaubert de Beaujeu.

Tous deux sont superposables. On trouve :

I. Une augmentation de volume du cœur gauche avec surélévation du point G.; abaissement de la pointe G qui est globuleuse.

Augmentation de la flèche du ventricule gauche.

II. Augmentation de la corde D. D. traduisant une augmentation de volume de l'oreillette droite.

III. Le cœur a des battement puissants, il est tonique; malgré son hypertrophie le cœur gauche reste très éloigné de la paroi, son augmentation se faisant en longueur.

IV. L'aorte est normale, quant à son diamètre, son contour et sa couleur.

Conclusion : Cœur gauche globuleux avec aorte normale rappelant le cœur dans l'insuffisance mitrale.

*
* *

En somme, la clinique et la radioscopie concordent pour démontrer l'existence de l'insuffisance mitrale permanente, dont la pathogénie reste à trouver.

Deux observations de labyrinthites infectieuses

par le Docteur SOLAL

Nous rapportons ci-dessous deux observations de labyrinthites infectieuses consécutives à des otites moyennes suppurées chroniques. Ces deux cas diffèrent totalement par leur aspect clinique et la localisation anatomique des lésions.

1re OBSERVATION

Mme Saïda T., âgée de 25 ans est atteinte d'une otite moyenne chronique du côté gauche, remontant au mois d'août 1928 et survenue à la suite d'un rhume. Pas de soins malgré un écoulement purulent continu, mais peu abondant. C'est à l'occasion de l'apparition de quelques furoncles du conduit auditif que la malade était venue consulter en novembre. D'ailleurs ceux-ci guéris la malade disparut.

A la suite d'un bain en mars 1929 nouveaux furoncles et réaction mastoïdienne qui se calma dès que le drainage de la caisse put être réalisé. La malade, mise sur ses gardes, n'admet pas la nécessité d'une intervention.

Il semble qu'il faut faire remonter à cette époque le début des accidents qui allaient éclater deux mois après. La malade avoua plus tard avoir eu quelques petits accès de vertige sous forme d'instabilité passagère dont elle ne voulut pas tenir compte.

Le 24 avril éclata l'épisode principale ; ce jour-là, la malade, qui se trouvait à la Marsa, fut prise brusquement d'une crise vertigineuse, accompagnée de vomissements. En même temps la température montait à 39.

Nous voyons la malade le lendemain 25 avril avec le Dr. Triolo. Elle est couchée dans son lit, sur le dos, ne supportant pas la lumière, immobile, de crainte d'augmenter son vertige et ses nausées par les mouvements de la tête. Cependant la crise semblait diminuer d'intensité en ce moment. L'état de la malade ne permet pas un examen bien complet, en particulier les épreuves nystagmiques. Toutefois les preuves de l'envahissement du labyrinthe par l'infection sont nettes : il y a du vertige à l'occasion du moindre mouvement : le déplacement apparent des objets se produit de gauche à droite c'est-à-dire vers l'oreille saine. Dès que la malade se soulève un peu, ce vertige s'accentue et elle tend à tomber du côté de l'oreille malade ; des nausées surviennent en même temps. Dans la position couchée on note un nystagmus spontané horizontal, très violent dans le

regard dirigé vers l'oreille saine, très net mais moins fort dans le regard dirigé vers la gauche, persistant dans le regard direct.

L'examen de l'oreille malade montre, du côté de la caisse, des signes peu importants. Comme au mois de novembre on note une perforation large postérieure du tympan, avec sécrétion purulente, non fétide.

Au point de vue fonctionnel les épreuves nystagmiques sont impossibles, la malade refusant de faire le moindre mouvement. Les épreuves acoumétriques montrent une diminution de l'audition à la voix haute et un relèvement accentué de la limite inférieure (512 vol.) Les sons aigus sont entendus. Le Weber est latéralisé à l'oreille malade.

L'examen de tous les organes ne montrait rien de particulier : il y avait absence de tout phénomène méningé. La malade refuse la ponction lombaire.

Les jours suivants la température baisse progressivement et tombe à la normale. Les phénomènes vertigineux et les troubles de l'équilibre s'amendent.

Le huitième jour nouvelle poussée de température avec bourdonnements intenses dans l'oreille malade indiquant l'envahissement du labyrinthe aantérieur. Un examen complet de la malade est devenu possible et, fait avec notre confrère le Dr. Houdard appelé en consultation, il donne les résultats suivants :

Le vertige apparaît seulement dans la position assise ou debout : il est caractérisé par une instabilité accentuée avec tendance à la chute du côté de l'oreille malade. La direction de la chute change en faisans varier la position de la tête. Le nystagmus spontané, toujours dirigé vers l'oreille saine, apparaît seulement dans la direction du regard vers cette oreille. Il est plus faible, toujours horizontal, et constatable surtout dans la position optima I

Les épreuves nystagmiques donnent :

— épreuve de la fistule negative.

— épreuve calorique : elle montre une forte diminution de l'excitabilité vestibulaire à l'eau froide : il faut 100 cmc. d'eau à 20 degrés pour avoir quelques secousses.

La malade se trouvant dans une maison de santé les épreuves rotatoires et galvaniques ne purent être pratiquées.

Les épreuves acoumétriques montrent, après avoir annihilé l'oreille saine, une surdité totale du côté malade à toute l'échelle des sons. D'ailleurs le Weber se latéralise à l'oreille saine.

L'infection a donc envahi totalement le labyrinthe, paralysant les appareils cochléaire et vestibulaire.

Il n'y avait à l'examen du système nerveux aucun signe méningé, sauf une vague céphalée qui allait en s'atténuant depuis la crise principale. De même aucun autre signe de complications endocrâniennes : abcès du cervelet en particulier.

La ponction lombaire donne un liquide hypertendu, contenant par litre 0,79 d'albumine et la formule cytologique suivante : 506 éléments par m/m3 avec 92 p. 100 de lymphocytes et 5 p. 100 de polynucléaires. Pas de microbles ni à l'examen, ni à la culture.

Il y avait donc, en même temps que la labyrinthite totale, une méningite aseptique avec prédominance de lymphocytes indiquant un processus d'irritation chronique. L'ensemble semblait évoluer depuis quelques semaines, la laabyrinthite n'ayant donné comme témoignage de son existence que des crises de vertige passagères, la dernière crise correspondant à la destruction totale et définitive de l'oreille interne.

Le traitement, en pareil cas, comprend d'abord la suppression du foyer initial par un évidement pétro-mastoïdien et s'il y a lieu la trépanation du labyrinthe pour le drainer en cas d'infection diffuse et totale menaçant de déterminer une méningite. Ce n'était pas le cas: les symptômes labyrinthiques et généraux s'atténuaient progressivement et indiquaient la destruction totale du labyrinthe sans passage à une complication endocranienne: un bloc cicatriciel se formait auquel il y avait tout intérêt à ne pas toucher pour ne pas réveiller une infection presque éteinte. L'évidement suffisait pour empêcher la transformation de la méningite aseptique en une méningite septique.

Le moment de cette intervention devait être choisi tel que l'opération ne réveillerait pas l'infection du labyrinthe: il falait opérer le plus tard possible tout en surveillant l'état des méninges: car si la réaction méningée ne devenait plus fonction de la labyrinthite, elle était due aussi à d autres foyers et devait être traitée par leur suppression.

C'est la conduite qui fut suivie. La température tomba définitivement à la normale le 12e jour. Le labyrinthe demeura complètement inexcitable. La réaction méningée fut surveillée grâce à des ponctions lombaires répétées: au début elle s'amenda progressivement donnant en particulier le 11 mai la formule suivante:

éléments par m/mc. 130,4;

lymphocytes : 72 p. 100;

polynucléaires: 3 p. 100 en assez bon état.

Brusquement le 17 mai, en même temps que la malade se plaignait de nouveau de la céphalée du début, la formule cytologique donnait 78,4 p. 100 de lymphocytes et 9,6 p. 100 de polynucléaires, ceux-ci assez altérés. L'intervention fut immédiatement décidée.

Opération le 21 mai :lésions étendues à toute la mastoïde, particulièrement au niveau du toit de l'attique et de l'antre où les méninges sont dénudées et fongueuses. Ostéite des cellules persinusiennes et de toute la zone intersinuso-faciale, conduisant à une grosse cellule de la pointe remplie de fongosités.

Les suites sont bonnes, à part une amygdalite au seond jour et épidernisation normale de la cavité d'évidement.

Actuellement — deux mois après l'intervention — le labyrinthe est totalement inexcitable dans ses deux parties. L'instabilité consécutive à la paralysie du vestibule qui avait persisté quelques semaines s'est progressivement atténuée, par compensation par le labyrinthe sain. Et une ponction lombaire faite le 12 juin montrait un liquide céphalo-rachidien presque normal (persistance de quelques lymphocytes).

En résumé il s'agit d'une mastoïdite latente qui durait depuis plusieurs semaines, sinon depuis plusieurs mois, et qui d'une part avait dénudé les méninges déterminant une réaction aseptique — et d'autre part avait gagné progrssivement le labyrinthe pour le paralyser définitivement dans une dernière crise aiguu. Sur le labyrinthe aucune intervention ne pouvait le draîner sans danger elle ne pouvait d'ailleurs le conserver fonctionnellement. L'allure chronique de la réaction méningée ainsi que d'ailleurs son amélioration passagère permit d'attendre l'évolution de la labyrinthe qui se fit vers la destruction totale de l'oreille interne et la formation probable d'un bloc cicatriciel. Et la méningite aseptique — conséquence de l'osteite de la corticale interne — suivie dans son évolution par des ponctions lombaires répétées put guérir par un évidement supprimant les foyers osseux en cause.

2e OBSERVATION

Le second cas concerne un homme de 35 ans (M. B. habitant la campagne, dont l'oreille droite coulait depuis l'enfance: l'écoulement toujours fétide, parfois teinté de sang. Depuis un mois des douleurs étaient apparues dans l'oreille, s'irradiant dans toute la moitié de la tête, douleurs intolérables empêchant le sommeil. Divers traitements essayés par son médecin traitant — non spécialiste — ne parvenaient pas à calmer ses souffrances. En outre depuis 15 jours était apparue une paralysie faciale,

du type périphérique, ayant envahi successivement le territoire du facial inférieur, puis, depuis quelques jours seulement, le territoire du facial supérieur. Le malade arrivait à Tunis le 1er juin très fatigué, se plaignant de souffrr énormément et accusant de courtes crises de vertige, avec nausées et perte de l'équilibre.

A l'examen du malade on constate d'abord la paralysie de la VIIe paire. L'oreille droite montre un conduit auditif encombré par des fongosités débordant jusqu'au méat et laissant sourdre une sécrétion purulente fétide: l'exploration de la caisse est impossible à travers cette masse. La région mastoïdienne est normale: à peine y a-t-il une légère sensibilité profonde à la palpation.

L'examen de l'oreille interne peut être fait complètement et donne les résultats suivants :

Examen du limaçon: conservation de l'audition pour la voix haute. Weber latéralisé à l'oreille malade. Le schwabach est prolongé.

Examen des canaux semi-circulaires. Il existe un mystagmus spontané très net; il est horizontal-rotatoire battant du côté de l'oreille malade. Cette direction est variable: le lendemain, un moment avant l'opération il était dirigé vers l'oreille saine.

Les épreuves mystagmiques donnent : une épreuve de la fistule positive, signe que l'on arrive à provoquer en comprimant avec un porte-coton les fongosités du conduit: on constate en ce moment un mouvement lent des globes oculaires vers l'oreille malade.

L'encombrement du conduit auditif ne permet pas de pratiquer une épreuve calorique. L'épreuve rotatoire, très pénible à cause de l'état du malade, donne un résultat normal. L'épreuve galvanique montre de l'hyper-excitabilité puisque 3 m/mamp. provoquent une réaction.

Au Romberg il existe une tendance à la chute du côté de l'oreille saine.

Il n' y a aucun symptôme méningé ou de complications endocrâniennes.

L'intervention est pratiquée le lendemain. Elle conduit sur une mastoïde éburnée que la gouge attaque très difficilement: on arrive brusquement sur une cavité remplie d'un liquide fétide contenant un sequestre que l'on retire à la pince et répondant à la paroi postérieure du conduit et à l'aditus. Celui-ci se trouve ouvert du coup. Très prudemment — la paralysie du facial rendant tout contrôle impossible — on arrive à supprimer une zone d'ostéite étendue comprenant une bonne partie du massif du facial. On aperçoit alors au niveau du canal semi-circulaire externe un gros point noir indiquant la présence d'uns fistule labyrinthique, ne laissant sourdre aucune goutte de pus. Cette zone n'est pas touchée.

Le resection du mur de la logette conduit d'autre part sur une zone d'ostéite comprenant le toit de l'attique des méninges sont saines.

Les suites furent difficiles : l'ostéite de la paroi labyrinthique, volontairement respectée, donna lieu à une suppuration abondante et à la formation persistante de fongosités. Le labyrinthe réagit normalement : l'audition s'est améliorée.

Ici il sagit d'une otorrhée ancienne avec éburnation de la mastoïde limitant les lésions à la région de l'aditus y causant des dégâts importants : sequestration du massif du facial à ce niveau avec paralysie de ce nerf — et ostéite de la paroi osseuse du canal semi-circulaire externe sans atteinte de sa paroi membraneuse. L'évidement supprimait la cause et permettait la cicatrisation ultérieure.

Un cas de Pleuresie Mediastine

par le Docteur H. BEN RAIS

Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement un cas de pleurésie enkystée médiastine, chez une petite fille âgée de cinq ans environ.

Les peurésies médiastines ont été étudiées au point de vue clinique et radiologique par Devic et Savy dans un mémoire très complet (Revue de Médecine 1919) qui est resté classique. Depuis cette époque plusieurs cas de pleurésies médiastines ont été raportés par des auteurs français et étrangers. Nous devons cependant signaler que Ritz, Jacob et Trocmé ont atiré l'attention sur la coexistence fréquente d'une pleurésie médiastine avec une bronchiestasie causale (1).

Les pleurésies médiastines étant relativement rares en Tunisie, nous avons cru intéressant de rapporter l'observaton de notre petite malade.

Lors d'un premier examen qui remonte au 15 mai dernier la malade pésentait des points de côté dans le poumon droit, une dyspnée légère, une température de 37,6 le soir et toussait de temps à autre. On notait en outre une pâleur générale marquée de tous les téguments et d'après les renseignements fournis par la famille elle maigrissait et avait de l'inappétence. L'auscultation des poumons ne nous a pas permis de constater de grandes modifications respiratoires; à la percussion une légère bande de matité s'étendait à la base du poumon droit, le poumon gauche était normal. Au point de vue des antécédents il n'y a rien à signaler sinon une tuberculose pulmonaire évolutive chez le grand'père paternel de notre malade. En présence des symptômes décrits ci-dessus nous avons décidé de faire un examen radiologique qui est pratiqué le 18 mai par le Dr. Jaubert de Beaujeu.

La radioscopie et la radiographie montrent une ombre importante triangulaire para-vertébrale à la base droite qui fait penser immédiatement à une réaction pleurale médiastine. En position latérale cette ombre se projette sur le cœur et laisse libre le médiastin postérieur. La localaisation de la pleurésie est donc juxta-cardiaque.

Le traitement institué, constituant en révulsion sur le côté droit et en quelques médicaments (opocalcium et sirop iodotanique), a amené une résolution complète de la réaction pleurale et une radiographie pratiquée 1 mois après, a montré la transparence parfaite du champ pulmonaire droit.

Il s'agissait donc d'une pleurésie médiastine simple (épaississement ou léger épanchement) qui,suivant l règle, a guéri par les moyens médicaux.

---

(1) Ritz, Jacob et Trocme. Pleurésies médiastines et bronchiectasies. Annales de médecine 1927.

Malformations familiales du membre supérieur

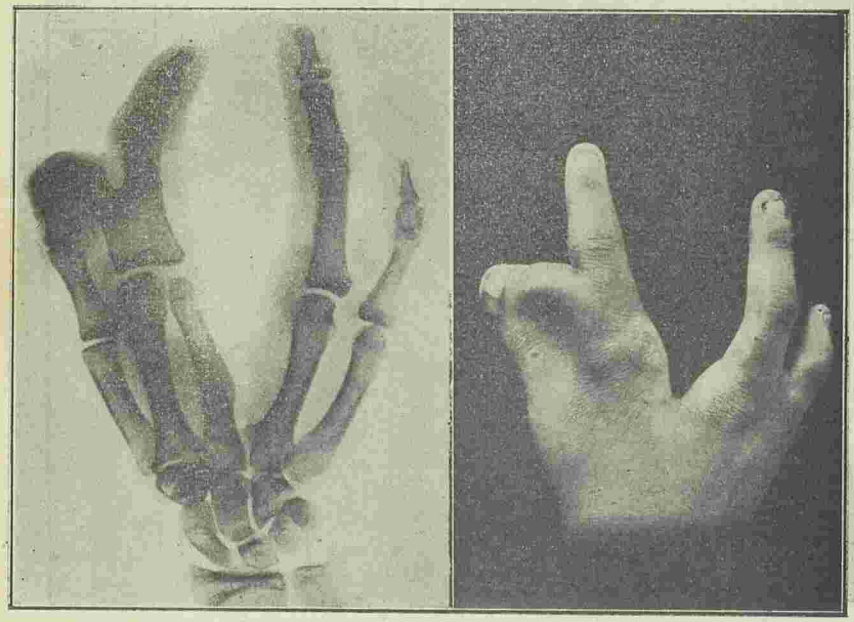
par les Docteurs MAURICE UZAN et ALB. PEREZ

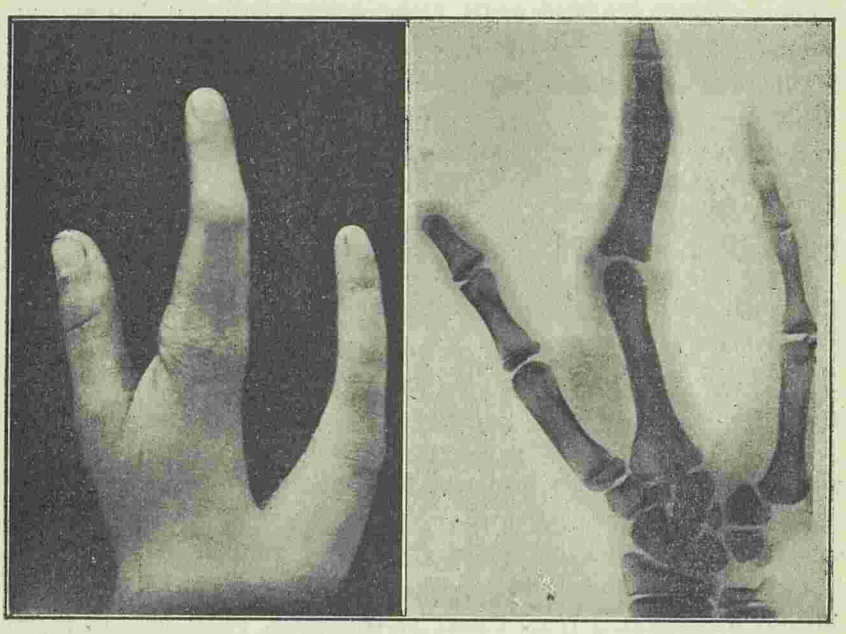
L'un de nous publiait dans la Revue Tunisienne des Sciences Médicales de septembre 1924 l'observation d'une curieuse famille bulgare et juive qui présentait des anomalies multiples des membres supérieurs.

Nous avons eu l'occasion de voir une autre famille juive tunisienne où deux membres au moins présentent des malformations importantes de la main droite exclusivement.

Les documents photographiques et radiologiques que nous reproduisons nous dispensent de tout commentaire et de toute description.

Il faut cependant rappeler que, dans cette famille, les filles sont atteintes et les mâles sont indemnes. Il ne semble pas y avoir d'antécédents spécifiques et l'étiologie reste obscure.





Anthropologie, psychosociologie et pathologie tunisiennes

par le Docteur D. SCIALOM

En 1906 ce travail a fait l'objet d'une causerie citée et reproduite (Dr. A. Porot, Congrès de Tunis et Dr. Lemanski, Hygiène pratique) puis revisée en 1913 (Lancette). Nous reprenons cette étude maintenant pour une nouvelle mise au point à la lumière de l'expérience et du temps.

Généralités

Le type moyen des **races** et groupes spécifiques humains n'existe pas dans la nature. C'est une **idée** morphologique, subjective, factice, fictive.

La **race** est une **idée généalogique** que l'on se fait d'un groupe d'individus ayant surtout une parenté **anatomique** et subsidiairement une hérédité **psychique** connexe.

C'est là une **définition** à laquelle on arrie par la méthode **inductive** des statistiques dont la valeur est relative.

La méthode **déductive** conduit à une classification variant suivant les savants, souvent fantaisiste, quelquefois dangereuse au point de vue social conduisant pratiquement à la politique **raciste nuisible par** son chauvinisme qui est du patriotisme exclusiviste, morbide et sa xénophobie, caricature du nationalisme, quelquefois néfaste pour la Paix des Etats unicestes ou fédératifs (panlatisme, panislamisme, périls noir et jaune, aryens et sémites).

Notons que plus une race est développée plus elle est variée et plus les individus s'éloignent du type moyen.

N'oublions pas non plus qu'une race n'est jamais isolée (croisement, migration, infiltration, conquêtes, cloonisation, adaptation ou assimilation, conversion ou naturalisation) et que dans le sang de chaque individu coule le sang de toutes les races (Colajani, Bernelot, Bble). Si bien que race **anthropologique** n'est nullement synonyme de **peuple** spirituel, de **nation** politique et sociale, d'**Etat** géographique.

L'on peut affirmer que leur coexistence est rare et nullement pathognomonique d'où la nouvelle **notion** légale, étatiste **post-bellum** des **minorités** nationales, ethniques, culturelles, religieuses. Le droit des minorités est

intéressant à connaître par le praticien colonial et méditerranéen qui l'a déjà adopté au point de vue social, démographique et pathologique.

La **France** est « une et indivisible » politiquement parlant, mais elle est variée au point de vue anthropologique.

Le **Canadien** est « de race et d'origine françaises », de nationalité britannique », de « naissance américaine ».

L'**Alsacien** est de « nationalité française » et de « race germanique » bien avant la victoire des alliés.

Le **Midi** français est surtout « latin ». Le Nord est surtout « anglo-saxon » et « germanique ». **L'empire français** est une vraie **fédération.**

Les **Musulmans** et **Israélites français** d'origine «nord-africaine » sont « sémites » et appartiennent à «deux races», « deux peuples ». Et qu'est-ce qu'un **anglo-maltais?** Un catholique apostolique, romain, de langue arabe, de culture italienne, de nationalité britannique et cependnt on ne peut nier qu'il y a une race maltaise, un peuple maltais, une nation maltaise, une île de Malte. Les Malatais sont-ils latins, sont-ils sémites, sont-ils anglo-saxons ? Quand ils sont sujets britanniques on dit qu'ils sont « d'origine maltaise ». Ils ne peuvent être sujets du Bey, (pourquoi ?!), parce que chrétiens. Quand ils sont citoyens français, ils sont considérés comme «d'origine européenne » même s'ils sont depuis plusieurs générations « de naissance afrcaine ». Il est aisé de comprendre par cet exemple « tunisien » combien la question des races, peuples, nationalités est complexe.

C'est en Auvergne et en Bretagne, dit-on, que la « race celte » originelle (?) est la plus largement représentée.

Les troupes disparates « latines » du Dr. Molle d'Oran montées à l'assaut de la minuscule communauté israélite oranaise telle les Légions romaines de Titus détruisant le Temple de l'Eternel n'est qu'une épisode et un « éternel recommencement » de l'histoire des peuples **majoritaires.**

De même que l'Université de Jérusalm et le Peuple Juif ont ressuscité, le Judaïsme « français et latin » ne semble nullement atteint par le succès facile, ephémère et sporadique de notre confrère « oranais et latin » C'est que la **volonté** nationale et la **vie** des peuples sont des « vérités en marche » que nul ne peut arrêter.

Les « troupes noires » de Mangin ont montré durant la dernière guerre qu'elles sont « françaises » de **cœur** et de **volonté** quoiqu'elles ne soient pas de « race blanche ». C'est que la « race » est une fiction anthropologique, le « peuple » est un groupement spirituel, la « nation » est une volonté collective de vivre unis, l'Etat est une réalité géographique, politi-

que et sociale formé de faucilles spirituelles solidaires (Maurice Barrès), de génies régionaux (Raymond Poincaré), de provinces spirituelles (Justin Godard) vivant sur le même sol.

Non seulement une race ne peut et n'est jamais pure, mais encore la nation ne se caractérise ni par la langue(suisse trilangue) ni par l'histoire et les traditions (Etats-Unis, ni par la religion (Allemagne), ni par la race (France) ni par le territoire (peuple arabe, arménien, juif).

La nation se définit, d'après le droit international, par la volonté légitime et rationnelle exprimée par un groupement d'individus décidés à vire unis sur le même sol.

Il n'est pas permis non plus d'admettre l'existence de races supérieures opposées à des races inférieures. Il est inadmissible surtout de croire qu'il y ait des races à jamais supérieures ou à jamais inférieures. Il fut un temps où il était permis sinon légitime et rationnel de soutenir la supériorité de la « race anglo-saxonne» et la décadence de la « race latine ». Voilà que la « perfide Albion » a mis de côté « son superbe isolement », l'Espagne « fataliste, intolérante et léthargique » fait les yeux doux aux « juifs castillans » expulsés par Isabelle la Catholique désavouée officiellement il y a quelques jours seulement et le gouvernement dictatorial soutient le « panibérisme » dans l'Amérique méridionale latine. Un Congrès « panarabe » tiendra bientôt ses assises à Jérusalem, capitale juive, et un Congrès « sioniste national et politique » légifèrera à Zurich : c'est un double réveil et une double résurrection à canaliser. Souhaitons surtout du travail productif par émulation. Les progrès japonais, l'évolution des nègres américains réhabilitent les « deux races de couleur ».

En conséquence 1. les **races** (anthropologiques) ne sont pas pures ; 2. on ne peut plus parler que de **peuples** (ou races spirituelles) à civilisation spéciale ; 3. les **nations** sont protéiformes ; 4. la **civilisation** n'est l'apanage exclusif d'aucune collectivité humaine, ethnique nationale ou confessionnelle.

Et maintenant y a-t-il rapport intime entre les caractères **anatomiques** et les attributs **psychiques** ?

César Lumbroso le grand criminaliste juif italien n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Cette opinion est repoussée par l'éminent sociologue italien le Dr. Prof. Napoleone Colajanni (Député républicain, libre-penseur, mazzinien) et par notre regretté et illustre maître le Prof. Grasset de Montpellier (catholique français, conservateur et traditionaliste) qui s'est inscrit en faux contre la théorie de la dégénérescence des esprits supérieurs et du génie.

Point n'est besoin de démontrer que partout l'on trouve des **peuples** identiques anatomiquement et dissemblables moralement et réciproquement l'on connaît des groupements humains d'une moralité unique, analogue et à caractères physiques opposés.

D'autre part qui peut se vanter de préciser la race à laquelle appartiennent certains grands hommes ? Le **génie** et le talent sont-ils le produit de la race, du peuple, de la nation ? ou sont-ils plutôt le résultat du **milieu** physico-social ?

Enfin on ne doit plus parler de peuples de race latine mais de **nations à civilisation** latine car la race est anatomique et la nation est psychique.

C'est une erreur de croire aussi que les **caractères psychiques** sont exclusifs de telle race, tel peuple, telle nation, telle religion. Il ne faut pas oublier surtout qu'ils ne sont jamais **immuables.** Ils se rapportent toujours à la **phase** d'évolution des peuples et des nations.

Le **progrès** humain s'est transmis **spirituellement** de peuple en peuple qui ont évolué et se sont adapté et non anthropologiquement de race à race qui ont fusionné et disparu.

La civilisation est un terme vague : c'est un legs ancestral, une notion relative tirée d'un **idéal** moral, politique, économique, social que nous nous formons dans l'esprit et qui nous permet de comparer une époque à une autre et les peuples entre eux.

C'est à la lumière de ces vérités démontrées et de ces principes admis que nous allons étudier l'anthropologie et l'anatomie, la biologie et la physiologie, la sociologie et la psychologie, la démographie et la pathologie des races, peuples et nations qui font la prospérité de la Régence.

Anthropologie des Musulmans Tunisiens

Le type **racial** arabe le plus fréquent est caractérisé par un crâne allongé (dolichocephale), le poil et l'œil noirs, le teint bronzé, le nez aquilin. Ce type **moyen** n'existe donc pas seulement dans l'imagination européenne. Mais on voit à Tunis des Mahométans blonds, roux, aux yeux clairs et au teint blanc rosé ce qui s'explique par les conquêtes, l'esclavage, les conversions, les mariages mixtes.

Si l'on se rappelle que la race **blonde** transmet plutôt les yeux que les cheveux (Bertholon) et que la **femme** est l'agent **transmetteur** principal des caractères ethniques (Ripley), on comprend l'association en apparence paradoxale et la diversité des particularités physiques des Tunisiens mu-

sulmans : **cinq types** anthropologiques ont pu être décrits (Bertholon). Donc la race musulmane tunisienne n'est pas pure.

Anthropologie israélite

Malgré l'hospitalité du service anthropométrique nous n'avons pu nous livrer à cette étude et décrire les types ethniques des israélites tunisiens. Nous comblerons cette lacune sous peu. A priori nous pouvons affirmer en nous basant sur l'exemple des autres pays que les juifs de la Régence ne forment pas une race anthropologique unique.

Tous les savants d'Amérique, d'Italie, de Russie etc... ont pu démontrer en effet que la race juive est **protéiforme** et prend l'indice cephalique des peuples parmi lesquels elle vit : en Afrique Israël est dolicocephale (tête allongée), au Piémont il est brachicéphale (tête arrondie), à Turin le juif en tout point semblable aux autres Italiens, en Europe slave la tête juive et la tête chrétienne sont semblables. Il est même difficile de différencier les traits des deux grandes branches du peuple hébreu (sépharade et ascheknaje). Il est impossible de reconnaître le juif ni par l'indice cephalique ni par le nez, ni par le teint ni par les sourcils ni par l'épaisseur des lèvres etc.

Il reste cependant « l'expression du ghetto » vestige des souffrances. On note aussi que les juifs sont petits de taille là où ils souffrent : en Italie ils sont plus grands qu'en Russie. Ainsi comme le Musulman auquel il ressemble anatomiquement à cause du voisinage le Juif n'appartient pas à une race pure.

En conséquence anthropologiquement et historiquement les deux « races sœurs » arabe et hébraïque n'existent plus, comme de nos ours il n'y a plus de « race française » anthropologiquement pure, mais vit et prospère un « peuple français », une « nation française ».

Biologie judéo arabe

La vie de relation est différente chez le peuple d'Ismaël et le peuple d'Israël en Tunisie.

Disons d'abord que **l'Israélite** qui est surtout **urbain** est semblable au **Mahométan** quand il est par hasard **citadin** : tous deux alors sont **hypersensibles** et à la chaleur, à la douleur, au toucher, mais la supersensibilité est plus exquise, plus **angoissée** chez le Juif.

La **Musulmane** et la **Juive** plus douillette se ressemblent quant à la manifestation extérieure et **bruyante** de la sensibilité.

Le **Bédouin** est d'une **insensibilité** admirable qu'on peut utiliser dans les interventions chirurgicales sans anesthésie.

La vie de **reproduction** est active chez « les disciples du Coran et de la Bible ». La puberté et la ménopause sont précoces. La virilité est excessive et disparaît tardivement. La fertilité féminine est très grande. La vie sexuelle est plus réglée chez les juifs, grâce aux prescriptions rituelles du mosaïsme si sévère et si rigide pour ses adeptes fidèles (Scialom, Hygiène rituelle juive et musulmane, Revue de Médcine et d'hygiène tropicales).

Démographie ismaëlite et israélite

Les Musulmans sont numériquement stationnaires, malgré le mariage précoce, la polygamie, la sexualité mâle, la fertilité féminine. C'est que la mortalité infantile musulmane est excessive (entente). La syphilis, la tuberculose, la variole, les maladies infectieuses et contagieuses font des ravages par fatalisme ou ignorance. La résistance adulte semble plus grande parce qu'il y a sélection naturelle.

L'Israélite au contraire augmente en nombre partout où il se trouve, parce que sa mortalité infantile et générale et moindre. Il lutte contre le mal, parce qu'il tient à la vie, parce qu'il a une confiance aveugle en la science. Il fait appel souvent aux praticiens et aux consultants. Il recherche les vaccinations et revaccinations. Il comprend plus facilement que l'Ismaëlite l'isolement. Il n'hésite pas à se faire opérer par les chirurgiens « cotés ».

Les célibataires sont plus fréquents parmi les Israélites qui ont peur des responsabilités que chez les Musulmans imprévoyants. La polygamie juive est très rare, c'est qu'une amille coûte cher à entretenir et le juif est en grande majorité prolétaire (7/8) de plus il st très prévoyant et très calculateur ce qui ne l'empêche pas d'avoir le culte de la famille et de pratiquer la solidarité entre parents beaucoup plus que son concitoyen mahométan insouciant qui se marie, divorce et se remarie facilement.

Les deux mentalités

Si au point de vue physique le Juif et l'Arabe de Tunisie peuvent être rapprochés, il n'est pas de même lorsque l'on essaye de les comparer à leur intectualité et affectivité.

La force d'adaptation est plus grande chez les juifs, naguère « peuple errant » (Sue). Le génie d'Israël est fait de traditionalisme et d'adapta-

tion (Ristelhueber). « Peuple caméléon » (Coliajanni) le peuple juif fait le « pont » entre l'Orient et l'Occident. L'Israélite imite mieux, plus facilement, plus rapidement que l'Ismaëlite.

Le premier s'assimile avec acharnement les cultures de la « gentilité » peut-être mieux que sa propre « culture hébraïque » qui non seulement vaut « l'hellénisme » mais la dépasse par l'originalité **créatrice** de sa **morale** et de sa **justice** sociale.

Israël est plus instruitif, intellectuel, plus cérébral que médullaire : c'est le « peuple du Livre », le « peuple élu », le « peuple sacerdotal », le « peuple missionnaire » (Bible), c'est une « nation-cerveau » (Dr. Couchoud).

Israël est plus dynamique, plus évolutif (Maurice Uzan), plus frénétique (Prof. Durel), plus réalisateur.

Le Juif tunisien a plus le culte de l'étude et le culte de la famille, qualités cachées (Prof. Ch. Noël).

Il est plus prudent, plus prévoyant (Prof. Lapie). Il est plus soumis aux lois locales, plus reconnaissant envers la nation hospitalière et la nation protectrice.

L'Israélite a l'esprit critique plus développé. Il a le sens du relatif. Son humour est pamphlétaire : il n'a pas d'autres armes pour venger son honneur bafoué par les majorités persécutrices.

S'il est pessimiste quant au présent, il est d'un optimisme « béat » et d'un pacifisme « bêlant » quant à l'avenir lointain.

S'il est fier de son passé glorieux tout comme l'Arabe, le présent est pour lui éphémère et secondaire :aussi le juif tunisien est peu élégant, il a l'air débraillé, c'est qu'il est pressé, il est à la poursuite du lendemain. Israël est anxieux, inquiet, phobique de ce que lui réservent les hommes si « méchants » et son Dieu si « jaloux ».

Chaque Etat, chaque peuple a « le juif qu'il mérite » (Leroy-Beaulieu). L'Israélite est en effet le thermomètre du libéralisme de la nation hospitalière.

Israël est loyal envers sa patrie de naissance même quand elle le persécute, comme un enfant aime sa mère même indigne, car il se considère de par sa doctrine si particularitste et si universaliste comme solidaire de ses semblables, de l'Humanité, de toute la Création. Il se sent le « collaborateur », l « associé », l' « allié » de son « Dieu », Roi des rois, Maître de l'Univers.

La civilisation tunisienne « musulmane et juive » ne s'explique ni par

la race si complexe ni par la religion si muable, malgré ce que l'on pense (Lapie).

Tout s'explique dans la vie sociale des Juifs et Musulmans de Tunisie par leur état d'âme.

L'Arabe est absorbé par le passé et le Juif par l'avenir. Aussi les Musulman est-il moins actif, car pour agir il faut désirer ,prévoir, former un projet et avoir la volonté pour réaliser.

L'Arabe particulièrement le Bédouin est impulsif, instinctif. Il ignore l'avenir : c'est un bon enfant. S'il ne semble pas loyal : c'est qu'il est imprévoyant. S'il manque de parole, s'il laisse protester une traite, c'est qu'il n'est pas préoccupé par l'avenir : c'est la ruine qui l'attend et qu'il accepte presque avec indifférence.

L'Arabe est généreux, hospitalier, charitable par imprévoyance. Il est rêveur du passé plus que d'espoir dans l'avenir. Il a le culte du vieux. Il vit dans le passé : la puissance des souvenirs fait qu'il n'oublie rien, ni le bien ni le mal.

L'âme juive au contraire, orientée vers l'avenir, calcule sans cesse non par instinct mais par volonté. Voulant assurer l'avenir, le Juif semble cupide et égoïste, s'il n'est pas antipathique par son arrivisme, il est agaçant par sa prévoyance.

Ismaë est charitable par justice sociale, par raison, par devoir autant que par pitié aussi l'est-il naturellement, régulièrement, mathématiquement, il doit la dîme aussi son aumône n'est pas impulsive ou ondullante et oscillante, elle est régulière, continue, prévue.

La solidarite humaine, la fraternité universelle sont des prévisions et font partie de sa doctrine, l'hébraïsme si libéra et de son système de vie, le Mosaïsme si rigide.

Israël semble indifférent au présent, il paraît oublier le passé, aussi pardonne-t-il facilement les injures qu'il a reçues, pratiquement il est plus « évangélique » que les chrétiens modernes. Ce n'est pas par lâcheté qu'il oublie l'offense puisqu'il l'excuse de la même façon les injures qu'il a faites.

On voit en Tunisie avec quel empressement il donne du travail aux infirmières et aux marchands de gâteaux originaires de Russie, persécutrice de ses coreligionnaires, de ses frères, de son peuple.

La péoccupation de l'avenir fait aussi que le Juif semble n'avoir que le culte de l'argent, maladie d usiècle, c'est que l'argent est une arme puissante dans la lutte pour la vie et c'est un bien qu'on peut cacher en cas de danger.

Il a autant pour ne pas dire plus le respect de l'intelligence qu'il enrichit par l'instruction et la méditation.

L'observation, la réflexion, l'aspect de « né vieux », les rides de la vieillesse précoce, l'attitude pensive, l'état douloureux et dépressif, son rire bruyant et agaçant, l'impression de ruse dissimulée, de méfiance contenue sont les vestiges des persécutions de la vieille et des préoccupations du lendemain.

Si la **poésie** arabe est gracieuse et légère, c'est que le Musulman est heureux et fier de son passé. La poésie juive est profonde et morale c'est que l'Israélite est inquiet de l'avenir qu'il veut meilleur.

Le Juif pense mais sait **chanter** ses souffrances. Dans sa **vie sociale** il a fallu à l'Israélite vivre coûte que coûte malgré l'ambiance hostile. Il a du se recroqueviller, se cristalliser grâce au ghetto. Il n'a pu que copier presque fidèlement au point de vue **physique** le modèle arabe. Il a emprunté la **langue** du milieu ambiant et a formé le jargon judéo-arabe plus adapté à sa vie. Le patois de la Hara (ghetto de Tunis) est riche en mots arabes et hébraïques modifiés et en mots français, italiens, espagnols. L'Israélite tunisien n'a pu étudier la langue arabe faute d'écoles et de maîtres, refusés d'ailleurs par les arabes. Il a emprunté aux musulmans leur **nourriture** en l'adaptant à son rituel alimentaire, leur **vêtement** quand le gouvernement théocratique arabe l'a permis : le juif en effet ne pouvait se coiffer de la chéchia rouge. L'Arabe ne tolérait que la chéchia blanche pour les Juifs dit portugais, c'est-à-dire d'origine européenne et la chéchia noire pour les Israélites sujets tunisiens.

Le disciple de Moïse a **habité** comme celui de Mohamed. Ce n'était pas pour avoir un gynécée, un harem mais pour ne pas attirer la convoitise du milieu non-juif alors hostile et persécuteur. C'était de **l'adaptation** et de la **prudence,** deux qualités éminemments juives, qualités qui appariennent aussi aux chrétiens dans les pays où ils sont en minorité : le Grec et l'Arménien en Turquie par exemple et en temps de guerre dans les régions envahis par l'ennemi victorieux.

L'assimilation **extérieure** de l'Israélite et de l'Israélite est aussi complète que possible .Ce n'est pas seulement par **souplesse** du caractère et par force d'adaptation, c'est surtout par manque d'originalité, le juif n'ayant pas le temps et l'arabe ne voulant pas cette ssimilition sans conversion.

Si l'aristocratie arabe est **agricole** par habitude, par empirisme, c'est qu'elle jouit de la sécurité et si l'aristocratie juive est financière c'est par

calcul et par prévoyance. Elle n'est pas ambulante d'où son patriotisme et son loyalisme (Rolt Weller).

La prétendue supériorité du juif « portugais » sur le juif « tunisien » est due à la prévoyance plus grande du premier et à son assimilation européenne et chrétienne, le second étant moins économe imitant en cela et dans les manifestations extérieurs du culte, son concitoyen musulman.

La **vie économique** juive se ressent de sa prévoyance. Israél spécule parce qu'il calcule et parce qu'il a confiance en l'avenir qu'il sait prévoir : « tout enfant d'Israël est prophète » disent ses livres sacrés.

Sous l'influence européenne, l'**assimilation,** l'adaptation se fait de l'extérieur à l'intérieur, du physique au mental : d'abord le mobilier puis le costume, ensuite la maison enfin la nourriture.

Le Juif plus prévoyant, plus dynamique, plus frénétique est un précorseur et un trait d'union. Le sentiment de **famille** est plus développé chez le Juif qui demande surtout des enfants, du pain ensuite, du plaisir si l'on songe.

Chez l'Arabe c'est l'inverse : du plaisir surtout, du pain ensuite, des enfants s'il plait à Dieu. Les **mariages mixtes** étaient rares : ils ne peuvent être réguliers pour l'Israélite que s'il y a conversion au mosaïsme du conjoint « gentil » et pour le Musulman que si les enfants sont élevés dans la religion coranique.

Le respect de l'homme pour la **femme** commence à entrer dans les mœurs. La femme arabe a osé élevé la voix contre le voile et la séquestration dans le gynécée. **Une campagne** sourde commence à se faire jour contre la disparition de la chéchia, le fez qui se transforment déjà en béret alpin.

La femme ne recherche plus l'embonpoint d'antan. Il y a certainement une évolution rapide israélite et lente arabe. N'y a-t-il pas aussi une influence du milieu sur l'Européen qui s'africanise, s'orientalise, s'islamise, se judaïse pendant que les sémites tunisiens s'européénisent, s'occidentalisent, se christianisent ?

La conception de DIEU est basée aussi sur la mentalité des groupements ethniques de Tunisie, Dieu est transcendant, il est tout pour l'Arabe qui n'a plus besoin de prévoir et réalise ainsi la paix. Dieu est, avant tout, l'Ineffable, le Mystère pour le Juif qui garde ainsi son libre arbitre et son besoin d'activité alors que le Dieu des chrétiens semble réaliser surtout le besoin d'amour.

Le **prêtre** chrétien est délégué de Dieu, le prêtre musulman représente

les hommes devant Dieu, Israël tout entier est le peuple sacerdote : les Lévi et Cohen gardent encore crtaines prérogativs cultuelles.

L'église est la maison de Dieu. La **mosquée** est une maison la **synagogue,** maison de prière peut être privée, une chambre dans un appartement mais elle est aussi et surtout la maison du peuple où se discutent les intérêts de la communauté.

L'**art** tunisien est rudimentaire c'est que l'arabe n'aime pas organiser et le juif n'a pas le temps : il doit vivre d'abord.

Un art spécial à Israël et au juif tunisien en particulier est **l'humour.** L'humour juif tire son origine du contraste qu'Israël constate entre sa conception optimiste de l'avenir, son intuition synthétique de l'univers, son idéal et spiritualiste et la relativté de la vie humaine.

Il raille autant ses adversaires que ses amis.

Il se moque de lui-même. L'ironie est chez lui une seconde nature. Elle est incurable, pamphletaire, insolente, irrespectueuse. Mais Israël a le remords de ses moqueries. Instinctivement il a le don de la synthèse, il est invinciste. Il passe son temps à méditer et à analyser et s'aperçoit que l'homme a la tête aux cieux et les pieds dans la boue et le cœur entre ciel et terre d'où son idéalisme et son esprit critique, son spiritualisme et son activité réalisatrice, son universalisme si fraternel et son particularisme si rigide.

Ainsi la **vie sociale** s'explique par la psychologie : le passé absorbe l'Arabe, l'avenir inquiète le Juif. Sous l'égide de la France et à l'école du respect mutuel, les races spirituelles fraternisent et s'humanisent (Bernelot-Moess) Sur ce terrain l'Israélite semble avoir dépassé même l'Européen dont le besoin d'amour n'a pu vaincre encore l'hérédité chevaleresque et belliqueuse.

Nous allons voir comment les mêmes principes dominent et expliquent la pathologie des différentes collectivités humaines qui peuplent la Tunisie et leur conception de la médecine et du praticien.

Pathologie tunisienne

Toute chose d'ailleurs, à égalité sociale près le Juif tunisien fait appel au médecin incontestablement plus que l'Arabe et même plus fréquemment que l'Européen d'origine chrétienne. Ceci s'explique encore plus par la psychologie que par la race, puisqu'il y a des « races juives » (Benjamin Crémieux), des « races musulmanes » (Bertholon) et des « races chrétiennes », des « races européennes ». C'est qu'Israël croit en la science

qui doit passer avant la religion, avant la doctrine, avant la « Loi ». C'est qu'Israël a confiance en l'avenir qu'il suppose meilleur, grâce à l'action réalisatrice. C'est qu'Israël a foi en la vie qui est précieuse parce qu'elle réalise son besoin d'activité et de progrès. C'est qu'Israël érige en Loi l'action qui est sanctifiée comme le repos hebdomadaire. C'est qu'Israël a divinisé la justice et la persévérance qui conduisent au succès final. C'est qu'Israël a proclamé le principe de causalité : « œil pour œil, dent pour dent » qui trouve son confirmation éclatante dans les lois de l'hérédité : ce déterminisme scientifique ne l'empêche pas d'être pour le libre arbitre d'où sa lutte active et précoce contre le mal.

Le Musulman fataliste laisse agir Allah pour lui. Bien que le Coran plein d'enseignement précieux, prescrive de ne pas habiter une ville sans médecin, bien que le Coran enseigne à ses adeptes qu'Allah a créé le spécifique avant le mal, bien que le Coran proclame que l'on doit s'aider pour obtenir le secours du Ciel, Ismaël fait rarement appel au médecin.

Le Sage arabe enseigne de ne jamais se gaver ou se rassasier, que tous les maux ont comme point de départ l'estomac, et cependant les repas musulmans sont toujours excessifs par gourmandise, générosité et hospitalité. Le grand prophète Mahomet ordonne de s'abstenir d'alcool, ses disciples bravent les décrets d'Allah tout puissant et du gouvernement absolu et théocratique pourvu qu'ils jouissent du moment présent : fiers de leur passé, ils ignorent l'avenir qu'ils ne veulent prévoir. L'Ismaëlite abuse du thé, du café, du tabac, des épices, des excitants, des rapports sexuels, de la polygamie qui est réglementée cependant et qu'il a transformée en harem, croyant ainsi avoir un avant goût du Paradis arabe où comme toujours le Musulman, évitant tout effort, n'a qu'à se laisser vivre de la vie éternelle.

Grâce à l'influence occidentale, nous voyons le Juif émancipé devenir plus calme, le Musulman évolué être plus prévoyant.

Quoqu'il en soit dès que les Pouvoirs publics conseillent les vaccinations c'est l'Israélite qui commence (Loir) : pas de variole juive.

Alors que dans les quartiers arables et les quartiers européens indigents c'est à peine si l'on accepte la vaccination obligatoire même et surtout en temps d'épidémie, l'Israélite envahit l'Institut Pasteur, le bureau municipal d'hygiène pour se faire vacciner conre la diphtérie, la tuberculose, la fièvre méditerranéenne, la fièvre tiphoïde. Le Juif est un client encombrant et fidèles des gouttes de lait, des dispensaires. En voulant se mettre rapidement à la page, en voulant se moderniser ou s'europééniser trop vite, il perd quelques unes de ses qualités ethniques si précieuses :

la juive doit continuer à être une mère exemplaire et pratiquer l'allaitement maternel qui est traditionnel.

Pour s'instruire et se soigner le Juif ne recule devant aucun sacrifice : la ruse, le mensonge, les dettes c'est que, comme dit la Bible : « un chien vivant vaut mieux qu'un lion mort ».

Tout est activité, frénésie, dynamisme chez le Juif.

Son idéal est Jéovah, l'Eternel vivant et juste qui est au devant de lui tel un guide qui attire, tel un phare qui éclaire alors que le Dieu chrétien charitable est avec son disciple, est en lui, et Allah tout puissant plane majestueux au-dessus du Musulman.

Le Juif semble courir derrière son Dieu, derrière son idéal, à la poursuite de l'avenir qui est pour lui radieux, meilleur que le présent, supérieur au passé. Cette course vers l'idéal est bruyante pendant la prière comme durant la maladie.

L'Israélite semble courir derrière la guérison comme derrière la fortune, deriée le but qu'il pousuit avec pesévérance et bruyamment. Il semble désordonné parce qu'il est pressé. Le Musulman dit : « pressé comme un enfant d'Israël ».

Si le Juif tombe, il semble surpris désagréablement, mais il se relève rapidement tout seul, confiant en l'avenir, en son Dieu bienveillant et paternel.

Quand Israël est religieux, pratiquant, il semble piétiner sur place : « il danse autour de l'arche sainte » mais il continue sa course spirituelle derrière son Maître qui est son guide, son conseiller, son associé.

Iavhé lui a promis par ses prophètes l'ère messianique pacifique, fraternelle.

Le but juif est lointain et ne sera atteint que si tous les peuples en seront dignes, lorsqu'Israël les aura instruit par l'exemple et non par la conversion.

Le Musulman se contente du passé et de Mahomet : il n'a pas de but à poursuivre, il n'attent pas d'autre prophète.

Le Chrétien a eu déjà son Messie : il a atteint son idéal.

Le Juif l'attend encore parce que son idéal n'est pas encore réalisé ; aussi Israël lutte, agit et s'inquiète.

Quand le Juif guérit d'une maladie il n'est pas encore tranquille, il ne dort pas sur ses lauriers, il ne connaît pas le repos, il a la phobie anxieuse, angoissée, angoissante des **complications**, il devient facilement un persécuté persécuteur verbal de la famille médicale : jamais il n'est criminel.

Si Israël a une confiance aveugle en la Science, comme en son Dieu

juste : il a une **confiance soupçonneuse** en ses médecins qui sont toujours nombreux comme il a eu une **confiance relative** même en son plus grand prophète et législateur Moïse auquel il a imposé la constitution de Jéthro et le Conseil des 60 Anciens.

Cette course réalisatrice vers l'avenir fait aussi que le Juif ne prend jamais de **retraite.** Il meut à la tâche, mécontent de n'avoir fait plus et mieux. Le Juif est un surmené, un essoufflé, un dyspneique, un hypersténique, un hypertendu (Uzan), un émotif, un anxieux, un inquiet, un persécuté.

La **tuberculose** est très répandue en Israël, par misère physiologique, par paupérisme mais elle est plus bénigne que la bacillose arabo-chrétienne, parce que l'Israélite lutte ardemment contre le mal, obéit à la science tout en discutant l'homme de l'art, parce qu'il a une hygiène alimentaire rituelle rationnelle, parce qu'il lave son logis à grande eau (Loir Adrien) et surtout parce qu'il est vacciné comme tous les citadins (Sanarelli), parce que c'est une maladie ancienne, chez lui donc devenue bénigne spontanément comme la lèpre et la syphilis qui étaient si graves au moyen-âge, parce que c'est une maladie du taudis, or les **ghetti** étaient des taudis collectifs. Le Juif croit que la **contagion** tuberculeuse n'existe qu'entre consanguins et à la minute du décès : c'est le culte de la famille qui l'emporte sur la prévoyance.

Au contraire la **syphilis musulmane** et les **maladies vénériennes** chez les Mahométans sont fréquentes parce que ce sont des maladies qu'Ismaël ne cherche pas à éviter. La syphilis est « sultane », « kébir », c'est une maladie aristocratique.

La gonococcie est « dépurative » donc souhaitable.

Les Musulmans ne font rien pour les éviter ou pour les traiter : c'est toujours le manque de prévoyance, la politique du moindre effort c'est « écrit », c'est aussi l'indifférence devant l'infirmité, la douleur, la mort d'ou le stoïcisme, le courage, la témérité arabes dignes de tout éloge en cas d'opérations chirurgicales ou militaires.

La **syphilis nerveuse,** apanage de la civilisation, est plus fréquente chez les Juifs parce que ceux-ci forment un vieux peuple évolué. On commence à peine à voir du tabès et de la paralysie générale arabes comme on l'a constaté récemment au Japon nouvellement appelé à la civilisation occidentale.

Les formes **nerveuses** et **mentales** de toutes les infections sont plus juives que musulmanes. Les tableaux morbides sont plus alarmants et plus riches en symptomaologie chez les Juifs qui toujours préoccupés par

l'avenir sont des émotifs, des phobiques, des inquiets. Il faut savoir faire le départ dans les associations morbides **névroso-organiques** dans la pathologie juive et urbaine.

La maladie constitutionnelle tunisienne aussi bien arabe que juive est le **diabète :** c'est la maladie de la bourgeoisie indigène qui est neuro-arthritique comme la race anglo-saxonne (Dieulafoy). Les Indigènes tunisiens sont en plus, plus sédentaires que les Européens. Leur alimentation est à base de sucreries qui remplacent l'alcool européen et de féculents qui remplacent la viande et les œufs plus indigestes et plus toxiques dans les pays chauds et durant la saison estivale qui est plus longue en Tunisie qu'en Europe.

La **goutte,** au contraire, est inconnue parmi les autochtones israélites et mahomoétans.

Avec la civilisation elle commence à apparaître chez l'Indigène évoluée de plus en plus carnivore et alcoolique.

Le Juif accepte plus facilement les **régimes** et les cures thermales. L'Arabe commence lui aussi à en comprendre l'importance et permet même à sa femme de partir en Europe où généralement elle adopte le costume français et supprime le voile comme l'homme arbore ostensiblement le chapeau, boit du Champagne, fume le cigare et la pipe tout comme un Israélite assimilé, évolué, émancipé ou un chrétien européen pour les particularismes desquels les ancêtres n'avaient que du mépris, dédain d'ailleurs réciproque. C'est une preuve de plus que la civilisation est partout en continuel devenir et que rien n'est définitif.

Je vois les temps proches où Européens libérateurs et Africains ressuscités fraterniseront grâce à l'instruction rationnelle (histoires et sciences naturelles) et aux institutions libérales et égalitaires.

Je vois les beaux paticularismes culturels collaborer pour l'universalisme social, l'Arabe encore mineur devenir moins distrait, le Juif vieux mais d'une ardeur juvénile devenir moins inquiet grâce à l'Occident adolescent, émancipateur, pacificateur, victorieux, et en plein épanouissement.

La Tunisie Médicale

SEPTEMBRE-OCTOBRE 1929

TRAVAUX ORIGINAUX

L'urétrite herpétique

Preuve expérimentale de son existence

par les Drs P. DURAND et R. DELEUIL

Du groupe assez mal connu des urétrites non gonococciques se détachent les cas où une maladie habituellement cutanée ou cutanéo-muqueuse s'est attaquée à l'urètre. Ainsi font parfois le lichen plan, l'herpès; mais cette éventualité paraît rare car la plupart des traités classiques d'urologie gardent sur ce point un silence complet, tandis que certains, tel celui de Desnos se contentent de signaler le fait.

Et pourtant l'urétrite herpétique mérite d'être mieux connue, ne serait-ce que pour pouvoir rassurer le porteur et appliquer la meilleure thérapeutique, c'est-à-dire l'abstention.

C'est à Bethmann que l'on doit d'avoir attiré l'attention en 1902 sur la possibilité pour l'herpès des organes génitaux externes d'aller essaimer ses vésicules à l'intérieur de l'urètre, provoquant ainsi un écoulement et des symptômes douloureux, similateurs de chaude pisse, Il signale l'absence de gonocoques dans l'écoulement, voit à l'uretroscope les ulcérations herpétiques et constate la guérison très rapide.

Après le travail de Bethmann, un certain nombre d'observations analogues sont publiées, parmi lesquelles nous en citerons une d'Achard. Mais c'est sans doute l'école lyonnaise de l'Antiquaille qui s'est le plus intéressée à cette affection (peut être parce que l'un de ses maîtres y est sujet) et l'article le plus documenté sur la question est celui de Nicolas, Gaté et Papacostas (Journal de Méd. de Lyon 1923). Les auteurs insistent sur les caractères suivants:

1° Suintement séro-gommeux ou muqueux à formule entologique épithélio-polynucléaire, sans éléments microbiens figurés.

2° Douleurs spontanées et à la miction, s'irradiant parfois au périnée, aux cuisses, exceptionnellement à la partie inférieure des jambes.

3° Caractère récidivant de ces manifestations urétrales qui coïncident le plus souvent avec des poussées d'herpès cutané, génital ou autre, mais qui parfois alternent avec les déterminations non urétrales de la maladie.

4° L'urétrite herpétique guérit spontanément en quelques jours ; elle demande surtout à ne pas être inutilement irritée.

Si cliniquement l'urétrite herpéique est bien caractérisée, elle n'a pas encore fourni sa preuve expérimentale et pourtant, depuis quelques années à la suite des travaux des Gruber, Löwenstein. Doerr Georges Blanc, Levaditi, Nicolas, etc., le contenu de vésicules herpétiques développées dans les régions les plus diverses, à l'exception de l'urêtre, a été inoculé au lapin et a déterminé chez cet animal le syndrôme Kérato encéphalique classique.

L'observation suivante, typique du point de vue clinique est accompagnée d'expériences positives d'inoculation au lapin.

M. de X. est connu de l'un de nous comme sujet à des éruptions d'herpès tantôt génital, tantôt labial. Il a terminé une période d'exercices militaires mais aussi extra-conjugaux par une journée de chasse longue et pénible. Ayant déposé son fusil et ôté ses bottes, il est pris de frisson de céphalée et d'une fièvre telle qu'il croit à un accès de paludisme. Le lendemain, vésicules d'herpès sur les lèvres. Après deux jours de fièvre continue et de courbature tout rentre dans l'ordre et le réserviste réintègre ses foyers.

Quatre à cinq jours après la fin de la fièvre précédente apparaît sur le gland une petite ulcération et le malade ressent dans le canal de l'urêtre des picotements qui s'exagèrent au moment des mictions. Peu rassuré, il va consulter l'un de nous. L'ulcération assez douloureuse est peu profonde, à fond assez propre, sans induration nette; mais il y a une adénopathie non douteuse et même une roséole trop particulière et trop précoce pour ne pas être émotive qui vient témoigner surtout de l'inquiétude du malade.

Il n'y a pas de sécrétion urétrale. L'interrogatoire éclaire peu le diagnostic; les renseignements chronologiques sont trop nombreux et permettent toutes les durées d'incubation possibles ; d'autre part, il n'a pas été remarqué de stade vésiculaire précédant l'ulcération.

Le malade est dirigé sur l'Institut Pasteur aux fins d'examen bactériologique. Absence de tréponème et de bacille de Ducrey. Le malade insistant à nouveau sur les sensations de brûlure urétrale, on essaie d'obtenir une goutte, d'abord sans succès. Mais à la suite d'une pression un peu forte sur l'urêtre, le malade éprouve une douleur assez vive, comme si quelque chose s'était crevé dans le canal et il vient sourdre au méat. une très grosse goutte, grisâtre. filante, contenant de très nombreux polynucléaires, des cellules endothéliales, sans aucun microbe. Les cultures de cette goutte sur milieux divers furent d'ailleurs négatives tant au point de vue gonocoque que streptobacille. Une portion de la goutte est inoculée par scarification à la cornée d'un lapin.

Aucun traitement n'est institué, et le malade est revu quelques jours après complètement guéri.

On peut résumer son histoire clinique de la façon suivante : fièvre herpétique accompagnée d'herpès labial, et suivie d'adémopathie, d'herpès du gland et d'urétrite herpétique.

***

Le lapin inoculé à la cornée avec la goutte urétrale présenta au bout de quatre jours une opacification légère. Celle-ci devint de plus en plus intense en même temps que la température de l'animal s'éleva à plus de 41. Le huitième jour apparaissent des signes nets d'eucéphalite: rotation de l'animal du côté inoculé, puis paralysie avec mouvements convulsifs des quatre membres, mâchonnement. La température s'abaisse vers 30° (au-dessous de la température normale du lapin) et l'animal meurt le 11e jour. Le cerveau prélevé sert à faire des passages divers qui permettent de reproduire par inoculation à la cornée une Kératite suivie d'eucéphalite mortelle, d'obtenir cette même eucéphalite, mais avec une évolution plus rapide, par inoculation cérébrale directe, enfin d'observer la conservation très prolongée de la virulence du cerveau mis dans la glycérine et à la glacière.

Ce sont là les caractères essentiels du virus herpétique ou herpéto-eucéphalique.

Cette série d'expériences démontre donc de façon certaine l'origine herpétique de l'urétrite..

La Tuberculose

par le Dr HENRY (de Tunis)

L'étude biologique, clinique, thérapeutique et médico-sociale de la tuberculose fournit sans cesse à l'émulation des chercheurs, un vaste champ d'investigations nouvelles.

Sans prétendre donner ici un aperçu complet de tous les travaux parus récemment, il ne semblera peut-être pas inutile, une fois encore, de mettre au point l'état de nos connaissances en ce qui concerne le bacille, les faits cliniques, la prémunition, et quelques méthodes de traitement de l'infection tuberculeuse.

I. - Bacille et ultra - virus

De 1882 à 1923, on ne connut au bacille tuberculeux qu'une forme bactérienne, acido-résistante, exigeant pour sa culture, des milieux glycérinés ou des mélanges synthétiques compliqués. Bien des points cependant restaient obscurs. Le liquide de la pleurésie séro-fibrineuse, généralement amicrobien à l'examen direct, donnait des cultures sur les milieux de Vetter ou de Pétroff. Les abcès froids, le lupus sans bacilles visibles dans la majorité des cas, donnaient des inoculations positives.

Au cours des pneumonies ou des broncho-pneumonies caséeuses l'examen bactériologique était souvent négatif ou alternativement positif, puis négatif.

Des travaux parus ces dernières années ont mis en évidence, dans les cultures de bacille de Koch et dans les produits pathologiques tuberculeux, la présence d'éléments capables de traverser les bougies de porcelaine et de provoquer chez le cobaye des lésions contenant des bacilles acido-résistants avec tous leurs caractères morphologiques et tinctoriaux connus (1).

(1) J. DUMONT. — Le virus tuberculeux mycélienes. Formes filtrantes (« Paris Médical », 28 avril 1928).

A. CALMETTE. — Les éléments filtrables du virus tuberculeux (« Revue de la Tuberculose » N. 5, octobre 1928).

J. VALTIS. — Les éléments filtrables du bacille tuberculeux (« Paris Médical » , N. 12, 12 janv. 1929).

G. PAISSEAU, J. VALTIS et A. SAENEZ. — Importance de l'étude des éléments filtrables dans la pathogénie et le diagnostic de la Tuberlose (« Presse Médicale N. 12, 9 février 1929).

En 1895, *J. Strauss*, signalait la présence dans les bacilles tuberculeux de corpuscules chromophiles que *Much* en 1908 décrivait comme granulations gramophiles ayant les caractères des lipoïdes.

En 1910, *J. Fontès* (de Rio de Janeiro) cherche à séparer ces granulations des formes bacillaires en filtrant, sur bougie Berkfeld le pus d'un ganglion caséeux de cobaye inoculé avec des produits tuberculeux humains.

Le filtrat obtenu fut divisé en deux parties. Dans l'une l'examen microscopique, même après centrifugation, ne peut déceler aucun élément colorable au Ziehl.

L'autre partie du filtrat fut inoculée sous la peau de la cuisse de plusieurs cobayes. Quinze jours plus tard, l'un de ceux-ci présentait un léger engorgement ganglionnaire inguinal, dans les frottis desquels il n'y avait ni granulations ni bacilles.

Une partie de la rate de cet animal fut inoculée à deux autres cobayes. L'un sacrifié au bout d'un mois avait des ganglions tuméfiés dans la zone d'inoculation et ces ganglions contenaient des granulations acido-résistantes,sans bacilles.L'autre cobaye succomba au bout de 5 mois. Des frottis de ganglions inguinaux contenaient en petit nombre des bacilles acido-résistants caractéristiques. Fontès conclut que les granulations de Much pouvaient traverser les bougies et produire des bacilles de Koch typiques sans lésions apparentes.

En 1912, *Philibert* (1) reprit sans succès les expériences de Fontès. *Jousset* (2) dans son travail sur les tuberculines avait signalé que malgré toues les précautions prises pendant la filtration, les bougies peuvent passer certains éléments virulents.

Mais c'est seulement en 1922 que *A. Vaudremer* (3) étudiant les varations de l'acido-résistance du bacille de Koch dans les cultures en milieu très pauvre en matières azotées, constata des formes atypiques et non acido-résistantes du bacille et parmi celles-ci l'existence d'éléments filtrables sur bougies.

En collaboration avec *Handuroy* (4). Vaudremer en filtrant des

(1) PHILIBERT. — « Bull. de la Soc. d'études scientifiques sur la Tuberculose », 1er déc. 1912.

(2) A. JOUSSET. — « Revue de la Tuberculose », N. 5, 1914.

(3) A. VAUDREMER. — Le Bacille Tuberculeux (« Les Presses universitaires de France », 1 vol. 212 p., 1927.

(4) HAUDUROY et VAUDREMER. — « C. R. Soc. de Biologie », 22 déc. 1923.

cultures sur pomme de terre — eau paptonée glycérine, obtint des cultures formées de filaments très fins et repiquables en séries.

Des constatations analogues ont été faites par *Bezançon* et *Hauduroy* (1).

En avril 1923, *J. Valtis* (2) dans le laboratoire du Prof. A. Calmette répéta les expériences de Fontès et montra que les résultats obtenus par le savant brésilien étaient exacts.

En s'entourant de précautions minutieuses (bougies neuves, instruments neufs) l'auteur constata que dans le pus d'une ganglion mésentérique caséeux provenant d'un singe mort de tuberculose, dans le produit de broyage de ganglions trachéo-bronchiques prélevés sur un enfant tuberculeux, dans les crachats bacillifères préalablement antolysés et aussi dans les cultures en milieux liquides glycérinés ou dans les voiles de cultures très jeunes, il *existe des éléments virulents filtrables, invisibles au microscope, ne donnant pas de cultures sur les milieux usuels, mais qui, inoculés au cobaye déterminent des lésions ganglionnaires, généralement discrètes, sans tubercules visibles. Dans ces lésions, plus apparentes aux ganglions, trachéo-bronchiques, on trouve, en cherchant avec attention, des bacilles de Koch typiques, acido-résistants.*

Ces faits ont été confirmés par les recherches de *F. Arloing* et *Dufourt* (3), *de Arloing, Dufourt* et *Malartre* (4), de *Durand* puis de *Durand* et *Charchanski* (5).

Ils ont été vérifiés par des expérimentateurs italiens, roumains, russes, allemands, américains, etc. (6).

---

(1) BEZANÇON et HAUDUROY. — « Revue de la Tuberculose », N. 5 juillet 1914.

(2) J. VALTIS. — « Revue de la Tuberculose », N. 2 1924 et « C. R. Soc. de Biologie » 12 et 25 janv. 1924

(3) F. ARLOING et DUFOURT. — Les formes invisibles et filtrantes du virus tuberculeux (« Clinique et Labor. » juillet 1926).

(4) F. ARLOING, DUFOURT et MALARTRE. — Variations morphologiques et pathogènes du bacille de la Tuberculose (« Paris Méd. 1925 N. 1)

(5) DURAND, puis DURAND et CHARCHANSKI.— «Acad. Médecine» 19 janv. 1926 et « Soc. de Biologie » 16 juillet 1926).

(6) Pour la bibliographie, voir A. CALMETTE. — Les Eléments filtrables du virus tuberculeux (« Rev. de la Tuberculose » N. 5 1928 et J. VALTIS loco cit.

Que sont donc ces éléments filtrables ? Il ne s'agit pas, comme le croyait Fontès, des granulations gramophiles de Much car elles ne se retrouvent jamais dans les filtrats même après une longue centrifugation.

L'infection bacillaire atypique provoquée par les éléments filtrables est due à ce que les germes acido-résistants qui en dérivent, ont une virulence atténuée et une vitalité réduite qui ne leur permettent pas de s'adapter, pour leur culture, aux milieux artificiels.

Toutefois les passages successifs d'animal à animal, renforcent cette virulence.

On ne peut cependant mettre en doute l'identité originelle des bacilles acido-résistants qui dérivent des éléments filtrables et celle des bacilles de Koch, car les animaux inoculés deviennent sensibles (1) à l'intradermo-réaction tuberculinique alors même qu'ils ne présentent aucune lésion anatomique visible, ni tuméfaction ganglionnaire, ni bacilles colorables au Ziehl.

D'autre part, les réinoculations de filtrats de cultures, à intervalles de 25 jours, déterminent un véritable *phénomène de Koch* avec escarres (2)).

***

ULTRA VIRUS ET HEREDITE. — L'intérêt et l'importance considérables que présente la découverte des éléments filtrables du virus tuberculeux, tiennent à ce qu'ils sont susceptibles de passer à travers le placenta pendant la gestation.

En 1925, *A. Calmette*, *J. Valtis*, *L. Nègre* et *A. Boquet* (3) ont fourni la premère démonstration de la possibilité de l'infection fœtale transplacentaire pour les éléments filtrables du virus tuberculeux.

Puis, *F. Arloing* et *A. Dufourt* (4) fournissent de nouvelles preuves en inoculant à un cobaye le filtrat d'un ganglion trachéo-bronchique d'enfant mort de tuberculose. Quelques mois plus tard, l'ino-

---

(1) J. VALTIS, L. NEGRE et A. BOQUET. — « Soc. de Biologie, 30 janvier 1926.

(2) R. DEBRE, LELONG et BONNET. — (« Société de Biologie », 4 décembre 1926).

(3) A. CALMETTE, J. VALTIS, L. NEGRE et A. BOQUET. — (« C. R. de l'Académie des Sciences », 19 oct. 1925.

(4) F. ARLOING et A. DUFOURT. — (« C. R. Acad. des Sciences », 9 nov. 1925 et « Presse Médicale » , 5 janv. 1927).

culation de filtrat de ganglion mésentérique d'un enfant de mère phtisique donne aux cobayes une tuberculose typique.

D'autre part, *A. Calmette, J. Valtis* et *Lacomme* (1) avec l'aide de M. le Prof. *Couvelaire* (2) ont entrepris des recherches sur des enfants provenant de mères tuberculeuses et séparés dès la naissance, ou sur des fœtus extraits par opération césarienne. Sur 26 enfants ou fœtus, 20 ont été trouvés incontestablement infectés par l'ultra-virus, un seul présentait à l'autopsie des lésions de granulie pulmonaire avec bacilles de Koch très abondants.

Les 19 autres enfants ou fœtus ne montraient aucune lésion apparente. Pourtant 5 d'entre eux avaient dans la pulpe des ganglions mésentériques, coronaires ou du hile du foie des bacilles de Koch typiques et *tous* avaient dans leurs viscères et leurs organes lymphatiques des éléments filtrables qui, inoculés au cobaye se retrouvaient à l'état de bacilles de Koch, peu nombreux, mais surtout dans les ganglions trachéo-bronchiques.

La mort des enfants est survenue au cours de l'accouchement où dès les premières semaines après la naissance, parfois sans cause apparente mais avec le *syndrome de dénutrition progressive* décrit par A. Couvelaire.

Cependant, sur 293 enfants ou fœtus expulsés par des mères tuberculeuses, à la Maternité Baudelocque, 258 sont nés vivants, 35 étaient morts-nés ou ont succombé à la clinique et 8 de ceux-ci seulement, présentaient le syndrome de dénutrition progressive. Le déchet à peu près sûrement attribuable à l'ultra-virus serait seulement de 3 p. 100.

Or dans tous les pays, parmi les enfants nés de *mères tuberculeuses et non séparés à la naissance* la mortalité est d'au moins 50 p.100.

Enfin, l'ultra-virus peut conférer à l'enfant qui franchit l'étape dangereuse des premières semaines après sa naissance, une résistance aux réinfections, qui n'est pas négligeable.

Il est maintenant nécessaire d'établir une distinction entre *l'hérédité bacillaire* proprement dite résultant de la transmission directe des formes normales du bacille de Koch, qui est rare, mais fatalement et

---

(1) A. CALMETTE, J. VALTIS et LACOMME (« Presse Médicale », 10 nov. 1926, et « C. R. Acad. Médecine », 15 nov. 1926.)

(2) A. COUVELAIRE. Le nouveau né issu de mère tuberculeuse. (« Presse Médicale » 19 févr. 1927.)

rapidement mortelle pour le nouveau-né, et *l'infection transplacentaire par ultra-virus*, qui paraît beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait.

L'ultra virus a été trouvé dans le pus d'un pyopneumothorax (Weber 1926) dans le liquide de la pleurésie séro-fibrineuse (Nesta 1927) dans les urines de tuberculose rénale (Nélis 1927). Enfin, tout récemment, l'ultra-virus a été décelé dans le liquide amniotique d'un œuf extrait par hystérectomie chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire (1).

« La découverte du virus filtrant tuberculeux pose de nouveau le problème de l'hérédité tuberculeuse et élargit celui du plymorphisme de la tuberculose en ajoutant aux conditions de terrain, la notion des variétés de germe ». (2).

Et l'on peut se demander si, au cours de l'enfance et de l'adolescence, les facteurs habtuels de dégression, les causes anergisantes diverses, ne sont pas à même de faciliter la mutation de virulence de bacilles jusques là inoffensifs issus du contage héréditaire (3).

En résumé, qu'il s'agisse d'hérédité bacillaire (la plus rare) ou d'infection transplacentaire par ultra-virus, les conceptions classiques sont revisées par les travaux de ces dernières années et les facteurs de l'hérédité et de l'hérédo-prédisposition ne doivent plus être négligés dans la tuberculose.

II. - Les formes cliniques

1. — Classifications.

Les aspects de la tuberculose pulmonaire sont polymorphes. Ils résultent du caractère particulier de la maladie aux différents stades de son évolution, ainsi que des réactions spéciales à chaque malade. Aussi, de nombreux auteurs ont-ils proposé des classifications permettant au praticien d'employer des termes entologiques se rapportant aux principales étapes de l'infection.

---

(1) A. CALMETTE, A. COUVELAIRE, J. VALTIS, M. LACOMME et A. SAENZ, (« Académie de Médecine », 30 juillet 1929.)

Voir aussi 6e Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose, Rome 24-29 septembre 1928.

(2) E. SERGENT. Les horizons nouveaux de la Phtisiologie, (« Presse Médicale » N° 57, 15 juillet 1928.)

(3) F. ARLOING et A. DUFOURT. Essai sur l'hérédité du virus tuberculeux filtrant, (« Presse Médicale », 16 juin 1928.)

Les classificaions proposées se divisent en grands groupes :
Les classifications anatomo-pathologiques ;
Les classifications anatomo-cliniques ;
Les classifications radiologiques (1).

A. — LES FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES. — Les auteurs allemands et notamment *Aschoff*, divisent les lésions tuberculeuses du poumon en : *tuberculose productive* caractérisée par la formation d'un tissu de granulation avec nombreux follicules tuberculeux et réactions conjonctives.

Tuberculose exsudative comportant l'apparition dans les alvéoles pulmonaires d'un exsudat fibrino-leucocytaire avec tendance à la nécrose caséifiante.

La forme productive a pour territoire l'acinus, la forme exsudative, le lobule pulmonaire.

M. *Letulle* (2) dont l'ensemble des travaux caractérise les données de l'école française, admet comme lésion initiale la *granulation miliaire* de Laennec, formée de follicules avec cellules géantes caractéristiques. Ce nodule folliculalire n'oblitère pas la cavité alvéolaire, dans laquelle les bacilles peuvent se déverser.

Le tubercule miliaire est différent du nodule folliculaire. C'est un ilôt de broncho-alvéolite bacillaire, dont la bronchiole centrale fut obstruée par de la sérosité, de la fibrine, des cellules fixes qui subissent rapidement la caséification. En se rejoignant, ces nodules peuvent former des lobulites, ou encore s'enkyster. Mais d'ordinaire ils fondent et donnent naissance à des cavernules et à des embolies qui ensemencent le reste du parenchyme pulmonaire.

Les travaux français de ces dernières années ont bien mis en lumière toute l'importance de *la pneumonie tuberculeuse* qui est en réalité une broncho-pneumonie caséeuse pseudo-lobaire.

B. — LES FORMES RADIOLOGIQUES. — Une classification purement radiologique des manifestations de la tuberculose pulmonaire semble bien difficile. Pourtant les auteurs allemands décrivent des aspects radiologiques correspondant aux lésions anatomiques classées par *Aschoff*.

---

(1) CH. TOINON. Les classifications de la Tuberculose pulmonaire (« Gazette des Hôpitaux », N° 18, 3 mars 1928.)

(2) M. LETULLE. Conceptions automatiques actuelles de la Tuberculose pulmonaire, (« Centenaire de la Soc. Anatomig. de Paris »), 16-12-26.)

On sait que les différentes lésions de la tuberculose pulmonaire chronique se traduisent par les voiles des sommets, l'aspect pommelé de parenchyme pulmonaire, les adénopathies hilaires, les modifications de la forme et de la cinétique du diaphragme, les différentes images cavitaires (cercle transparent, image hydro-aérique, aspect en mie de pain ou en nid d'abeilles).

L'aspect radiologique du hile pulmonaire donne souvent lieu à des erreurs d'interprétation.

R. Chaperon (1) a condensé quelques notions fondamentales qui seront d'application courante pour le praticien.

La veine cave supérieure est toujours visible de face en radioscopie, elle a été souvent confondue avec l'aorte descendante.

Les artères pulmonaires donnent des images opaques, toujours visibles, formant la presque totalité de l'ombre hilaire normale.

La trachée et les grosses bronches donnent des images claires dont on doit apercevoir des segments chez les sujets normaux.

Les veines pulmonaires sont invisibles chez les sujets jeunes, normaux. Les entre-croisements vasculaires produisent de petites taches opaques qui disparaissent en position oblique.

Ch. Lestocquoy et *R. Lehmann* (2) ont en outre montré récemment l'insuffisance de la radiographie de face pour le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Parmi les 5 groupes ganglionnaires, le groupe intertrachéobronichique, le plus souvent atteint, est caché derrière le cœur. Le groupe sus-bronchique gauche est masqué par l'ombre de la crosse aortique. L'amas interbronchique gauche est complètement caché derrière l'ombre cardiaque. Seul l'amas sus-bronchique droit est facilement visible, ses ombres arrondies, nettement limitées bordant à droite la clarté trachéale.

Aussi les auteurs préconisent-ils la radiographie en position oblique antérieure drote qui permet l'étude du médiastin notamment à la hauteur des 5e et 6e vertèbres dorsales au niveau desquelles on doit rechercher l'adénopathie trachéo-bronchique.

Si les formes fibro-caséeuses sont aisément décelables à l'ausculta-

---

(1) R. CHAPERON. Etude radiologique du hile pulmonaire et pathologique, (« Paris Médic. », 5 février 1927.)

(2) CH. LESTOCQUOY et R. LEHMANN. L'Etude du médiastin par la radiographie de profil. (« Presse Médicale », 2 mars 1929.)

tion, il est loin d'en être de même pour les formes incipientes, miliaires, pneumoniques ou même cavitaires. *J. Stephani* (1) a montré que la radiographie fournissait dans ce sens les renseignements les plus précieux, que les lésions soient muettes ou mal traduites.

Par contre la radiographie peut ne pas déceler de petites cavernes cachées derrière la clavicule ou un semis pneumonique isolé ou encore des lésions de cortico-pleurite.

C. — LES FORMES ANATOMO-CLINIQUES. — Sans parler des classifications des auteurs étrangers, les classifications françaises les plus complètes sont celle de L. Bard et celle de L. Bernard.

Classification de L. BARD (2). Elle est basée sur le siège anatomique, la distribution topographique et l'évolution des lésions.

Le professeur Bard établit cinq groupes de formes cliniques :

I. — *Les formes parenchymateuses*, localisées ou extensives caractérisées par l'atteinte des lobules pulmonaires (f. fibro-caséeuses, caséeuses, cavitaires fibro-caséeuses, fibreuses).

II. — *Les formes interstitielles.* — Les tubercules, d'origine lymphatique ou sanguinaire, se localisent dans les espaces connectifs périlobulaires ou péri-alvéolaires (granulie généralisée, suppurée, migratice ou discrète).

III. — *Les formes bronchiques.* — (Bronchite capillaire tuberc., bronchite chronique, broncho-pneumonie).

IV. — *Les formes post-pleurétiques.* — Cortico-pleurite, pneumonie pleurogène, symphyse pleurale.

V. — *Les formes d'attente, de localisation indéterminée.* — Ce groupe comprend la typho-bacillose, les états bacillaires subfébriles sans localisation nette, les tuberculoses dites fermées.

Classification de L. BERNARD (3). — Les formes sont séparées en deux grands groupes: f. chroniqus et f. aigues.

I. — *Les formes chroniques* comprennent : la tuberculose ulcéro-caséeuse extensive, type commun de surinfection de l'adulte ; la tu-

(1) J. STEPHANI. Etude radiologique des formes non auscultables de la Tuberculose pulmonaire (« Bulletin Médic. », 1929.)

(2) L. BARD. La tuberculose fibro-casécuse et ses formes cliniques. (« Clinique et Laborat. », 10 janvier 1927.)

L. BARD. Les formes cliniques de la Tuberculose pulmonaire (Maline, 1927.)

(3) L. BERNARD. La Tuberculose pulmonaire. (Masson, 1925).

berculose ulcéro-caséeuse localisée, qui est rare; la tuberculose ulcéro-fibreuse extensive avec hémoptysies et élévation de la tension artérielle; la tuberculose fibreuse localisée; les scléroses apiciennes actives ou inactives, les bronchites chroniques tuberculeuses avec emphysème.

II. — *Les formes aigües sont :* la pneumonie caséeuse, la phtisie galopante, les granulies, la typho-bacillose, les cortico-pleurites à type pleuro-pneumonique de Potain ou type spleno-pneumonique de Grancher.

Mais la tuberculose pulmonaire est une maladie protéiforme qui se joue des cadres dans lesquels on veut la contenir. Il appartient au praticien de ranger les formes atypiques dans la catégorie qui se rapproche le plus des groupes principaux.

2. — Diagnostic précoce — Plus le diagnostic de la tuberculose est précoce, plus sont grandes les chances de guérison ou tout au moins d'inactivation. Ce diagnostic met en jeu l'opportunité d'une intervention, le choix d'un climat, la valeur d'un traitement. La sagacité du médecin s'exerce sur des adolescents ou de jeunes adultes qui présentent habituellement une réactivation d'une tuberculose contractée au cours de l'enfance (1).

L'investigation doit porter sur : l'état général, l'examen du thorax, la palpation, l'auscultation, complétés par la radiographie (2).

a) *Symptômes généraux.* — Le malade se plaint d'anémie, d'amaigrissement, de fatigue, de troubles digestifs. Il existe des douleurs thoraciques fixes, plus accusées au moment des variations météorologiques.

Par intermittences, la voix devient rauque ou se voile sans causes appréciables. S'il s'agit d'une femme, celle-ci signale des troubles menstruels (dysménorrhée ou aménorrhée).

Il existe une toux sèche matinale sans expectoration ou tout au moins avec expectoration minime.

Les crachats hémoptoïques et surtout l'hémoptysie vraie sont des symptômes cardinaux de tuberculose incipiente.

---

(1) J. RIEUX. La diagnostic de la Tuberculose pulmonaire incipiente, (« Ann. des Labor. Clin. », N° 5, 1928.)

(2) J. TROTOT. Les bases du diagnostic vraiment précoce et efficace de la tuberculose pulmonaire, (« Monde Médic. », 1er octobre 1928.

Reste encore l'examen de la courbe thermométrique. Il s'agit généralement d'une fièvre légère ne dépassant pas 38° et parfois de type inverse.

b) *Examen du thorax.* — Il faudra noter la forme du thorax (aplati, globuleux, élargi aux bases) voir s'il y a des voussures, examiner le rachis, les omoplates (scapulœ alatœ).

L'amplitude respiratoire est-elle plus faible d'un côté ? (signe de Ruault). Y a-t-il des ganglions cervicaux ou sus-épineux ou sus-claviculaires ? Y a-t-il une circulation veineuse complémentaire uni ou bilatérale.

c) *La palpation* permet d'apprécier l'expansion thoracique d'étudier les vibrations sus et sous-claviculaires, de rechercher les adénites, l'hypersensibilité musculaire (bord du trapèze, omohyoidien, sus et sous-épineux, sous-clavier, etc.), les points scissuraux.

d) *L'auscultation.* — A la zône dite d'alarme, sus-épineuse, de Chauvet s'ajoute la zone hilaire de d'Espine. C'est généralement au sommet que l'on perçoit une respiration rude, râpeuse avec expiration soufflante et prolongée, à timbre élevé.

L'obscurité respiratoire peut être due à une sclérose du sommet ou à un obstacle nasal.

Il faut noter aussi le retentissement de la toux et de la voix haute, et surtout la transmission de la voix chuchotée (pectoriloquie aphone fine).

L'apparition de râles consonnants (crépitants ou bulleux) indiquera une lésion déjà évoluée.

A. Giraud (1) a récemment revisé la nomenclature et la valeur séméiologique des bruits pathologiques du poumon. Ceux-ci se divisent en deux grandes classes : les souffles et les râles.

Il y a souffle toutes les fois que le courant aérien circulant dans les conduits trachéo-bronchiques rencontre un rétrécissement. Le bruit glossique est à l'origine de tous les souffles. Etouffé normalement par le parenchyme pulmonaire, il devient perceptible dès que la densité de ce parenchyme est modifiée.

Les râles sont des bruits qui prennent naissance dans les conduits pulmonaires, encombrés de sécrétions. Les râles ronflants et sibilants

---

(1) A. GIRAUD. Pathogénie, classification et valeur diagnostique des bruits pathologiques du poumon, (« Gazette des Hôptaux », 12 sept. 1928.)

prennent naissance au niveau de conduits aériens de gros calibre (region sous-glottique, grosses bronches).

Les râles crépitants résultent du décollement brusque des parois de l'alvéole au moment de l'inspiration.

Les râles bulleux résultent du passage du courant aérien dans les bronches ou dans le tissu pulmonaire en voie de destruction.

D'où la classification suivante, schématique

Région d'origine	*Bruits*
I. Glotte.	Les différents souffles.
II. Région sous-glottique (trachée grosses bronches(.	Râles ronflants et sibilants.
III. Bronches de moyen et petit calibre.. Tissu pulm. en voie de destruction.	Râles bulleux { simples. consonnants.
IV. Alvéoles.	Râles crépitants.

Cette classification a le mérite de remédier à une terminologie compliquée et imprécise et permet d'abandonner des appellations confuses telles que : frottement-râle (le râle appartient au poumon et le frottement à la plèvre) ; râles humides (tous les râles sont humides) ; râles muqueux (même raison) ; râles sous-crépitants (râles bulleux); craquements (râle consonnant isolé, de petit calibre).

La valeur séméiologique des bruits pathologiques du poumon peut se résumer comme suit :

Les *souffles* résultent d'une condensation du parenchyme pulmonaire.

Les *râles ronflants* et *sibilants* indiquent qu'il y a secrétion abondante et fluide obstruant incomplètement les conduits aériens de gros calibre.

Les *râles crépitants* traduisent des lésions d'alvéolite.

Les *râles bulleux* signifient qu'il existe dans les bonches de moyen et petit calibre un processus morbide donnant lieu à des secrétions peu abondantes.

En résumé, le murmure vésiculaire n'est susceptible que de deux transformations. Il peut être augmenté s'il s'agit d'emphysème hypertrophique, ou bien diminué. La diminution coïncide souvent avec la rudesse et l'augmentation de la densité du poumon. Et celle-ci se traduit par : la matité, l'exagération des vibrations, la respiration soufflante, rude, bronchique, le souffle, la pectoriloquie, la bronchophonie.

e) Le praticien devra enfin contrôler ses observations cliniques par la radiographie. Mais celle-ci ne fournira le plus souvent, que des renseignements assez vagues.

3 — Tuberculose infantile — Elle a fait l'objet d'importants travaux récents. Il faut tout d'abord rappeler le livre de *M. Péhu* et *A. Dufourt* (1), qui est le premier traité français consacré à la tuberculose médicale de l'enfance. Puis ce sont les ouvrages de *H. Kleinschmitt* (de Hambourg) (2), d'*Armand Delille* (3) et tout récemment du professeur *Nobécourt* (4).

Au VIe Congrès international contre la tuberculose, Rome 1928, le Prof. *R. Jemma* (5) a présenté un Rapport très complet sur le Diagnostic de la Tuberculose infantile. Pour cet auteur les premières manifestations de l'infection se produisent dans la région péri-hilaire.

4. — Evolution des conceptions de la T. P. — En 1927, au VIe Congrès National, tenu à Lyon, la question de la tuberculose fermée a été reprise. Cette question est capitale tant au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratque (6).

Deux théories pathogéniques sont en présence. L'infection tuberculeuse est-elle due à l'inhalation ou bien se produit-elle par les voies ganglionnaires et sanguines ? La théorie inhalatoire est défendue par *Rist* et *Ameuille*, *Ch. Ricket* fils, *Léon Kindberg* et *Detherm*, puis par *Cordier*. Ces auteurs nient l'existence de la tuberculose fermée ou tout au moins l'estiment exceptionnelle.

---

(1) M. PEHU et A. DUFOURT. La tuberculose médicale de l'enfance, (« G. Doin », Paris, 1927, 1 vol. 726 p.)

(2) H. KLEINSCHMITT. Tuberculose du Kinder, (« J. A. Barth », 1927 Leipzig, 221 pp.)

(3) ARMAND DELILLE. Les principaux aspects chimiques de la tuberculose infantile, (« N. Maloine », 1928.

(4) P. NOBECOURT. La tuberculose (clinique méd. des enfants). (« Masson et Cie », 480 pp., 1929.)

(5) R. JEMMA. Le diagnostic de la tuberculose infantile, (« Revue de la Tuberculose », N° 6, 1928.)

(6) LEURET et CAUSSIMON. Les conceptions actuelles de la tuberculose pulmonaire, (« Gazette des Hôpitaux », N° 4, 1929.)

Seule la présence de bacilles dans l'expectoration permet d'affirmer la tuberculose pulmonaire (1).

D'autre part, *Seregnt* (2), *L. Bernard*, *Bezançon* et *Braun*, *Mantoux*, *E. Leuret*, *Caussimon*, *Malaplate pensent* qu'il y a des tuberculoses et qu'elles peuvent être actives ou inactives.

Pour *A. Jousset* (3) les partisans de la théorie inhalatrice restent fidèles à la loi de Cohnheim (chancre de pénétration) et à la loi de Parot, son corollaire. A. Jousset donne des arguments péremptoires lui permettant de déclarer que « c'est le ganglion qui commence » et non le poumon.

Dès 1913, *A. Calmette* (4) a affirmé le principe de l'adénopathie primitive. Il a montré depuis toute l'importance des voies digestives et lympathiques dans la marche de l'infection tuberculeuse.

Aujourd'hui, grâce aux travaux récents de *F. Bezançon*, de *Jousset*, de *Dumarest* et depuis la pratique courante de la radiographie pulmonaire, on admet généralement la conception suivante du début, de la tuberculose pulmonaire (5).

La tuberculose pulmonaire est précédée d'un stade *d'infection sanguine et lymphatique* (stade septicémique) qui aboutit à la localisation du bacille dans les ganglions trachéo-bronchiques. Puis existe un *stade ganglionnaire* affectant les ganglions périhilaires et aussi les ganglions cervicaux. L'nfection peut rester ainsi localisée un temps variable, constituant l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant et de certains adultes.

Il se produit ensuite un *stade interstitiel* (tramite de *Bezançon* et

---

(1) RIST et ARNEUILLE. Tuberculoses fermées et tuberculoses ouvertes. (« IVe Congrès Nat. de la Tuberculose », Strasbourg, 1925.)

(2) SERGENT et TURPIN. Ce qu'il faut entendre par tuberculose fermée. La tuberculose active non évolutive, («Paris Médic.», 25 juil. 1925.)

(3) A. JOUSSET. L'adénopathie médiastine est la première loculisation de la tuberculose, (« Presse Médicale », N° 50, 22 juin 1927.)

(4) A. CALMETTE. L'infection bacillaire et la tuberculose, (« Masson », 1928.)

(5) BONAFE. Les conceptions actuelles du mode de début de la tuberculose pulmonaire commune, (« Bull. Méd. de la Stat. d'Hauteville Congrès », N° 5. avril 1929.)

e) Le praticien devra enfin contrôler ses observations cliniques par la radiographie. Mais celle-ci ne fournira le plus souvent, que des renseignements assez vagues.

3 — Tuberculose infantile — Elle a fait l'objet d'importants travaux récents. Il faut tout d'abord rappeler le livre de *M. Péhu* et *A. Dufourt* (1), qui est le premier traité français consacré à la tuberculose médicale de l'enfance. Puis ce sont les ouvrages de *H. Kleinschmitt* (de Hambourg) (2), d'*Armand Delille* (3) et tout récemment du professeur *Nobécourt* (4).

Au VIe Congrès international contre la tuberculose, Rome 1928, le Prof. *R. Jemma* (5) a présenté un Rapport très complet sur le Diagnostic de la Tuberculose infantile. Pour cet auteur les premières manifestations de l'infection se produisent dans la région péri-hilaire.

4. — Evolution des conceptions de la T. P. — En 1927, au VIe Congrès National, tenu à Lyon, la question de la tuberculose fermée a été reprise. Cette question est capitale tant au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratque (6).

Deux théories pathogéniques sont en présence. L'infection tuberculeuse est-elle due à l'inhalation ou bien se produit-elle par les voies ganglionnaires et sanguines ? La théorie inhalatoire est défendue par *Rist* et *Ameuille*, *Ch. Richet* fils, *Léon Kindberg* et *Detherm*, puis par *Cordier*. Ces auteurs nient l'existence de la tuberculose fermée ou tout au moins l'estiment exceptionnelle.

---

(1) M. PEHU et A. DUFOURT. La tuberculose médicale de l'enfance, (« G. Doin », Paris, 1927, 1 vol. 726 p.)

(2) H. KLEINSCHMITT. Tuberculose du Kinder, (« J. A. Barth », 1927 Leipzig, 221 pp.)

(3) ARMAND DELILLE. Les principaux aspects chimiques de la tuberculose infantile, (« N. Maloine », 1928.

(4) P. NOBECOURT. La tuberculose (clinique méd. des enfants). (« Masson et Cie », 480 pp., 1929.)

(5) R. JEMMA. Le diagnostic de la tuberculose infantile, (« Revue de la Tuberculose », N° 6, 1928.)

(6) LEURET et CAUSSIMON. Les conceptions actuelles de la tuberculose pulmonaire, (« Gazette des Hôpitaux », N° 4, 1929.)

Seule la présence de bacilles dans l'expectoration permet d'affirmer la tuberculose pulmonaire (1).

D'autre part, *Seregnt* (2), *L. Bernard*, *Bezançon* et *Braun*, *Mantoux*, *E. Leuret*, *Caussimon*, *Malaplate pensent* qu'il y a des tuberculoses et qu'elles peuvent être actives ou inactives.

Pour *A. Jousset* (3) les partisans de la théorie inhalatrice restent fidèles à la loi de Cohnheim (chancre de pénétration) et à la loi de Parot, son corollaire. A. Jousset donne des arguments péremptoires lui permettant de déclarer que « c'est le ganglion qui commence » et non le poumon.

Dès 1913, *A. Calmette* (4) a affirmé le principe de l'adénopathie primitive. Il a montré depuis toute l'importance des voies digestives et lympathiques dans la marche de l'infection tuberculeuse.

Aujourd'hui, grâce aux travaux récents de *F. Bezançon*, de *Jousset*, de *Dumarest* et depuis la pratique courante de la radiographie pulmonaire, on admet généralement la conception suivante du début, de la tuberculose pulmonaire (5).

La tuberculose pulmonaire est précédée d'un stade *d'infection sanguine et lymphatique* (stade septicémique) qui aboutit à la localisation du bacille dans les ganglions trachéo-bronchiques. Puis existe un *stade ganglionnaire* affectant les ganglions périhilaires et aussi les ganglions cervicaux. L'nfection peut rester ainsi localisée un temps variable, constituant l'adénopathie trachéo-bronchique de l'enfant et de certains adultes.

Il se produit ensuite un *stade interstitiel* (tramite de *Bezançon* et

---

(1) RIST et ARNEUILLE. Tuberculoses fermées et tuberculoses ouvertes. (« IVe Congrès Nat. de la Tuberculose », Strasbourg, 1925.)

(2) SERGENT et TURPIN. Ce qu'il faut entendre par tuberculose fermée. La tuberculose active non évolutive, («Paris Médic.», 25 juil. 1925.)

(3) A. JOUSSET. L'adénopathie médiastine est la première loculisation de la tuberculose, (« Presse Médicale », N° 50, 22 juin 1927.)

(4) A. CALMETTE. L'infection bacillaire et la tuberculose, (« Masson », 1928.)

(5) BONAFE. Les conceptions actuelles du mode de début de la tuberculose pulmonaire commune, (« Bull. Méd. de la Stat. d'Hauteville Congrès », N° 5. avril 1929.)

Braun (1), traduisant une inflammation interstitielle plus ou moins diffuse.

Entre la phase ganglionnaire et la phase broncho-pulmonaire s'écoule une *période intermédiaire* qui peut être complètement latente ou jalonnée d'incidents divers, toujours difficiles à interpréter. Des années peuvent séparer le stade ganglionnaire primitif du stade interstitiel secondaire.

A ces deux stades, l'auscultation ne donne généralement pas de renseignements. L'inflammation interstitielle peut donner lieu parfois à une réaction alvéolaire et les râles d'alvéolite mobiles, diffus, souvent localisés aux bases sont les premiers signes auditifs, discrets et fugaces, de la tuberculose pulmonaire.

Au stade interstitiel se rattachent souvent des épisodes pleuraux dont l'importance est très grande pour le diagnostic.

Après résorption de l'épanchement, la tramite subsiste, ainsi que l'attestent les images radiologiques. Il en est de même pour les pleurésies sèches ou les pleurites qui s'accompagnent de points de côté récidivants, durables, manifestations d'une inflammation pleurale localisée.

Enfin, avec ou sans participation pleurale, s'établit le *stade parenchymateux* ou de tuberculose pulmonaire commune, avec localisations le plus souvent apicales ou péri-cissurales. Les signes d'auscultation sont nets et les bacilles apparaissent dans les crachats.

Au point de vue du diagnotic, Bonafé établit le schéma suivant :

1° *Stade septicémique*	aucun signe d'auscultation. — bactériologique. — radiographique. signes généraux.
2° *Stade gauglionnaire* 3° — *ganglio-interstitiel*	aucun signe d'auscultation. — bactériologique. signes radiographiques. — généraux.
4° *Tuberculose confirmée*	signes d'auscultation. — bactériologiques. — radiographiques. — généraux.

(1) F. BEZANÇON et P. BRAUN. Le stade anatomo-clinique précurseur de la phtisie de l'adulte. La tramite tuberculose initiale (« Presse Médic. », N° 105, 31 décembre 1927.)

De ces données se dégagent d'importantes conséquences en ce qui concerne le traitement. Faut-il attendre une bacilloscopie positive pour considérer un malade comme tuberculeux ?

Les tuberculeux qui, pour se considérer comme tels, et se soigner, attendent la preuve bactériologique, peuvent guérir dans 15 à 20 p. 100 des cas. Par contre, les malades qui se soignent correctement dès le début de leur infection bacillaire, alors qu'ils sont porteurs de lésions tuberculeuses fermées (ganglions, plèvre, lésions interstitielles) ont 80 p. 100 de chances de guérison.

III. — Vaccination

En 1919, *A. Calmette* et *B. Weill-Hallé* (1) ont tenté pour la première fois, de prémunir contre l'infection tuberculeuse un enfant nouveau-né, de mère phtisique, au moyen d'un bacille artificiellement atténué et connu depuis sous la dénomination de B C G.

Au 1er novembre 1928, le nombre des enfants vaccinés s'élevait, pour la France seulement à 116.180.

Sur le nombre, 3.607 enfants nés de mères tuberculeuses ou vivant en milieu bacillifère, ont chacun leur observation tenue à jour et se répartissant dans 89 départements. L'âge de ces enfants varie actuellement de 1 à 4 ans. Les résultats obtenus sont les suivants :

La *mortalité tuberculeuse* a été :

chez les non vaccinés : 15,9

chez les vaccinés : 3,4.

---

(1) Voir · A. CALMETTE. Etat actuel de nos connaissances sur la vaccination antituberculeuse (« Presse Médic. », N° 57, 1926.)

E. SUAREZ. La vaccination antituberculeuse par le B.C.G. (« Bulletin Médic. », N° 15, 1927.)

A. CALMETTE. La vaccination préventive des nouveaux-nés contre la contre la tuberculose par le B.C.G. (« Presse Médic. », N° 3 1928.)

A. CALMETTE. — (« Masson et Cie », 1 vol. 1927.)

— — («Presse Médic. », N° 89, 1928.)

G. Poix. La vaccinaion préventive contre la tuberculose (« Presse Médic. », N° 55, 1928.

B. WEILL-HALLE et TURPIN. Sur la vaccination antituberculeuse du nourrisson par le B.C.G. (« Rev. de la Tuberc. », N° 1, 1929.)

La *mortalité générale* a été :

chez les non vaccinés : 21,1.

chez les vaccinés : 12,5.

Il apparaît donc que la vaccination préventive par le B. C. G. a réduit de près des trois quarts la mortalité tuberculeuse et de près de la moitié la mortalité générale.

Les résultats obtenus en France ont été confirmés en Belgique, en Espagne, en Italie, en Suède, en Grèce, en Algérie, en Indochine, etc., etc.

Objections. — Cependant, comme il fallait s'y attendre, l'efficacité et l'innocuité de la vaccination par le B.C.G. ont été mises en doute. *Cardey*, *Taillens*, *Galli-Valerio* (Rev. Méd. de la Suisse Romande), *Nobel*, *Krauss*, *Gerlach* (en autriche), *Wallegren* (enSuède) ont présenté des objections.

Taillens rapporte le cas d'un enfant vacciné au B.C.G., mort par méningite tuberculeuse. Le Prof. Calmette fait remarquer que rien n'autorise à dire que le B.C.G. a déterminé la méningite mortelle. L'autopsie n'a pas été pratiquée et le liquide céphalo-rachidien n'a pas été prélevé par ponction et inoculé au cobaye.

M. le Prof. *Nobécourt*, (Journal des Praticiens, 1928) analyse les observations de dix enfants vaccinés au B. C. G. dès les premiers jours. Six enfants ont présenté des cuti-réactions négatives.

Chz quatre d'entre eux elles ont été positives, avec, ensuite une adénopathie trachéo-bronchique, des tuberculoses cutanées et osseuses. Mais la tuberculose peut être due à la contamination par le bacille de Koch, ou par l'ultra virus pendant la vie intra-utérine ou par contaminations massives.

Si d'autre part, le B.C.G. peut acquérir des propriétés pathogènes, il paraît jouir d'une virulence atténuée.

M. *Lignières* (1) (de Buenos-Aires) médecin-vétérinaire, tout en reconnaissant que le B.C.G. n'est pas tuberculigène et bien fixé, estime que l'on doit limiter son emploi aux seuls cas où la contagion tuberculeuse est à craindre.

Selon lui, le G.C.G. introduit dans l'organisme, y séjourne de longs mois et peut ne pas être étranger aux décès des sujets vaccinés, mê-

---

(1) J. LIGNIERES. « C. R. Acad. de Médecine », 1er et 8 mai 1928, 17 et 24 juillet, 23 octobre, 6 novembre 1928.

me si l'on ne rencontre pas à l'autopsie des lésions avérées de tuberculose.

A l'apui de cette affirmation il rappelle la grande mortalité (58 à 66 p. 100) des lapins vaccinés au cours des expériences de contrôle de la commission ukrainienne, rapportés par le Dr. Tzekhnovitzer. Or les expérimentateurs eux-mêmes en donnent l'explication par la présence de coccidios et de cysticercose. D'autre part Remlinger et Bailly montrent que la mortalité de cobayes ayant reçu du B.C.G. est moindre que celle des animaux témoins.

M. Lignières attribue en outre une valeur relative aux statistiques de M. Calmette parce que les enfants ayant succombé à des maladies en apparence non tubercueuses sont peut être morts de l'ingestion de B. C. G.

Cette hypothèse est manifestement inacceptable. Il suffit de se reporter à la diminution générale de la mortalité des vaccinés. Jusqu'à ce jour, aucune observation n'a été faite d'un enfant né et élevé en milieu sain, ayant succombé à une infection tuberculeuse déterminée par le B. C. G.

Enfin, M. Lignières estime qu'il est inutile de soumettre à l'infection atténuée par le B.C.G. des enfants qui ne sont pas exposés à la contagion tuberculeuse familiale. Mais l'enfant, même élevé en milieu sain peut être contaminé accidentellement. Comme le fait remarquer M. L. Bernard, faut-il donc n'utiliser la vaccination jennerienne qu'en cas d'épidémie variolique ?

En résumé, M. Lignières n'a apporté à l'appui de sa proposition de restriction de la vaccination antituberculeuse aucun fait ni clinique ni expérmental qui puisse être retenu.

La vaccination par le B.C.G. a été recommandée par le Ministre de l'Hygiène et par la Conférence technique, instituée par le Comité d'Hygiène de la Société des Nations, comprenant des bactériologistes, des cliniciens et des vétérinaires de tous les pays. (Paris, 15-18 octobre 1928).

VACCINATION ANTITUBERCULEUSE PAR VOIE SOUS-CUTANEE. — L'ingestion de B. C.G. pour le nouveau-né est efficace pendant les dix premiers jours de la vie parce que l'intestin du nourrisson est à ce moment facilement perméable aux microbes et aux antitoxines. Il n'en est plus de même chez l'enfant de plus de deux semaines, ni chez l'adolescent et moins encore chez l'adulte.

A. Calmette et Guérin eurent recours à la vaccination par injection sous-cutanée en une seule dose. Des résultats favorables ayant été obtenus, ce mode de vaccination a été tenté chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte.

Weill-Hallé et *Turpin* (1) furent les initiateurs de ce procédé. Cette méthode vaccinale n'est utilisable que chez les sujets ne réagissant pas à la tuberculine. Elle est inoffensive chez ceux déjà sensibilisés par le bacille et présentant des réactions positives, mais dans ce cas elle serait inefficace. Pour s'assurer que le sujet à vacciner ne réagit pas à la tuberculine, on pratiquera deux cuti-réactions de Pirquet à une semaine d'intervalle, ou mieux, une intra-dermoréaction de Mantoux..

Indications. — Les sujets susceptibles de bénéficier de la méthode sont :

1° Les enfants ou adolescents ayant été autrefois vaccinés par voie buccale et qui à l'âge de 1 an, 3 ans, 7 ans et 15 ans ont une réaction tuberculinique négative.

2° Les enfants, adolescents et adultes — autres que les nouveaux-nés de moins de 10 jours — qui n'ont pas été vaccinés par voie buccale et qui ne réagissent pas à la tuberculine.

Technique. — Après avoir pris les précautions antiseptiques d'usage, on injecte sous la peau du dos, à un travers de doigt en dedans du bord axillaire de l'omoplate une dose d'émulsion vaccinale de B.C.G. sous cutané (B.C.G. — S.C.).

Cette dose sera de 1 cm.c. (soit un quarantième de milligramme de

---

(1) WEILL-HALL et TURPIN. Note sur la prémunition du nourrisson contre la tuberculose par injection sous-cutanie du B.C.G. (« Bull. Acad. Méd. », 25 janvier 1927.)

WEILL-HALLE. La vaccination antituberculeuse par l'injection sous-cutanie du B.C.G. (« Presse Médic. », 9 juin 1928.)

G. POIX. La pratique de la vaccination antituberculeuse du Calmette par la voie sous-cutaniée (« Revue de Phtisiologie », N° 1, 1929.)

G. POIX. Vaccination antituberculeuse de Calmette par voie sous-cutanée (« Presse Médic. », 24 avril 1929.)

WEILL-HALLE et TURPIN. Sur la vaccination antituberculeuse du nourrisson par le B.C.G. (1921-1928.) « Revue de la Tuberculose », N° 1, février 1929.

B.C.G.) aux enfants de moins de 7 ans, et de 2 cmc. (soit un vingtième de milligramme de B.C.G., aux enfants de plus de 7 ans et aux adultes.

Il faut avoir soin d'agiter fortement l'ampoule avant d'aspirer l'émulsion vaccinale avec la seringue, la présence de grumeaux favorisant la formation d'abcès.

Suites. — Après l'injection vaccinale il ne se produit ni douleur locale, ni élévation de la température. Cependant après quatre à huit semaines on constate parfois, au niveau de l'injection la présence d'un petit abcès froid, qui évolue sans douleur et que l'on ponctionne dès qu'il est fluctuant. La cicatrisation a lieu sans autre traitement au bout de quelques semaines.

Précautions. — Les sujets vaccinés doivent, pendant un mois, être mis aussi rigoureusement que possible à l'abri de la contagion tuberculeuse, l'immunité ne s'établissant qu'après ce délai. Si cette précaution n'est pas prise, l'échec qui pourrait se produire ne serait pas imputable à la méthode.

Enfin il est recommandé au médecin qui a pratiqué la vaccination de remplir la notice qui accompagne chaque envoi d'ampoules et de la faire parvenir au Laboratoire de la Tuberculose de l'Institut Pasteur.

Sur la demande des médecins, le vaccin B.C.G. pour injection sous-cutanée (B.C.G.-S.C.) est délivré en ampoules de 2 cmc. soit un vingtième de milligramme de B. C. G. La date limite de l'utilisation est indiquée sur la boîte.

Des essais de prémunition par voie hypodermique ont été poursuivis par *A. Wallgren* dans sa clinique de pédiatrie de Stockolm, par *Noël Bernard*, *Balblet*, en Indo-Chine, par *Girard* et *Legendre* à Madagascar, par *Mattris* et ses collaborateurs en Afrique Occidentale, par *Heimbeck* et *Scheel* à Oslo, par *J. Parisot* et *Saleur* (1) à Nancy.

En étudiant le pus des abcès consécutifs aux injections vaccinantes de B.C.G., *J. Parisot*, *L. Fermier* et *H. Saleur* (2) ont constaté que l'e-

---

(1) J. PARISOT et SALEUR. — Le vaccin B.C.G. par voie hypodermique dans la prémunition des jeunes sujets (« Bull. acad. méd. » 12 juin 1928).

(2) J. PARISOT, L. FERMIER et H. SALEUR. — Le pus des abcès consécutifs aux injections vaccinantes de B.C.G. (« Revue de la Tuberc. », N. 1, 1929.

xamen direct du pus peut déceler la présence de bacilles alvéolo-résistants, à l'exclusion de tout autre microbe. Ces bacilles réinjectés à des animaux sensibles au B. K., sont incapables d'y développer des lésions tuberculeuses. Ce sont donc bien toujours des bacilles type B.C.G., par conséquent avirulents.

ANTIGENE METHYLIQUE. — Le traitement des diverses formes de la tuberculose par l'antigène méthylique de *L. Nègre* et *A. Boquet* (1) a pris une grande extension.

Thiago d'Almeida et *A. Santos* ont signalé des effets favorables dans les localisations pulmonaires, ainsi que *Camino* (2) de Cambo. Mais les malades de cet auteur restaient soumis à une cure hygiéno-diététique sévère.

H. Caboche a obtenu de bons effets de l'antigène methylique sur la tuberculose laryngée.

Mais c'est surtout sur les tuberculoses externes que l'antigène agit le mieux. Son innocuité est complète. Il est plus actif que les tuberculines sans en offrir les dangers. Convenablement manié et pendant assez longtemps, l'antigène méthylogique est une arme efficace permettan aux praiciens de lutter contre toutes les formes de tuberculose et plus spécialement les manifestations externes.

La longueur un peu imprévue de cet article ne permet pas d'examiner aujourd'hui plusieurs méthodes nouvelles de traitement de la tuberculose pulmonaires, ni les précisions apportées à d'autres plus anciennes.

L'étude des procédés chirurgicaux (pneumothorax, oléothorax, phenicectomie, thoracoplasie) du traitement chimiothérapique (et aurothé raipe) de l'organothérapie et enfin, des cures climatiques de l'infection tuberculeuse, fera l'objet d'un autre travail.

27 août 1929.

---

(1) L. NEGRE et A. BOQUET. — Antigénothérapie de la Tuberculose (1 vo. « Masson et Cie » 1927).

L. NEGRE, A. BOQUET et J. VALTIS. — Nouveaux résultats sur le traitement de la tuberculose par l'antigène methylique (« Presse Médic.» 26 mai 1928).

(2) CAMINO. — Contribution au traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique (« Revue de la Tuberculose », N. 2 — 1928).

FAITS CLINIQUES

Abcès de l'amygdale et néphrite aigue apyrétique

par le Dr H. BONAN

Le jeune Z., âgé de 8 ans a été vu par l'un de nous à domicile pour une hématurie et des vomissements incoercibles, un examen d'urée dans le sang ayant décelé 2 gr. 88 par litre, le malade est envoyé d'urgence à l'Hôpital.

Le début de la maladie remonte au 10 avril 1929. Z. jusque là bien portant, se plaint de douleurs a la gorge et de difficulté dans la déglutition, mais il n'a pas de température, et la mère essaie pendant 3 jours les traitements usuels.

Le 13 avril, le petit malade émet brusquement une urine noire peu abondante, il n'a pas de température pas de douleurs rénales.

Le 15 avril, à son entrée à l'Hôpital on est en présence d'un malade abattu, somnolent, réveillé et secoué par des vomissements pénibles, incessants.

L'estomac intolérant rejette tout aliment ingéré, le malade gémit et se plaint de douleurs à la nuque. Le bocal contient après 24 heures 400 gr. d'urines brunes très foncées, fortement albumineuses : 1,36 par litre.

La température est à 36,3, le pouls est rapide et bat à 120, l'abdomen est légèrement contracté.

Le foie et la rate sont normaux.

Le cœur indemne, les reflexes sont normaux.

On note quelques râles de congestion pulmonaire aux deux bases.

La constipation est opiniâtre.

A l'examen de la gorge on est étonné de trouver une asymétrie très marquée du voile du palais, c'est un véritable abcès de l'amygdale qui bombe. Nous insistons sur l'absence totale de signes fonctionnels locaux; absence de trismus et de douleurs et absence de température.

On fait une émission sanguine et le dosage d'urée donne le chiffre énorme de 4,78.

Le 19 avril, le Dr. Solal après un traitement médical de 48 heures incise l'abcès il en sort une grande quantité de pus.

Le 20 avril une éruption généralisée couvre le malade, c'est une éruption à type morbilliforme, légèrement prurigineuse, il n'y a pas de stomatite,

pas de koplik, la langue est saburrale non dépouillée, le pavynx est à peine rougeâtre, cet état ne s'accompagne pas de température. Le malade n'a absorbé chez lui aucun produit médicamenteux toxique, il ne lui a pas été fait d'injections de sérums, il ne se plaint pas de douleurs articulaires et l'éruption ne ressemble en aucun point aux éléments uticariens. Les vomissements sont toujours abondants.

Le 23 avril, l'éruption s'efface et disparaît complètement le 26 avril.

A la suite du traitement mis en œuvre, la diurèse s'amorce, les vomissements disparaissent, un dernier examen d'urée dans le sang fait le 13 mai donne 0,58 d'urée.

Nous regrettons de ne pas pouvoir vous présenter une observation complète, il nous manque les dosages des chlorures de la R.A. et du P.H. sanguin mais si nous avons tenu à vous lire cette observation, c'est pour insister sur les points particuliers suivants :

1. une angine banale, apyrétique est suivie d'une néphrite aigue apyrétique d'une gravité exceptionnelle avec une azotémie atteignant 4.74. Ce fait particulier confirme les observations de Lemierre et Et. Bernard sur l'hypothermie au cours des azotémies.

2. au cours de cette néphrite se forme un abcès de l'amygdale, sans douleurs, sans trismus, sans température ;

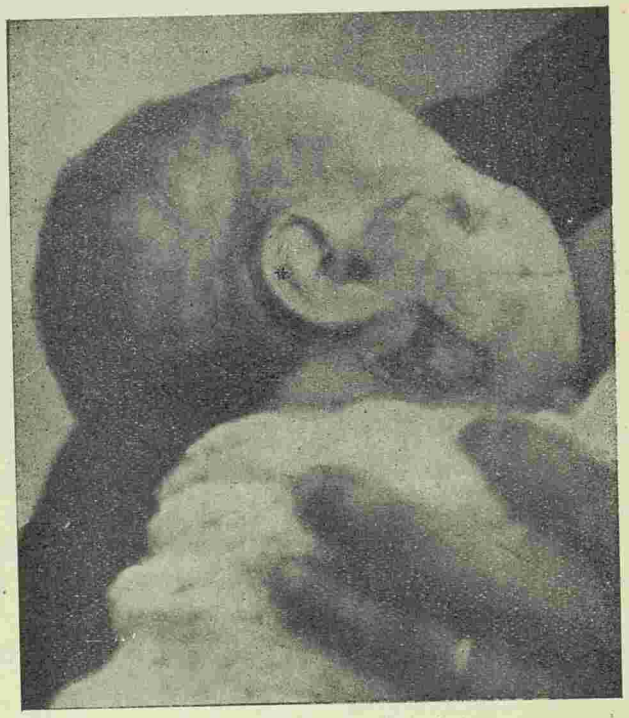
3. Au déclin de cette néphrite aigue apparaît une éruption généralisée non scarlatiniforme, nous paraissant d'ordre toxique.

Volumineux angiome caverneux traité par le Radium

par le Dr A. JAUBERT de BEAUJEU

Le jeune enfant P. A. a été envoyé en mai 1927 par le Dr. Lehucher au service de radiologie de l'Hôpital Français pour un angiome caverneux.

Il présente dans les régions parotidienne et sous-maxillaire droites des tumeurs diffuses bosselées, de consistance molle avec des zones de coloration violettes et rougeâtres.



10 mai 1927

Il existe une large ulcération au niveau de l'angle du maxillaire inférieur. Les deux photographies ci-jointes donneront mieux que toute description une idée du volume et de l'étendue de l'infiltration angiomateuse.

Un traitement par le radium est indiqué et la première application est faite entre le 11 et 12 mai par voie externe. La durée toale est de 8 heures.

10 Mai 1927

Le petit malade est revu 1 mois après. Une amélioration légère mais très sensible est obtenue. De nouvelles applications sont faites: le 15 juin, le 24 juillet, le 30 septembre et le 3 décembre 1928, enfin le 12 mars 1929. L'amélioration s'est accentuée progressivement, l'ulcération s'est cicatrisée, la coloration des téguments a disparu en partie et l'état général est devenu meilleur.

Actuellement le résultat esthétique est parfait et le malade peut être considéré comme guéri.

Volumineux angiome
caverneux de la joue

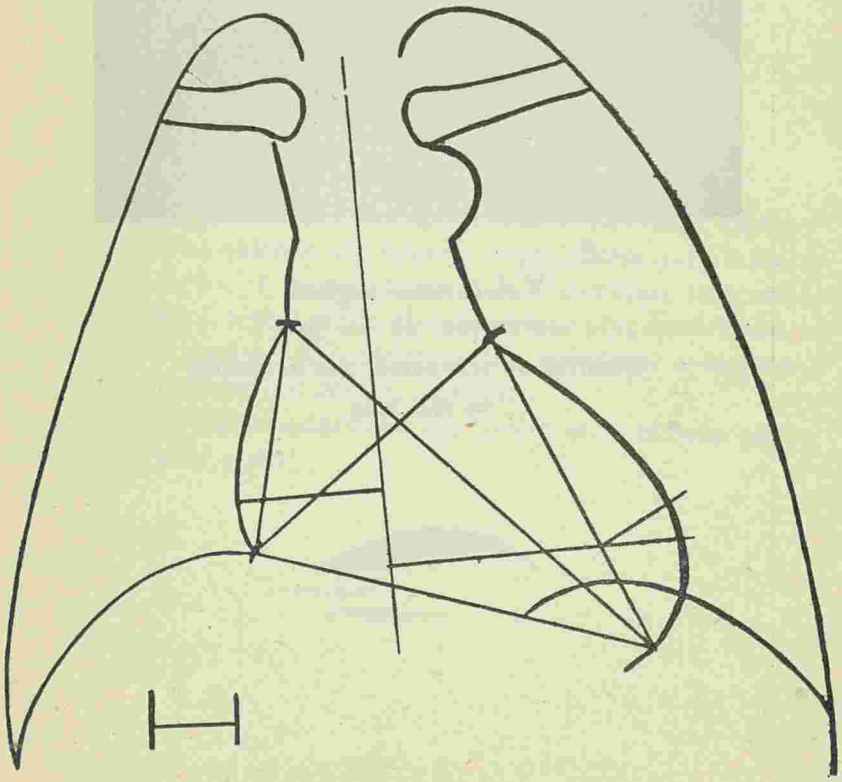
Résultat du traitement par le Radium

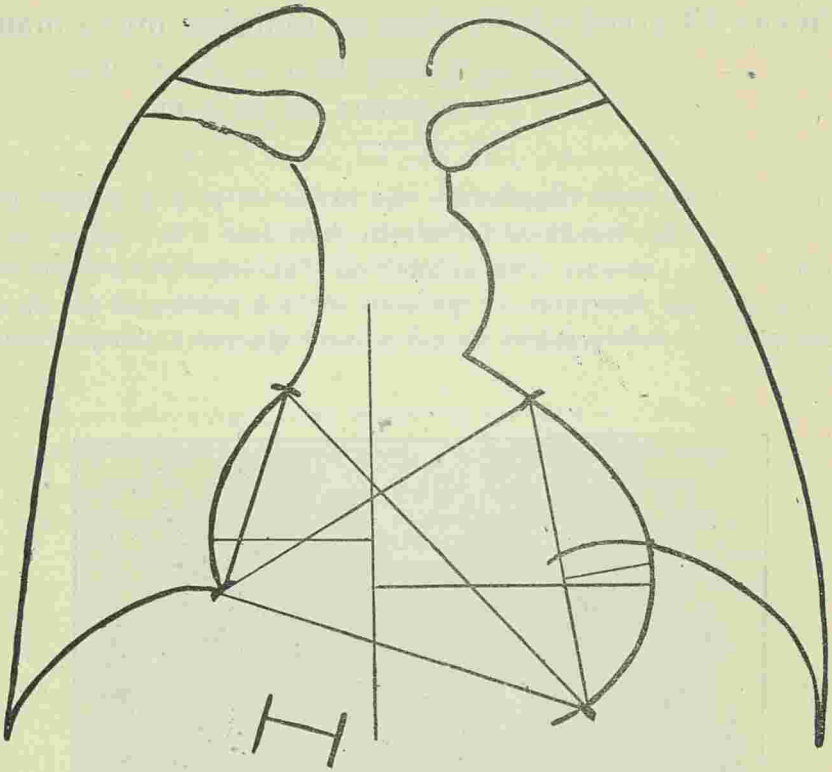
20 Mai 1929

Rétrécissement mitral. - Kyste Hydatique du grand droit de l'abdomen

par le Dr RENÉ BROC

Observation. — Le nommé Milad ben Mansour, 30 ans, de Tébourba, entre à l'Hôpital Sadiki le 1er Juillet 1929, pour des phénomènes d'hyposystolie. Il présente un rétrécissement mitral pur typique, avec en particulier, un frémissement cataire présystolique extrêmement marqué. Sur ce point le malade confirme la remarque que j'ai faite dernièrement ici même, sur la fréquence du rétrécissement mitral pur dans le sexe masculin chez les indigènes. Je vous le présente pour une autre particularité moins fréquente. Au-dessous des fausses côtés gauches, dans la loge du muscle droit antérieur de l'abdomen, nous voyons une masse arrondie, faisant saillie de la grosseur d'un petit œuf, indolore qui s'est développée





depuis un an environ. Cette grosseur qu'on remue latéralement dans la loge du muscle, nous ayant paru, rénitente, nous avons fait une ponction exploratrice, qui, dès la peau franchie, et l'aiguille pénétrée dans le muscle nous a donné un liquide clair de kyste hydatique. Nous pensons donc être en présence d'un kyste hydatique au grand droit de l'abdomen

Le malade ayant été opéré le 13 juillet par le Dr. Brun, l'opération a montré qu'il s'agissait d'un kyste hydatique de la face convexe du lobe gauche du foie, faisant saillie en avant, à travers le muscle droit aminci.

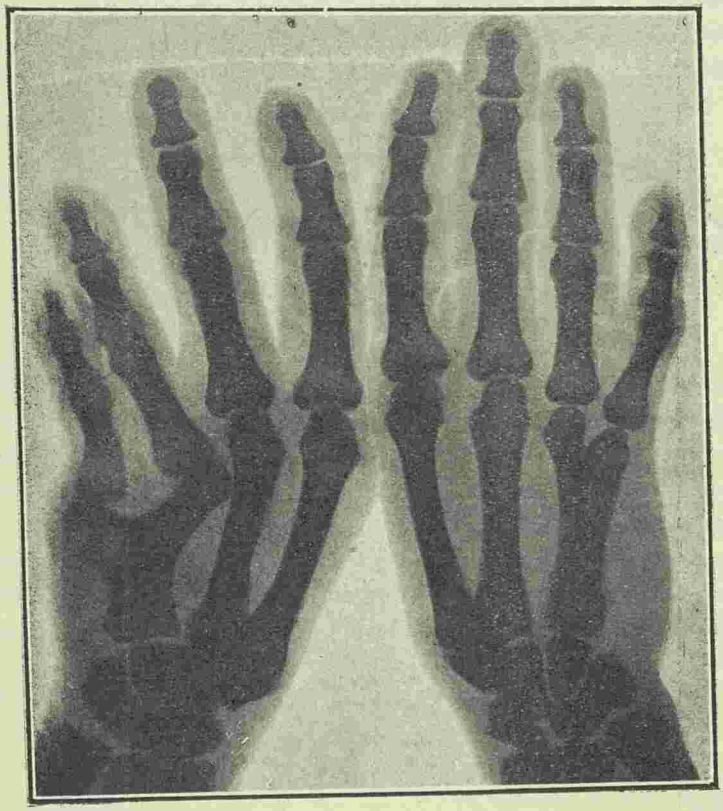
---

(1) Présentation du malade faite à la réunion de Juillet de la S.S.M.T.

Un cas d'Ectrodactylie chez un indigène musulman

par les Drs RENÉ BROC, REVEL-MOREAU
et JAUBERT DE BEAUJEU

Les malformations congénitales des mains les plus fréquemment rencontrées chez l'indigène musulman ,sont dues à la polydactylie, celles dues à l'absence d'un membre ou d'un segment de membre sont beaucoup plus rares, ce qui nous incite à publier ici les photographies et radiographies du cas suivant observé à l'Hôpital Sadiki.



Il s'agit d'un homme de 32 ans Larbi ben Mohamed, venu à la consultation de l'Hôpital vers le 14 juin 1928, pour des troubles dyspeptiques légers; on constate à ce moment une absence totale des deux pouces, une

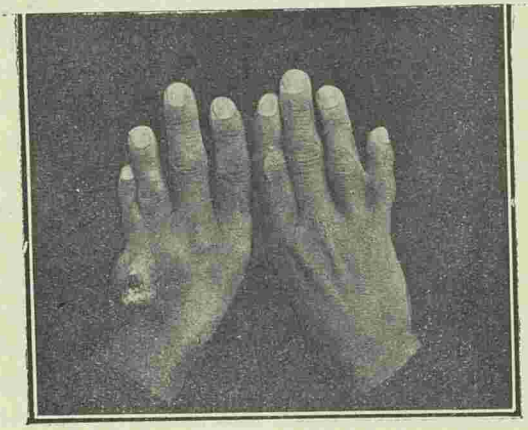
ulcération cutanée d'aspect tuberculeux au bord interne de la main gauche et une ulcération pareille au bord interne de l'orteil gauche.

Le malade est seul de sa famille à présenter une pareille malformation, le Wassermann est négatif.

Ce qui avait frappé au premier coup d'œil, c'était l'absence des pouces, un examen plus attentif permet de voir, du côté droit, une ébauche de syndactylie entre l'auriculaire et l'annulaire, et à la main gauche, une brachydactylie portant sur l'auriculaire droit.

Les radiographies sont très curieuses. On y constate que le carpe des deux côtés est formé par six os au lieu de huit, il en manque un à chaque rangée.

A la première rangée, nous ne trouvons que trois os, pisiforme pyramidal et scaphoïde mais le pyramidal est tout à fait anormal comme forme et comme volume, il semble fusionné avec le semi-lunaire, c'est lui, le plus volumineux des os de la rangée, le scaphoïde est très réduit.



A la deuxième rangée, le trapèze manque.

Les métacarpiens présentent des lésions curieuses. En plus de l'absence totale des premiers métacarpiens et des phalanges du pouce, nous trouvons une lésion des quatrième et cinquième métacarpiens, lésion ébauchée à gauche, mais bien plus accusée à la main droite.

A gauche, le 4e et 5e métacarpiens, fusionnés à leur partie supérieure, se séparent au niveau et un peu au-dessus des têtes articulaires, on y voit nettement les deux corps séparés ; le 5e plus petit.

A droite le quatrième métacarpien a perdu sa forme ; beaucoup plus

large que les deuxième et troisième, bosselé sur sa face cubitale, et présentant une forte courbure sur sa face radiale, il se divise en deux branches, une de volume normal, s'articulant avec le 4e métacarpien ; une se séparant de la première à angle droit, réduite à un filament terminé par une petite boule supportant la phalange au 5e doigt.

La radiographie nous montre donc des malformations bien plus étendues et plus profondes que la photographie ne le laissait prévoir.

La radiographie des pieds, qui paraissaient normaux n'a rien révélé de particulier.

Un cas d'ectromélie humérale gauche

par le Drs RÉNÉ BROC, REVEL-MOREAU
et JAUBERT DE BEAUJEU

Il s'agit d'un indigène Béchir ben Chibani entré le 13 novembre 1928 pour une affecton banale. Les troubles du développement siègent aux deux membres supérieurs, les membres inférieurs étant parfaitement développés.

Aux membres supérieurs, les lésions sont bilatérales et asymétriques, le bras gauche étant beaucoup plus court que le droit , la main droite comportant trois doigts, le pouce volumineux opposé aux deux autres (forme de pince) ; la main gauche composée de quatre doigts réunis deux à deux.

Au membre supérieur droit, nous constatons qu'il s'agit d'une hémimélie cubitale avec absence congénitale du cubitus qui paraît manquer entièrement avec disparition des doigts (annulaire et auriculaire) correspondants au bord cubital. Il y a quatre métacarpiens et trois doigts seulement, les deux premiers métacarpiens se réunissant pour former le pouce supportent une grosse phalange, surmontée elle-même d'une phalangine très large à la base et divisée ensuite en deux os très courts séparés par un angle aigu et recourbés en dedans pour se rejoindre à leur sommet, la grosse phalange ayant à son extrémité distale deux surfaces arrondies articulaires, séparées par un petit sillon, semble produite par la fusion des deux deux premières phalanges.

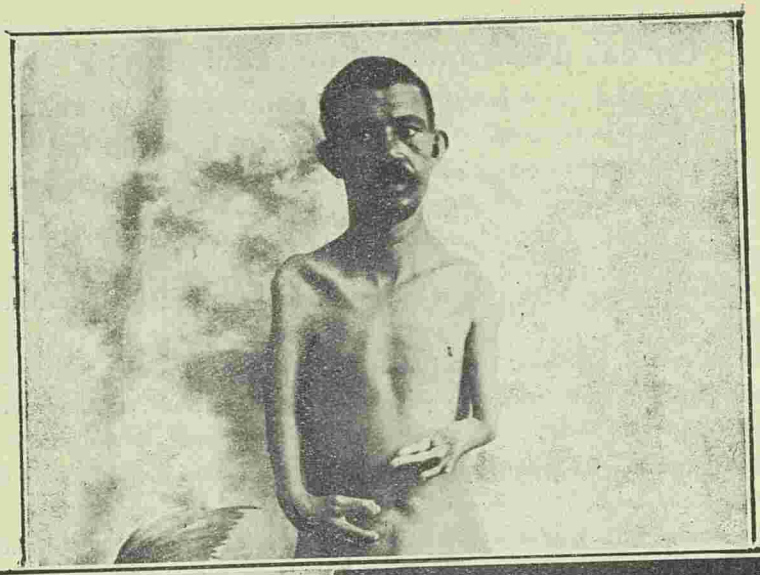
Du côté gauche, le membre est beaucoup plus court; nous trouvons quatre doigts et une extrémité radiale bien nettement marquée à la palpation avec absence du cubitus à l'articulation du poignet.

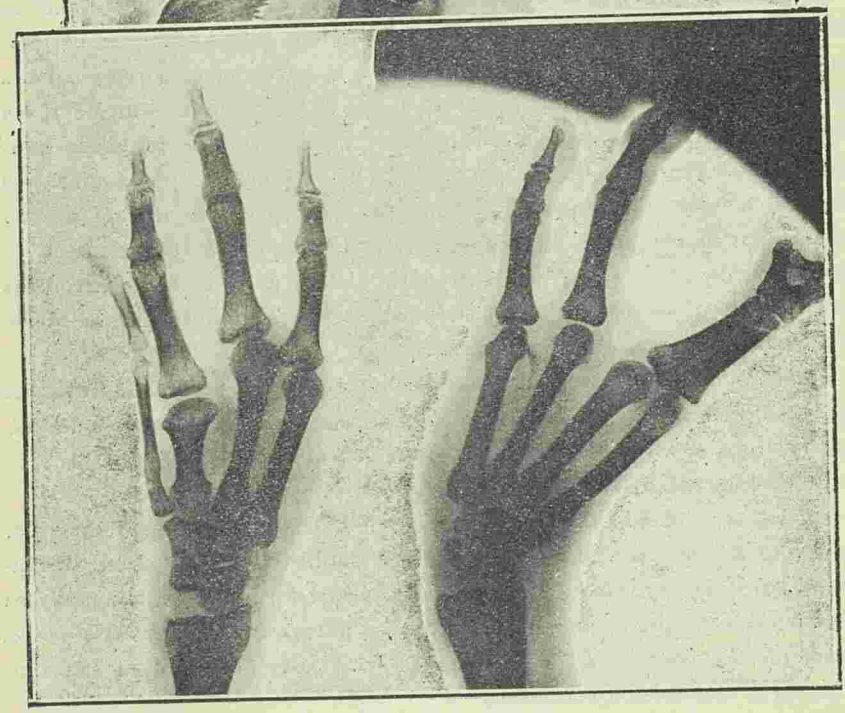
La radiographie de l'épaule montre une image très curieuse.

La cavité glénoide de l'omoplate, au lieu d'être légèrement excavée, présente à son extrémité inférieure une saillie circulaire assez irrégulière, sorte de tête sur laquelle s'articule un os formé de deux apophyses réunies par un angle obtus et qui rappelle par sa forme la grande cavité sigmoïde du cubitus, avec son apophyse verticale, l'olécrane et son apo- l'humérus tranversale coronoïde.

Nous nous trouvons donc en présence d'une absence congénitale de l'humérus absence tout à fait exceptionnelle.

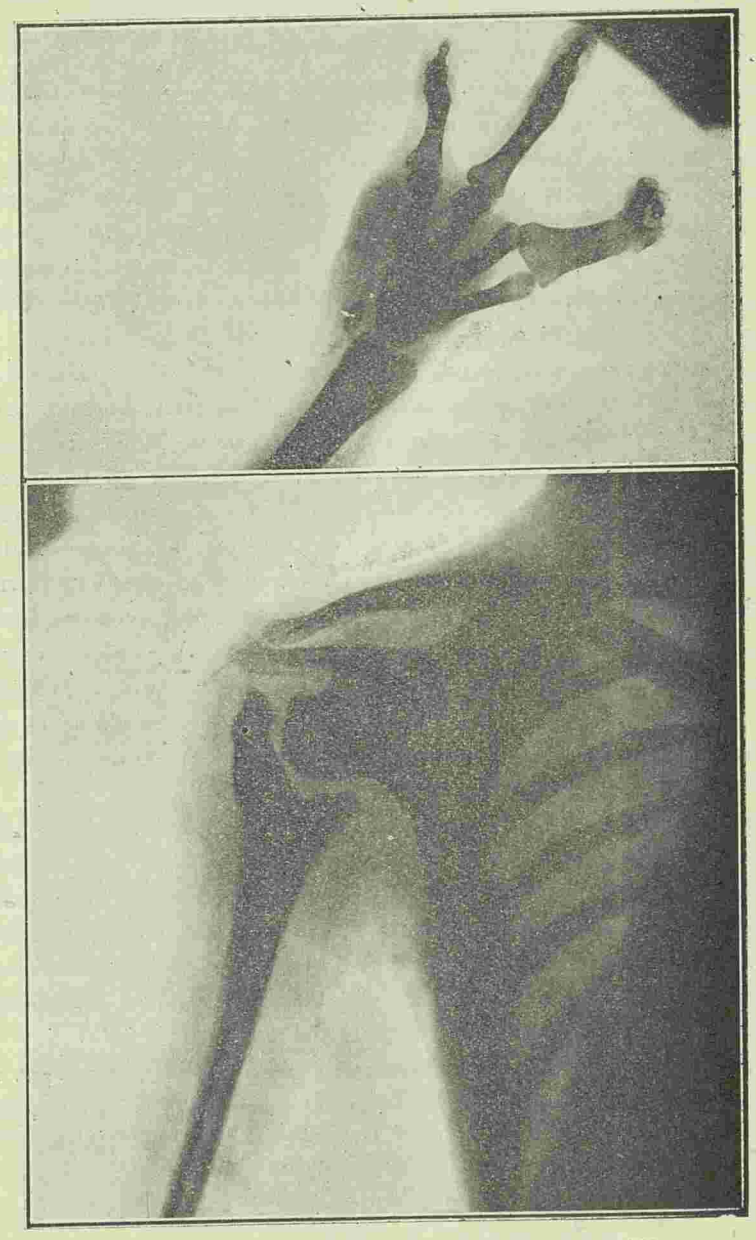
Une autre particularité très curieuse c'est qu'à l'articulation du poignet nous retrouvons un os qui est une image nette de l'extrémité inférieure du radius.





Le pouce manque, car le premier doigt compte trois phalanges, le dernier doigt présentant un squelette osseux mince comme une allumette beaucoup moins développé que les autres. Il n'y a plus au niveau de l'articulation radiocarpienne aucune trace du cubitus.

Nous avons tenu à vous montrer ce cas, à cause de l'absence de l'humérus, absence exceptionnelle, et de l'aspect si curieux de l'articulation de l'épaule.



"La Maison du Médecin" à Tunis

La souscription ouverte sur mon initiative au mois de juillet dernier a, malgré les vacances, obtenu un succès presque inespéré : la somme demandée pour constituer le capital initial de première mise a déjà été très largement dépassée. 92 souscripteurs ont aujourd'hui souscrit 125 actions de 500 francs alors qu'il n'en avait été demandé que 100. Le succès est tel que je vais me voir obligé pour ne pas décourager les bonnes volontés de proposer aux actionnaires de porter le capital social de 50 à 60.000 francs.

Nous allons prochainement entrer dans la phase de réalisation :
Dans quelques jours la souscription sera close et vers le 10 novembre il sera fait appel au versement de la moitié du capital souscrit. Lorsque ce versement aura été effectué aux caisses d'une Banque de Tunis, tous les actionnaires seront convoqués à une assemblée générale constitutive de « La Société Civile à responsabilité limitée « La Maison du Médecin ». Ils seront invités, conformément à la loi à nommer des administrateurs délégués qui seuls auront pouvoir de traiter toutes les questions financières, déposer ou prélever des sommes en banque, traiter avec des fournisseurs, etc., etc. La gestion sera contrôlée par deux actionnaires, commissaires aux comptes et soumise une fois par an à l'approbation de la Société.

Le but et les modalités de gestion de la Société seront d'ailleurs développés dans des statuts qui seront soumis à l'approbation de la première réunion constitutive des actionnaires.

Dès l'accomplissement de cette importante formalité légale il appartiendra aux administrateurs de se mettre à l'œuvre, choisir un local parmi ceux qui leur seront proposés, s'occuper de l'ameublement et surtout se mettre en campagne pour obtenir le plus possible de publicité intérieure. J'ai d'ailleurs à ce sujet déjà recueilli de très intéressantes promesses.

J'estime qu'avec la bonne volonté et beaucoup d'activité, la Maison du Médecin pourra être inaugurée au début de 1930.

A tous ceux, médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes qui ont déjà répondu ou répondront encore à mon appel j'adresse un chaleureux **merci !**

Dr. CASSUTO.

La Tunisie Médicale
NOVEMBRE 1929

TRAVAUX ORIGINAUX

Ce que tout médecin doit au moins savoir du P. H.

par J. BOUQUET, Docteur en Pharmacie
Pharmacien des Hôpitaux de Tunis

Les méthodes imaginées pour déterminer la réaction des liquides organiques par les procédés ordinaires de l'acidimétrie (et de l'alcalimétrie) sont insuffisantes pour nous renseigner sur *l'acidité active* du milieu, car ce n'est pas l'acidité de titration (ou acidité potentielle) qui importe, mais l'acidité actuelle (ou acidité réelle, ou acidité ionique), la concentration en ions H.

La détermination du PH permet la mesure exacte de l'acidité actuelle d'un milieu, ainsi que l'appréciation de la fraction d'acide libre et de celle salifiée.

L'alcalinité active se détermine de la même façon, ce qui compte alors étant l'ion OH.

La technique de précision permettant de faire ces déterminations est une *méthode électrométrique* : longue et minutieuse, nécessitant l'emploi d'appareils délicats et coûteux, c'est une méthode scientifique, non clinique. On lui substitue, dans la pratique courante, une *méthode chromoscopique*, moins rigoureuse, mais qui permet cependant d'apprécier avec une précison suffisante, à l'aide d'un matériel simple et par une technique facile, l'acidité ou l'alcalinité ionique d'un liquide. Elle comporte tout simplement l'appréciation du virage d'un indicateur coloré, par rapport à des étalons établis et étudiés au préalable par la méthode électrométrique.

Exposé théorique

Si on verse de l'acide chlorhydrique dans de l'eau, il se produit une dissociation partielle de cet acide : le liquide contient dès lors

des molécules de HCl non dissociées, des ions H et des ions Cl libres. Un courant électrique traversant le liquide a pour effet d'activer la dissociation et d'orienter les ions les uns vers la cathode (H) les autres vers l'anode (Cl) : les substances que le courant électrique est susceptible d'ainsi dissocier sont des *électrolytes*.

L'élément essentiel de l'acidité, la caractéristique de la fonction acide est l'hydrogène H ; dans une base, (K.O.H. par ex.), l'élément important, le support de la fonction basique est le groupement OH (*oxhydrile*).

Une solution sera donc d'autant plus acide qu'elle renfermera davantage d'ions H et d'autant plus alcaline qu'elle contiendra plus d'oxhydriles OH.

Ces ions H, caractéristiques de l'acidité, ces ions OH, caractéristiques de l'alcalinité peuvent, dans une solution donnée, être *combinés* ou *libres*.

Avec les procédés titrimétriques ordinaires, on dose la totalité des ions H contenus dans une solution : ions combinés, mais dissociables, et ions déjà dissociés et libres; on détermine donc l'*acidité totale* ou *potentielle*.

Mais l'*acidité réelle* (*acidité actuelle*, *acidité ionique*) d'une solution est autre chose : elle n'est que la portion des ions H de la solution *déjà dissociés et en liberté* au moment où l'on effectue les mesures (1).

Cette différence est d'importance capitale en biologie et, par suite en clinique.

Prenons 10 cc. de solution normale d'acide chlorhydrique et, d'autre part, 10 cc. de solution normale d'acide acétique. Dosons l'acidité de ces solutions à l'aide de Soude ou de Potasse: il nous faudra la même quantité d'alcali pour saturer l'acidité des deux solutions acides : leur acidité totale (acidité potentielle, acidité de titration) est donc exactement le même. Cependant, si nous mettons en contact avec la langue quelques gouttes de chacune des 2 solutions acides, nous constatons qu'avec l'acide chlorhydrique nous éprouvons une désagréable, cuisante sensation de brûlure, alors que l'effet de l'acide acétique est beaucoup plus atténué.

---

(1) Pour une base, il en est de même : l'alcalinité réelle, actuelle est celle qui correspond aux oxhydriles OH dissociés et libres, à l'exclusion des ions OH combinés dissociables.

C'est que la plupart des propriétés (2) des divers acides, en solutions aqueuses d'égale acidité de titration (3), diffèrent suivant leur degré de dissociation ionique; certains acides s'ionisent très peu : ce sont les acides faibles tels qu'acide acétique, butyrique, etc, D'autres, au contraire, s'ionisent presque complètement : ce sont les acides dits forts (acides chlorhydrique, sulfurique, azotique, etc.) Or, en biologie, ce qui importe, ce n'est pas le titre en hydrogène total de la molécule acide, mais c'est l'évaluation de l'*acide réelle, correspondant seulement à l'hydrogène ionisé, immédiatement actif.*

C'est cet hydrogène ionisé qu'on se propose d'exprimer par le PH (ou mesure de la concentration en ions H, ou détermination de l'exposant d'hydrogène).

Pour connaître exactement l'acidité réelle, il suffirait donc de compter les ions I. libres : ce dénombrement étant pratiquement impossible, force est de recourir à un procédé détourné.

L'eau pure (H 2 O) est formée de molécules H-OH qui ne se dissocient que très faiblement en ions H acides et ions OH alcalins; comme le nombre des ions H est égal à celui des ions OH, l'eau constitue le milieu neutre par excellence. On a établi que le produit des ions H par les ions OH est, pour une température donnée, un nombre constant K : $H \times OH = K$

---

(2) saveur, conductivité électrique, pouvoir inversif sur le saccharose, par exemple.

(3) Comment expliquer que deux quantités égales d'un acide dit fort et d'un acide dit faible (par ex. solutions normales d'acide sulfurique et d'acide acétique) exigent, pour être saturées, exactement la même quantité d'un alcali, et que, cependant, physiologiquement parlant, l'une paraît à nos sens beaucoup plus acide que l'autre ? C'est que, lorsque nous titrons l'acide faible, — mauvais électrolyte — la solution titrée alcaline ajoutée se combine d'abord à la faible quantité d'ions H libres existant. Puis, une petite partie de l'acide restant se dissocie pour remplacer les ions H neutralisés: la base les capte de nouveau et ainsi de suite jusqu'à neutralisation complète. En fin d'expérience, l'acide faible se trouve, pour être totalementsaturé, avoir fixé la même quantité d'alcali que l'acide fort; mais dans ce cas, il y a eu combinaison lente par dissociation progressive de l'acide. Dans le cas de l'acide fort, ll y a combinaison massive, instantanée, de l'alcali avec l'acide déjà très dissocié.

La valeur de K est très faible :

$$\frac{1}{100\,000\,000\,000\,000} \text{ ou } \frac{1}{10^{14}} \text{ ou } 10^{-14}$$

ce qui indique que, sur cent mille milliards de molécules d'eau, une seule est ionisée.

Le nombre des ions H étant égal à celui des ions OH, la concentration en ions H s'écrira $\frac{1}{10_7}$, celle des ions OH egalement $\frac{1}{10_7}$ Les deux se compensent, la fraction $\frac{1}{10_7}$ caractèrise dont l'ètat de *neutralité*.

De plus, comme le produit H × OH est constant, toute augmentation de l'un des membres entraîne une diminution de l'autre et la connaissance de l'un détermine la connaissance de l'autre.

La mesure de la concentration en ions H étant — dans la pratique — plus facilement réalisable, c'est à elle qu'on s'adresse pour caractériser la réaction acide, neutre ou alcaline d'un milieu. En effet, si on ajoute à de l'eau pure un acide quelconque, celui-ci s'ionise immédiatement, en libérant des ions H qui s'ajoutent à ceux déjà contenus dans l'eau et un nouvel équilibre s'établit, tel que le produit terminal reste toujours égal à $\frac{1}{10^{14}}$

Pour éviter l'emploi de nombres comportant une interminable suite de zéros, on a convenu d'exprimer ces mesures par le symbole PH suivi d'un chiffre représentant le nombre de zéros qui figureraient au dénominateur de la fraction indiquant la dilution des ions H.

Une concentration de $\frac{1}{10\,000}$ en ions H peut s'écrire $\frac{1}{10^4}$ ou 10^{-4} on l'écrit convent onellement PH = 4 (4)

De ce qui précède nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Une solution *acide* est celle dans laquelle les ions H libres sont plus nombreux que les ions OH libres. Plus une solution est acide, plus le chiffre de l'exposant d'H s'abaisse: avec une solution normale d'acide fort, on a une valeur d'exposant de H (ou PH) voisine de O.

2° Une solution *alcaline* est celle dans laquelle les ions OH l'em-

---

(4) Si concentration H 1/104, l'inverse de ce nombre est 10-4, dont le logarithme, est par suite le PH : 4. On peut donc définir le PH : « **le logarithme de l'inverse de la concentration en ions H.** »

portent sur les ions H en liberté. Plus une solution est alcaline, plus la valeur de l'exposant de H (ou PH) se rapproche de 14.

3° Une solution rigoureusement neutre (l'eau très pure en est le type) renferme en liberté des ions OH et ions H en nombre égal : il y a équilibre acido-basique et c'est cet équilibre qui caractérise la neutralité ionique. Son PH sera voisin de 7.

Donc, dans la notation du PH, les nombres de 0 à 7 (*exactement à* 7,7) *expriment l'acidité et de* 7 *à* 14 (exactement à 14,14) *l'alcalinité. Plus le nombre exprimant l'acidité se rapproche de O, plus il indique une acidité forte ; plus le nombre exprimant la basicité s'élève vers* 14, *plus il exprime une alcalinité forte.*

Notion du tampon

On nomme tampon une solution contenant un système de constituants dissous « qui la protège contre les changements brusques d'acidité ou d'alcalinité ». Une solution contenant un acide faible (acide acétique par ex.) en présence d'un de ses sels àbase forte (acétale de soude ou de potasse, — potasse ou soude étant bien des bases fortes) est une solution tampon.

Préparons une solution d'acide chlorydrique et 2° une solution d'acide acétique contenant une certaine quantité d'acétate de soude telles que l'une et l'autre de ces solutions aient le même PH: leurs acidités ioniques sont donc identiques.

Si on ajoute à la solution chlorydrique une certaine quantité d'acide chlorydrique — (ou de soude) — son PH varie brusquement, brutalement, tandis que les mêmes additions dans la solution acide acétique — acétate de soude ne produisent que de menues variations du P.H. C'est que l'acétate de soude, facilement dissociable, s'oppose aux variations brusques de l'ionisation de l'acide acétique ; il amortit le choc des ions étrangers, servant bien, ainsi, de protecteur, de tampon de l'acide faible.

Toutes les humeurs, sécrétions et excrétions de l'organisme sont des solutions tampons, et c'est cette propriété physico-chimique qui est la cause principale de l'invariabilité de la concentration en ions H du milieu intérieur (et, en particuler, du sang, où le rôle prépondérant paraît dévolu au système bicarbonates alcalins et acide carbonique).

P.H. de l'urine

L'urine normale présente des variations considérables d'acidité ionique, dépendant en grande partie de sa teneur en phosphates.

Avec un régime mixte, le PH oscille entre 5,8 et 6,2, il s'abaisse au-dessous de 5,2, avec un régime carné pur (donc augmentation de l'acidité) et monte vers 6,5 pour un régime végétarien sévère (diminution de l'acidité).

L'acidité urinaire du matin au réveil est assez fixe chez le même sujet : c'est donc sur l'urine matutinale qu'on effectuera de préférence la mesure du PH. Après les repas, il se produit une excrétion alcaline qui, parfois, élève le PH jusqu'à 7,4.

Chez les cardio-rénaux, l'acidité ionique est généralement élevée (PH jusqu'à 5,3) ainsi que dans les néphrites glomérulaires, alors que dans les autres formes de néphrites, l'acidité est presque normale. Le P.H. s'élève chez les anxieux et les déprimés.

P.H = 4,6 = Hyperacidité maxima,
5 idem forte,
5,4 = idem légère,
5,8 / 6,2 = acidité normale,
6,6 = Hypoacidité légère
7 = idem accentuée
7,1 / 7,4 = Alcalinité nette.

P.H. du suc gastrique

Normalement, le suc gastrique étant fortement acide, son P.H. oscille entre 1,5 et 2,5. Ces nombres sont voisins du maximum : aussi, dans l'hyperchlorhydrie, la marge des variations est trop étroite pour qu'entre ces limites, les écarts d'acidité puissent prendre une valeur clinique significative.

Dans les affections s'accompagnant d'insuffisance de la sécrétion que, l'acide diminuant, le PH s'élève vers 5,7, car il y a production d'acides organiques (lactique, butyrique) d'acidité ionique moins élevée que celle d'HCl. Il en est de même dans les néoplasmes gastriques, alors que, dans l'ulcère de l'estomac, l'acidité devient très forte.

P.H. du sang

Le sang étant normalement alcalin, son P.H. s'exprime par un nombre supérieur à 7: en moyenne 7,4 + 38°.

Le prélèvement du sang, en vue de la détermination du P.H. présente quelques difficultés, car il est indispensable de soustraire le liquide à l'action de l'air: on devra donc aspirer le sang le plus rapidement possible avec une seringue sans embout; le contact de l'ai-

guille, du corps de la seringue et du piston sera réalisé à l'aide d'un peu d'huile de Paraffine. Le sang sera recueilli dans un large tube à essais ou à centrifugation, sous une couche d'huile de Paraffine: l'examen doit être fait le plus tôt possible après le prélèvement.

Bien que, théoriquement, les globules soient plus acides que le plasma, le P.H. du plasma est pratiquement égal à celui du sang total.

L'augmentation pathologique de l'alcalinité est exceptionnelle : on ne l'aurait constatée que chez certains sujets atteints d'hyperchlorhydrie et de sténose du pylore avec vomissements acides.

La diminution de l'alcalinité s'observe :

-° Dans certains états infectieux aigus et graves (typhoïde, pneumonie, maladies éruptives, diphtérie, choléra). Le rhumatisme articulaire aigu et l'érysipèle semblent ne pas avoir d'influence sur le P.H.

2° Dans les intoxications (auto-intoxications et intoxications d'origine externe): diabète, rhumatisme chronique, goutte, ictère grave, urémie, intoxications mercurielle, arsénicale, phosphorée.

3° Dans certaines affections cutanées: acné, eczéma, psoriasis.

P.H. du liquide céphalo rachidien

Le liquide prélevé doit être, comme le sang, soigneusement préservé du contact de l'air (emploi d'huile de paraffine).

Le liquide céphalo rachidien, tout comme le sang, peut être considéré comme un tampon de carbonates ; un peu plus alcalin que le plasma sanguin, le liquide céphalo-rachidien a comme moyenne de PH 7,5.

Les variations d'ordre pathologique du PH du liquide céphalo rachidien sont encore mal connues; on peut toutefois tenir pour assuré que les affections à marche lente ne modifient pas la réaction du milieu : s'il y a eu perturbation, le déséquilibre a eu tout le temps nécessaire pour se rétablir.

Les méningites purulentes déplacent l'équilibre vers une acidose nette : 7,06.

Importance en clinique de la mesure du P.H.

Est assez difficile à évaluer actuellement. Bien que les travaux publiés soient innombrables, les opinions, nettement discordantes, prouvent que les résultats de ces recherches doivent être encore enregistrés avec prudence et que, suivant l'expression d'Agasse-Lafont, « dans le cas où il y aurait désaccord entre le laboratoire et la clinique, cette dernière garde toute sa valeur et tous ses droits. »

Méthode de Diagnostic des fièvres typhoïdes

(Eberth, para A et B par l'intradermo-réaction)

par le Dr J. HABABOU SALA

J'ai publié, en janvier 1927 à la Société de Biologie, une méthode de diagnostic des fièvres typhoïdes par l'intradermo-réaction (Eberth para A et B).

Quoique le séro-diagnostic de Widal, pour la fièvre typhoïde Eberthienne, appliqué également aux para A et B, ait rendu d'immenses services et se trouve être une méthode de renseignement très sûre, son utilité pratique est incomplète. Il ne convient ni aux petits villages, ni aux campagnes, ni aux centres miniers ou de colonisation. Là le médecin y est seul et n'a jamais à sa portée de laboratoire sur lequel il pourrait compter.

Le séro-diagnostic est une technique qui échappe au contrôle direct du médecin et n'a de valeur que pour les grandes villes dotées de bons laboratoires et pour un état sanitaire non épidémique.

Par ailleurs ce séro-diagnostic ne peut apporter un renseignement utile que s'il est fait après le premier septembre. Quant à l'hémoculture, sa période est de courte durée et l'on sait que le plus souvent ce premier septenaire échappe au contrôle médical, car en général le malade est sur pieds.

Il fallait chercher et prétendre à une méthode d'investigation plus précoce et plus rapide que le séro-diagnostic de Widal.

L'attitude du médecin au point de vue thérapeutique étant la même qu'il s'agisse d'une typhoïde à bacilles d'Eberth ou d'une forme para B ou A, j'ai préparé un antigène polymicrobien (T.A.B.) et d'une forte polyvalence (15 souches fraîchement isolées dont 9 Eberth 4 para B et 2 para A).

L'émulsion est faite avec des cultures de 24 heures sur gélose simple, lavées et tuées au formol ou à l'acide phénique. Après un contrôle sévère de leur stérélisation, l'émulsion est mise en ampoules. Le titrage est tel que 1/20e de cc. équivaut à près de 200 millions de bacilles.

Ce mode de diagnostic rentre dans le groupe des intradermo-réactions de Mantoux, pour la tuberculose; de Nocard pour la Morve; de

Cook et Stafford, pour la gonococcie; de Deush, pour le Kyste hydatique; de Et. Burnet, pour la mélitococci; de Ito-Renstierna pour le chancre mou. C'est-à-dire que ces *réactions sont positives chez l'individu malade ou en état humoral de défense et négatives si l'individu préalablement sensibilisé par ce virus et négative dans le cas contraire.* Le temps minimum de sensibilisation pour que la réaction apparaisse est de 4 à 5 jours pour notre antigène. Cette réaction, que j'ai le premier, considéré, dans mon étude sur le chancre mou (2) en 1925 comme un pur phénomène d'Arthus et de Théobald Schmith c'est-à-dire d'anaphylaxie locale, mérite d'être retenue.

La technique est très simple. — L'injection se fait dans le derme de la face supérieure de l'avant-bras, avec une aiguille très fine on pousse à peine une graduation de la seringue de Roux de 1 cc. ou une division de la seringue de Barthélémy ou enfin avec n'importe quelle seringue à la condition, qu'étant bien à fleur de peau, on injecte de quoi obtenir une petite ampoule surélevant l'épiderme et ayant 5 mm. de diamètre.

La réaction se manifeste après 12 heures par une zone d'érythème, allant du rose vers l'extérieur au rouge vif vers son centre, œdématiée, nettement circonscrite, de la dimension d'une pièce de cinq francs à celle d'une paume de main à l'endroit piqué. Cette réaction locale est accompagnée d'une légère réaction générale et d'une encoche ascendante de la courbe thermique atteignant au maximum un degré. L'œdème disparaît après 24 heures et l'érythème après au moins 48 heures.

La réaction négative ne donne aucune des manifestations précédentes.

L'intradermo-réaction est toujours positive chez les malades d'une des trois formes de dothiénentérie ou chez un individu qui a eu une de ces affections quelques années auparavant.

Elle est négative dans toutes les affections courantes; elle est négative chez les individus sains ou vaccinés depuis longtemps (ce qui n'est pas le cas pour l'agglutination).

Enfin chez les réfractaires ou encore en période d'immunité naturelle passive, au tout jeune âge, l'érithème apparaît, mais il est discret et sa dimension ne dépasse pas celle d'une pièce de un franc !

Ce travail a été fait à Strasbourg au centre de dépistage des cas de typhoïde où cette organisation est perfectionnée à l'extrême.

J'ai pu comparer les résultats simultanés des hémocultures, des séro-diagnostics et des cultures des selles et des urines. Les intradermo réactions ont été pratiquées par un grand nombre de médecins du Haut-Rhin et du Bas-Rhin qui m'ont secondé avec un empressement, une précision et une régularité dignes de tout éloge. Il en est de même pour les Services des professeurs Léon Blum, Mercklen et Pautrier.

En tout cette réaction a été pratiquée chez 55 sujets ainsi répartis:

A) *Fièvres typhoïdes dues aux baciles* (*T. A. B.*)

	(T. A. B.)	Positives	Négatives
1° Malades ayant une hémoculture positive et dont l'agglutination était encore négative .....Nombre de cas...	6	6	0
2° Malades ayant une agglutination positive et chez lesquels l'intradermo-réaction a été faite soit le jour même soit 1 ou 2 jours après Nombre de cas...	24	24	0
3° Sujets sains ayant eu une fièvre typhoïde l'un en 1906 l'autre en 1922 (diagnostics rétrospectifs): Nombre de cas....	2	2	0
B) *Sujets sains ayant été vaccinés dans le service militaire il y a 2 ans* Nombre de cas...	9	1	8
C) *Sujets vaccinés ayant une autre affection* Nombre de cas...	14	0	14

(Ces témoins se décomposent en 2 scarlatines, 1 pleurésie, 1 érysipèle, 1 entérite à colibacille, 1 thrichophitie, 8 blennorragies, 6 syphilis, 1 tuberculose, 1 normal).

Ce tableau montre tout l'intérêt de notre méthode avec un antigène

trivalent et l'aide réelle qu'elle peut apporter au médecin pour poser rapidement et d'une façon spécifique un diagnostic. Nous espérons pouvoir continuer ici un travail beaucoup plus important qui est celui du traitement, car nos premiers essais nous ont montré une influence réelle sur la courbe de température à la suite de cette intradermoréaction.

Reste à savoir si répétée judicieusement elle ne porterait pas en elle de meilleurs fruits.

(1°) J. Hababou-Sala C. R. soc. biol. séance du 14-11-27. Tome XCXI page 279.

(2°) J. Hababou-Sala (Monographie de chancre mou). Notre traitement par vaccinathérapie locale p. 32 (1925)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 25 Octobre 1929

Présidence du Dr. **E. LEVY**, Président

Présents : Les Drs. H. Bonan, Brun, Cassuto, Conseil, Emile Lévy, Maurice Uzan, Brugairolle, Chérouvrier, Is. Lumbroso, Ganem, Belot, Deleuil, Broc, Revel Moreau, Dirats, Jules Scemla, Joseph Chemla, Pagnon, Gourdon, Montefiore, S. Cohen-Boulakia, D. Cohen-Solal, Ettore Scialom, Timsit, Roger Nataf, Cuénot, Hababou Sala, Ghouila-Houri, Henry Scemama, Jules Zérah, Jacques Guez.

***

ADMISSIONS. Les Drs **Kortobi, Ganem, Henry Scemama, Belot,** médecin de la Marine, les pharmaciens **J.** et **D. Luciani** sont admis à l'unanimité.

PRESENTATIONS DE MALADES ET DE PIECES

Un cas de Nanisme

par les Drs **BROC** et **H. BONAN**

Ali ben Mohammed originaire de Sousse vient à l'Hôpital Sadiki pour de la fatigue et de la dyspnée d'effort.

On est frappé par la petitesse de la taille et seule la peau flasque et ridée du visage peut attester son âge : 20 ans.

Dans les antécédents du malade rien de saillant n'est à noter si ce n'est du paludisme dont le début remonte certainement à plusiurs années, paludisme caractérisé par des crises fébriles intermittentes et légères et surtout par des frissons assez fréquents : des équivalents.

Le poids du malade est de 46 kg. 600, sa taille est de 1 m. 45, son périmètre thoracique de 0 m. 75.

On remarque le faciès sénile : la peau est ridée, glabre, les paupières paraissent gonflées, le bas du visage bouffl, la peau des membres est sèche, rude, écailleuse, les extrêmes sont froides.

Le petit malade présente une anémie prononcée, le visage est jaunâtre, les conjonctives et les muqueuses très décolorées.

Les poils font absolument défaut, on en trouve très peu dans la région du pubis, il ya raréfaction des poils de la queue du sourcil.

La température oscille dans les environs de 36,5, le pouls est petit, rapide et bat à 100.

Le foie est normal.

La rate est dure et dépasse de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

L'appareil respiratoire et le système nerveux sont indemnes.

Plus intéressant est l'examen de l'appareil circulatoire.

La pointe bat dans le 5e espace intercostal gauche sur la ligne mammelonnaire. La palpation ne révèle rien de particulier.

A l'auscultation on découvre au foyer de l'Artère pulmonaire un roulement suivi d'un souffle intense, se propageant vers la pointe, vers l'aisselle et dans le dos.

A la pointe et au foyer aortique les bruits sont normaux.

La tension est de 11 1/2 au Pachon.

Le pouls est petit, rapide.

L'examen des urines est négatif, il n'y a ni sucre ni albumine.

Le Wassermann est négatif.

La numération globulaire a donné :

Une première fois : 1.953.000 globules rouges, 7.340 globules blancs.

Une deuxième fois : 2.883.000 globules rouges ; 6,200 globules blancs.

Après traitements :

Polynucléaires neutrophiles 43 ; eosinophiles 2 ; moyen mononucléaires 42, lymphocytes 13 Hemoglobine 27 p. 100.

L'examen des selles pratiqué à plusieurs reprises n'a pas montré de parasites.

La radioscopie et l'orthodiagramme relevé par le Dr Maruani montrent très nettement un soulèvement exagéré de l'arc moyen, un développement de l'ombre du ventricule et pas d'augmentation du ventricule gauche. C'est bien l image d'une cardiopathie congénitale et plus spécialement d'un rétrécissement de l'A. P. avec communication interventriculaire.

*
* *

En résumé, nous nous trouvons en présence d'un cas de nanisme.

Le paludisme, les troubles endocriniens, la cardiopathie congénitale, 3 ordres de faits pourraient être invoqués pour l'expliquer.

L'un de nous avec Mlle Nicolle a déjà présenté à la société un cas d'infantilisme attribué au paludisme. Lancereaux et Laveran l'avaient bien observé et surtout de Brun de Beyrouth qui a publié en 1919 dans la Revue de Médecine 40 observations d'infantilisme paludéen. De Brun donne les caractères de cet infantilisme : taille pe-

tite exiguité des organes génitaux, peau flasque, membres grêles, facès ridé.

Les troubles endocriniens que nous relevons chez notre malade sont indiscutables, ils dépendent surotut d'une insuffisance thyroïdienne et testiculaire et se traduisent par la petite taille, le faciès sénile, l'absence de poils, la pilosité, la petitesse du pouls, l'hypotension, l'exiguité des organes génitaux.

Apert considère l'infantilisme comme d'origine thyroïdienne. Souques pense que l'infantilisme est toujours d'origine testiculaire. Sicard soutient une opinion intermédiaire et rattache l'infantilisme à une double lésion glandulaire thyroïdienne et testiculaire testicules et corps tyroïde étant en effet des glandes à action synesgique.

Reste le nanisme cardiaque.

Le nanisme mitral est bien connu, il a été décrit en 1900 par Gilbert et Rathery, mais les troubles de la croissance ne sont pas spéciaux au rétrécissement mitral pur, ils existent chez la plupart des enfants ayant des cardiopathies congénitales de types divers. Ils peuvent même apparaître chez ceux qui sont atteints de cardiopathies acquises. Hutinel, Oddo et Girbal en ont décrit plusieurs exemples.

S'il nous a paru intéressant de vous présenter cette observation assez complexe, c'est que des affections fort différentes telles que paludisme chronique, insuffisances glandulaires, cardiopathie, congénitale ont pu contribuer toutes au retard de la croissance: au nanisme

Un cas de noma

par les Drs MONTEFIORE et D. SOLAL

Il s'agit d'une fillette, âgée de 12 ans, qui a fait à Djerba où elle résidait au début du mois de septembre dernier, une fièvre typhoïde grave avec hémorragie intestinale. C'est au cours de sa convalescence, au début d'octobre que, pour la première fois, la malade s'était plainte de la bouche. Aux dires de la sœur, assez au courant de l'histoire, elle seplaignait d'une gêne au niveau de la face interne de la joue droite : le Dr. Pariente, appelé, constate la présence d'une ulcération correspondant aux grosses molaires inférieures : elle siège au milieu d'un induration étendue de la joue.

Notre confrère préconise des attouchements au bleu de méthylène avec applications extérieures de compressions humides. Ce traitement est suivi pendant 48 heures, puis le malade s'adresse à un rebouteur indigène qui, pendant 10 jours, applique des onguents variés et avec des ciseaux excise l'épiderme. Constatant alors la formation d'une escharre grisâtre il en fait l'ablation et pénètre brusquement dans la bouche. Effrayé il envoie la malade au Dr Parienté qui la dirige sur Tunis.

Nous voyons la malade à l'Hôpital Israélite. La tête enveloppée de pansements et couchée dans le lit elle apparaît dans un état d'amaigrissement avancé, avec un aspect profondément infecté. La fièvre est élevée, le pouls rapide.

En enlevant le pansement qui recouvre presque toute la face, on a du côté droit un aspect vraiment hideux. Au-dessous d'un œil vivant se trouve une énorme région de tissu mort : c'est une vaste plaie irrégulière ayant environ dix centimètres de hauteur sur quinze de largeur. Elle est limitée : en avant par une ligne suivant en haut le sillon naso-génien, mordant ensuite sur le rebord marinaire longeant les orifices des narines, pour finir suivant un trait vetical coupant nettement les lèvres au niveau des canines du côté gauche. La tranche gauche qui, seule, existe s'éverse vers l'exté- et présente une section rosée de tissus vivant en arrière par le rebord

postérieur de la branche montante du maxillaire, recouvert de lambeaux musculaires et de débris parotidiens mortifiés, d'un gris sale.

En haut par une ligne située à environ deux centimètres du rebord orbitaire, se relevant en arrière pour contourner l'apophyse malaire où des masses musculaires sphacélées viennent cacher l'arcade zygomatique et l'articulation temporo-maxillaire.

En bas enfin un sillon d'élimination suit le bord inférieur du maxillaire descendant plus bas en arrière, en découvrant des ganglions cervicaux.

Au centre de cette immense plaie se montre le squelette complètement dénudé : toutes les masses musculaires, les vaisseaux sont absents : l'échancrure faciale du rebord inférieur du maxillaire inférieur est inhabitée : le tou mentonnier est béant et donne issue à une légère sécrétion purulente. Les dents sont complètes et saines, à l'exception de la dent de six ans inférieure qui est cariée : c'est à son niveau que semble d'ailleurs avoir débutées les lésions. Toutes les parties osseuses visibles sont nécrosées et il est impossible d'établir la limite des dégâts à leur niveau.

Les mouvements du maxillaire inférieur sont très limités : l'examen de la bouche — autant qu'il est impossible de le faire — montre des muqueuses desséchées, rôties, avec des glaires visqueuses.

L'ensemble dégage une odeur de putréfaction épouvantable.

*
* *

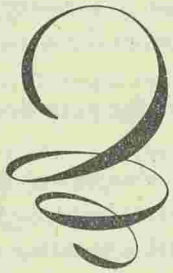
Il s'agit en somme d'un cas de noma développé sur un terrain débilité par une maladie infectieuse grave : la fièvre typhoïde, chez une malade vivant dans des conditions d'hygiène déplorables. Les soins ont été donnés par un rebouteux très septiquement. La première localisation s'est faite sur la face interne de la joue au niveau d'une dent infectée renfermant les germes (association fuso-spirillaire) habituels. Comme l'ont montré les recherches de Tunnicliff, ceux de Seguin, Bouchet et Logeais, au cours des infections graves ce sont les spirochètes qui commencent la destruction des tissus et pénètrent profondément même à l'intérieur des vaisseaux. L'ulcération gangreneuse s'est étendue, progressive : la désorganisation a ainsi envahi les parties molles et supprimé l'irrigation du squelette de la face, aboutissant à sa nécrose.

Le diagnostic ne fait pas de doute. En dehors des diagnostics évidents à éliminer : stomatite ulcéro-membraneuse ou mercurielle, deux maladies sont à différencier du noma : la pustule maligne ce qui n'est pas le cas puisque le départ a lieu sur la peau et qu'elle survient chez un malade en bonne santé — et la syphilis maligne avec pha-

gédenisme térébrant dont l'allure est plus lente et que rien dans les antécédents personnels ou héréditaires ne permet de soupçonner.

Sous l'action du traitement la plaie s'est détergée : les tissus sphacelés se sont éliminés et actellement (au 25 octobre) un bourgeonnement rosé se montre au pourtour.

La thérapeutique a consisté en grands lavages légèrement antiseptiques (Dakin, solution de permanganate de potasse à 1/5.000, etc.) pansements au sérum physiologique après excision des tissus sphacélés et nettoyages minutieux de la plaie. L'arsénobenzol, les sérums antigangréneux, antistreptococciques n'avaient pas arrêté la marche de la gangrène: D'ailleurs une guérison ne peut se concevoir sans l'élimination du squelette nécrosé et étant donné son étendue on voit le véritable désastre auquel on aboutirait.



Maladie de Recklinghausen et syringomeylie

par les Drs BROC et J. GUEZ

M... âgé de vingt ans né à Bembla (environs de Sousse) a été reçu dans le service de médecine de l'Hôpital Sadiki pour des tumeurs cutanées disséminées sur tout le corps accompagnées de troubles moteurs et sensitifs particulièrement accusés au niveau des membres inférieurs.

Le malade ne peut donner aucun renseignement sur l'état de santé de sa famille, ayant perdu de vue depuis longtemps les siens. Lui-même ne se souvient pas avoir présenté de maladies de l'enfance et nie la syphilis. Les symptômes pour lesquels il vient nous consulter remontent à six ans, A cette époque il a yu apparaître une petite tumeur du cuir chevelu de consistance assez ferme, arrondie au niveau de la région pariétale droite.

Petite au début, cette tumeur a grossi peu à peu, d'autres sont apparus sur tout le corps. En même temps son acuité auditive baissait, et on ne peut lui faire préciser si cette surdité qui n'est pas très accusée est apparue à la suite d'une otite.

Le début des troubles nerveux qu'il présente remonte à deux ans et a été progressif. La marche est devenue peu à peu hésitante et difficile. Les facultés sexuelles sont réduites. Il se plaint actuellement de douleurs intercostales intermittentes apparues il y a quelques semaines.

Il n'a pas maigri.

La miction et la défécation sont normales.

A l'examen :

On est frappé lorsqu'on examine ce malade par la présence sur tout le corps de petites tumeurs cutanées : leur volume varie d'un grain de chenevis à celui d'une noix, leur siège est sous-cutané ou intradermique, leur consistance est plus ferme que la peau, leur répartition est diffuse, asymétrique. On n'en trouve pas sur les organes génitaux ni sur les surfaces plantaire et palmaire, de même on n'en observe pas sur les muqueuses. Ces tumeurs sont indolores et on ne note pas à leur niveau de troubles de la sensibilité. Leur nombre n'est pas considérable. Il est difficile de dire si quelques-unes d'entre elles siègent sur le trajet d'un nerf, car on n'en trouve pas d'étagées sur un gros tronc nerveux et elles présentent toutes la même consistance. Enfin on trouve dans la région lombaire une tache pigmentaire couleur café au lait rectangulaire avec des bords légèrement déchiquetés, sa surface totale ne dépassant pas celle d'une pièce de cinq francs.

Ces tumeurs cutanées dont la plus grosse atteint le volume d'un œuf de

pigeon et siégeait au niveau de la face interne de la jambe (elle a été extirpée pour une biopsie), la tache pigmentaire lombaire nous font faire le diagnostic de maladie de Recklinghuasen ou neurofibro matose.

D'autre part, lorsqu'on examine attentivement le malade, on constate que ses traits sont légèrement déviés du côté droit. La queue du sourcil gauche est légèrement effacée, les rides frontales de l'hémiface de ce côté sont moins marquées qu'à droite. Ces signes de paralysie faciale très légère s'accentuent lorsqu'on fait exécuter au malade des mouvements des muscles de la face.

Aux mains, on note une atrophie très nette, symétrique des muscles des éminences thénar et hypothénar qui donne l'aspect de la main du singe. Les muscles inter-osseux sont atteints mais plus légèrement par l'atrophie musculaire et les métacarpiens font saillie sur la face dorsale des mains

Au niveau des pieds, on note que le gros orteil est en extension alors les autres orteils sont à demi fléchis. Le signe de Babinski est permanent et le malade est obligé de fléchir son gros orteil avec ses doigts pour se chausser.

La marche est possible quoique difficile, le malade s'aide d'un bâton et on a l'impression qu'il fait un effort considérable pour détacher les pieds du sol. Sa démarche est lente et se fait à petits pas.

Les reflexes rotuliens et archiliens sont exagérés et polycinétiques. On note de la trépidiation du pied et de la rotule, peut-être plus marquée à droite qu'à gauche. Le signe de Babinski est permanent des deux côtés et s'exagère lorsqu'on excite la plante du pied. La force musculaire est diminuée au niveau des membres inférieurs ; mais le malade exécute tous les mouvements qu'on lui demande de faire.

Les reflexes des membres supérieurs sont légèrement vifs : les mouvements du pouce et du petit doigt quoiqu'affaiblis se font normalement et malgré l'atrophie musculaire l'adduction du pouce n'est pas abolie.

On ne note pas le signe de Romberg et les reflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont normaux.

La recherche de la sensibilité à la douleur montre qu'elle est émoussée sans être abolie au niveau des membres inférieurs ; sur tout le corps elle est normale.

La sensibilité thermique est fortement troublée au niveau des membres inférieurs. Un morceau de glace posé sur un point quelconque des membres inférieurs ne provoque aucune sensation de froid. D'autrefois, lorsqu'on répète les excitations, le malade accuse une sensation de chaleur et cela avec un retard de perception considérable. Un tube d'essai rempli d'eau

chaude à 60 degrés environ, ne provoque qu'une sensation de chaleur légère et avc un retard de 20 à 40 secondes, alors qu'en un autre point du corps, au bras par exemple, le contact est intolérable.

Les troubles de la sensibilité thermique sont uniquement localisés au niveau des membres inférieurs; on ne les trouve pas ailleurs.

La sensibilité tactile est normale sur tout le corps sauf aux membres inférieurs où elle est émoussée.

La réaction de Wassermann est légèrement positive dans le sang.

La ponction lombaire ramène un liquide céphalorachidien hypotendu s'écoulant goutte à goutte dans lequel l'analyse révèle quelques globules rouges, six lencocytes par millimètre cube : 99 % de lemphocytes et 1 % de polynucléaires, le sucre et l'albumine sont en quantité normale.

L'examen des oreilles par un spécialiste décelle une otite catharrale surtout marquée à gauche et il semble qu'on puisse lui attribuer la paralysie faciale légère.

*
* *

En résumé, il s'agit d'un malade présentant une maladie de Recklinghausen dont le début remonte à six ans accompagnée de troubles syringomyéliques (paraplégie spasmodique avec des troubles de la sensibilité thermique) survenus il y a deux ans.

La syringomyélie qui se rencontre plus rarement chez l'indigène que chez l'européen n'est guère observée dans nos pays que chez des individus atteints de la lèpre, maladie qui n'existe pas chez notre malade.

La maladie de Recklinghausen au contraire est plus fréquente chez les indigènes. Chez notre malade elle ne s'accompagne pas de troubles cérébraux et surtout psychiques comme on l'observe en Europe où elle est plus rarement rencontrée. Notre malade ne présente aucun signe de démence, il raconte et explique clairement son histoire et les troubles qu'il ressent, son intelligence est normale.

Si les troubles psychiques ordinairement surajoutés à la maladie de Recklinghausen et décrits dans la plupart des travaux concernant cette affection font défaut chez notre malade, nous trouvons par contre chez lui un syndrome médullaire syringomélique surajoute. Et à ce sujet, on peut se demander s'il n'y a pas simplement une coexistence de ces deux maladies, ou si les troubles médullaires sont de même nature que la maladie de Recklinghausen qui s'est localisée secondairement sur la moelle, déterminant les symptômes que nous avons relevés.

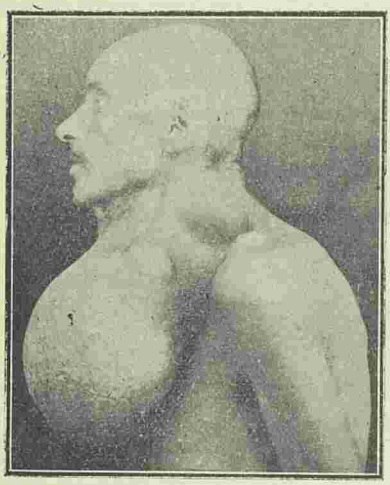
Malheureusement l'hypothèse de névromes médullaires produisant

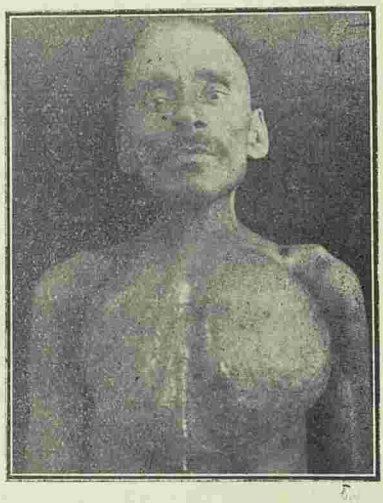
un syndrome syringomyélique ne peut être infirmée ou confirmée par aucune preuve biologique ou anatomique et rien ne permet d'affirmer qu'il ne s'agisse là que d'une coexistence de deux maladies indépendantes l'une de l'autre et provoquées chacune par un processus différent. Apres des recherches bibliographiques il ne nous semble pas avoir trouvé signalé pareile coexistence de ces deux affections chez un même malade et peut-être plus tard pourrions-nous avoir l'explication de cette coïncidence troublante.

Un cas de Goître volumineux

par le Dr R. BROC et Madame LAVAULT

A titre de curiosité, nous présentons à la Société les photographies d'un goitre pesant plus de sept kilog. L'indigène, qui en était porteur s'est présenté à la consultation de l'Hôpital Sadiki le 7 août 1929. C'était un homme de quarante huit ans environ Ali ben Mohamed ben Hamouda âgé de 48 ans environ, originaire de Gairsooda, le goître s'était développé de-





puis 20 ans commençant par une petite grosseur comme une noisette, pogressant très lentement, jusqu'à ces six derniers six mois, où l'augmentation avait été très rapide. Le goître mesurait 66 centimètres de circonférence et 44 centimètres de haut, le pédicule 26 centimètres de circonférence. Depuis deux ans des troubles d la phonation étaient survenus, et depuis six mois des troubles de la déglutition qui inquiétaient le malade, et l'avait poussé à venir chercher des remèdes à l'hôpiatl.

COMMUNICATIONS

Dr. Belot. — FIEVRE TYPHOIDE.

Observaion banale d'une forme grave ataxo-adynamique de fièvre typhoïde, terminée par la mort, chez un homme de 22 ans, de bonne santé antérieure, vacciné neuf mois auparavant à l'entero-vvaccin bilié (Bili-Vaccin).

C'est le troisième cas d'infection éterthienne ou para-éberthienne après

entero-vaccination avec le portrait précité, que nous constatons dans notre pratique ; à notre connaissance, nous en comptons huit.

Nous rapportons cette observation, pour faire part de notre impression de moindre certitude de ce mode d'immunitation, comparativement aux procédés par injections, quel que soit le soin apporté dans son administration ; les cas d'infection après entéro-vaccination nous paraissent plus fréquents qu'après vaccination hypodermique.

DISCUSSION

Le **Dr. Maurice Uzan** signale des cas analogues où une famille vaccinée par voie buccale a vu plusieurs de ses membres tomber malades. Il insiste sur la nécessité de vacciner par voie sous-cutanée. Cette vaccination devrait être obligatoire dans l'entourage des malades.

Le **Dr. Emile Lévy** a vu aussi plusieurs cas de fièvre typhoïde chez les malades vaccinés par voie buccale.

Le **Dr. Hector Bonan** signale des cas semblables survenus dans la famille de notre confrère le Dr. Roger Nataf. Mais il reconnaît aussi que les vaccinés par injection ne reste pas tous indemnes aussi et il a observé des cas de fièvre typhoïde sévère même chez les vaccinés par injection.

Le **Dr. Conseil** ne pense pas que les statistiques actuelles suffisent à denier toute valeur à la vaccination orale. L'expérimentation par ailleurs a montré que l'agglutination était influencée rapidement par la vaccination par voie buccale.

M. J. Chemla fait remarquer que l'agglutination ne signifie pas forcément prévention.

Le **Dr. Hababou-Sala** a assisté aux expériences du prof. Besredka et rappelle les résultats obtenus sur plusieurs milliers de cas. Il pense comme le Dr. Conseil qu'on ne peut rejeter le vaccin par injection.

Le **Dr. Emile Lévy** demande quelle est la durée de prévention du vaccin injecté.

Le **Dr. Conseil** dit qu'il est classique d'admettre cinq ans.

Le **Dr. Maurice Uzan** revient sur la nécessité de vacciner obigatoirement l'entourage des malades. La loi autorise l'autorité municipale à décider de pareilles vaccinations.

Le **Dr. Conseil** répond qu'il est délicat toujours de faire prendre des arrêtés par l'autorité seule qualifiée pour décider des gestes pareils.

Le **Dr. Maurice Uzan** propose alors d'émettre un vœu en vue de modifier la loi afin de rendre le médecin chef du Service d'Hygiène seul maître de décisions de ce genre.

Note sur le traitement d'un abcès froid costal ; association des méthodes de Calot et de Finikoff

par MM. LE FLOCH et BELOT

Médecins de 1re classe

En août 1928, nous sommes appelés à soigner un petit garçon israélite âgé de 5 ans et demi, porteur d'un abcès froid de la portion vertébrale de la 10e côte gauche, sans lésion pleurale sous-jacente, évolutant depuis quelques semaines sous la forme d'une tuméfaction lombaire sous-cutanée ; le diagnostic clinique et la nature de l'affection sont confirmés par les antécédents, l'évolution, la radiographie, (Dr. Jaubert de Beaujeu, Tunis) et le laboratoire, à l'exclusion de toute autre étiologie. Plusieurs traitements avaient été conseillés par différents médecins consultés ; repos avec réminéralisation, immobilisation dans un corset plâtré, ponctions simples ou suivies d'injections modificatrices. De notre côté, nous faisons accepter la méthode de Finikoff ; injections intra-musculaire d'huile d'arachide iodée au dixième avec récalcification contemporaine au chlorure de calcium.

Mais, soit attachement encore vivace à une ancienne méthode plus familière, ou souci d'augmenter les chances de guérison en joignant au traitement général, l'action locale, nous décidons de combiner la méthode de Calot. Le volume de la collection (un petit poing approximativement), nous invite d'ailleurs à débuter par une ponction prudemment déplétive ; une cuillerée à potage de pus grumeleux est retirée, sans que l'on puisse obtenir davantage, l'obstruction de l'aiguille ayant interrompu la vidange, et queques centimètres cubes de liquide de Calot à l'iodoforme sont introduits dans la poche. Nous procédons ensuite à l'injection intra-fessière de 2 cc. d'huile d'arachide stérilsée, auxquels nous mélangeons extemporanement 11 gouttes de teinture d'iode fraîche. Aucune réaction au lieu de l'injection ; faible ascension thermique dans la soirée, 38°, sans lendemain. Cinq jours après, la tuméfaction présente le même aspect tendu, le même volume ; une nouvelle ponction évacue encore une quinzaine de cc. de pus grumuleux strié de sang, que l'on remplace par 5 cc. de liquide iodoformé ; deuxième injection intra-musculaire de 2 cc. d'huile d'arachide iodée ; réaction thermique vespérale 37°8. Cnq jours après, la tuméfaction semble moins volumineuse tout en paraissant solliciter à nouveau l'évacuation ; mais l'indocilité du sujet interdit cette dernière et rend plus délicates encore nos manœuvres en milieu familal.

Dès lors, nous renonçons à toute nouvelle ponction locale, nous en tenant aux injections intra-musculaires de Finikoff à doses progressivement croissantes, 3, puis 4, pour atteindre 5 cc. d'huile iodée au 1/10e, injections que nous pratiquons désormais tous les huit jours, durant trois mois, alternativement dans chaque région fessière, jusqu'à atteindre le nombre de douze. Sauf l'endolorissement, inconstant d'ailleurs, ressenti au lieu des piqûres et dont la durée n'excède jamais deux jours, aucune réaction locale n'est constatée; la température s'élève à 37,5, 37,8 au plus, chaque soir d'injection pour revenir à la normale dès le lendemain. Parallèlement nous administrons, tantôt du chlorocalcion, aux doses quotidiennes de 30 gouttes, tantôt de l'Irrastérine Byla en même quantité. Pour des raisons matérielles, nous ne pouvons procéder aux examens hématoogiques de contrôle conseillés par Finikoff; nous poursuivons le traitement avec les renseignements que donne l'état local et général. Dès la cinquième piqûre, la voussure a nettement regressée; la douleur focale et la contracture réflexe ont disparu; et comme conséquence de ces deux derniers facteurs d'amélioration, le faciès du petit malade a perdu son aspect triste, sa gaîté et son activité sont revenus. Moins encore qu'au début de sa maladie il supporte le repos allongé prescrit; tout au plus garde-t-il le coussinet souple se moulant aux lombes, que nous conseillons pour comprimer la poche et soutenir le thorax.

En novembre, toute voussure a disparu, l'aspect absolument symétrique des deux régions lombaires, l'absence de douleur à l'exploration, ou à l'occasion des mouvements, l'augmentation du poids et de la taille, (3 k.500, 4 cm.) nous font cesser les injections d'huile d'arachide et considérer comme acquise une guérison qui ne s'est pas encore démentie et que nous consolidons par l'administration prolongée de chlorure de calcium.

En janvier, une nouvelle radiographie (Dr Jaubert de Beaujeu) signale du côté gauche un léger amincissement de la 10e côte avec brièveté de la 12e, sans plus. En octobre 1929, soit quinze mois après le début de l'affection, onze mois environ après la fin du traitement, l'examen local est toujours normal, l'état général est excellent, le développement se poursuit et l'enfant fréquente toujours l'école, où retourné en avril, il se livre sans réserve pendant les récréations, aux jeux turbulents de son âge.

L'intérêt que nous semble présenter cette observation d'une ostéite baccillaire banale, réside d'abord, non dan sla méthode de Finikoff elle-même, mais dans la modification que nous y avons apportée par les petites doses prudentes du début, destinées à apprécier la susceptibilité d'un jeune enfant qui n'a jamais présenté le moindre signe d'intoxication utérieure-

ment; puis dans l'association de cette méthode avec celle de Calot, asso-cation que nous n'avons vue décrite nulle part ;ensuite, dans le bon résultat obtenu sans interruption de l'activité habituelle; et puis et surtout, dans la rapidité de l'obtention de ce résulat. Peut-être nous dira-t-on que quelques injections modificatrices peuvent tout aussi bien à elles seules guérir semblables lésions et que point n'est besoin de s'adresser à l'huile d'arachide iodée. Voilà qui n'est pas absolument sûr puisqu'en certains cas, on est obligé de recourir à l'exérèse de la côte; et de toutes façons il faudrait probablement plus de deux injections pour atteindre une amélioration sensible. D'autre part la relative brièveté de notre traitement (Finikoff indique une moyenne de 5 à 8 mois, 14 à 20 injections chez l'enfant, pour la guérison d'un abcès froid) nous incite à penser que l'action du topique local a été renforcée ou tout au moins rendue plus efficace, par l'augmentation des défenses générales dues à lhuile d'arachide iodée, de la même façon « qu'elle aide à la fixation du calcium par la monocytose (huile végétale résorbable) et la polynucléose (teinture d'iode à doses minima) qu'elle augmente et stimule ». Et inversement nous imaginons que l'action de l'huile iodée a été plus active, plus rapidement décisive sur un abcès froid déjà modifié, en quelque sorte mordancé, par le liquide modificateur.

C'est pourquoi, ces deux méthodes de Calot et de Finikoff semblent s'être prêté, dans le cas qui nous a occupé, un heureux et mutuel concours, nous nous permettons sinon de conseiller leur assocition, au moins de la signaler.

*
* *

Méthode de Diagnostic des fièvres typhoïdes

Par le **Dr. J. Hababou-Sala** (voir en tête de ce numéro page 322)

DISCUSSION

M. J. Scemla. — Comment différencier alors les injections à Eberth des paratyphiques ?

Le **Dr. Conseil.** — Il y aurait lieu peut-être de préparer trois antigènes et faire trois intradermo-réactions.

Le **Dr. Hababou-Sala.** — Du moment que l'attitude thérapeutique du medecin reste la même, l'antigène trivalent est pratiquement suffisant. Il signale que peut-être les intrademo-réactions répétées pourraient présenter un intérêt thérapeutique. Il poursuit ses recherches dans ce sens.

MALADIES DOMINANTES

Peste — Typhoïde — Diphtérie — Paludisme.

QUESTIONS DIVERSES

Pharmacies de nuit.

Le Dr. Cassuto revient sur cette question épineuse de la pénurie de pharmacies de nuit qui rend l'exercice de la médecine si difficile la nuit.

Après échanges de vues auxquels prennent part les Drs Brun, Conseil, Cassuto, Emile Lévy, Maurice Uzan, on décide de s'aboucher avec la Société des Pharmaciens en vue de régler cette question, avant d'émettre des vœux publics.

VARIÉTÉS

Présentation de deux films d'hygiène sociale

par M. BELOT, Médecin de la Marine

Chargé du service de vénéréologie à l'Hôpital Sidi-Aballah, nous avons cru utile de joindre à nos efforts thérapeutiques une action prophylactique plus objective et plus moderne que l'habituelle causerie sanitaire, en nous adressant au film cinématographique de portée plus directe et plus générale.

En effet, si nos consultants sont renseignés après leur pasage dans nos salles (affiches murales, tracts en langues française et arabe, vitrine où sont exposés les différents moyens préventifs, conseils individuels) beaucoup à leur entrée, sauf quelques-uns déjà instruits et ceux qui ont eu la malchance d'écrire aux annonces des journaux ou de s'adresser à quelque officine au cours d'une permission, ignorent tout des malades vénériennes. La prophylaxie individuelle ou collective n'est qu'à peine utilisée ; les hommes libérés sont dans l'inquiétude quant à l'achèvement du traitement commencé ; et chez les jeunes ouvriers d'un arsenal d'importance croissante, dans un pays où les risques de contamination sont très grands, l'insouciance préventive est la même que chez les marins ; enfin la fréquence relative de certaines formes chroniques abandonnées à elles-mêmes après l'alarme douloureuse du début, s'ajoute aux précédentes raisons de faire mieux connaître, l'importance des maux vénériens.

Nos recherches nous ont conduits à l'Office d'Hygiène Sociale à Paris, où, venant après les encouragements de M. le Médecin général, Directeur du Service de Santé de la Marine, le plus large accueil nous a été fait ; malgré la distance, la durée d'indisponibilité des documents qui pouvait résulter de celle-ci, l'incertitude des transports et des manipulations, M. Viborel, Directeur de la commission de Propagande, avec le plus grand souci de favoriser la réalisation de notre initiative a mis à notre disposition deux films : « L'Armement Antivénérien en France », « La Tuberculose, ses causes. ses lésions ».

Le premier de ces films, bien connu des personnes qui s'occupent de propagande anti-vénérienne, comprend cinq parties, et se développe pendant un peu plus d'une heure sans laisser faiblir l'intérêt. C'est en premier lieu, la présentation du tréponème et du gonocoque et de leurs principales manifestatons infantiles ou adultes faisant comprendre ce que sont

individuellement et socialement, la syphilis et la blennoragie. La nécessité de la lutte à diriger contre ces dernières, établie, une magnifique page d'histoire sociale se déroule sous nos yeux ; c'est d'abord à Paris que nous faisons connaissance avec l'impressionnante organisation des dispensaires et des laboratores ; puis chaque grande ville montre ses installations, Bordeaux, Nancy, Lyon, Marseille, etc... Pour ce dernier port, une bande entière expose ce qui a été réalisé dans la Marine marchande, à terre et à bord. Puis pour terminer, des diagrammes, des dessins animés parfois amusants, en évitant la sécheresse d'une statistique imprimée, indiquent les résultats acquis et font saisir la grandeur de l'œuvre entreprise.

Le deuxième film, une bande, vingt minutes, d'un caractère plus scientifique nous a permis de compléter et d'élargir une démonstration d'idée initiale anti-vénérienne seulement, par des notions elles aussi intéressantes et utiles pour tous. A égale distance d'une aridité trop technique et d'une présentation vulgarisatrice puérile, (à l'exemple de certains films dont nous avons vu la projection sur des bateaux américains à la fin de la guerre) il fait connaître et comprendre avec une clarté et un attrait constants ce que sont le bacille de Koch les lésions qu'il cause, la lutte des éléments sanguins contre l'infection ; l'image radiologique pulmonaire, le schéma cardio--vasculaire, le cœur battant isolé en circulation artificielle par leur aspect animé et vivant impressionnèrent vivement l'assistance.

Celle-ci, que ce soit dans les formations militaires de la Marine, Flotilles, de torpilleurs et de sous-marins, Aviation, Equipages de Sidi-Abdallah, etc., échelonnées entre Bizerte et Ferryville, ou à Ferryville même, personnel civil de l'Arsenal, sembla manifester la même curiosité soutenue par les deux films ; une causerie de présentation, variable avec l'auditoire, annonçait la projection, laquelle n'avait nulle besoin de complément explicatif. C'est là, la supériorité du cinématographe (Moving pictures disent les Anglais) sur la projection simple, de retenir l'atention par l'attirance du mouvement. Bien composés, variés dans leurs images, commentés de façon opportune, ces films nous ont paru très susceptibles de satisfaire les différentes sortes de spectateurs.

Il faut dire que dans toutes les unités nous avons reçu une aide morale et matérielle complète du Commandement ; à Sidi-Abdallah en particulier, la présence des officiers à chaque séance eut le meilleur effet sur les hommes.

Toujours, presque toutes les sièges étaient occupées, et la salle montrait un intérêt réel pour les questions traitées, par sa enue, des applaudissements inattendus, son empressement à prendre les places et sa per-

sistance à les garder, ses réflexions parfois judicieuses, souvent amusantes. Il est vrai que nos marins sont touchés de l'intérêt qu'on peut leur porter en dehors du service et que c'est avoir en eux un auditoire acquis d'avance, que s'adresser, à leur intelligence, à un réel souci de s'instruire assez répandu actuellement dans les équipages. En effet, la Marine moderne possède du point de vue de la curiosité intellectuelle, ses spécialités nobles, dans les jeunes gens des villes venus au service, tels que radiotélégraphistes, électriciens, mécaniciens, etc. ; et ceux-ci pour un peu qu'ils soient nombreux, et c'est le cas aux sous-marins et à l'aviation par exemple, font partager à leur voisinage, l'intérêt qu'ils portent aux choses nouvelles.

Pour le personnel civil de l'Arsenal, grâce au concours dévoué et précieux de deux anciens Médecins de la Marine, MM. les Docteurs Cannac et Goere de Ferryville et de Tindja, et grâce aussi à l'aide de la Municipalité, nous avons pu donner une séance gratuite à l'établissement cinématographique public. En dehors d'une afffuence considérable de spectateurs, notre grande satisfaction a été de voir combien les autorités militaires et civiles avaent tenu à nous assister et à nous soutenir. Chez une population ouvrière où l'Hôpital tient une grande place dans la vie quotidienne, où le souci de s'instruire et de s'élever par l'instruction existe encore dans de nombreuses familles, une telle manifestation, s'adressant à cette curiosité qui existe chez beaucoup pour les questions médicales, devait atteindre son but de susciter un intérêt immédiat et futur, de faire connaître et réfléchir, de créer l'opinion. Et c'est à cette assistance des autorités, et en particulier à celle de nos confrères civils, que nous devons l'impression d'avoir atteint ce but.

Avant de renvoyer les documents, étant donnée l'importance de leur déplacement, il nous avait semblé intéressant et rationnel d'élargir cette occasion de propagande. A Bizerte, la distance, notre service d'hôpital, ne nous ont pas permis de trouver un lieu de projection gratuit ; et nulle aide civile, laquelle du fait de notre résidence à Ferryville et du peu de loisirs dont nous disposons, nous eut été nécessaire, n'est venue rendre possible la présentation des films. A Tunis même regret ; la Ligue Tunisienne Antivénérienne a laissé notre offre sans réponse ; le Service de l'Hygiène à la Direction de l'Intérieur, le Syndicat des Médecins Français, nous ont répondu qu'étant données la saison (en été, août), la dispersion des personnalités qui habituellement patronnent semblables manifestations, il était préférable de reporter cette dernière à l'hiver.

En somme, dans notre rayon d'action, pour le personnel civil et mili-

taire de la Marine, nous pensons avoir fait œuvre utile ; c'est pourquoi nous signalons cet essai de propagande antvénérienne par le cinématographe, (le premier qui à notre connaissance ait été fait en Tunisie) la qualité des films, et l'encourageant accueil de l'Office d'Hygiène Sociale à qui nous renouvelons nos remerciemnts.

Si nous en avons les possibilités, nous poursuivrons ces projections avec deux autres sujets, le Trachome et le Paludisme.

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

La question dentaire en Tunisie

par le Dr LACLAVENTINE

Je m'excuse d'importuer les lecteurs de la Tunisie Médicale en leur parlant d'une spécialiste considérée jusqu'ici comme une parente pauvre de la médecine. J'estime néanmoins qu'il est nécessaire d'éclairer le corps médical sur une question que jusqu'alors il a ignorée. Il n'en est pas moins vrai que la stomatologie, l'odontologie, doivent aujourd'hui être considérées comme une branche de la médecine au même titre que les autres spécialistes et jouir des mêmes prérogatives.

Je rappellerai seulement pour mémoire les théories américaines de ces dernières années accordant une origine dentaire à bon nombre d'affections générales (rhumatisme, eudocardites, etc...)

En faisant la part de l'exagération il n'en résulte pas moins que la collaboration du médecin et du dentiste est de plus en plus désirable.

Dans le monde enter et en France en particulier il se dessine et déjà depuis longtemps un mouvement pour relever le prestige d'une spécialité qui supporte encore le poids de son ancienne réputation de charlatanisme.

La querelle qui divise en France médecins-stomatologistes et chirurgiens dentistes, si elle oppose de façon regrettable deux groupements importants de praticiens, n'en a pas moins un but louable, puisqu'il s'agit de modifications à apporter dans le programme des études dentaires pour les rendre de plus en plus scientifiques et relever leur niveau.

Le législateur a d'ailleurs compris depuis longtemps la nécessité de sauvegarder la santé publique, puisque en 1892 il a été voté en France une loi réglementant l'exercice de la profession de dentiste et établissant un programme de cinq années d'études; études comportant des notions générales d'anatomie, physiologie, pathologie, clinique etc... Sanctionnées par le diplôme de chirurgien-dentiste

Depuis quelques années, en Fance et à l'étranger, la collaboration du dentiste a été demandée dans tous les services d'assistance: Hôpitaux, dispensaires, inspection des écoles etc... L'armée qui avant la guerre ignorait le service dentaire a créé un corps de dentistes active et réserve.

De tout ce qui précède il ressort que le mouvement d'ascension se poursuit irrésistiblement et le jour est proche où le dentiste ne sera plus autre chose qu'un médecin spécialisé, comme le laryngologiste, l'oculiste ou le pédiatre.

Venons-en maintenant à la question qui nous intéresse particulièrement de l'art dentaire en Tunisie.

La population tunisienne semble bien avoir droit aux mêmes égards et aux mêmes garanties que celle de la métropole; le gouvernement du protectorat l'a d'ailleurs parfaitement compris puisque en 1899 il a appliqué par décret la loi française à la Tunisie.

Bien entendu avant cette date il y avait déjà des dentistes en Tunisie et la loi a respecté leur situation comme il avait été fait en France pour les dentistes exerçant avant la loi réglementant l'exercice de l'art dentaire.

Depuis 1892 il est venu en Tunisie quelques dentistes diplômés, trop peu nombreux à la vérité; c'est ce qui en 1921 a amené le gouvernement à accorer des autorisations d'exercer l'art dentaire à des mécaniciens pour dentistes qui lui ont paru présenter des garanties suffisantes. Ces autorisations données dans le but de remédier au petit nombre des diplômés, insuffisant pour les besoins d'une population très accrue, ces autorisations, dis-je, ont été accordées à titre provisoire, le gouvernement se réservant de les retirer en temps utile quand le nombre des diplômés serait devenu suffisant .Il a été ainsi accordé environ quatre à cinq tolérances (j'ignore le nombre exact) dont les heureux bénéficiaires exercent depuis 1921, prouvant ainsi une fois de plus que le provisoire avait quelques chances de durer.

Jusque là en somme, rien que d'assez normal, mais où la situation se complique c'est que le Journal Officiel tunisien de 1929 portant 15 dentistes diplômés, 2 médecins stomatologistes et 19 dentistes tolérés soit au total 36 dentistes il se trouve en Tunisie au moins 50 cabinets dentaires sans compter les dentistes ambulants et les bijoutiers fabriquant couronnes d'or et bridges.

Qu'on nous permette ici une première remarque: il semble que dans la liste des dentistes tolérés il y aurait lieu de faire une distinction entre les tolérés d'avant 1899, c'est-à-dire les tolérés légaux et ceux d'après 1899 c'est-à-dire les tolérés, nous ne dirons pas illégaux, mais en marge de la loi.

Pour les dentistes qui ne figurent pas sur le Journal Officiel, ils sont donc dépourvus à la fois et de diplômes et d'autorisations et cependant tous ou la plupart exercent leur art au vu et au su de tout le monde, sous l'œil complaisant, pour ne pas dire plus, de l'administration.

Cet article ayant pour but de mettre les médecins au courant de choses qp'ils ignorent pour la plupart, nous n'apprendrons rien au corps médical

en lui disant que le public n'entend rien au programme des études qui concernent notre spécialité.

Une plaque de dentiste suffit pour que le malade, même d'une classe sociale et d'une culture au-dessus de la moyenne s'adresse au premier venu. Disons à sa décharge qu'il ne peut lui venir à l'idée, qu'en notre siècle et en pays que nous voulons croire civilisé, le premier venu puisse se qualifier dentiste sans que le gouvernement intervienne pour lui faire respecter la loi.

Cette situation plutôt anarchique et qui ne fait qu'empirer tous les jours nous ramènera d'ici peu j'en suis sûr à l'arracheur de dents sur la place publique avec accompagnement de tambour et grosse caisse.

Les dentistes diplômés de Tunisie émus de cet envahissement de l'illégalité se sont groupés récemment pour essayer d'éclaircir cette situation qui leur porte préjudice, non pas tant pour eux personnellement, que pour le discrédit qu'elle jette sur la profession. Il semble en effet paradoxal qu'alors que dans le monde entier l'art dentaire évoule vers des méthodes toujours plus scientifiques, en Tunisie, au contraire, non seulement il ne progresse pas, mais il régresse et retourne au charlatanisme.

D'autre part il semble qu'un tel laisser-aller va à l'encontre des intérêts mêmes de la France. D'abord c'est la porte fermée à tous les jeunes français qui pourraient être tentés de venir s'installer en Tunisie.

Après renseignements pris, ils s'empressent de renoncer à venir dans un pays où leurs intérêts sont méconnus. Quant aux tunisiens, qui nous devons le reconnaître vont tous ou presque, faire leurs études en France, que peuvent-ils penser de la nation protectrice ,qui, après des études sérieuses, leur délivre un beau parchemin, mais ne fait rien pour sauvegarder les prérogatives que leur confère leur diplôme.

Le gouvernement peut être assuré du concours entier de l'association des dentistes diplômés s'il se décide à appliquer tout simplement la loi de 1899.

Je m'excuse d'avoir retenu aussi longtemps l'attention des lecteurs de Tunis Médical, mais il fallait que certaines choses fussent apprises aux médecins. Le corps médical de Tunisie se doit de nous aider dans la tâche que nous poursuivrons sans faiblir pour le bien de notre spécialité, et de la médecine en général.

Monsieur le Ministre Résident général a bien voulu nous faire le grand honneur de nous recevoir et d'écouter nos doléances. Nous avons confiance dans son haut esprit de justice pour résoudre au mieux des intérêts de tous cette question de l'art dentaire en Tunisie.

La Maison du Médecin de Tunis

La période de réalisation de la Maison du Médecin a commencé. Dans une première réunion préparatoire les souscripteurs ont approuvé un projet de statuts et nommé une commission provisoire d'organisation et de propagande composée de MM. les Docteurs Cassuto, Lançon, Ben Rais, Ronchot, Maurice Uzan, Moschiano et de M. Jo. Chemla, pharmcien.

Cette commission s'est immédiatement mise à la recherche d'un local qui — après approbation de la réunion des souscripteurs tenue le 5 novembre — a été arrêté et loué au n° 25 de l'avenue de Paris, rez-de-chaussée.

Ce local comprendra une grande salle de réunion pouvant contenir 80 à 100 personnes assises, deux salons, un office et une entrée. Il est contigu avec un bar-pâtisserie qui pourra nous faire le service de consommations variées.

Pour la publicité intérieure qui assurera une grande partie de nos frais d'exploitation, nous avons déjà reçu les promesses et les encouragements les plus précieux.

Le total des souscriptions a ett arrêté à un capital de 68.500 francs dont la moitié doit être versée à l'agence de Tunis du Comptoir d'Escompte avant le 30 novembre. Les actionnaires seront convoqués en assemblée générale constitutive dans les premiers jours de décembre et nous espérons pouvoir inaugurer notre « Maison du Médecin » dans le courant de la deuxième quinzaine de janvier 1930.

Dr CASSUTO.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

Le Recrutement des Marins Tunisiens

Dr R. BELOT

Revue Maritime, Novembre 1929

Récit itinéraire d'une tournée de recrutement sur les côtes de la Régence, de Djerba à Nabeul, où chaque année en mai, une commission de Médecins de la Marine examine et incorpore sur place les Baharias, envoyés ensuite aux Compagnies de Formation Indigène, à Ferryville.

Une carte de la répartition des principales endémies tunisiennes dressée par l'auteur et quelques photographies accompagnent des appréciations, sur l'Indice de Pignet comme critère d'incorporation chez les Indigènes, et sur le trachome principale cause de non aptitude au service de la Marine.

*
* *

L'esprit médical

Epigraphe . **Toute science touche à l'art, tout art à son côté scientifique** (Trousseau).

Ce nouveau confrère inscrit à son programme l'union harmonieuse de la littérature et de la médecine et s'efforcera de grouper dans sa rédaction, à côté des grands noms de la médecine contemporaine les transfuges de 1 à profession médicale qui se sont illustrés dans la littérature.

Dès le premier numéro nous relevons les noms de Georges Duhamel « patron » des médecins écrivains, de Louis Ramond, de Louis Pellissier, de Paul Rabier, etc... Une révélation : le médecin poète : Eugène Dupont.

Rédacteur en chef : Dr Henri Drouin.

Secrétaires de rédaction : Art : Dr Paul Rabier; Médecine : Dr Henri Gibert.

Rédaction, administration : 9, rue Le-Goff, PARIS (Ve).

La Tunisie Médicale

DECEMBRE 1929

TRAVAUX ORIGINAUX

Abcès du cerveau consécutif à une otite externe

Opération - Guérison

par les Drs ORTONA, CORTESI et LUMBROSO

Monsieur C. M. 43 ans, employé, n'a jamais souffert de la tête, ni des oreilles.

Il a commencé à souffrir légèrement de l'oreille le 5 août dernier en Algérie où il habite : petite sensation de gêne dans le conduit gauche. Une visite chez un spécialiste révèle un commencement de petit furoncle sans importance dans le conduit auditif gauche.

Trois ou quatre jours après, Monsieur C. M. ayant une sensation de cuisson accompagnée de prurit, gratte avec un morceau de bois taillé en pointe. Quelques jours après, il ressent de fortes douleurs dans l'oreille et du pus se met à couler en abondance ; un gonuement préauriculaire apparaît, trismus et douleurs à la mastication, paralysie faciale gauche tronculaire.

Les douleurs s'exaspèrent toujours davantage et nécessitent l'emploi continuel de 3 à 4 comprimés d'aspirine par jour.

Vers le 20 août, les douleurs s'irradient à toute la partie gauche de la tête et apparaissent des troubles de la parole et de la mémoire. Température 40 degrés. Soigné par des lavages de l'oreille, au bout de 8 à 10 jours, les troubles s'amendent, lamémoire et la parole reviennent en partie, les douleurs diminuent, la paralysie faciale regresse.

Il reste quelques jours en cet état et vers le 15 septembre le médecin qui le soignait aperçoit dans le conduit auditif gauche une masse fongueuse sanguinolente, baignant dans le pus.

Le malade est vu par l'un de nous le 26 septembre pour la première fois.

La région préauriculaire est encore tuméfiiée, légère parésie faciale,aucun

gonflement de la région mastoïdienne. Celle-ci n'est douloureuse ni à la palpation ni à la percussion.

Pus très abndant de l'oreille, mélangé de sang.

L'examen du conduit auditif gauche montre un polype obstruant presque complètement la lumière du conduit.

Aucun examen de l'oreille n'est possible si on ne procède pas à l'ablation de ce polype.

Anesthésie locale au Bonain, section à l'anse froide, le polype enlevé a à peu près les dimensions d'un haricot et siégeait à la partie moyenne du conduit.

Le tympan apparaît légèrement rosé, irrité par l'otite externe que le malade traîne depuis près de deux mois, mais aucun signe d'otite moyenne, pas de perforation, pas de bombement, Audition normale.

Toute la paroi antéro supérieur du conduit est fongueuse, sanguinolente.

Devant l'absence de signes d'otite et de mastoïdite on pose le diagnostic de chondrite et osteite du conduit affecton longue et douloureuse.

Le soir les douleurs s'apaisent un peu, la température est à 38 degrés 5, le poulsà92.

Le malade comprend très bien ce qu'on lui dit, mais éprouve quelque difficulté à trouver ses mots, et a quelques trous dans la mémoire.

Le 28 septembre le conduit auditif gauche est de nouveau envahi sur toute la longueur par des granulations.On procède sous anesthésie générale à un curettage de toute la paroi antéro-supérieure du conduit.

Les jours suivants, les douleurs cèdent, il n'y a plus qu'une sensation douloreuse, le plus est toujours abondant, la température se maintient à 37,5 le pouls à 88.

La percussion de la fosse temporale réveille une douleur.

Les symptômes psychiques s'aggravent : interrogé sur son âge, il hésite longtemps, il n'arrive qu'à grand peine à comprendre les questions qu'on lui pose, il se montre totalement désorienté dans le temps et dans l'espace

Devant ces troubles psychiques nous pensons à un abcès du lobe temporal gauche et peut-être du frontal.

Le 7 octobre, profitant de la présence à Tunis du Prof. Mingazzini, Directeur de la Clinique neurologique de Rome, nous le prions de l'examiner avec nous, afin si possible de préciser le siège exact de la lésion.

Reflexes légèrement exagérés, réaction pupillaire gauche lente à la lumière. Pas d'Argyll-Robertson.

Paraphasie et paragraphie, dysaelie et persévération très nette aussi bien verbale qu'écrite. On lui montre un franc il dit un franc; une montre en or, un franc; un porte-plume, un franc. Dans une phrase qu'il a voulu écrire, les premières lignes révèlent la confusion mentale, les autres la persévération.

La température est à 38, le pouls à 90.

Une radiographie faite entre temps n'a donné aucun renseignement. On note tout simplement deux petits éclats de grenade superficiels à l'angle orbitaire gauche, provenant e la guerre.

Le diagnostic s'impose : abcès temporal probable de la 1re circonvolution

La recherche de l'urée dans le sang donne 0.442 et la numération globulaire donne 12:500 leucocytes.

Nous ne faisons pas de ponction lombaire, car en l'absence de tout signe méningé,et s'il s'agit effectivement d'abcès du cerveau,la ponction peut être cause de décollement des adhérences récentes méningées qui peuvent s'être formées.

Nous décidons d'intervenir par l'écaille du temporal, contrairement à l'intervention classique, car il n'y a aucun signe d'otite moyenne, ni de mastoïdite.

Le malade, les jours suivants ne parle presque plus, la confusion mentale augmente, et il bredouille d'une façon inintelligible chaque fois qu'on lui parle.

L'intervention a lieu le 14 octobre. Incision partant du sommet de l'oreille en demi-cercle en haut, limitant toute la zone temporale, et en bas arrivant presque à l'apophyse zygomatique. Rabattement du volet cutané et du muscle temporal.

Trépanation antérieure de 4 cm. de longueur sur 2 cm 1/2 de hauteur. La méninge mise à nu ne pulse pas en cet endroit.

Ouverture de la méninge, le lobe temporal ne présente pas d'adhérences avec la membrane et fait hernie. Incision de la méninge sur toute la longueur de la trépanation.

En l'absence d'adhérences nous décidons de faire l'opération en 2 temps.

On introduit des petites mèches de gaze entre le cerveau et la méninge et pansement.

Le 16 octobre, reprise de l'intervention. Les adhérences s'étant formées ponction du cerveau. A la 2e ponction de la première circonvolution, à sa partie antérieure, sensation de pénétration en cavité à environ 3 centimètres de profondeur, pus jaune d'or.

Avec la sonde dissociation de tissus légèrement sphacélés, l'abcès est ouvert largement, il en sort une quantité de pus égale à un dé à coudre. Drainage par mèches.

Le pouls à la fin de l'opération monte à 130-140.

Les jours suivants le drainage se fait bien, la température se maintient entre 37,5 et 38 rectale, le malade commnce par moments à répondre aux questions. L'oreille est de moins en moins douloureuse, le pus continue.

Pendant 2 ou 3 jours, du 30 octobre au 3 novembre, la confusion mentale erparaît, la plaie donne du pu en grande quantité.

Puis à partir du 3 novembre, le pus diminue, et les symptômes psychiques s'améliorent. Les facultés reviennent peu à peu et chaque jour amène son progrès.

Le 8 novembre on procède à l'ablation d'un sequestre mobile de la paroi antérieure du conduit.

Le 12 novembre il n'y a plus de pus dans la plaie cérébrale; celle-ci bourgeonne bien et le pus de l'oreille est presque complètement tari.

Le malade se souvient de tout et répond bien à toutes les questions qu'on lui pose. Sa lucidité redevient parfaite; il recommence à faire même des opérations de calcul mutiplications, divisions, etc. On peut le considérer guéri.

Deux lettres écrites spontanément le 8 et le 12 novembre en font foi, et montrent le chemin parcouru depuis le 7 octobre date à laquelle il écrivait les quelques lignes qui révélaient sa confusion mentale et sa persévation.

*
* *

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue.

Tout d'abord la cause de cet abcès du cerveau : la seule lésion que nous trouvions à l'origine est ce furoncle du conduit auditif qui a été maltraité par le malade même. Par la suite il y a un otite externe, mais aucune trace d'otite moyenne suppurée.

Or tous les auteurs s'accordent à dire que la cause la plus fréquente des abcès cérébraux est constituée par les otites moyennes purulentes chroniques qui mènent à la carie de l'os temporal.

Quelquefois l'abcès peut se développer à la suite d'otite moyenne aiguë.

Grunert donne 91 % des abcès du cerveau provoqués par des suppurations chroniques de la caisse, et 9 % par des suppurations aiguës.

Heryng dans une statistique impressionnante de 645 abcès du cerveau, donne 457 produits par une totite chronique, 113 par une otite moyenne aiguë, et 75 d'origine inconnue.

Schwartze cite un cas isolé d'abcès cérébral survenu quand le tympan était intact.

C'est d'ailleurs en raison de cette constante otite moyenne et mastoïdite) des abcès du cerveau que tous les auteurs ont abandonné la trépanation par l'écaille, pour aborder le cerveau par une trépanation mastoïdienne et résection des toits de l'attique et de l'antre l'abcès étant presque toujours à la partie poséro-inférieure du lobe temporal.

Dans notre cas, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il n'y avait que le l'otite externe, le diagnostic avait fixé le siège de l'abcès plutôt vers la partie antéro-supérieure du lobe temporal (première circonvolution) il eut été illogique à notre avis de suivre la voie classique et bien nous en a pris, pusque c'est par la voie de l'écaille que nous sommes arrivés d'emblée sur l'abcès.

Nous n'avons pas trouvé d'autres observations d'abcès du cerveau provenant d'une otite externe.

Quelle a été la marche de l'infection dans notre cas ?

Il est probable qu'elle a suivi la voie lymphatique ou périlymphatique jusqu'à l'espace sous arachnoidien, et de là a pénétré dans le cerveau à travers les gaînes lymphatiques des vaisseaux sanguins.

Quelques points intéressants sont encore à noter dans la symptomatologie : à aucun moment de l'évolution de son mal, notre malade n'a présenté un ralentissement du pouls. Celui-ci s'est toujours maintenu au-dessus de 80 avec une température moyenne de 37°5 à l'anus.

Il n'y a jamais présenté un abaissement de la température centrale comme il arrive quelquefois dans les abcès temporaux, ainsi que la note Korenr dans son traité sur les complications intracraniennes de l'otite suppurée.

Nous n'avons pas noté d'amaigrissement notable et l'appétit a toujours été assez marqué.

Pas de nausées, vomissements ou vertiges; aucun trouble de l'appareil intestinal.

En définitive malgré les hésitations sur le diagnostic, hésitations explicables par l'absence de lésions de l'oreille moyenne et par les caractères du pouls, le diagnostic a pu être posé assez rapidement grâce à la douleur localisée à la fosse temporale et surtout aux symptômes psychiques.

Après l'intervention nous n'avons eu en somme aucun ennui sérieux, malgré que nous ayons traité cet abcès comme un abcès ordinaire avec drainage par mèches de gaze. Nous avons préféré ce mode de drainage car nous craignions qu'un drain de caoutchouc dur ne provoquât des plaques de saphacèle sur ce tissu cérébral déjà légèrement mal au point.

Le drainage a été continué jusqu'à l'épuisement du pus et le bourgeonnement du fond de la cavité.

Le Traitement des Teignes par l'acétate du thallium

par le Dr COHEN-HADRIA

L'acétate de thallium fut utilisé en thérapeutique pour la première fois aux environs de 1897, comme antidiarrhéique et anhydrotique.

Malheureusement son emploi fut marqué par des incidents et des accidents graves. Je ne saurais mieux faire que de céder la parole sur cette partie historique de ma communication à Sabouraud (Entrtiens Dermatologiques 1913 p. 443 et suivantes) :

«..Vers 1897 je pus être témoin de toute une série d'accidents, et « elle me permit de conclure qu'en donnant au sujet 0,005 d'acétate « de thallium par kilogramme de son poids, on peut obtenir douze « à quinze jours après, non pas toujours mais le plus fréquemment, « une alopécie pouvant amener la chute totale de ses cheveux en « quelques jours, la tête se trouvant aussi nue que dans la plus ac- « complie des pelades décalvantes.

« Un jour en se peignant la malade décolle ses cheveux par poi- « gnées ; le peigne les feutre avec les cheveux restés solides. Et c'est « en cet état que la patiente vient consulter. Le lendemain les autres « cheveux tombent de même ; la dénudation est complète en cinq ou « six jours.

« Quelques fois il reste une touffe de cheveux isolée ou bien un « cheveu sur cent ou sur mille quelquefois rien. Et la brutalité de « chute est sans égale, elle n'est comparable qu'à celle que produi- « sent les rayons X. Jamais on n'observe une alopécie en masse évo- «luant avec une telle rapidité même dans la pelade décalvante la plus « active. J'ai pu faire ainsi des diagnostics inattendus et je raconterai « à ce sujet un cas particulièrement intéressant.

« Toujours en 1897, une femme vint me trouver avec son mari, pour « une alopécie en masse que rien n'expliquait. Elle l'avait montrée la « veille à un confrère dont le diagnostic avait été : pelade nerveuse « et qui avait prescrit un traitement compliqué dont on me montra « l'ordonnance.

« Je regarde, je vois ces bouchons de cheveux feutrés, gros comme «le poing, retenus à la tête par les derniers cheveux solides. Et le diag-

« nostic partit tout seul : « Madame vous avez pris de l'acétate de « thallium il y a quinze jours.» Stupeur, dénégation... au fait, la ma- « lade n'en sait rien. Et alors on recherche l'histoire des quinze der- « niers jours : la malade était aux bains de mer, à Dinard quand elle « fut prise de symptômes dysentériques très pénibles. Et la chose du « rant encore après huit jours et s'aggravant, elle et son mari devin- « rent à Paris.

« C'était au mois daoût. Ils ne trouvèrent pas le médecin qu'ils vou- « laient, consultèrent celui qu'ils purent. Il ordonna des pilules qui « produisirent bon effet. Mais ni la patiente ni son mari n'ont regardé « ce qu'elles contenaient. « Vous rappelez-vous la date de cette or- « donnance et le pharmacien qui l'exécuta ? — Oui, c'était le 20 « août dans une pharmacie de la place du Théâtre Français. » « Allez « m'en chercher copie pendant que Madame vous attendra. » Une demi-heure après le mari rapportait la formule suivante :

Acétate de thallium 0 gr. 32 en 4 pilules 2 par jour.

« Je fis peser la malade, elle pesait habillée 61 kilogrammes. En « quatre jours elle perdit ses cheveux jusqu'au dernier sauf deux « petits pinceaux au-devant des oreilles. Elle porta perruque quel- « ques mois. Ses cheveux commencèrent à reparaître après six se- « maines. La pousse fut normale et régulière.

« On conçoit qu'un médicament qui produit de pareils effets n'ait « pas fait fortune. Mais on conçoit moins que les dermatologistes « aient si peu songé à utiliser ses vertus si rares et si spéciales. »

Sabouraud fut donc tenté d'essayer l'action dépilante de l'acétate de thallium :

Per os, d'abord pour le traitement des teignes, à la dose de de 0,005 milligrammes par kilog de poids : résultats inconstants.

Localement en pommade au 1/10 aussi pour le traitement des teignes. Résultats locaux étonnants mais troubles toxiques graves : sialorrhée, tachycardie parfois ecchymoses sous-cutanées et albumine.

Sabouraud renonça donc à l'emploi de l'acétate de thallium pour le traitement des teignes, et cela d'autant plus facilement que la découverte de l'action dépilante des rayons X apportait la solution du problème.

L'acétate de thallium ne fut plus employé qu'en pommade au 1/100 dans le traitement de l'hypertrichose de la femme : traitement à action lente et faible mais progressive et certaine.

On en était là quand en 1917, le professeur Cicero (de Mexico), n'ayant pas d'ampoules de Crookes eut l'idée de tenter le traitement des teignes par l'acétate de thallium : huit cent quarante cas furent traités par lui du 8 février 1917 au mois d'août 1927.

Voici quelles sont ses conclusions :

« 1° L'action alopéciante de l'acétate de Thallium est indubitable.

« 2° Cette action est tardive; avec les doses habituelles, elle met « généralement de quinze jours à trois semaines à se manifester.

« 3° Son effet est purement transitoire, car, au bout de deux à cinq « mois, la repousse est totale et complète.

« 4° Le meilleur moyen d'administration du médicament est l'in- « gestion en une seule fois.

« 5° Si l'on emploie la dose de 5 milligrammes par kilo de poids « l'effet alopéciant est fréquent, mais il n'est pas absolument sûr ; « la dose de 7 milligrammes donne un effet qu'on peut considérer « comme constant.

« 6° Les doses indiquées ne produisent aucun trouble organique, «aucun phénomène d'intoxication ou d'irritation rénale.

« 7° Cependant il faudra toujours pratiquer l'analyse de l'urine au- « paravant et s'abstenir d'administrer le médicament si l'on trouve « de l'albumine en quantité appréciable.

« 8° Lorsque débute la dépilation, il faut la compléter aussi vite « que possible par des moyens mécaniques.

« 9° A côté des avantages que possède une dépilation spontanée et « sans douleur, il y a celui de pouvoir maintenir le cuir chevelu entier « dans un état aseptique meilleur et celui d'avoir devant les yeux « les plus petites lésions produites par la maladie qu'on peut ainsi « poursuivre jusque dans les recoins les plus cachés.

« 10° Le traitement des teignes par l'acétate de Thallium est positi- « vement efficace, simple et inoffensif, pour peu qu'il soit manié à « bon escient par le spécialiste lui-même ou sous sa stricte vigilance.»

Puis c'est au tour du Dr. Jesus Gonzales Uruena (de Mexico) d'étudier l'action de l'acétate de Thallium.

Dans son intéressante monographie parue chez Masson en 1928, Uruena relate longuement ses observations, desquelles il résulte que l'acétate de Thallium est fort aisément utilisable pour les enfants.

Les cas traités par lui se montent en 1927 à 612.

Le traitement des teignes par l'acétate de thallium se répand. Fioc-

co (de Venise) tire de l'étude de 104 cas des conclusions très favorables. Pasini (de Milan qui l'administre à la dose de neuf milligr. par kgr. de poids n'observe aucun accident grave chez les enfants de moins de 12 ans.

Divella (de Bari) est moins satisfait : soit qu'il ait donné le thallium per os ou par injections hypodermiques à doses fractionnées, soit qu'il ait utilisé des pommades, il a observé des accidents graves, et même un cas de mort: il s'agissait d'un malade de 25 ans atteint déjà d'épidermolyse bulleuse étendue et d'hypopituitarisme.

Radaeli (de Gènes), Gay Prieta (de Madrid)
rier et Zwitkis (de Kiew — 500 cas) publient les résultats de leurs recherches. Ils sont dans l'ensemble favorables. A la publication de l'ouvrage de Gonzales Uruena, il y a deux mille cinq cent quarante huit cas connus de teignes traités par le Thallium.

D'autres publications ont été faites depuis sur la question surtout en Russie et en Italie.

Elles sont à peu près toutes en faveur du Thallium. Notons cependant que Wigley (de Londres) et Peyri (de Barcelone) trouvent le Thallium trop dangereux et ont renoncé à son emploi.

C'est dans ces conditions que nous avons pensé à expérimenter ce produit.

A notre Consultation du Conseil de la Communauté Israélite en effet il n'y a pas de poste radiologique, nous étions obligés en présence de cas de teignes de solliciter un de nos confrères radiologues de bien vouloir traiter nos petits indigents dans leurs installations personnelles. Ils se prêtaient tous de bonne grâce à notre demande mais il nous était pénible de continuer ainsi à avoir recours aux postes particuliers de nos confrères.

D'autre part les teignes sont très répandues en Tunisie et particulièrement dans le bled.

Dans ces conditions, nous avons pensé qu'il était utile pour les médecins de colonisation de savoir s'il y avait à leur disposition un traitement des teignes plus maniable que la radiothérapie.

Nous avons donc prié notre ami Jarmon de nous fournir de l'acétate de thallium. Nous avons utilisé se produit en solution à 1 pour 1000 (1 milligramme par cc.). Cette solution est complètement insipide.

Voici très résumées nos observations :

Observation I

S.... Fraji, 7 ans.

Petits éléments de trichophytie disséminés sur le cuir chevelu. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Pods 17 kilog.

Le 27 juillet 1929, administration de 0,102 milligr. d'acétate de Thallium (six milligrammes par kg.)

Pommade cadique et alcool iodé.

Pas d'incident.

Du 12 au 18 août chute des cheveux.

Le 14 septembre, on cesse tout traitement local; la repousse est accentuée, le malade est guéri.

Observation II

A... Esther, 17 ans.

Ancien favus très rebelle. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Poids 57 kilogs.

Le 27 juillet 1929, on lui administre 0,342 millig. d'acétate de thallium (sx millig. par kilog.)

Le 30 juillet. Douleurs vives des membres inférieurs.

Le 13a août. On revoit la malade, très amaigrie avec douleurs des membres inférieurs et légère parésie. On veut l'hospitaliser pour l'examiner plus complètement. Elle file sur Thala et on n'en a plus aucune nouvelle jusqu'au 21 novembre: elle nous signale qu'ele est restée immobilisée au lit pendant deux mois à Thala. Elle n'a pas appelé de médecin. Son favus n'est pas guéri.

Obesrvation III

S. Marcele 8 ans.

Trichophytie, ni sucre ni albumine.

Le 27 juillet 0,171 millig. d'acétate de thallium (sept milligr. par kilog.) Traitement local par la pommade cadique et l'alcool iodé.

Pendant quelques jours céphalée et arthralgies légères des membres inférieurs.

Le 10 août les cheveux tombent en touffes. Cependant à la repousse on constate quelques cheveux encore malades..

Le 25 septembre présence de trichophyton.

Le 1er octobre 0,177 millig. d'acétate de thallium **per os** (sept millgr. par kilogr.).

Le 28 octobre. Nous revoyons la malade qui ne s'était pas présentée à

notre examen depuis le 1er octobre. La chute des cheveux est terminée. aL repousse a commencé. Il n'y a pas eu de troubles après l'ingestion du thallium.

Le 6 novembre la malade paraît guérie.

Obesrvation IV

S... Louise 7 ans, sœur de la précédente.

Même histoire clinique. N'a eu d'accidents toxiques à aucune des deux ingestions de thallium le 27 jullet et le 1er octobre (à sept milligr. par kg. de poids.

Observation V

H... Julie 8 ans.

Favus .Ni sucre ni albumine; poids 24 kilog. 500.

Du 12 au 18 août chute des cheveux. Il faut noter que cette chute a été plus précoce et plus totale dans les zones malades. Il n'y a pas eu d'accidents toxiques.

Depuis le 18 août nous n'avons pas revu la malade.

Observation VI

T... Joseph 9 ans.

Le 25 sept. 1929, il se présente avec une teigne tondante ancienne ayant récidivé après radiothérapie.

Poids 22 k. 700. Ni sucre ni albumine.

Administration **per os** de 0.159 millig. d'acutate de thallium (sept millig.) par kgr.) Traitement local classique.

Le 5 octobre la chute des cheveux commence. Il n'y a pas eu d'épisode toxique.

Le 6 novembre, la repousse est bonne, le malade paraît guéri.

Observation VII.

S... Mathilde 7 ans.

Trichophytie endothrix.

Ni sucre, ni albumine; poids 17 kg.

Le 1er octobre 1929 administration de 0.119 milligr. d'acétate de Thallium (sept milligr. par kg.. Traitement local classique.

Le 28 octobre. La malade revient disant que la chute a commencé le 16 octobre. La tête est complètement glabre. Légère dermite irritative du cuir chevelu. On suspend le traitemen local. Aucun accident toxique dû au thallium.

Le 9 novembre. La malade paraît guérie. On se réserve encore cependant avant de lui délivrer un certificat pour rentrer en classe.

Le 21 novembre. Malade guérie autorisée à retourner à l'école.

Observation VII

C... Daisy, 6 ans.

Poids 19 kg. Ni sucre ni albumine.

Trichophytie du cuir chevelu.

Le 14 novembre 1929 administration de 0,133 milligr. d'acétate de thal-

A ce jour (21 novembre) pas d'accident toxique. La chute n'a pas encore commencé.

Ainsi donc, les accidents toxiques graves ont été rares. Seule la malade de l'obs. II en a présenté d'assez sérieux que nous n'avons malheureusement pu suivre: rappelons qu'il s'agissait d'une jeune de 16 ans. Ceci confirme l'opinion des auteurs qui disent qu'il est imprudent de donner du thallium aux malades âgés de plus de 12 ans.

Les résultats sont bons. Cependant la repousse est très rapide et par conséquent il convient pour éviter les rechutes de faire très énergiquement le traitement local curatif, car pas plus que les rayons X le thallium ne détruit le champignon: il fait seulement tomber le poil.

Rappelons en quoi ce traitement consiste.

Le soir friction énergique de tout le cuir chevelu avec la pommade

Huile de cade	aa 10 gr.
Vaseline	
Lanoline 10 gr.	
Oxyde jaune de mercure 1 gr.	

Le matin, laver à l'eau chaude et au savon puis badigeonnages avec :

Teinture d'iode 10 gr.

Alcool à 60° 60 gr.

A noter que souvent la chute commence dans les zones malades, ce qui est assez favorable pour le succès du traitement.

Voilà les quelques réflexions que nous inspirent ces premières

recherches sur l'emploi de l'acétate de thallium dans le traitement des teignes. Traitement commode, peu coûteux, peu dangereux chez les enfants de moins de 12 ans. Les cheveux repoussent toujours très drus, au point que Peiser a essayé d'utiliser le thallium pour le traitement des pelades.

Comment agit le thallium ? Par la voie endocrino-sympathique, ou bien sur le système nerveux central, ou bien directement sur la racine du poil ? Les expérimentateurs discutent encore, et ne sont pas d'accord.

Qu'il suffise aux praticiens de savoir qu'il existe un produit asez facile à manier qui peut remplacer les rayons X dans le traitement des teignes.

On pourrait augmenter les doses (de nombreux auteurs ont employé huit et même neuf milligr. par kilogr. de poids); on pourrait combiner ce traitement avec la radiothérapie et, dans une action commune associer la moitié de la dose dépilante de rayons X et la moitié de la dose dépilante de Thallium: on pourrai encore avec Buschke essayer de voir si l'hyposulfite de soude ou tel autre produit pourrait permettre d'éviter les effets toxiques du thallium. Ce sera l'objet de prochaines recherches.

Cette modeste note préliminaire a pour unique ambition d'attirer l'attention des médecins de Tunisie, surtout de ceux du bled, sur un traitement nouveau et somme toute assez pratique des teignes du cuir chevelu.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 22 Novembre 1929

Présidence du Dr. **E. LEVY, Président**

Présents : Drs. Perrussel, Cassuto, Caillon, Brun, B. Lévy, J. Guez, Ghouila-Houri, I. Lumbroso, Deleuil, Cortesi, Cohen-Hadria, E. Lumbroso, Cohen-Boulakia, J. Scemla, F. Maruani, A. Pérez, Guttieres, Gourdon, Bloch, H. Bonan, Brugairolles, De Zouvy, A. Debbasch, H. Zérah, R. Ganem, E. Scemamma, Jos. Chemla, V. Cohen, Conseil, Masselot, Maurice Uzan, Hayat, L. Timsit, L. Montefiore, Ronchot, Cherouvrier, Disegni, Henry.

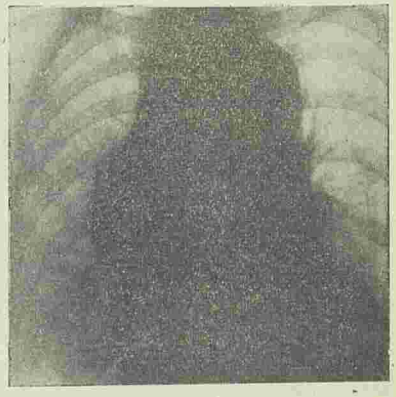
*
* *

ADMISSIONS. — Le Dr. **Tremsal** est admis à l'unanimité.

PRESENTATIONS DE MALADES ET DE PIECES

Double anévrysme aortique

par les Drs **MASSELOT** et **POIGNANT**



Les anévrysmes multiples de l'aorte ne sont pas d'observation courante. La malade que nous présentons a un double anévrysme de l'aorte. La 1re poche siège sur la portion ascendante de la crosse de l'aorte, la 2e poche

sur la portion descendante. Les radiographies ci-jointes dues à l'obligeant du Dr. Jeaubert de Beaujeu en font foi.

La malade était entrée àl'hôpital pour une crise d'œdème aigu du poumon que nous avons jugulée rapidement par une saignée de 450 gr. et une injection intraveineuse de 1/8 de nuage d'ouabaïne.

L'examen montre : au niveau de l'appareil cardio vasculaire une forte augmentation de la matité cardiaque et un abaissement de la pointe qui est percepible dans le 6e esp. intercostal.

L'auscultation décèle un double souffle de la base, couvrant la région précordiale et se propageant à gauche vers l'aisselle.

L'examen somatique général ne révèle qu'une augmentation de volume du foie. La radiographie a seule permis de préciser qu'il s'agissait d'un double anévrysme aortique.

Malgré le B. W. négatif en l'absence d'antécédents infectieux nets, nous pensons que l'origine syphilitique des accidents n'est pas douteuse et avons institué un traitement spécifique par cyanure de mercure et Rubyl.

*
* *

Le **Dr. Brun** présente d'intéressantes pièces opératoires:

1. **Sarcome de l'humérus et de l'omoplate. Désarticulations interscapulo-thoracique.**

2. **Occlusion intestinale par tuberculose.**

Resection à 1 m. 40 d'intestin grêle.

3. **Kyste de l'ovaire de 14 kilos.**

Dr. Cohen-Hadria. — Traitement des teignes par l'acétate de thallium.

(Voir en tête de ce numéro page 356).

DISCUSSION

Le **Dr. Conseil** demande à voir la jeune fille de 16 ans, atteinte de favus, d'ailleurs non encore guéri. Il voudrait confier des favus au Dr. Cohen-Hadria pour essais.

Deux cas de Rhumatisme Vertébral lombaire ou lombarthrie

par le Dr F. MARUANI

Il s'gît ici de deux observations de Rhumatisme vertébral lombaire, appelé lombarthrie par Leri.

Dans le premier cas, il s'agit d'une malade du Docteur Cassuto âgée d'environ 30 ans, qui se plaint de douleurs lombaires à type de lumbago.

Ces douleurs sont vives, surviennent surtout le jour — après la fatigue — irradient le long de la colonne lombaire et au voisinage de celle-ci. Elles surviennent par crises qui durent quelques mois, disparaissent, pour réapparaître 2 ou 3 mois plus tard. Le début de l'affection remonte au prin-

temps de l'année dernière, c'est-à-dire à environ 18 mois. A ce moment une radiographie faite à Marseille, ne montre aucune lésion de la colonne lombaire.

Dans l'histoire de la malade, on ne relate aucun antécédent important, à part un ulcère de la petite courbure de l'estomac qui a été opéré. Depuis 16 mois, cette malade a eu de nombreuses crises douloureuses pour lesquells on a employé beaucoup de traitements et entre autres, des injections dhuile lipiodolée, dans la région lombaire. Le docteur Cassuto, jugeant utile de lui faire des agents physiques, me l'a adressée.

A l'examen de la région lombaire, on ne note que deux seuls signes :

1) la disparition de la lordose physiologique ;

2) une gibbosité médiane et angulaire avec saillie des apophyses épineuses avoisinantes.

J'ai recherché le **Pott** ; mais je n'ai trouvé aucune difficulté dans les mouvements, aucune douleur, rien dans les reflexes.

A la Radiographie : On voit, qu'à part les tâches d'huile iodée qui sont à droite :

1°) les première et deuxième lombaires, qui correspondent à la gibbosité, sont déformées, comme réduites dans le sens de la hauteur.

2°) l'espace inter-vertébral, qui les sépare, est opaque et réduit.

3°) les corps vertébraux de la douzième dorsale et de la première lombaire sont réunis par un point osseux.

4°) du corps de la deuxième lombaire par un crochet.

Cette série de signes entre tout à fait dans le cadre de l'affection que LERI a appelée **lombarthrie** ou **rhumatisme vertébral lombaire.**

Cette malade est actuellement en traitement chez moi. Je lui fais de la diathermie et de l'ionisation salicyclée. Elle est très soulagée.

Le 2e cas s'adresse à un homme d'une trentaine d'années, que j'avais radiographié pour l'appareil urinaire. Il pissait du pus.

A mon grand étonnement, sur le cliché, je m'aperçois d'une déformation bizarre de la colonne lombaire. A l'interrogatoire, ce malade m'a appris, qu'il y à 9 ans, au moment où il venait de terminer son service militaire, il avait eu une crise douloureuse lombaire très violente, qui l'avait clouée au lit pendant plus de 2 mois. On lui avait ordonné un tas de traitements et entre autres une cure à Hammam-Lif. Depuis il n'a jamais plus souffert de cette région.

A l'examen de la région lombaire, on ne voit rien d'anormal ; mais à la radio, on trouve :

1°) des déformations de la deuxième et troisième lombaire avec coïncement du disque intervertébral ;

2°) des déformatons des 4 et 5, lombaires avec, ici encore coïncement du disque intervertébral.

Notons enfin l'aspect un peu en diabolo de la 2e lombaire et le bec de perroquet qui joint la 2e lombaire à la 3e.

Ces deux observations montrent bien l'évolution de la lombarthrie.

Dans le 1er cas, la maladie s'est installée rapidement ; elle a évolué par poussées, et a donné des signes anatomiques en 18 mois.

Dans le 2e cas, une seule crise douloureuse a suffi à fixer les vertèbres, et le malade semble guéri depuis 9 ans.

Tout ceci permet de donner une figure particulière à cette maladie isolée et appelée par LERI la **lombarthrie**.

Un cas d'inclusion des 2 canines dans maxillaire supérieur chez un homme de 50 ans

par le Dr MARUANI et M. GUTTIÉRÈS chirurgien-dentiste

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, bien portant, qui a consulté au mois d'août dernier M. Guttiérès par un abcès du palais

A l'examen on trouve qu'il manque les 6 dents antérieurs (les 4 incisives et les 2 canines) que le malade avait remplacées par un appareil de prothèse, M. Guttièrès m'envoie le malade pour lui radiogaphier la face périeure est rouge, tuméfiée, très douloureuse au palper.

Enfin on note une pyorrhée très avancée des petites molaires et des molaires qui sont déchaussées et ébranlées.

Comme cette inflammation ne semblait pas provenir de l'appareil de prothèse, M. Guttiérès m'envoie le malade pour lui radiographier la face

Je lui fais deux radios dans la position de Blondeau nez-menton sur la plaque, l'une bouche fermée, l'autre bouche ouverte.

Sur ces clichés on voit très distinctement 2 canines normalement constituées, incluses dans l'os maxillaire supérieur et presque horizontales.

Le diagnostic fait, sur le conseil du Dr. Zammt on décide l'intervention afin d'enlever les 2 canines. L'opération est pratiquée par M. Guttiérès.

Anesthésie locale par injestions dans les trous palatins.

Trépanation à la gouge et au marteau, d'abord de la canine gauche dans une première intervention, puis de la canine droite dans une deuxième intervention.

La cicatrisation fut rapide et aujourd'hui le malade est complètement rétabli.

Enfin notons un fait corollaire signalé par différents auteurs : le malade atteint de myopie avait eu un décollement de la retine il y a une année, à la suite duquel il avait eu de nombreux troubles visuels.

Depuis son opération, il a constaté une amélioration très nette de sa vue.

Le cas est intéressant, d'abord par sa rareté : dans toute la bibliographie que nous avons consultée nous ne trouvons pas ordre de fréquence : des cas rares de une seule canine incluse dans l'os nasal.

Des cas plus fréquents d'une seule canine incluse dans l'os incisif — mais on ne signale pas des cas de deux canines incluses.

Enfin il faut savoir que les dents incluses peuvent être l'origine de troubles visuels tel notre malade ou de névralgie faciale que l'opération améliore nettement.

Fistule coccygienne guérie depuis un an par les rayons ultra-violets

par les Drs BOULAKIA, SETBON et MARUANI

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, comptable de son métier, que m'ont envoyé il y a un an et un mois les Docteurs Boulakia et Setbon parce qu'il avait une **fistule de la région coccygienne.**

Ce jeune homme bien portant par ailleurs et qui n'a aucun antécédent, a fait il y a deux ans un petit abcès de la région coccygienne. Ce petit abcès a guéri rapidement, mais pour réapparaître quelques jours après ; disparaître de nouveau et ainsi de suite plusieurs fois. A la fin il s'est formé une **fistule** de laquelle coulait un liquide épais, blanchâtre et assez abondant pour que le malade soit forcé de se garnir.

Sur le conseil du docteur Boulakia, il a été opéré, deux mois environ après le début de sa maladie. Bonne opération, à la suite de laquelle la fistule s'est tarie complètement. Mais 7 ou 8 mois environ après, de nou-

veau il se forme de petits abcès qui siègent sur l'endroit où était la fistule et sur la cicatrice opératoire. Rapidement ces obcès se sont transformés de la façon suivante :

L'ancienne fistule est revenue et une fistulette nouvelle située sur la cicatrice a pris naissance.

C'est à ce moment que je vois le malade, c'est-à-dire au mois d'octobre de l'année dernière 1928.Je lui fais une série de 20 séances de Rayons ultra-violets en irradiations locales, progressivement plus puissantes. Le liquide purulent, de très épais, est devenu de plus en plus clair; la fistulette a disparu la première, puis la fistule s'est tarie complètement. Ce résulta s'est maintenu depuis une année. C'est pour cela que j'ai tenu à vous le montrer.

Ce cas est intéressant, d'abord à cause de la guérison obtenue en somme rapidement; de plus, parce qu'il confirme l'utilité du traitement des fistules uberculeuses par les Rayons ultra-violets, traitement qui donne d'excellents résultats comme vous venez d'en voir un cas.

*
* *

COMMUNICATIONS

Abcès du cerveau consécutif à une otite externe par les Drs. Ortona, Cortési et E. Lumbroso (Voir en tête de ce numéro page 150).

Discussion

Dr. Perussel. — A-t-on fait l'examen du pus cérébral ?

Dr. Lumbroso. — Non.

Dr. Brun. — La ponction lombaire classiquement est dangereuse pour les ponto-cérébrelleuses. Il rappelle qu'une simple P. L. peut amener une syncope. Il en cite un cas. Mais on peut toujours faire un P. L. même en cas de tumeur ou d'abcès cérébral à condition de la faire couché.

Dr. Soria. — Les accidents seraient dus à la filtration du liquide. Il faudrait mettre le malade couché sur le ventre.

Dr. Perrussel. — Il n'y a qu'une contre indication de la P. L., ce sont les cas de tumeur du 4e ventricule.

Le **Dr. Brugairolles** a vu un cas de mort à la suite de la P. L. chez une commotionnée sans que l'autopsie n'ait rien révélé.

Le **Dr. Cortesi** déclare qu'il n'a pas eu peur de faire la P. L. mais qu'il a seulement craint de rompre les adhérences.

Le **Dr. Gourdon** a vu un malade suspect de tumeur cérébrale. Une P. L. de 6 c.c. fut faite. Le malade entra dans le coma le soir même et mourut.

A propos d'un cas de bilharziose vésicale

par les Drs SFEZ, Maurice UZAN, H. ZERAH

Cette courte note est destinée à apporter une contribution très modeste à la thérapeutique de la bilharziose. Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans venue de Gafsa et présentant des héamturies. L'examen du laboratoire confirme le diagnostic de bilharziose.

De nombreux tritements furent tentés : eurétique et différents antimoniaux furent utilisés par voie veineuse. Il y eut plusieurs accidents dus à l'intolérance de la malade et surtout reprises fréquentes des hématuries. On constitua un traitement par voie intramusculaire d'un complexe d'antimoine et de myrocatéchine avec beaucoup de succès. Depuis trois mois, pas d'hématurie et absence de parasites dans les urines.

Discussion.

Le **Dr. Deleuil** a traité plusieurs cas par le stibényl intraveineux avec succès.

Le **Dr. Murice Uzan** insiste sur la facile utilisation du complexe antimoine-pyrocatéchine par voie intramusculaire.

ANALYSES

Sur un liquide employé en Tunisie pour simuler l'hémorragie de la défloration (1)

par J. BOUQUET
Pharmacien chef des Hôpitaux de Tunis

Chez les populations indigènes de l'Afrique du Nord (Tunisie), les rites de la consommation du mariage se déroulent de la façon suivante (sauf variantes légères selon les régions).

Le fiancé passe la journée de la cérémonie en compagnie de ses amis: ceux-ci l'accompagnent au bain, puis le cortège se rend dans une maison où sont préparés repas plantureux et divertissements.

De son côté, la fiancée, qui s'est rendue la veille au hammam avec ses amies, reçoit celles-ci et les fête. Fête réservée aux hommes et fête réservée aux femmes ont lieu le plus souvent dans la même maison; mais les deux sexes sont toujours séparés. La cour intérieure (patio) est abandonnée aux hommes; les femmes sont reléguées dans les diverses chambres donnant sur le patio: des rideaux obturent portes et fenêtres; à travers ces portières, les femmes peuvent regarder dans la cour, mais ne doivent pas se laisser voir des hommes. Dans la classe aisée, un concert (avec musiciens, chanteuses et danseuses) est le plus souvent organisé dans le patio.

Installée dans une chambre, l'épouse, parée de tous ses bijoux, pieds et mains teintes de henné, reçoit les visites de femmes amies ou simplement curieuses. Elle doit conserver une attitude sérieuse, grave, hiératique Les présents de dot et les cadeaux d'amis sont exposés autour d'elle ; avec leurs souhaits de bonheur, les visiteuses offrent généralement quelque don (argent, parfums, étoffes, confiseries, etc.)

Vers 23 heures ou minuit (2), la jeune fille est conduite discrètement dans la chambre nuptiale : le mari s'y rend peu après, on s'y trouve déjà. C'est alors que — théoriquement — il devrait voir pour la première fois le visage de son épouse.

---

(1) Exrait du « Bulletin des Sciences Pharmacologiques » octobre 1920. Tome XXXVI p. 556.

(2) A Tunis la fête dure deux jours: fête des femmes le premier jour, fête des hommes le deux,ème jour; le mariage n'est consommé que le soir du deuxième jour.

Le mari, resté seul avec sa femme, doit consommer rapidement, — brutalement —, le mariage. Aussitôt après. il quitte la chambre (où il ne reviendra que le lendemain soir). Devant la porte, l'attendent les proches parents qui l'accueillent par les cris de joie et des compliments. La mère ou la tante de la jeune épousée gagnent la chambre nuptale et s'emparent de la chemise de la mariée, parfois du drap de lit (s'il y en a) qui doivent être ensanglantés : ce trophée est présenté aux invitées qui manifestent leur jcie par des chants, des cris d'allégresse, des you-yous (1)

S'il n'y a pas émission sanguine, le mariage est rompu **de facto**, la dot versée par le fiancé restituée, ainsi que les dépenses engagées pour les fêtes nuptiales.

Cette importance attachée à la défloration sanglante pourrait être expliquée par ce fait que le mariage musulman est, en somme, une vente : le mari achète sa femme aux parents de celle-ci ; il tient donc à ce qu'il n'y ait pas tromperie sur la qualité de la « marchandise » acquise. Toutefois, des cérémonies analogues — avec présentation aux invités de la chemise ensanglantée — sont célébrées également chez les Juifs, bien que la coutume israélite implique que la dot soit versée par la famille de la femme au mari

Une matrone arabe — sage-femme non diplômée qui préside aux accouchements dans les milieux indigènes — m'apporta récemment :

1. Un carré de nanzouk paraissant abondamment taché de sang ;

2. Un fragment de drap de lit grossier, souillé également de larges taches.

Elle m'exposa que ces « trophées » provenaient d'un mariage effectué la veille dans une localité de l'Intérieur. Elle désirait que je détermine s'il s'agissait effectivement de sang.

*
* *

Conclusion de l'analyse

Il s'agit d'une **solution hydroglycérinée d'hémoglobine commerciale**, analogu à celles que nous utilisons en pharmacie à la préparation du sirop d'hmoklobine.

---

(1) En certaines régions, cette coutume est modifiée : ainsi, du côté de Nabeul, Hammamet, on ne présente pas la chemise tachée de sang. Le mari entre dans la chambre nuptiale muni d'une bougie : il en sort avec la bougie allumée s'il a trouvé sa femme vierge ; éteinte, si l'épousée était déflorée.

De la matrone, convoquée de nouveau, j'obtins les renseignements complémentaires suivants :

Les flacons, contenant le liquide destiné à remplacer l'hémorragie absente, sont vendus clandestinement à Tunis ; le prix en serait de 150 à 200 francs. L'unique vendeur serait un ex-infirmier militaire indigène qui, après la guerre, séjourna en France quelques mois comme employé dans une maison de produits pharmaceutiques.

Avec chaque flacon, le marchand délivre quatre petits sachets de papier contenant chacun environ 25 gr. d'alun grossièrement concassé.

La technique conseillée est la suivante : pendant les quatre jours qui précèdent le mariage, faire dissoudre chaque matin un des paquets d'alun dans une tasse d'eau de plpie (? ? ?) chaude. Le matin et le soir, imbiber de cette solution un tampon de coton hydrophile et l'introduire dans le vagin. Le reste du liquide doit être employé en lotions astringentes des organes génitaux externes.

Quant au flacon de solution d'hémoglobine, il a été choisi semblable à ceux utilisés par les parfumeurs indigènes pour ne pas attirer l'attention, des flacons de ce type se rencontrant toujours dans les maisons indigènes. Sa forme plate, allongée, permet de le dissimuler aisément dans un mouchoir, sous le corsage ou sous un coussin. La jeune mariée doit le conserver à portée de sa main, et, dès consommation des rapoprts sexuels, « se débrouiller » pour répandre un peu de son contenu sur ses organes génitaux qu'elle essuiera de suite avec sa chemise ou le drap.

Au point de vue chronique, voici les conclusions de l'auteur : Le liquide et la tache ne renfrment **aucune protéine d'origine humaine.**

NOTE DE PATHOLOGIE LOCALE

Sur quelques modalités cliniques de l'hypertension actuelle en Tunisie

par le Dr Maurice UZAN

Et si je prends la parole aujourd'hui, c'est que j'ai l'excuse d'avoir vu d'apporter une contribution importante à l'étude de l'hypertension artérielle si minutieusement faite déjà par des maîtres autrement qualifiés.

Il est difficile — et même présomptueux — pour un modeste praticien le problème se poser à moi sous l'angle de la pathologie particulière à un pays déterminé.

Cette notion de pathologie locale ; de « mimétisme-morbide », pourrions-nous dire, s'adaptant aux conditions géographiques, nous semble de plus en plus dominer la pathologie générale. Et la question de l'hypertension artérielle en Tunisie nous paraît l'ilustrer très nettement.

En Tunisie, l'hypertension artérielle se présente au médecin praticien avec une extrême fréquence. Aussi doit-on la rechercher systématiquement au cours de l'examen de chaque malade et cette recherche réserve de nombreuses surprises.

Sans doute bien de nos hypertendus entrent dans les cadres classiques. Sans doute nous rencontrons des aortiques hypertendus : cependant, à côté des aortites syphilitiques, combien relèvent du paludisme et du rhumatisme. Une proportion très importante leur incombe. Il est classique de rapprocher des aortites spécifiques les aortites paludéennes au point de vue clinique. Il est moins classique de rapprocher de ces formes celles qui relèvent du rhumatisme et cependant à Tunis le rhumatisme atteint plus fréquemment l'aorte que la mitrale dans la proportion d'au moins 2 à 1 et le syndrome qui en résulte se rapproche bien plus du type Hogdson que du type Corrigan. Faut-il incriminer la race ? une hérédité spécifique remontant à plusieurs générations ? Faut-il incriminer l'inefficacité de plus en plus marquée du salicylate signalée à Tunis par Masselot ? En tout cas tel est le fait.

Sans doute aussi, les néphrites viennent pour une part importante accompagner au moins l'hypertension chez nos malades. Mais ici la néphrite spécifique domine, surtout chez les sujets jeunes. La syphilis semble pré-

férer, en Tunisie, le rein aux artères. La fièvre typhoïde peut aussi être relevée au point de vue étiologique. Mais l'angine aiguë, la scarlatine, les autres affections sont plutôt rares.

Voilà déjà dans le cadre classique des nuances, qui donnent la « touche locale », à l'hypertension en Tunisie.

Nous allons voir cette touche s'accentuer davantage dès que nous abordons l'étude de l'hypertension isolée qui ne s'associe ni aux syndromes rénaux ni aux syndromes artériels.

L'hypertension isolée, « solitaire » comme on dit, est légion en Tunisie. Elle s'observe aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Chez la femme, les rapports avec la sphère génitale sont patents. Ce sont toujours des femmes hypo-ovariennes ou vers la ménopause ou castrées. Là, tous les cas décrits par Lecomte, Giroux, par Paillard, par Heitz, Cotte, se retrouvent avec une richesse inusitée ailleurs. Avec mon excellent confrère et ami H. Bonan nous avons montré l'importance de ces formes très fréquentes et en général pluôt bénignes.

Mais ce qui nous a paru le plus particulier, au point de nous inciter à individualiser un syndrome nouveau, c'est une forme d'hypertension solitaire, fréquente surtout chez l'homme vers 40-50 ans, et que nous rencontrons de plus en plus dans notre clientèle.

Ces hommes sont en général d'une situation aisée, commerçants, hommes d'affaires, très soucieux et très actifs. L'examen médical révèle leur hypertension mais cette hypertension est caractérisée :

1. Par l'élévation de la Mn aussi bien que de la Mx;

2. Par son instabilité. Cette « instabilité tensionnelle » n'affecte pas seulement la minma comme Petiteau de Capvern l'a rencontrée chez des femmes vers la ménopause, mais affecte aussi la maxima. Cette tension n'est cependant pas influncée par l'alimentation. Avec un même régime continué longtemps nous l'avons vue varier dans des proportions considérables. L'effort modéré non plus ne la modifie pas. De nombreuses médications utilisées ont été tellement inconstantes qu'on ne peut plus ajouter foi à leur action, au moins dans les cas qui nous occupent.

En revanche, il suffit de prescrire le repos **moral** et **physique** le plus complet pour obtenir des résultats surprnants. Systématiquement nous prescrivons la suspension des affaires pendant de longs mois et quelques-uns de nos malades se sont ainsi contentés de vivre de leurs rentes. Nous éloignons ces malades de l'ambiance habituelle en les envoyant en France — (entre parenthèses, Evian me semble tout indiqué pour de pareils cas)

— et alors malgré un régime à peu près normal, évidemment moyennement azoté, ces malades se maintiennent dans de très bonnes conditions.

C'est cette notion d'instabilité tensionnelle, plus encore que celle du syndrome d'hypertension solitaire reconnaissant diverses causes plus ou moins complexes, qu'il nous semble intéressant de dégager de nos observations faites en Tunisie.

On en pourrait peut-être entrevoir la pathogénie si l'on voulait bien remettre les malades dans leur cadre géographique et ethnographique.

La plupart de nos malades sont des **sémites.** D'ailleurs la notion de race au point de vue absolu ne se soutient pas complètement. En Tunisie, nous nous trouvons dans un carrefour de races où domine l'élément sémite. C'est qu'en effet à côté des Juifs, des Musulmans, les Anglo-Maltais, les Siciliens, quelques Français installés depuis plusieurs générations, réagissent de même et prennent des caractères ethnographiques qui les font reconnaître comme Tunisiens.

Cette espèce de « race » si l'on peut encore donner ce nom à ce groupe si complexe, a des réactions morbides particulières. Notre regretté confrère Lemanski a insisté sur la « constitution émotive » qui la caractérise Scialom, de Tunis, a consacré de nombreux travaux sur la pathogénie particulière qui en découle.

A côté de la race, il y a les conditions de vie : vie familiale avec affectivité excessive, alimentation surabondante avec trop de nucléines et d'hydrates de carbone, insuffisance de mouvements (ma génération a vu naître les sports en Tunisie), excès de travail cérébral par contre, adaptation rapide et intensive au progrès social (le protectorat ne date que de 50 ans). Voilà bien des éléments qui interviennent et qui agissent sur les humeurs, sur le tonus sympathique et deviennent générateurs de troubles crculatoires.

Quelques faits plaident en faveur de cette hypothèse. Lorsqu'on observe ces maladies locales, on découvre dans leurs séquelles des troubles vago-sympathiques considérables s'accompagnant toujours de phénomènes morbides tensionnels. C'est le cas de la dengue. Avec H. Bonan, j'ai insisté particulièrement sur les phénomènes congestifs et hypertensifs qui la suivent. C'est par ailleurs le cas de la mélitococcie, dont les troubles sympathiques s'accompagnent de phénomènes hypotensifs qui ont pu faire penser parfois à l'insuffisance surrénale. Nous avons montré, avec Hayat, le rôle du changement de climat sur ces troubles vasculaires sympathi-

ques. Et les travaux de Laignel-Lavastine et de Sardou, de Nice, nous ont montré que nous n'étions pas dans la mauvaise voie.

Or, nos malades réagissent d'une façon particulièrement excessive à la dengue qui aggrave manifestement leur hypertension et à la mélitococcie d'où ils sortent définitivement ou tout au moins très longtemps hypotendus Le changement d'air influence favorablement leur état.

Tout nous porte donc à croire qu'en somme les observations que nous venons d'évoquer rapidement viennent plaider en faveur de la théorie sympathique qui trouverait là son illustration la plus concrète.

REVUE DE THESES

Sur le rôle des rétrécissements urétraux frustes ou latents dans l'étiologie de certaines néphrites médicales

par le Dr Enry SCEMAMA

Lors de la soutenance de notre thèse, le président, le professeur Savy, commença sa critique à peu près en ces termes. « Qui d'entre nous, en présence d'un syndrome de mal de Bright, n'eût pas l'esprit préoccupé de savoir à quelle étiologie rattacher le diagnostic qu'il venait de poser.» C'est en effet le problème de tous les jours : chercher la cause d'une maladie. Nous sommes heureux de donner ici une étiologie qui fera que l'on pourra désormais rechercher le rétrécissement urétral et le rattacher comme cause à certaine néphrite chronique.

Deux ordres de maladies rénales compliquent les rétrécissements urétraux : les maladies chirurgicales et les maladies médicales. Les syndromes d'ordre chirurgical ont été bien étudiés et nous voyons que déjà Bonnet, Rayer en 1841, Klebs et beaucoup d'autres savants avaient attiré l'attention sur la pyélonéphrite en particulier comme la conséquence la plus grave des maladies de l'urêtre. Nous pouvons citer encore les noms de Hallé, Garcin, Bazy et enfin Albarran qui, avec Guyon, conduisit une série d'expériences où il fit la part de l'infection hématogène du rein à côté de l'infection ascendante.

Mais dans ce rappel historique nous ne trouvons aucun travail qui s'attaque au côté médical des complications rénales du rétrécissement de l'urêtre. Le problème reste étroitement cantonné dans le domaine chirurgical et plus spécialement dans le champ d'action de l'urologie. En effet, le chirurgien spécialiste va de la lésion primitive de l'urêtre à la recherche de la pyélonéphrite ou de la sclérose rénale.

Quant à nous, c'est à un point de vue tout différent que nous voudrions nous placer ici : celui du médecin qui, en face d'un syndrome d'insuffisance rénale dont la cause lui échape tout d'abord, est conduit à le rattacher à un rétrécissement urétral méconnu. Nous voudrions montrer par des exemples concrets, que certaines néphrites paraissant au premier abord d'ordre médical sont en réalité l'unique manifestation d'un rétrécissement de l'urêtre ayant passé inaperçu.

Ce côté proprement médical de la question mérite d'être envisagé car non seulement il ouvre des aperçus intéressants, sur l'étiologie si obscure et si compliquée des néphrites mais encore il a un intérêt pratique et conduit à des sanctions thérapeutiques utiles.

Récemment, MM. Bouchut et Paupert-Ravault ont publié trois observations qui viennent à l'appui de cette manière de voir. Ce sont elles qui servent de base à ce travail et nous avons cru devoir en ajouter une autre qui, bien que dépourvu de contrôle nécropsique, présente, à ce point de vue, un certain intérêt.

Voici le plan suivi dans ce travail: nous avons d'abord parlé de la complication rénale classique du rétrécissement de l'urêtre c'est-à-dire la pyélonéphrite suppurée tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique pour pouvoir la comparer à nos néphrites médicales types mal de Bright que nous avonse étudiées ensuite en nous fondant sur nos observations qui sont très caractéristiques.

Dans l'observation I on a affaire à une véritable néphrite subaigue, hématurique, hydropigène, hypertensive.

Le malade se présente tout à fait comme un consultant de médecine et n'attire pas du tout l'attention sur des troubles de la miction. La maladie évolue en deux phases :

1. Une phase subaigue caractérisée par de grands œdèmes, des épanchements pleuraux, des urines rares, fortement albumineuses et hématuriques; une hypertension déjà marquée et à ce dernier indice il est aisé de prévoir que cette néphrite subaigue éait en réalité un épisode récen,, greffée sur un fond de néphrite chronique déjà ancienne.

2. A cette phase subaigue a succédé une phase de néphrite chronique, pendant laquelle on nota exclusivement une albuminerie persistante, de légers signes cardiaques et surtout des hématuries à répétition.

On conçoit que devant un tel tableau clinique on pensa pendant longtemps à une néphrite d'origine sanguine et on rechercha soit du côté de la syphilis, soit du côté de la tuberculose, soit enfin du côté des intoxications diverses, l'explication d'un tel syndrome.

C'est seulement alors, la persistance des hématuries qui décida à faire un examen urologique et la constatation d'un rétrécissement urétral insoupçonné fut vraiment surprenante.

Dans l'observation II qui ressemble beaucoup à la première, sans pyurie cependant, rien n'attirait l'attention sur des troubles de la miction et il n'y avait à première vue, guère d'autre diagnostic possible que celui de

néphrite à installation subaigue et d'origine indéterminée.

Le malade III se présentait comme un pyurique porteur de petits signes d'insuffisance rénale, hypertension modérée, azotémie peu accentuée.

Malgré cette pyurie constatée dès le premier examen il n'y avait pas la moindre gêne de la miction et le malade donnait moins l'impression d'une pyélonéphrite d'origine chirurgicale que d'une néphrite avec urines troubles. Néanmoins cette pyurie devait attirer plus facilement que dans les deux observations précédentes, l'attention du côté d'une lésion possible des voies excrétrices.

Il est intéressant en tout cas de souligner les analogies que ces trois observations présentaient dans leurs manifestations initiales : tous débutèrent par des signes de néphrite subaiguë, hydropigène, ce qui va à l'encontre des données classiques ; il est, en ffet, généralement admis que les œdèmes ne se rencontrent jamais dans les néphrites des urinaires.

En somme, voilà trois malades chez lesquels tout semble indiquer un processus primitivement rénal, mis à part le 3e, dont les urines sont franchement purulentes.

Le début, par une poussée subaiguë avec œdèmes, les hématuries à répétition, le peu d'intensité de la rétention azotée, une réaction hypertensive toujours présente, mais plus ou moins forte, autant de raison d'incriminer une néphrite primitive et de ne pas soupçonner, au premier abord, l'histoire d'un rein secondaire. Or, il se confirme bientôt que ces trois malades sont porteurs de rétrécissement de l'urêtre, comme en témoignent les examens urologiques pratiqués dans les services des professeurs Rochet et Gayet. Chez l'un de ces sujets on trouve une sténose très serrée, admettant seulement la bougie filiforme, chez l'autre, ce sont des rétrécissements multiples et serrés, chez le troisième : rétrécissement unique, d'un degré un peu moindre que les précédents.

L'observation IV établit, en quelque sorte, la transition entre la néphrite vraiment médicale et les pyélonophrites chirurgicales.

Il s'agissait cette fois d'un rétrécissement urétral avéré, soigné depuis longtemps comme tel, s'accompagnant de pyurie, mais malgré ces indices qui permettaient d'accepter le diagnostic de pyélonéphrite, il y avait indiscutablemen des sypmtômes d'atteinte du parenchyme rénal lui-même : albuminurie, azotémie, légère hypertension.

On voit donc qu'il ne faut pas faire une distinction trop absolue entre la pyélite, simple suppuration du bassinet et les néphrites. Il doit y avoir entre ces types extrêmes des formes de transition dont les unes ont une

symptomatologie plutôt chirurgicale et se présente comme des suppurations urinaires et dont les autres ont une symptomatologie plutôt médicale et se rapprochent davantage du mal de Bright.

Dans nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas trouvé de description anatomo-pathologique précise qui s'appliquât au cas clinique que nous envisageons. Les malades II et III étant morts l'un d'une pneumonie avec hépatisation de la base gauche, l'autre d'un cancer du cardia, nous avons eu deux vérifications anatomiques suivies d'examen histologique et nous pouvons dire que même chez le malade qui présenta de la pyurie il n'y avait pas, à l'autopsie, les lésons classiques de la pyélonéphrite suppurée mais simplement les lésions de néphrite proprement dite.

Ces malades présentaient des lésions de néphrites interstitielles chroniques et subaigues, diffuses, sans caractère spécifique et ressemblant beaucoup à une néphrite médicale.

Il y a bien longtemps qu'on connaît dans leurs modalités anatomiques et dans leurs modes de production, les processus rénaux des rétrécissements. En somme, la pathogénie de nos néphrites soulève les mêmes problèmes que celles de toutes les complications rénales de l'urêtre, on peut dire d'une façon générale que tout obstacle, au cours de l'urine, aboutit à un double résultat :

1. A une hyperpression en amont de l'obstacle ;
2. A une infection.

Tout d'abord, le facteur mécanique avec les conséquences toxiques qu'entraîne la stase au niuvea des épithélicomes rénaux et d'autre part, l'infection ascendante et hématogène qui combinent leurs effets. Il est très probable qu'il n'y a, entre l'infection génératrice de ces néphrites et celle qui provoque les pyélonéphrites suppurées, qu'une différence d'intensité. A la base des scléroses rénales, il faut voir, sans doute une infection lente, parcellaire, conjuguée à des actions toxiques prédominantes, à la base des pyélonéphrites suppurées, le fait dominant est une infection plus intense en foyers nettement circonscrits, établie dans des régions précises du rein et agissant plus par le mécanisme de la suppuration que par celui de la sclérose progressive.

Comme conclusion à ce travail nous pouvons dire que nous pensons que tout malade atteint de néphrite subaiguë ou chronique, qui ne fait pas sa preuve, devra être systématiquement soumis à un examen des voies urinaires inférieures. Ces néphrites chroniques sont justiciables du traitement causal, en l'espèce la dilatation de l'urêtre et elles peuvent s'améliorer considérablement de ce fait.

L'Eau de Mer par la Voie Gastro-Intestinale

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

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

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

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

RECONSTITUANT MARIN PHYSIOLOGIQUE

Inaltérable — De Goût Agréable.

MARINOL

COMPOSITION :

Eau de Mer *captée au large, stérilisée à froid.*
Iodalgol (*Iode organique*).
Phosphates calciques *en solution organique.*
Algues Marines *avec leurs nucléines azotées.*
Méthylarsinate *disodique.*

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

ANÉMIE, LYMPHATISME, TUBERCULOSE, CONVALESCENCE, ETC.

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

MÉDAILLE D'HYGIÈNE PUBLIQUE

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

TRAVAUX COURONNÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

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

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

Table alphabetique des matières

1929

I - Travaux Originaux et Faits cliniques

II - Articles divers

III - Pages annexes

Table par noms d'auteurs