

La Tunisie Médicale

JANVIER 1931

TRAVAUX ORIGINAUX

Des erreurs cliniques relatives à la glycémie chez les diabétiques

par le D^r Louis GAILLON

— «0» —

Il y aurait beaucoup à dire sur les erreurs et les fautes d'interprétation, constatées chaque jour, à propos d'une série d'analyses biologiques. Nous n'envisagerons aujourd'hui que la glycémie.

Deux grosses erreurs sont commises fréquemment au sujet de la glycémie chez les diabétiques.

Faut-il rappeler la *première* ? Oui, puisqu'on peut la relever si souvent dans certains laboratoires, lorsque le médecin oublie de préciser le moment où la glycémie doit être pratiquée. *C'est le matin à jeun, après le repos du lit, qu'il faut rechercher la glycémie.*

Chez un sujet normal, la glycémie varie d'un individu à l'autre de 0,80 à 1 gr. 10. Dans le courant de la journée, sous l'influence d'un régime plus ou moins riche en hydrate de carbone, cette glycémie peut s'élever jusqu'à 1 gr. 50 au maximum. Chez les diabétiques, ces variations sont plus considérables, et faussent davantage le taux de la glycémie; c'est pourquoi, chez eux, à plus forte raison, est-il nécessaire, que la glycémie soit faite à jeun.

La deuxième erreur, souvent aussi préjudiciable que la première, consiste à faire, chez un diabétique glycosurique, état d'une glycémie, même prise à jeun, si l'on n'a pas soumis le malade au préalable pendant plusieurs jours, à un régime connu. (Régime correspondant à un apport soit de 50 gr, soit de 100 gr. d'hydrates de carbone par 24 heures, soit d'un taux d'hydrates de carbone égal à celui de la tolérance du malade).

Evaluer la gravité d'un diabète, diriger un traitement, d'après

le taux d'une glycémie prise en dehors de ces conditions, sont des erreurs qui ne peuvent que causer des mécomptes. Que de malades on voit affolés, à l'annonce d'une glycémie de 3 à 4 gr. prise pourtant à jeun, mais avec une glycosurie dépassant 10 ou 20 gr. et un régime beaucoup trop riche en hydrates de carbone. Le médecin a toutes les peines du monde à rassurer ces malades et à leur faire comprendre que cette hyperglycémie est chez eux normale. En recherchant la tolérance en hydrates de carbone de ces malades, en les soumettant à un régime au-dessous de cette tolérance, ces mêmes malades, qui allaient être soumis à un traitement à l'insuline, en se basant uniquement sur le taux élevé de leur glycémie, voient disparaître la glycosurie; et du même coup leur glycémie est ramenée au bout de quelques jours à moins de 2 gr. Il s'agit bien souvent de diabète gras, dans lequel le traitement par le régime seul est indiqué.

Chez un *diabétique glycosurique*, le taux de la glycémie à jeun est nécessairement au-dessus de la normale; il est en moyenne de 2 à 4 gr. et parfois davantage. Ce chiffre, quel qu'il soit, pris ainsi chez de tels malades glycosuriques, non traités, n'a rien à voir avec la gravité du diabète. Un diabétique grave peut n'avoir qu'une glycémie de 3 gr.; un diabète bénin peut s'accompagner d'une glycémie de 4 gr. N'en est-il pas de même de la glycosurie, et peut-on établir la gravité d'un diabète d'après le taux du sucre dans l'urine. D'un côté comme de l'autre, il faut connaître la ration hydrocarbonée quotidienne; les chiffres de la glycémie et de la glycosurie sont fonction de cette ration, et varient avec elle. On ne peut tenir compte de ces analyses que comparativement au régime suivi.

Avant de pratiquer une glycémie, on soumettra donc le malade, pendant 4 à 5 jours, à un régime connu.

1° Soit *Régime avec 100 gr. d'hydrates de carbone* (Chabanier), régime établi pour un sujet de 60 kg. et comprenant :

Albuminoïdes : 1 gr. par kg. corporel.

Hydrocarbonés : 100 gr.

Graisses : 80 gr.

Petit déjeuner : Lait 200 gr.

Déjeuner : Viande 125 gr.

Pommes de terre 150 gr.

Légumes verts 200 gr.

Pomme 80 gr.
Beurre 30 gr.
Crème 40 gr.
Boisson : eau à volonté.

Dîner : Comme le déjeuner, moins le fruit.

NOTA. — Tous les aliments sont pesés crus; la viande est grillée. les légumes cuits à l'eau.

2° Soit *Régime avec 50 gr. d'hydrates de carbone* (Carrié) correspondant à un sujet de 60 kg. également, et comprenant :

Hydrocarbonés : 50 gr.
Albuminoïdes : 1 gr. par kg. corporel.
Graisses : 120 gr.

Pour les 24 heures :

Viande 100 gr.
OEuf n° 1.
Beurre 60 gr.
Huile 30 gr.
Fromage sec 60 gr.
Lait 100 gr.
Légumes verts 500 gr.
Pommes de terre 100 gr.
Orange n° 1 (100 gr.).
Eau à volonté.

3° Soit *Régime avec un apport d'hydrates de carbone égal au chiffre de la tolérance en hydrates de carbone du malade*. Cette tolérance peut être approximativement prévue, en comparant le chiffre de la glycosurie avec ce que l'on sait des habitudes alimentaires du malade. Un gramme de glucose éliminé correspond à peu près à 1 gr. d'hydrates de carbone ingéré en plus de la tolérance. Si, par exemple, un diabétique absorbe environ 120 gr. d'hydrates de carbone et a une glycosurie de 30 gr., la tolérance est de 90 gr. environ.

On suit l'un de ces régimes pendant quatre jours. Du quatrième jour au matin, au cinquième jour, à la même heure, on recueille les urines de 24 heures, dans lesquelles on dose la quantité de glucose éliminé et on détermine les corps cétonémiques totaux éliminés. Le cinquième jour, au matin, à jeun, on pratique la glycémie.

On obtient ainsi des chiffres qui pourront servir de base au diagnostic et à la direction du traitement. Ils sont d'autant plus

intéressants qu'ils permettent de comparer dans de bonnes conditions glycosurie et glycémie.

REMARQUES

1° Dans le diabète sucré, la quantité de sucre éliminé est loin d'être toujours proportionnelle au taux du sucre sanguin. Rathéry a montré que chez des diabétiques différents, on constatait pour un même taux d'hyperglycémie des valeurs de glycosurie très différentes; certains sujets avec une hyperglycémie faible ont une glycosurie très forte et vice-versa.

2° « La glycémie ne peut remplacer la glycosurie pour établir la tolérance du diabétique en hydrates de carbone et servir comme elle à la surveillance du diabétique. »

« L'expérience montre que les méthodes thérapeutiques qui cherchent à obtenir un abaissement systématique de la glycémie à son taux normal (ce qui, théoriquement et au premier abord peut paraître préférable), n'aboutissent pas à des résultats supérieurs à ceux obtenus par les méthodes qui cherchent simplement la suppression de la glycosurie. » (Carrié — Le diabète sucré, chez Doit 1930).

Mais la recherche de la glycémie doit, à notre avis, compléter celle de la glycosurie; elle peut, comme nous le verrons plus loin, donner des renseignements que celle-ci ne donne pas, et permettre de compléter un traitement; car, en principe, on doit ramener la glycémie, pour évaluer la gravité d'un diabète. On a le droit évidemment de penser à un diabète plus grave, quand on voit l'hyperglycémie persister, en dépit d'un régime qui fait disparaître la glycosurie, et surtout avec un régime plus sévère encore que celui qui est nécessaire à cette disparition. Mais il n'en est pas moins vrai qu'on peut avoir à faire à un diabète grave, même si l'on voit céder facilement à la fois la glycosurie et la glycémie.

4° La glycémie permet de différencier un diabète rénal d'un diabète vrai. On sait que le diabète rénal consiste en une glycosurie, ordinairement modérée, ne dépassant guère 20 à 30 gr., et n'étant pas influencée par le régime. Ce diabète ne s'accompagne ni de polydypsie, ni de polyurie. Il est beaucoup plus rare que le diabète vrai, et ne comporte ni le même traitement, ni le même pronostic. La glycémie permettra facilement de différencier les deux diabètes en cas de doute dans le diagnostic; car le diabète rénal

ne s'accompagne jamais d'hyperglycémie. Le fait de constater, au même moment, une glycémie normale avec de la glycosurie suffit pour faire le diagnostic de diabète rénal. De plus, la glycémie de ce diabète n'est pas influencée anormalement par l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée.

5° L'hyperglycémie persistant après la disparition de la glycosurie obtenue à la suite d'un régime approprié, est intéressante à rechercher, car elle indique que la guérison du diabète est loin d'être complète. Marcel Garnier et Paul Chêne (Paris Médical, 3 octobre 1928), citent quatre observations instructives, concernant des malades, porteurs de lésions du fond de l'œil, telles qu'on les retrouve parfois chez les diabétiques, alors que ces malades avaient été considérés comme guéris de leur diabète. Ils n'avaient plus aucune trace de sucre dans l'urine, mais la glycémie dépassait 2 gr. et atteignait parfois 3 gr. Un tel état d'hyperglycémie permanente sans glycosurie peut, disent les auteurs, durer longtemps, et dans l'un des cas elle persistait depuis dix-sept mois. Ces faits démontrent ajoute-t-il, qu'il ne faut pas seulement penser à l'urine, comme on le faisait autrefois, mais il faut recourir au dosage du sucre sanguin, et n'éliminer le diagnostic de diabète, que si l'analyse montre une glycémie normale.

La rareté des faits analogues publiés est due sans doute à ce que les recherches de glycémie n'ont pas été pratiquées systématiquement chez un certain nombre de malades, véritables diabétiques, sans glycosurie ou à peu près, mais possédant cependant une glycémie élevée. Ces malades qui se présentent comme des hyperglycémiques pure, sont souvent des diabétiques.

6° L'hyperglycémie a été recherchée, soit dans les dermatoses (ulcères de jambes, maux perforants plantaires, eczéma, psoriasis, érythème) — soit dans des affections articulaires, des affections rénales et vasculaires, des affections hépatiques — soit enfin dans la goutte et l'obésité.

La glycémie doit être prise sur le sujet au repos et à jeun depuis 12 heures.

Chez ces malades, la suppression des hydrocarbonés, pain ou sucre, le traitement par l'insuline ont donné entre les mains de certains auteurs de bon résultats.

Rupture traumatique du rein

traitée par néphrectomie et guérie

par le D^r SORIA

—(0)—

Le cas que je vous présente concerne la rupture d'un rein à la suite d'un traumatisme.

Déjà, il y a quelques années, je vous avais présenté un cas analogue : il s'agissait alors d'un rein calculeux hydronephrotique qui s'était rompu pendant une partie de football. La néphrectomie avait été suivie de guérison.

Dans la communication d'aujourd'hui il s'agit d'un rein normal. Très souvent cet organe, malgré la profondeur où il se trouve, protégé presque complètement par des muscles puissants, et par une cage osseuse élastique, à la suite de contusion présente des troubles : c'est l'hématurie qui est le symptôme capital de la lésion rénale : mais très souvent aussi, tout rentre dans l'ordre, et la guérison clinique se produit dans une période plus ou moins longue.

Dans le cas actuel plusieurs phénomènes classiques ont manqué et c'est justement pour ces raisons que je désire attirer l'attention de mes confrères.

Il s'agit d'un petit garçon âgé de 7 ans qui, ayant été fortement coiné le 16 septembre à la base du thorax droit par le brancard d'une charrette, présente des troubles d'une certaine gravité qui motivèrent son admission d'urgence à l'Hôpital Civil Français : il resta 24 heures dans cet établissement, puis retiré, après un séjour d'une journée chez ses parents qui étaient des colons italiens, fut, au troisième jour de l'accident, admis dans mon service de l'Hôpital Italien.

A son admission, après un interrogatoire plutôt difficile, à cause de l'âge du sinistré, j'appris qu'après l'accident l'enfant n'avait pas perdu connaissance, mais qu'il avait vomi une seule fois et qu'il avait été à la selle.

A l'examen je note : aspect légèrement souffrant; P. 96, R. 27. T. 38°; abdomen météorisé, sensible spécialement au cadran supérieur droit. Cette sensibilité se porte aussi postérieurement et

englobe la partie inférieure du thorax. Il y a un tympanisme réduit sur l'abdomen : mais il n'y a pas de tympanisme de la région hépatique qui conserve sa tonalité normale.

A l'examen du thorax, postérieurement à droite, réduction du son à la percussion à partir de la 7^{me} côte et en même temps diminution du frémissement vocal, tactile et à l'auscultation respiration lointaine. Pas de hoquet. *Urines complètement limpides*. Le blessé émet des gaz et est allé à la selle.

Je pose le diagnostic de contusion thoraco-abdominale avec épanchement pleural, contusion probable du foie et hématome profond sous-hépatique.

L'accident ayant eu trois jours auparavant, et n'ayant constaté aucun symptôme alarmant, je m'abstiens de toute intervention. Les phénomènes douloureux, grâce au repos et à la glace sur le ventre, se liquidèrent lentement; la fièvre se termina par lysis à tel point que la famille voulut retirer le petit garçon, malgré que je m'étais opposé à la sortie, désirant le tenir en observation à cause des phénomènes respiratoires qui n'étaient pas complètement disparus. Une radiographie faite à la sortie n'avait rien donné d'anormal.

J'avais eu raison, en effet, de faire des réserves sur la définitive guérison : car le 5 novembre, c'est-à-dire 47 jours après l'accident, le petit rentrait dans mon service, parce que ses parents avaient noté, sur le ventre du petit blessé, la production d'une grosse tuméfaction. Elle était vraiment visible à l'œil nu : en effet elle dépassait la surface abdominale de 2 cm. en comparaison du côté gauche, et ses limites étaient : ligne axillaire, en haut, un doigt au-dessous des fausses côtes et en bas jusqu'à l'arcade de Poupart; ligne mammaire à deux doigts et demi du rebord costal et en bas, à deux doigts du Poupart, sur la ligne médiane la poche arrivant jusqu'à la ligne médiane.

La palpation donnait présence de liquide sous-tension; la palpation bimanuelle donnait le signe de ballottement.

A quoi pouvait être due cette tuméfaction ? Il n'y avait qu'à faire deux hypothèses : ou il s'agissait d'un recueil uro-hématique ou d'un kyste rétropéritonéal.

Pour le liquide urinaire il y avait le rapport de la poche avec la région lombaire : mais on pouvait m'objecter que ce petit blessé n'avait jamais uriné du sang, et puis le traumatisme avait été plutôt thoracique (en effet j'avais noté l'épanchement pleural) et puis

la poche avait une circulaire transversale, se portait complètement sur la ligne médiane et refoulait le gros colon droit. Mais un kyste rétro-péritonéal séro-hématique, d'origine traumatique a tout à fait les mêmes caractéristiques, et le diagnostic, dit Pallotti, dans une étude sur ce genre de lésion en est très difficile. Cet auteur en a étudié en effet 66 cas (voir « Journal de Chirurgie », 1926, page 212); ils sont, croit-il, dus à une formation endothéliale résultant des divers segments du mésentère primitif avec le péritoire pariétal.

Pour éclairer le diagnostic, il aurait fallu faire le cathétérisme des uretères : mais un cystoscope d'enfant est encore trop gros pour un urètre si petit. Et puis, même avec cette recherche, très probablement on n'aurait pas vu des résultats très probants en considération de la lésion que j'ai constatée lors de l'intervention. Pensant plutôt à l'origine rénale, je me décidais à intervenir par l'incision classique de Guyon, quitte à la prolonger très en avant, si besoin en avait-il.

L'intervention eut lieu le 8 novembre. Après avoir incisé les muscles postérieurs de l'abdomen et avoir ouvert la loge graisseuse péri-rénale dans sa partie inférieure, je me trouvais devant un kyste que j'ai cherché à arracher : cette manœuvre d'abord facile devint très difficile en se portant vers la profondeur, à tel point que j'ai jugé utile d'ouvrir franchement le kyste : une grande quantité de liquide jaune pâle s'en écoula. Avec le doigt index introduit dans la poche, j'ai lâché de sentir le rein, mais j'avais la sensation que cet organe était franchement refoulé vers le diaphragme. Comme je n'avais pas encore mis au jour le rein, je ne pus préciser les rapports : je préférais étudier le fonctionnement de cette poche, étudier son contenu, et après l'avoir réséqué, je suturais les bords aux muscles incisés, et je mis un drain pour recueillir le liquide.

Voici les résultats de cette période :

Deux jours après l'opération : liquide recueilli de la poche : 700 gr. ; de l'urètre : 750 gr. Taux d'urée de la poche 8 0/00 ; de l'urètre 7,58 0/00.

Trois jours après l'opération : du tube 800 gr. avec urée 8,17 0/00 ; de l'urètre : 500 gr., avec un taux d'urée de 7,81 0/00.

La poche était d'origine rénale, et par le tube on recueillait toute la production du rein droit et on pouvait au moment choisi procéder à la démolition du rein, qui devint nécessaire parce que pendant toute la période d'observation la quantité de liquide ne

diminuait en rien; au contraire elle devenait fortement sanguinolente, et la fièvre s'était surajoutée.

Le 18 novembre, dix jours après la première intervention, je procède à la néphrectomie. Elle fut plutôt laborieuse : des adhérences serrées empêchaient de dénuder le rein de sa graisse : cet organe était très haut, refoulé sous le thorax, à tel point que j'ai dû réséquer la 12^{me} côte; j'ai dû procéder à une sous-capsulaire et à cause de la friabilité des tissus laisser une pince à demeure sur le pédicule. Ce que je trouvais intéressant fut une déchirure du diaphragme, sur 4 cm. environ, dans laquelle le pôle supérieur du rein s'y coiffait : je la suture, ce qui explique pourquoi le rein était si difficilement accessible. Les suites furent normales. Au troisième jour l'enfant urinait 1.760 gr dans les 24 heures; au quatrième, 1.400 : merveilleuse adaptation de la nature par l'hypertrophie compensatrice très rapide à se produire dans un rein normal.

La pièce opératoire que je vous présente démontre que le rein en correspondance de son pôle inférieur à une fissure de la longueur de 1 cm. qui communique avec le calice inférieur. Par cette petite déchirure passait toute l'urine. Le rein n'est pas hydronephrotique, il est normal comme aspect; il s'agissait par conséquent d'un pseudo-hydronephrose d'origine traumatique.

Venons aux considérations que ce cas comporte :

On pourrait m'objecter : Pourquoi n'êtes-vous pas intervenu aussitôt que le petit blessé a été admis à l'hôpital ?

Je répondrais : Si le cas avait présenté des signes de gravité exceptionnelle, mes excellents confrères de l'Hôpital Civil n'auraient pas manqué de le faire.

Mais l'expectation était logique : il y avait un épanchement pleural relativement modeste; il n'y avait pas signe de rupture du foie (pas d'hémo-péritoine), aucun signe de lésion intestinale ni de péritonisme; il n'y avait pas d'hématurie.

Et puis même on aurait fait le diagnostic de traumatisme rénal, quels sont les symptômes qui commandent une intervention ?

Avant tout c'est l'hématurie. Celle-ci n'existant pas, et même en existant il faut qu'elle soit abondante opiniâtre, anémiante, pour forcer la main du chirurgien. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce principe.

Voici ce que dit Maisonnat, relateur à la Société d'Urologie : « Si

le rein ne saigne pas, l'intervention a toute chance d'être inutile. »

Mais à propos de l'hématurie il faut que j'insiste que ce symptôme peut manquer : dans les 10% des contusions rénales il fait défaut. Dans la littérature que j'ai consultée, j'ai trouvé plusieurs cas intéressants.

Voici le cas de Mayer et Nelker (J. d'Urologie, 1912), un maçon à la suite d'un traumatisme a une rupture d'un rein : les urines sont parfaitement claires : il continue à travailler. Voici un autre cas de Perinof de Kazan, et à la réunion des centres d'Urologie des Ambulances du front Nogues, nous dit que l'hématurie qui est la règle dans le 95%, peut manquer soit de la rupture du pédicule, soit de l'uretère.

Le deuxième symptôme qui commande l'intervention à la suite d'un traumatisme rénal c'est la fièvre qui indique l'infection d'un foyer profond. Mais il faut noter : 1° que la fièvre peut être en rapport avec la résorption de la collection sanguine et puis dans mon cas la fièvre avait complètement disparu lors de la première sortie de mon service.

La troisième indication pour intervenir c'est la production d'une tuméfaction : et c'est justement celle-ci qui me força à l'opération.

Le diagnostic de nature de la tuméfaction n'est pas toujours si aisé qu'on pourrait le croire. Ponomareff de St-Petersbourg rapporte dans une étude concernant toutes les ruptures de rein survenues à l'hôpital de cette ville, un cas tout à fait analogue, et il dit qu'il s'agisse d'une hydronéphrose vraie ou fausse, ou d'un épanchement intra-abdominal, le diagnostic est loin d'être facile et il insiste justement sur la nécessité de s'assurer de l'existence de l'autre rein.

Mais pourrait-on m'objecter : il n'y avait pas nécessité d'enlever le rein, il suffit de drainer pour que tout rentre dans l'ordre.

Et cette objection pourrait être faite par notre maître le Prof. Grégoire que nous avons eu le plaisir de connaître lors des journées médicales.

Voici en effet ce que concluait le Prof. Grégoire à la XX^e session annuelle de l'Association Française d'Urologie (1920) : « Dans les pseudo-hydronéphrose post-traumatique, l'auteur montre qu'il y a tout intérêt à laisser le rein en place : la simple évacuation de la collection permet d'obtenir la guérison après réunion incomplète

sans drainage pour que la plaie des voies d'excrétion du rein se cicatrise. »

C'est bien ça ce que j'ai tenté : peut-être le drainage — que j'ai posé n'aurait pas dû être mis — quoique je suis de l'opinion que toute poche sécrétante doit se déverser facilement par un drain. mais c'est la fièvre et la considération de la parfaite validité du rein gauche qui m'ont forcé à intervenir et le résultat comme vous le voyait a été excellent.



Tuberculose osseuse guérie par le Sérum humain

par le D^r TRIOLO

—(O)—

L'enfant que je présente était atteint de tuberculose osseuse et a été traité par le sérum humain seulement.

Mohamed ben Youssef, dans l'entourage duquel je trouve une tante atteinte de tuberculose pulmonaire, est actuellement âgé de 10 ans. A 16 mois, à la suite d'une chute, il frappa le côté gauche du thorax sur une pierre. Cet endroit devint douloureux et une tuméfaction apparut qui, en quelques jours acquit la grandeur d'un œuf.

On l'amène à l'Hôpital Sadiki, où pour trois fois, dans l'espace de vingt jours, on le ponctionne et on retire chaque fois 50 cc environ de pus.

Pendant cinq ans, le petit se porta à peu près bien; il était en effet toujours chétif et l'endroit malade devenait chaque hiver douloureux et tuméfié; mais cela ne durait que quelques semaines.

Il y a deux ans, la tuméfaction reparut et la peau devint rapidement rouge et douloureuse.

A l'Hôpital on le ponctionne de nouveau et on retire encore du pus. Mais cette fois le trou ne s'est plus refermé.

Le pus continuera à couler par cette fistule et par trois autres, qui se sont ouvertes à côté, à l'endroit des ponctions précédentes.

L'état général commence à fléchir; il a de la fièvre, manque d'appétit, amaigrissement, toux, expectoration.

Je le vois dans cet état le mois de novembre 1929.

L'enfant est pâle, maigre, fiévreux (temp. 38°).

A l'examen du thorax, j'entends des râles humides de bronchite, sans syndromes de condensation pulmonaire, absence de B. de Koch dans les crachats.

Sur la ligne axillaire postérieure gauche, au niveau de la X^{me} côte, on aperçoit la peau rouge sur une surface dont le diamètre est d'environ 5 cm., et quatre fistule d'où coule un liquide blanchâtre séro-purulent.

La peau est douloureuse au toucher et adhérente aux tissus profonds. Le stylet introduit par la fistule plus grande arrive jusqu'à l'os, qui est dénudé.

L'examen du *pus* a été négatif pour le B. de Koch; l'inoculation au cobaye *positive*.

La cutiréaction à la tuberculine *positive*.

La réaction Bordet-Wassermann *négative*.



Diagnostic. — Ces recherches biologiques, la marche de la maladie et les symptômes cliniques permettent de poser le diagnostic de tuberculose osseuse.

Traitement. — Dans le traitement de la tuberculose, quelle que

soit sa localisation les conditions générales de vie, au point de vue hygiénique, ont la plus grande importance.

Chez cet enfant, elles étaient des plus mauvaises; il couchait avec ses parents et ses autres trois frères dans une chambre prenant le jour dans un patio.

La saison hivernale, ainsi que la bronchite, ont empêché d'instituer la cure de soleil.

Je l'ai traité seulement avec le sérum humain et sur la partie malade, avec des compresses imbibées d'alcool.

Au bout de trois mois, la toux, les crachats et le peu de fièvre disparaissent, l'appétit revient, ainsi que la vivacité propre à cet âge.

Le pus des fistules cesse de couler, mais la peau se maintient toujours rougeâtre.

Le croyant guéri, le père cesse de m'amener l'enfant.

Le pus recommence à couler.

Puis on poursuit régulièrement le traitement qui a duré cinq mois environ.

Les fistules se sont asséchées définitivement depuis le mois d'avril; la peau a repris sa couleur normale; on voit les cicatrices des fistules et au toucher on sent un cordon fibreux qui relie encore faiblement la peau à l'os.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 19 Décembre 1930

—«O»—

Présidence du D^r BRUN, *président*

—«O»—

Sont présents : MM. des docteurs Brun, Triolo, Maurice Uzan, Lucien Uzan, Pérez, Tremsal, Ronchot, Perrussel, E. Lévy, A. Debbasch, Rogalski, Marnata, Bauge, Brugairolles, Cohen-Boulakia, E. Sarfati, H. Bonan, Cassuto, Bardou, Cortesi, Guttières, Scialom E., Lumbroso E., Duplenne, M^{me} Duplenne, Brandenbourg, Benmussa, Solal, Nataf, Féré, D. Scialom, Reymond de Gentile, Zammit, Zeitoun, Domela, Lançon, Boulakia, Hayat, Guez, Dana, Cohen-Hadria, Soria, Saffar, Scemla, Bouquet, Allain, Materi, Bouquet, Bloch, Is. Lumbroso, Ghou'a-Houri, Santillana, Henry, Fellous, Ganem, Moatti, Cchemla S., Salvo de Zouvy, Sfez, Lalloum, Cohen V., Raynal, Nizard, U. Lumbroso, Setbon, Broc. Gobert, Hadjouj, Laclavetine, Hababou-Sala, Disegni, Samama E., M^{me} Lavault, Maruani, Zérah H., Cassar, Timsit, Farrugia.

∴

Le D^r BRUN présente les félicitations de la Société au docteur Doméla pour la brillante terminaison des études de sa fille, et souhaite la bienvenue au docteur Santillana, fils d'un des fondateurs de cette Société.

∴

A propos d'une motion signée d'un grand nombre de membres de la Société, pour la révision du règlement du Comité de Rédaction de la « Tunisie Médicale », le docteur Brun fait remarquer que cette discussion n'étant pas régulièrement inscrite à l'ordre du jour, ne pourra être abordée qu'à la prochaine séance.

∴

Sont admis à l'unanimité, comme nouveaux sociétaires : les D^{rs} Bellaïche, Santillana; Lucien Uzan (pharmacien).

La Société procède ensuite au renouvellement de son Bureau.
Sont élus membres du Bureau pour 1931 :

Président : D^r ZAMMIT;
Vice-Président : D^r SCIALOM D.;
Secrétaire général : D^r RONCHOT;
Secrétaire adjoint : D^r TREMSAL;
Trésorier : D^r SORIA;
Bibliothécaire : D^r HADJOUJ;
Conseillers : D^r BROC;
D^r E. LUMBROSO;
D^r CHAUVIN;
D^r GUTTIÈRES, chirurgien dentiste;
D^r BOUQUET, pharmacien.

..

Rapport de l'exercice 1930 par le D^r SORIA (administrateur)

Mes chers confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le bilan de la société des sciences médicales pour l'exercice 1930.

Les encaissements ont été cette année de fr. 21.418,05 se décomposant comme suit :

2.000 francs, encaissement de la subvention du gouvernement Tunisien à raison de 4 années en retard à 500 fr. l'an. 9120 fr., encaissement de 227 cotisations pour l'année 1930 et une cotisation pour l'année 1929 à 30 francs.

Ensuite, l'aimable cadeau de 10.000 francs que nous a fait notre confrère le Docteur Brun, auquel j'adresse de nouveau les remerciements de notre société. J'ai versé provisoirement cette dernière somme à la caisse sociale tout en laissant à notre société la liberté d'en user plus tard comme l'on lui semblera.

A ce propos, je désire émettre un avis, et je serais très flatté que mes collègues veuillent bien l'approuver. Il serait tout à fait désirable de susciter parmi nous des gestes analogues à celui du Docteur Brun. Il me semblerait tout indiqué que les offrandes généreuses ne soient pas versées purement et simplement en caisse et consacrées à nos dépenses ordinaires, mais constituent un fonds spécial destiné de préférence à un but dont nous déciderions ensemble. L'essentiel serait que les fonds soient séparés dans notre bilan et inviteraient en quelque le geste d'autres donateurs.

Il est encourageant de constater que les recettes de cette année ont atteint le chiffre exceptionnel de 21.418,65 francs; j'espère qu'au cours de l'année 1931, je serai en mesure de recouvrer les cotisations de certains membres en retard ou introuvables.

Les cete année s'élèvent à la somme de 7183,20 se décomposant comme suit :

francs 3.301,10 — 3.000 francs participation loyer Maison du Médecin; 150 francs loyer ancien bureau rue Saint Charles; 151 fr. 10 loyer Palais des Sociétés Françaises; 439 fr. 65 de frais d'encaissements; 958 fr. 15 pour frais envoi par la poste des convocations; 785 fr. frais imprimés convocations; 1.250 fr. part de la société pour les appointements du comptable (l'autre moitié est payée par notre journal); 409 fr. 30 pour achat de matériel pour la société. Nous avons eu cette année, malheureusement, une dépense de 50 francs pour achat d'une gerbe de fleurs pour notre très regretté confrère le Docteur Conseil.

L'exercice de cette année se solde par un bénéfice de 14.234 fr. 85 (compris les intérêts de banque du 1^o semestre 298 fr. 05) auquel il faut ajouter le solde de l'exercice 1929 10.703 fr. 60 et les intérêts du 2^e semestre que nous n'avons pas encore reçus; soit 24.938 fr. 45.

Pour l'année courante nous devons prévoir en plus des dépenses normales pour la contribution à la formation de la Bibliothèque; nous attendons pour se faire, les ordres de paiement comme d'accord avec le comité de la Société.

Tunis, le 10 janvier 1931.

L'administrateur

∴

PRESENTATIONS DE MALADES

D^r TRIOLO. — Tuberculose osseuse guérie par le sérum humain. (Présentation du malade et d'une photographie).

(Voir en tête de ce numéro)

Discussion :

D^r BRUN : La communication du docteur Triolo est extrêmement intéressante, mais pour juger de l'efficacité d'une méthode, il importe d'attendre l'épreuve du temps. Ce petit malade, a la suite d'une série de ponctions, a semblé guéri, puisque pendant deux ans on a pu le considérer comme tel.

Mais il faut savoir que certaines de ces fistules reviennent quelquefois spontanément et que d'autre part il n'est pas dit que dans

un temps d'un ou deux ans on voit réapparaître un nouvel abcès, comme on a pu en voir après les ponctions.

Je crois que le traitement du docteur Triolo appliqué à certaines tuberculoses chirurgicales (arthrite, abcès froid etc.), sans autre traitement adjuvant et suivi de succès, pourrait classer la méthode comme méthode de tout premier ordre.

D^r TRIOLO : La réponse aux observations du docteur BRUN se trouve dans le texte de ma communication.

J'ai dit que le sérum seul a été appliqué chez le petit malade en dehors de tout autre traitement; les ponctions faites depuis longtemps, avaient laissé des fistules, d'où coulait du pus depuis un an.

Pour ce qui regarde les considérations que le docteur Brun a faites sur l'efficacité d'un remède, si elles sont justes au point de vue générale, elles sont discutables en ce qui me concerne.

Je n'ai pas eu l'intention d'entretenir la Société sur le traitement de la tuberculose osseuse par le sérum.

J'ai tout simplement présenté un malade soigné et guéri par ce remède.

Je n'ai tiré aucune conclusion, car un seul cas ne m'en donnait pas le droit.

∴

D^r SORIA. — Rupture traumatique du rein traitée par néphrectomie et guérie.

(Voir en tête de ce numéro)



Société des Sciences Médicales de Tunis

ANNÉE 1931

—(0)—

Président d'honneur :

M. GAU, *Directeur Général de l'Instruction Publique en Tunisie*

Président : D^r ZAMMIT

D^r SCIALOM, *vice-président;*

D^r RONCHOT, *secrétaire général;*

D^r SORIA, *trésorier;*

D^r TREMSAL, *secrétaire adjoint;*

D^r HADJOUJ, *bibliothécaire-arch.;*

D^r Ed. LUMBROSO, *conseiller;*

D^r BROC, *conseiller;*

D^r BRUN, *conseiller;*

D^r CHAUVIN, *conseiller militaire;*

M^r GUTTIERES, *dentiste;*

M^r BOUQUET-BRYON, *pharmac.*

D^r R. BROC, *Rédacteur en chef de la Revue*

Liste des Sociétaires inscrits au 1^{er} Janvier 1931

—(0)—

A. — MEMBRES TITULAIRES

Numéro du Téléphone	MM. les Docteurs :		
04.11	Adamo,	31, Boulevard Bab-Menara,	Tunis
	Anderson (M ^{me}),	9, Avenue de Carthage,	»
	Anderson,	Chef de laboratoire Institut Pasteur,	»
04.54	Bardou V.,	26, Rue d'Italie,	»
28.93	Barsotti R.,	137, Avenue de Paris,	»
19.60	Benmussa S.,	2, Rue Hannon,	»
18.22	Ben Raïs,	33, Rue Sidi-ben-Arous,	»
49.13	Bloch E.,	6, Rue Amilcar,	»
10.41	Bonan A.,	6, Passage Bessis,	»
31.65	Bonan Hector,	35, Rue de Metz,	»
10.25	Bouhageb,	27, Boulevard Bab-Menara,	»
02.06	Boulakia J.,	6, Place Garibaldi,	»
12.44	Bouquet,	38, Rue de Patras,	»

Numéro du Téléphone			
26.81	Brandenbourg,	4, Rue de l'Eglise,	"
	Brignone P.,	3 bis, Rue Al-Djazira,	"
04.41	Broc R.,	12, Rue des Belges,	"
42.34	Brugairolle,	22, Rue d'Italie,	"
11.77	Brun G.,	Hôpital Sadiki,	"
05.74	Brun (M ^{me}),	4, Rue de Moscou,	Tunis
	Burnet,	Sous-Directeur de l'Institut Pasteur,	"
04.06	Buascca,	20, Rue des Tanneurs,	"
	Caillon L.,	38, Rue de Patras,	"
09.51	Calamida,	61, Avenue Jules-Ferry,	"
06.70	Calo H.,	1, Rue Hannon,	"
00.47	Cardoso,	8, Rue des Maltais,	"
17.38	Cassar,	35 bis, Rue Es-Sadikia,	"
07.88	Casusto E.,	68, Rue de Naples,	"
03.59	Cattan A.,	1, Rue d'Angleterre,	"
	Chagineau,	Méd. Cap. Camp Tir. Sén.,	St-Henri
27.98	Chatenier,	171, Rue Bab-Souika,	Tunis
	Chauvin,	Médecin Commandant Hôp. Mil. Belv.,	"
	Chauzy,	41 bis, Avenue de Paris,	"
14.52	Chemla S.,	49, Avenue de Paris,	"
43.56	Cherouvrier A.,	23 bis Rue de Marseille,	"
25.52	Cohen Aldo,	6, Rue d'Angleterre,	"
42.77	Cohen-Boulakia S.,	1, Rue de Rome,	"
25.53	Cohen-Hadria E.,	41, Rue Es-Sadikia,	"
30.91	Cohen Victor,	1, Rue Barca,	"
	Comte,	6, Impasse El-Assabi,	"
15.73	Cortesi,	26, Avenue Bab-Djedid,	"
04.86	Guénod,	1, Rue Zarkoun,	"
	D'Amico,	26, Boulevard Bab-Djedid,	"
44.28	Dana R.,	30, Avenue de Londres prolongée,	"
15.69	Debbasch G.,	1, Passage de Naples,	"
15.69	Debbasch A.,	41, Rue de Naples,	"
17.09	Deleuil,	14, Rue de Russie,	"
	Desfour,	Méd. Cap. Forgemol,	"
35.47	Diacono A.,	57, Rue de Naples,	"
47.17	Dinguizli,	9, Rue El-Maherzi,	"
08.00	Disegni E.,	116, Rue de Serbie,	"
01.50	Domela T.,	72, Avenue Jules-Ferry,	"
44.20	Duplenne,	Boulevard Bab-Benat,	"

Numéro du Téléphone			
44.20	Durplenne (M ^{me}),	Boulevard Bab-Benat,	"
18.41	Durand Gh.,	38, Rue de Patras,	"
	Durand P.,	Chef de laboratoire Institut Pasteur,	"
42.41	Enriquez U.,	18, Rue de Constantine,	"
	Errera Giuseppe,		La Goulette
03.78	Farhat R.,	42, Boulevard Bab-Menara,	Tunis
20.98	Farrugia R.,	4, Avenue de Carthage,	"
10.80	Fellous E.,	22, Rue des Maltais,	"
	Féré,		Hamмам-Lif
	Ferrini,	Rue Saint-Charles,	Tunis
36.95	Finzi Albert,		La Goulette
08.89	Funaro,	161, Avenue de Paris,	Tunis
	Galaup,	Médecin Capitaine,	Aouina
48.04	Ganem R.,	91, Rue Courbet,	Tunis
	Garofalo,	17, Rue Al-Djazira,	"
15.04	Gérard F.,	100, Rue de Serbie,	"
42.76	Ghouila Hourri D.,	Avenue Gambetta, Place Pasteur,	"
48.20	Gioia,	50, Rue de Naples,	"
16.91	Gnecco,	23, Rue de la Commission,	"
	Gobert,	5, Place Cardinal-Lavigerie,	"
15.65	Goldzeiguer,	9, Rue d'Angleterre,	"
	Gourdon,	Méd. maj. 1 ^{re} cl. Hôp. Mil. du Belvédère,	"
	Guez J.,	80, Avenue de Paris,	"
06.44	Guinet,	8, Rue Amilcar,	"
01.60	Hababou-Sala,	35, Avenue de Londres,	"
4.433	Hadjoudj,	13, Boulevard Bab-Menara,	"
09.57	Halfon A.,	6, Rue Bab-Carthagène,	"
	Harroy P.,	34, Rue Sidi-Kadous,	"
03.61	Hayat E.,	41, Rue de Metz,	"
19.20	Henry,	2, Rue de Tripoli,	"
	Houdart,	35, Rue Es-Sadikia,	"
40.16	Israël Daniel,	Rue d'Espagne,	"
10.02	Jaubert de Beaujeu,	14, Passage des Entrepreneurs,	"
20.16	Kortobi M.,	6, Rue de la Cruche,	"
	Laclavetine R.,	3, Rue des Belges,	"
23.01	Lalloum E.,	2, Rue Bab-Carthagène,	"
15.57	Lançon,	2, Rue Saint-Charles,	"
15.49	Laurent P.,	2, Rue d'Italie,	"
11.51	Legrand H.,	Directeur de l'Hôpital Civil,	"

Numéro du Téléphone			
34.97	Lehucher,	5, Route de la Soukra,	Tunis
00.63	Lellouche A.,	Rue de Carthage,	La Goulette
09.26	Lévy Benjamin,	13, Rue de Hollande,	Tunis
09.75	Lévy Emile,	14, Rue Saint-Charles,	"
06.73	Levi Guglielmo,	43, Rue des Glacières,	Tunis
11.83	Lévy Guido,	11, Rue Amilcar,	"
	Lévy Yole-Jacques,	12, Rue d'Algérie,	"
20.39	Lumbroso Edouard,	11, Rue d'Italie,	"
46.02	Lumbroso Is.,	38, Rue de Naples,	"
24.53	Lumbroso Giacomo,	6, Rue des Maltais,	"
24.53	Lumbroso Ugo,	6, Rue des Maltais,	"
	Lovy,		Hamмам-Lif
11.02	Maccotta,	7, Rue Es-Sadikia,	Tunis
01.00	Mara E.,	7, Rue de Sparte,	"
32.55	Mara Henri,	16, Rue d'Athènes,	"
31.77	Marnata,	2, Rue Malta-Srira,	"
03.98	Maruani F.,	6, Rue de Montpellier,	"
12.64	Marzouk E.,	16, Avenue de France,	"
19.69	Masselot F.,	18, Rue de Rome,	"
39.60	Materi (El) Mohamed,	5, Boulevard Bab-Menara,	"
	Mazères,	Directeur Officié Hygiène Sociale,	"
05.11	Menvielle,	3, Avenue de Paris,	"
29.55	Minguet,	71, Avenue de Londres,	"
53.44	Moatti,	17, Rue d'Angleterre,	"
11.41	Molco E.,	6, Rue d'Alger,	"
11.54	Montefiore L.,	5, Rue Amilcar,	"
02.78	Morpurgo,	13, Rue de Danemark,	"
26.00	Moschiano,	71, Rue des Teinturiers,	"
22.35	Nalli,	52, Rue Al-Djazira,	"
04.86	Nataf R.,	1, Rue Zarkoun,	"
19.24	Nicolas A.,	105, Rue de Portugal,	"
03.24	Nicolle C.,	Directeur de l'Institut Pasteur,	"
39.84	Nicolle (M ^{lle}),	20, Rue Es-Sadikia,	"
50.39	Nizard E.,	11, Rue d'Italie,	"
22.36	Nunez,	8, Rue Zarkoun,	"
04.55	Ortona C.,	15, Rue Es-Sadikia,	"
	Patricot	5 bis, Rue d'Italie,	"
25.76	Pérez A.,	10, Passage Ravolff,	"
15 Man.	Perrussel G.,	35 bis, Rue Es-Sadikia,	"

Numéro du Téléphone			
24.55	Piraino,	1, Rue d'Espagne,	Tunis
00.09	Plancke,	11, Rue de Belgique,	"
	Raynal,	Directeur Hygiène Municipale,	"
30.42	Reymond (M ^{me})	de	
	Gentile,	2, Rue Malta-Srira,	"
	Rogalski,	9, Rue d'Angleterre,	"
19.34	Ronchot,	4, R. Sidi-Mahrez, imp. du Cordonnier,	"
23.21	Salmieri,	3, Rue d'Athènes,	"
28.69	Salvo G.,	36, Avenue Bab-Djedid,	"
28.05	Samama Elie,	9, Rue d'Italie,	"
	Sandras,	Directeur Sce de Santé Militaire,	"
36.62	Sariati Albert,	4, Passage Condé,	"
42.04	Sariati Edouard,	Place du Contrôle Civil,	"
48.25	Scemama H.,	1, Rue de Constantine,	"
31.58	Scemla J.,	75, Avenue de Paris,	"
24.35	Scialom D.,	1, Rue des Tanneurs,	"
39.82	Scialom Ettore,	74, Avenue de Paris,	"
27.83	Setbon Henri,	66, Rue de Naples,	"
09.49	Sfez G.,	12, Rue Al-Djazira,	"
	Smadja Henri,	4, Place de la Gare,	"
11.55	Solal D.,	7, Rue d'Alger,	"
31.41	Soria P.,	34, Rue du Caire,	"
	Tabone,	15, Rue Pierre-Curie,	"
27.48	Timsit L.,	8, Avenue de Carthage,	"
40.21	Tlatli M.,	1, Rue Bab-el-Khadra,	"
33.53	Tremsal J.,	25, Avenue de Paris,	"
	Triolo,	140, Rue Bab-Souika,	"
23.59	Uzan Maurice,	64, Rue de Naples,	"
08.86	Uzan Michel,	2, Rue d'Alger,	"
	Valensi,	6, Rue d'Oran,	"
	Valetta,	10, Rue d'Espagne,	"
	Vallier,	Direction de l'Intérieur,	"
04.38	Varese P.,	12, Rue des Maltais,	"
26.97	Di Vittorio S.,	6, Rue d'Italie,	"
	Yalovicof,		Radès
	Zammit,	9, Rue Amilcar,	Tunis
42.96	Zeitoun,	19, Rue des Tanneurs,	"
33.38	Zérah Henri,	73, Avenue de Paris,	"
27.86	Zérah Jules,	44, Avenue Jules-Ferry,	"

MM. les Vétérinaires :

Aoustin,	5 ^{me} Groupe d'Artillerie,	Manouba
Pagnon,	Directeur du Service Vétérinaire des Troupes de Tunisie,	" Tunis

MM. les Pharmaciens :

05.53 Bloch,	24, Avenue de France,	Tunis
Bouquet-Bryon,	Pharmacien des Hôp., 17, R. de Colmar,	"
Cambe,	Passage de Corinthe,	"
Casanova,	Avenue de Londres,	"
32.33 Chemla J.,	22, Rue des Maltais,	"
00.64 Chabert,	Rue de Strasbourg,	"
03.33 Di Vittorio,	7, Avenue de France,	"
00.46 Darmon,	Place Cardinal-Lavigerie,	"
01.54 Durand,	8, Rue d'Angleterre,	"
Escano,	Cités-Jardins,	"
02.33 Gandolfo,	35, Rue Al-Djazira,	"
05.85 Jarmon,	Rue d'Espagne,	"
Ladjimi,	187, Rue Bab-Souika,	"
10.89 Luciani D.,	Place Bab-Souika,	"
02.65 Luciani J.,	Avenue de Carthage,	"
01.78 Lumbroso,	44, Avenue de Londres,	"
24.24 Médinger,	Place de la Gare,	"
27.26 Menghini,	Place Cardinal-Lavigerie,	"
01.73 M ^{me} Sinigaglia-Gallico,	12, Rue d'Italie,	"
Tavernier E.,	28, Rue de Metz,	"

MM. les Chirurgiens-Dentistes :

18.65 Dirats M.,	5, Rue d'Espagne,	Tunis
46.78 Enriquez J.,	18, Rue de Constantine,	"
13.19 Guttières A.,	21, Avenue de Paris,	"
53.19 Lévy D.,	12, Rue d'Italie,	"
08.93 Lévy M.,	70, Avenue Jules-Ferry,	"
25.16 Merdjan O.,	20, Rue d'Angleterre,	"
34.94 Saffar F.,	8 bis, Rue des Maltais,	"
00.29 Slama,	11, Avenue Roustan,	"
34.55 Uzan L.,	16, Rue de Rome,	"
de Zouvy,	11, Avenue de Paris,	"

B. — MEMBRES CORRESPONDANTS

a) TUNISIE

MM. les Docteurs :

ABIB,	Bou-Arada	KALMIN,	Le Kef
AUDEBERT,	Sbeitla	KROUCH,	Grombalia
ARROUX,	Nabeul	LARCHE,	Sfax
BELFORT,	Téboursouk	LAURIOL,	Sfax
BELOT,	Ferryville	LEFAUCHEUR,	Béja
BESSIS E.,	Moknia	MARINI,	Mahdia
BIECHELER,	Kairouan	MONASTEREW (M ^{me}),	Monastir
BISMUTH A.,	Sfax	MONERY,	Djerba
BOUSQUET,	Kebili	MEIGNAN,	Sfax
CATTAN R.,	Interne Hôpital de Paris	NATTAF,	Sfax
CECCALDI,	Sfax	NOMAND,	Le Kef
CENTONZE,	Grombalia	PARIENTE,	Djerba
CHIOSELLI,	Redeyef	PERIGNON de Troyes,	Bizerte
CIRPAZ-CERBAT,	Zaghouan	PRANZO,	Kalaa-Djerba
DEBAUCHEZ,	Ghardimaou	RENARD,	Metlaoui
DECOUR,	Medenine	ROLLIN,	Souk-el-Khemis
DELASTRE,	Le Kef	ROLLIN (M ^{me}),	Souk-el-Khemis
DIENOT,	Sousse	ROSENDORF,	Aïn-Draham
DIGNAT,	Medjez-el-Bad	SALAVERT,	Bizerte
DOLCEMASCOLO,	Kalaa-Djerba	SAKKA,	Sousse
DUTHU,	Gafsa	SFEZ,	Gabès
EICHMULLER,	Hammamet	SICARD,	Menzel-Temime
ERRERA,	Bizerte	SURIN,	Bizerte
GALEA Francesco,	Sfax	VULLO,	Béa
GNECCO,	Sidi-Amor (Tadjerouine)	WHIEN,	Gafour
GOERE,	Tindja	YOUNES,	Sousse
JEANNOT,	Souk-el-Arba	ZUMMO,	Sousse
JUNES,	Sfax		

MM. les Pharmaciens :

DIACONO,	Sousse	ESPIE,	Sfax
TAIEB,	Mateur	GRIMALDI,	Mateur

b) FRANCE ET ETRANGER

MM. les Docteurs :

ABOULKER,	La Bourboule (P.-de-D.)	MEZGUICHE,	Souk-Ahras (Algérie)
BUCKWELL,	Casablanca (Maroc)	PAGES,	Rabat (Maroc)
BUVAT,	Vichy (Allier)	PELISSIER,	Plombières (Vosges)
CORONE,	Cauterets (H.-Pyrénées)	CH. PETIT,	Bagnoles (Orne)
COTAR,	Vichy (Allier)	PERRIN Georges,	Royat (P.-de-D.)
ECOCHARD,	Neris-les-Bains	REENSTIERNA,	Stockholm (Suède)
EYRAUD-JOLY,	Evian (H.-Savoie)	RIBEROLLES,	Châtel-Guyon (P.-de-D.)
GARCIN,	Le Mont-Dore	ZERLANT,	à St-Martin (Loire)
LEVY-DARRAS,	Evian (H.-Savoie)	STIEFEL,	(Plombières (Vosges)
LUTRINGER,	Contrexéville (Vosges)		

c) MEMBRES ASSOCIÉS

MM. :

ALLAIN,	Interne à l'Hôpital Civil Français,	Tunis
BAUGE,	Interne à l'Hôpital Civil Français,	»
CHATENIER,	Interne Hôpital Sadiki,	»
DUPONT,	Interne Hôpital Civil Français,	»
FLEURY DE LARUELLE,	Interne à l'Hôpital Civil Français,	»
FRAYER,	Interne Hôpital Sadiki,	»
LAVAUULT (M ^{me}),	Interne à l'Hôpital Sadiki,	»
RAPP,	Interne à l'Hôpital Civil Français,	»
REVEL-MOREAU,	Interne à l'Hôpital Sadiki,	»
RUYER,	Interne à l'Hôpital Sadiki,	»
SCHAEFFER,	Interne Hôpital Sadiki,	»
VADON,	Interne à l'Hôpital Civil Français,	»



Office International d'Hygiène publique

(Extrait du bulletin mensuel de l'Office International d'Hygiène Publique. Tome xxii, année 1930, fasc. n° 11)

—(0)—

Le Comité permanent de l'Office International d'Hygiène publique a tenu du 13 au 22 octobre, à Paris, sa session ordinaire de 1930.

Etaient présents : MM. VELGHE (Belgique), Président; HAMEL (Allemagne); VAN CAMPENHOUT (Congo Belge); C. CHAGAS (Brésil); A. VIEL (Chili); TH. MADSEN (Danemark); SHAHIN PACHA (Egypte); PALANCA (Espagne); MC MULLEN (Etats-Unis d'Amérique); BARRÈRE (France); L. RAYNAUD (Algérie); BOYÉ (Afrique Equatoriale Française); GASTON JOSEPH (Afrique Occidentale Française); LASNET (Indochine Française); G. S. BUCHANAN (Grande-Bretagne); MACKIE (Inde Britannique); HERON (Colonies Britanniques et Territoire sous mandat de la Grande-Bretagne); MC CALLUM (Australie); H. B. JEFFS (Canada); S. P. JAMES (Nouvelle Zélande); P. G. STOCK (Union de l'Afrique du Sud); A. LUTRARIO (Italie); M. TSURUMI (Japon); P. SCHOML (Luxembourg); DE LA TORRE (Mexique); F. ROUSSEL-DESPIERRES (Monaco); N. M. JOSEPHUS JITTA (Pays-Bas); W. DE VOGEL (Indes Néerlandaises); DJAVAD ACHTIAN (Perse); RICARDO JORGE (Portugal); J. CANTACUZÈNE (Roumanie); C. KLING (Suède); H. CARRIÈRE (Suisse); L. PROCHAZKA (Tchécoslovaquie); DE NAVAILLES (Tunisie); HEROSA (Uruguay); G. YOANNOVITCH (Yougoslavie); ainsi que MM. ABT, Directeur de l'Office International d'Hygiène publique, et MARIGNAC, Directeur-adjoint.

Ont également assisté aux séances du Comité ou à certaines d'entre elles : le Dr L. RAJCHMAN, Directeur Médical de la Section d'Hygiène de la Société des Nations; le Major J. GILMOUR, Président du Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Egypte; M. H. B. CLAYTON, I. C. S., Président du *Haj Inquiry Committee* dans l'Inde Britannique.

I

Le Comité a examiné le Rapport établi, en exécution de l'article 151 de la Convention sanitaire internationale de 1026, par le Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Egypte sur le *Pèlerinage Musulman* de 1930.

Sur l'avis de sa Commission du Pèlerinage, il a exprimé son approbation générale des dispositions prises pour assurer à la fois la protection sanitaire des pèlerins et celle des pays qu'ils traversent ou dans lesquels

ils retournent. Les points suivants ont retenu plus spécialement son attention.

1. Plusieurs porteurs de vibrions, *dont certains reconnus agglutinables*, ont été découverts au Campement quarantenaire de Tor parmi les pèlerins revenant du Hedjaz vers le Nord. Aucun de ces pèlerins n'a présenté les signes cliniques du choléra (mais ils avaient subi pour la plupart la vaccination anticholérique); d'autre part — et bien qu'un cas avéré de choléra se soit produit à Massaouah, parmi d'autres pèlerins revenant vers le Sud — aucune affection de nature cholérique ne s'est manifestée au Hedjaz, et les conditions hygiéniques de ce pays ont été de beaucoup meilleures en 1930 que les années précédentes. Cependant, en présence du danger qu'aurait fait courir aux pays de transit ou de destination des pèlerins le développement d'une infection cholérique, le Pèlerinage a dû être déclaré « brut » (infecté) de choléra et soumis aux mesures prévues en la circonstance. Il n'y a pas, d'après la Convention de 1926 et les règlements pris pour son application, de terme ni de situation intermédiaires entre « net » et « brut », et il pourrait être utile d'envisager l'adoption d'un régime permettant seulement de s'assurer le délai nécessaire pour les examens bactériologiques aux fins d'une conviction définitive.

2. Comme suite aux avis antérieurement exprimés par le Comité, des règlements établis dans les territoires français de l'Afrique du Nord ont permis d'éviter toute difficulté résultant du *voyages des pèlerins par petits groupes*. D'autre part, la pratique ancienne consistant à effectuer la traversée de la Mer Rouge au moyen de *dhow*s, etc., est complètement supprimée en ce qui concerne les ports du Soudan.

3. Les *dispositions adoptées à Beyrouth*, au début de l'année 1929, entre les Administrations de plusieurs pays traversés par les pèlerins en vue de coordonner leur action de protection sanitaire ont continué à donner de bons résultats. En raison, toutefois, du fait que ces dispositions s'appliquent aussi aux ressortissants d'autres pays, la réunion à Paris d'une Conférence plus étendue et comprenant des représentants des Gouvernements intéressés a été décidée, et le Gouvernement Français a bien voulu prendre l'initiative de sa convocation.

4. Un rapport présenté cette année au Gouvernement de l'Inde par le *Haj Inquiry Committee* a insisté sur les avantages de la *vaccination* systématique des pèlerins indiens contre la *variole* et le *choléra*. Si cette vaccination, déjà pratiquée au départ de Karachi et de Calcutta et qui le sera bientôt à Bombay, est généralisée, les pèlerins quittant l'Inde pourront

être, comme ceux venant des Indes Néerlandaises ou de la Péninsule Malaise, dispensés de débarquer à la Station de Camaran, sauf dans des cas exceptionnels, et il en résultera un gain de temps et des facilités considérables.

5. La question de l'adoption d'un *modèle uniforme de passeport de pèlerins* n'a pas été encore résolue, des réponses au sujet du modèle établi par le Président du Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Egypte et soumis par l'Office à l'examen des Administrations intéressées n'étant pas encore parvenues en assez grand nombre.

II

Les Gouvernements à qui avait été soumis l'*Avant projet de dispositions relatives au contrôle sanitaire de la navigation aérienne* se sont exprimés favorablement sur l'initiative prise par le Comité, qui prévoit les mesures à la fois indispensables pour la protection de la santé publique et le moins gênantes possible pour le développement du trafic aérien. Des observations et suggestions diverses ont été faites seulement sur un certain nombre de points; d'autres doivent être encore ultérieurement présentées, et il n'a pas semblé, en conséquence, opportun de faire subir immédiatement au texte antérieurement adopté une révision complète. Quelques questions d'ordre plus général ont été débattues, en vue du travail d'élaboration d'un projet définitif que la Commission spéciale constituée dans le sein du Comité préparera pour la session suivante.

En ce qui concerne spécialement les mesures contre l'introduction de la fièvre jaune par la voie du trafic aérien, il a été décidé d'en faire l'objet de dispositions entièrement distinctes, énonçant les principes sur lesquels devraient être basés les règlements à établir par accords entre pays situés sur les routes qui traversent des zones d'endémicité amarille.

III

Aucun fait nouveau de quelque importance n'est à signaler en ce qui concerne la question des *médecins de bord*. Le système du « commissionnement » institué sur une base très large en Belgique semble n'y avoir rencontré aucune difficulté; il continue à fonctionner normalement. En Italie, un système analogue, quoique limité aux navires anglais de l'*Orient Line*, donne toute satisfaction. Le commissionnement national y existe également. Ces expériences viendraient s'ajouter à celles faites ailleurs (au Brésil, en France, en Turquie) dans des ordres d'idées pareils

ou voisins. La proposition tendant à la possibilité d'un commissionnement international, par extension du système belge, est toujours à l'étude. En Espagne, les suggestions du rapport envoyé précédemment par l'Office International d'Hygiène publique ont été favorablement accueillies. Dans un certain nombre de pays, par contre, l'opinion des milieux tant gouvernementaux que commerciaux n'admettent pas encore volontiers soit l'intervention de l'Etat (sous une forme ou sous une autre) dans la désignation et les attributions du médecin de bord, soit la reconnaissance obligatoire d'avantages spéciaux aux navires ayant un médecin « qualifié ». Mais, dans ces pays eux-mêmes, les autorités sanitaires des ports tiennent pratiquement compte de la présence à bord d'un tel médecin; d'autre part, des dispositions y sont prises de plus en plus, avec le concours du Gouvernement, pour assurer aux médecins de bord la compétence spéciale nécessaire.

La formule de *message international de quarantaine* par T.S.F. antérieurement établie par l'Office International d'Hygiène publique, mais dont l'adoption définitive avait été différée pour permettre la détermination des symboles nécessaires à la transmission en code, a été mise au point d'un commun accord avec le Comité de révision du Code international de Signaux et sera proposée à la considération des Gouvernements en vue de son introduction dans les règlements et usages de leurs ports.

Les démarches pour la *suppression des patentes de santé*, conformément aux recommandations de l'article 49 de la Convention sanitaire internationale, ont été poursuivies. Une entente à cet effet semble prochaine entre plusieurs pays en ce qui concerne, tout au moins, leurs ports européens. Dans d'autres pays, la suppression n'est envisagée que pour les *visas consulaires*.

Le système organisé, sur l'initiative de l'Office International d'Hygiène publique, dans les ports français pour la notification, aux autorités des pays de destination, des *passports sanitaires individuels* délivrés à des personnes soumises à « surveillance » et se rendant à l'étranger, a donné de très bons résultats et a été encore étendu. Son application dans tous les autres ports où il aurait également sa raison d'être est vivement préconisée par le Comité.

Le Comité a donné des avis sur diverses questions soulevées à propos de l'application de l'article 16 de la Convention sanitaire internationale de 1926 (*notification des mesures que les Gouvernements prescrivent à l'égard des provenances des autres pays*) et de l'article 12 (*notification de*

la cessation du danger d'infection dans une circonscription antérieurement atteinte). Il a, en particulier, sur ce dernier point, fait observer que, tant qu'un pays n'a pas envoyé les notifications dont il s'agit, les autres pays ne sont pas tenus de cesser, à son égard, l'application des dispositions prévues par la Convention; d'autre part, une telle notification doit s'entendre comme possible et recevable seulement lorsqu'elle concerne un territoire sur lequel la maladie visée n'existe pas, en quelque sorte, normalement d'année en année. De toutes manières, elle ne doit avoir lieu — aux termes mêmes de l'article 12 — que lorsque le pays intéressé a, de bonne foi, la conviction que ses provenances ne sont plus dangereuses. Conviction doit être évidemment fondée non sur des données théoriques, mais sur tous les éléments d'information permettant d'établir les conditions réelles de la localité, par exemple, en cas de peste, sur le résultat négatif de recherches concernant la présence de rats pesteux, poursuivis pendant un temps raisonnable. Elle ne saurait, en particulier, se baser uniquement sur le fait qu'un certain délai s'est écoulé depuis le dernier cas de maladie humaine constaté.

Toujours en relation avec l'application de la Convention sanitaire internationale, diverses observations ont encore été présentées au sujet de l'article 28 (*dératisation périodique des navires*), tant de la part des autorités sanitaires maritimes que de celle des navigateurs.

Il semble se confirmer que le système de police sanitaire internationale organisé par cet article est justifié par les résultats obtenus. Une preuve en est encore fournie pour le nombre toujours croissant des certificats d'exemption qui ont pu être délivrés en Grande-Bretagne pendant les neuf premiers mois de l'année en cours. Mais il n'est pas douteux, par contre, que ce système doit être appliqué de façon rationnelle et en ne perdant pas de vue qu'il concerne, non seulement les navires porteurs ou suspects d'une infection pesteuse, mais tous les navires, et qu'il tend non à supprimer un danger actuel, mais à réduire, par mesure de précaution générale, l'éventualité même de ce danger.

Le Comité a examiné plus spécialement certaines questions dans cet ordre d'idées. Il a insisté, notamment, de nouveau sur l'importance de l'adoption générale, pour les certificats de dératisation (ou d'exemption) prescrits, d'une formule uniforme, telle que celle déjà préconisée par lui-même auprès des Gouvernements et des Administrations sanitaires, et qu'un assez grand nombre de pays ont effectivement mise en vigueur. Bien des difficultés ont, en effet, pour origine le fait que les documents

délivrés dans certains ports *ne contiennent que des mentions insuffisamment explicites* touchant les opérations effectuées. En toute autre circonstance, si le certificat (de dératisation ou d'exemption) a été régulièrement établi dans un port qualifié à cet effet et n'a pas plus de six mois de date, seules des considérations de gravité particulière peuvent justifier l'exigence d'une nouvelle destruction des rats ou de nouvelles recherches aux fins d'établir l'absence de ceux-ci — en dehors, bien entendu, toujours, du danger de peste prévu par d'autres articles de la Convention. Le fait que la dératisation précédemment accomplie n'a pas été faite exactement par les procédés en usage dans le port où le navire se trouve à l'expiration du délai de six mois ne motive donc pas, à lui seul, en principe une nouvelle fumigation. D'autre part, l'article 28 n'a pas pour objet d'exiger l'absence *complète* de rats sur un navire. Sans doute, peut-il arriver que l'état d'infestation d'un navire par les rats soit tel, qu'une nouvelle dératisation immédiate s'impose; mais, dans les conditions ordinaires, la présence de quelques rongeurs ne semble pas un motif suffisant pour que les prescriptions relatives à la dératisation « périodique » soient appliquées plus souvent que tous les six mois.

Sur la plupart de ces points, d'ailleurs, le Comité s'était déjà exprimé antérieurement d'une manière identique. De même, il n'a pu que maintenir son point de vue en ce qui concerne l'apposition du *visa consulaire* sur les certificats. Sans méconnaître les motifs d'ordre intérieur qui, dans certains pays, font encore considérer une telle obligation comme nécessaire, il a rappelé que l'intervention du consul, même gratuite, est une gêne inutile pour le commerce, en ce sens que, dans le cas d'un certificat de dératisation ou d'exemption venant d'être délivré à un navire, le consul ne saurait avoir des éléments d'information immédiats et assez précis pour que son visa constitue réellement une garantie.

Quant à la perception d'une taxe par l'autorité sanitaire pour la délivrance du certificat, rien ne s'y oppose; et, d'ailleurs — à la condition, selon les principes généraux de la Convention sanitaire internationale, de ne pas dépasser le coût du service rendu, — elle est justifiée par le fait que, pour établir ledit certificat dans des conditions suffisantes d'exactitude, un examen sérieux du navire est indispensable.

IV

Le Comité a examiné une proposition du Gouvernement Japonais à l'effet de prévoir, par un accord complémentaire de la Convention sanitaire

internationale, la faculté, pour les pays placés dans certaines conditions au point de vue du danger d'importation du choléra, d'interdire aux navires se dirigeant vers leurs ports *d'immerger des cadavres de cholériques ou des matières pouvant être infectés, même* en dehors de la limite admise pour les eaux territoriales. Toute décision a été provisoirement réservée sur cette question, qui reste à l'étude.

Le projet, établi dans une session antérieure et soumis à la considération des Gouvernements intéressés, d'un accord sur les *mesures à prendre en cas d'apparition de la dengue* a reçu un accueil favorable. Un accord sur ces bases a été conclu déjà entre quelques pays (*) et l'extension des dispositions ainsi proposées fait l'objet, de la part du Gouvernement Grec, d'une initiative que le Comité s'est déclaré prêt à appuyer.

Répondant à une question posée au sujet de l'application de l'*Arrangement international de Bruxelles de 1924*, instituant des facilités pour le traitement des marins du commerce atteints de maladies vénériennes, le Comité a déclaré qu'à son avis cette application ne doit pas être basée sur le principe de la réciprocité stricte, c'est à dire que *tout* marin même s'il est sujet d'un pays n'ayant pas adhéré à l'Arrangement, doit, lorsqu'il se présente au dispensaire dans un port d'un pays adhérent, y bénéficier sans restriction du traitement gratuit. Les termes de l'Arrangement sont formels et visent les marins « sans distinction de nationalité ». D'ailleurs, il n'est pas douteux que le but des dispositions établies en 1924, à la fois pour des motifs d'humanité et de prophylaxie générale, ne serait pas atteint si les facilités prévues n'étaient pas largement affectées.

Il va de soi que ces remarques, tout en étant d'ordre général, trouvent, à plus forte raison, leur application si le marin, tout en appartenant à un pays non participant à l'Arrangement, navigue sous le pavillon d'un pays y ayant lui-même adhéré.

(à suivre)

(*) V. *Bulletin de l'Office International d'Hygiène publique*, t. XXII, 1930, p. 1843.

Tuberculose Pulmonaire (Traitement médical)

par le D^e P. Pruvost, Médecin des Hôpitaux de Paris

Il est instructif de noter que parmi les différents traitements proposés contre la tuberculose, il en est qui, après avoir été pronés par quelques-uns, ont été presque abandonnés par la plupart des médecins pendant un certain temps, puis reviennent à l'ordre du jour parce que des cas impressionnants ont été notés.

Pour ne parler que de ceux qui ont été étudiés sérieusement, ne voyons-nous pas des observations troublantes quoique peu nombreuses avec radiographies à l'appui servir d'arguments à ceux qui défendent l'efficacité des sels d'or, de la tuberculine, l'allergine par exemple.

Il est notable que ces procédés ont quelquefois à leur actif des résultats heureux et relativement rapides. Même si ceux-ci ne sont pas très nombreux, ce n'est pas une raison pour rejeter la méthode : ils seraient peut-être meilleurs si nous parvenions à préciser davantage les indications et la technique. Il est probable que dans ces produits qui agissent sur le foyer et semblent le remanier, favorablement chez certains, fâcheusement chez d'autres, il existe une action dont nous savons encore mal faire profiter le malade, mais qui n'en est pas moins réelle.

Aussi, sommes-nous persuadés qu'il faut retenir et étudier de plus près toutes les méthodes sérieuses, qu'elles soient ou non spécifiques.

I. *Le vaccin antituberculeux d'Auclair.* — Les travaux de J. Auclair ont toujours retenu l'attention en raison de la conscience et de la rigueur scientifique avec lesquelles ils ont été entrepris et poursuivis. Aussi est-il d'un grand intérêt d'en connaître les résultats qui viennent d'être publiés et qui font suite à d'autres articles paru antérieurement (1).

A ce propos il convient d'envisager à part les faits expérimentaux et les applications pratiques.

a) *Les faits expérimentaux.* Cherchant à expliquer pourquoi les oiseaux jouissent d'une immunité absolue contre la tuberculose humaine (Villemin, Koch), Auclair est arrivé à démontrer que les éléments de cette immunité naturelle se trouvaient dans leur pancréas.

Les extraits hydro-glycérinés du pancréas des poules, convenablement préparés, possèdent en effet la propriété de détruire la virulence du bacille de Koch d'origine humaine. C'est ainsi qu'un cobaye ayant reçu une

émulsion de bacilles de Koch traités par une telle émulsion pancréatique, ne contracte pas la tuberculose.

Ces extraits confèrent en outre aux bacilles de Koch la propriété de vacciner contre la tuberculose. Si on injecte à un cobaye, en même temps que du bacille de Koch, cet extrait pancréatique, cet animal devient réfractaire à la tuberculose, comme si le bacille s'était uni à une substance impuntée au pancréas de la poule pour devenir un vaccin.

Auclair affirme que le « mélange, placé dans des conditions appropriées, d'un extrait hydro-glycériné de pancréas de poule et des bacilles tuberculeux humains tués par la chaleur », vaccine effectivement contre la tuberculose à titre préventif et à titre curatif.

b) *Les applications pratiques.* A l'heure actuelle les recherches sur l'homme ne sont pas assez nombreuses pour permettre de dire si les applications pratiques donnent des résultats satisfaisants. A part le succès obtenu dans des cas de lupus, ces résultats semblent moins nets et moins impressionnants chez les tuberculeux pulmonaires, et ne sont pas comparables aux résultats des expériences précédentes.

Il est bien évident que le problème est ici autrement complexe, qu'il ne se pose pas de la même manière.

On ne peut conclure ni dans un sens ni dans l'autre. Il faut attendre.

II. *La tuberculine.* Rejetée en France par la plupart des médecins, la tuberculine ne mérite peut-être pas complètement la fâcheuse réputation qui lui est faite. Comme le dit Kuss : « la tuberculinothérapie, avec sa puissance réactionnelle sur les foyers tuberculeux et les difficultés réelles, voire même les dangers de son emploi, ne peut entrer dans la pratique courante; mais il est vraiment étonnant, on peut dire anormal, que dans les milieux spécialisés pour le traitement des tuberculeux, la tuberculine, qui est utilisée dans la plupart des pays civilisés soit chez nous, ou bien totalement délaissée, ce qui est la règle, ou bien employée de telle sorte qu'elle devienne, entre les mains des médecins qui n'osent en injecter que des doses infimes, plus novice qu'efficace ».

Aussi convient-il de méditer les conclusions qu'apporte le Dr Cevy après une longue expérience de cette méthode. Il se sert de la tuberculine depuis de longues années et affirme qu'il faut l'employer à doses suffisantes dépassant, dans la majorité des cas, à la fin du traitement un gramme à un gramme et demi de tuberculine par injection, et qu'un traitement intensif permet seul d'escompter une véritable guérison.

Certes, quelques-unes de ses observations prêtent à discussion, mais

Il en est d'autres qui retiennent l'attention par l'amélioration générale et locale, par les heureuses modifications radiologiques et bactériologiques, et par le recul de ces succès encourageants, certains demeurant en bonne santé et travaillant depuis des années, pour la moitié d'entre eux depuis 12 à 28 ans (5).

III. *L'allergine de Jousset*. Nous renvoyons pour l'étude des caractères et des indications à ce qui a été écrit l'an dernier (A. M. P. 1930, p. 22).

Cette nouvelle méthode mérite vraiment d'être d'être retenue. Elle ne prétend supprimer aucun des moyens thérapeutiques qui ont fait leurs preuves; mais son action, encore inconstante, n'en est pas moins de bon augure; elle marque un progrès important dans la voie des médications spécifiques.

L'essentiel est de bien poser l'indication et de bien conduire le traitement, assez fortement et assez longuement, si la résistance générale du malade est bonne, si sa cuti-réaction est nettement positive.

Il ne faut pas apporter dans une matière aussi délicate et aussi complexe des techniques rigides ou des certitudes mathématiques. Il existe ici, comme dans d'autres méthodes, des mécomptes, des rechutes, des difficultés pour suivre des malades qui se croient guéris; malgré tout, il y a un élément nouveau dont il y a lieu de tenir compte.

Cette allergine s'applique à toutes les tuberculoses organisées, à lésion constituée, quel qu'en soit le siège, quel qu'en soit le degré.

Une seule contre-indication : l'état cachectique du sujet.

Quelques précautions : peu ou pas d'allergine chez l'hémoptysique récent, ou pendant la phase congestive qui précède les règles; pas d'autres médications actives (sels d'or, tuberculine, iode) en même temps que l'allergine.

A noter que le résultat le plus rapide et le plus frappant serait obtenu dans la lésion jeune chez un sujet jeune; que l'association de l'allergine et du pneumothorax semble empêcher les réactions pleurales au cours de la collapsothérapie (2).

IV. *Les sels d'or*. Comme le disait dernièrement M. Rist, « si les premières tentatives qui ont été faites en France, ont déterminé un certain découragement, c'est que les fondements théoriques de l'aurothérapie telle que l'instituait Mollgaard ont été démontrés faux ».

« Il n'en faut savoir que plus de gré à ceux qui, grâce à une expérimentation prudente et persévérante chez l'homme, nous ont amenés à remonter le courant et à constater que la sanocrysiine exerce incontestablement

blement, dans certains cas tout au moins, une action favorable sur les lésions de la tuberculose pulmonaire chez l'homme ».

Il semble bien que pour éviter les accidents signalés au cours de ce traitement, on ait eu le tort de s'en tenir à des doses trop faibles dans tous les cas. Si les accidents ont été ainsi évités, les résultats satisfaisants ont été diminués de ce fait même; aussi, la tendance est-elle à revenir à des doses opérantes, et à être très large à l'égard des contre-indications. Il n'en est pas moins vrai que, si l'aurothérapie peut s'adresser à de nombreuses formes de tuberculose, chroniques ou aiguës, il faudra par contre apprécier de la façon la plus précise le fonctionnement du foie. Si l'on considère l'aurothérapie comme contre-indiquée chez les alcooliques, les ictériques, on se méfie moins de l'influence néfaste de la cure aurique chez les tuberculeux qui présentent seulement une fragilité hépatique discrète. Jacquelin insistait dernièrement sur ces faits qui doivent guider pour diminuer ou augmenter les doses suivant la tolérance du foie (2 bis).

Retenons encore un autre danger à éviter : le manque d'efficacité et l'action nocive de l'aurothérapie chez les tuberculeux pulmonaires diabétiques.

Il y a donc des réserves à faire dans l'emploi des sels d'or, qui ne paraissent pas devoir être utilisés systématiquement chez les tuberculeux pulmonaires, comme le mercure de l'arsenic chez les syphilitiques.

Ameuille espère qu'on pourra obtenir des résultats très importants chez ces malades à condition que les doses soient suffisantes.

Après avoir essayé deux injections hebdomadaires de 0,25, sans résultat satisfaisant, il a commencé à faire, chez les sujets qui les toléraient, deux fois 0,50 par semaine, en totalisant 10 grammes par série de traitement : il dit avoir obtenu alors des résultats nets et constants, sans que les accidents d'intolérance aient augmenté de fréquence et d'importance avec les doses.

Ses arguments et ses démonstrations ont été discutés; le professeur Léon Bernard qui a obtenu également de beaux résultats n'utilise pas des doses aussi élevées et s'en tient à 0,50 ou 0,75 par semaine.

Nous ne croyons pas d'ailleurs qu'il y ait intérêt à être ici trop systématique. Pour notre part nous avons parfois obtenu de très beaux résultats avec des doses moins fortes mais prolongées.

De toutes façons, comme le recommande M. Dumarest, ce traitement comporte deux périodes : a) une première période d'essai où la tolérance du sujet sera précisée à l'aide de doses faibles. Si celles-ci se montrent

d'une certaine efficacité, il y a intérêt à les prolonger; b) une seconde période de doses plus fortes, susceptibles d'amener des améliorations importantes (3), si les doses précédentes étaient restées sans effet.

Notons qu'il est utile dans bien des cas d'associer l'aurothérapie à d'autres traitements, et en particulier au pneumothorax thérapeutique. Comme le recommandent Labesse et Julien Marie, ainsi qu'Amenable, les injections d'or sont indiquées chez des malades traités par le pneumothorax lorsque le côté opposé est suspect ou lorsque de nouvelles lésions commencent à y évoluer (3).

V. *Le chlorhydrate de choline*. MM. Carles et F. Leuret ont établi que l'état de résistance et d'inaptitude à la tuberculose dans l'organisme humain est fonction d'un état humoral caractérisé par l'équilibre du rapport : cholestérolémie, glycémie.

Toute modification de ce rapport, mais surtout l'abaissement du taux de la cholestérine dans le sang, entraîne une diminution de résistance à la tuberculose et une suractivité de la maladie.

Les auteurs ont donc cherché à augmenter le taux du cholestérol sanguin sans trop modifier la glycémie. Ils ont été amenés à employer le chlorhydrate de choline, en injections sous-cutanées, à la dose de 2 centigr. tous les 2 jours : ils obtiennent ainsi un relèvement régulier et durable de la cholestérolémie, en ne modifiant que peu la glycémie, qui augmente aussi, mais dans de bien moindres proportions.

Cette méthode donnerait des résultats cliniques impressionnants, même dans les tuberculoses pulmonaires graves. On constaterait l'abaissement de la température; la diminution des signes fonctionnels; un engraissement rapide et considérable; la cicatrisation très rapide d'abcès froids d'origine osseuse, articulaire, ou ganglionnaires, quelquefois fistulisés depuis plusieurs mois.

Sur 32 malades déjà traités, les auteurs comptent actuellement 8 guérisons durables dont 2 de tuberculose pulmonaire ouverte, et 10 améliorations prolongées de tuberculeux pulmonaires traités *in extremis*.

Ce traitement se montre absolument inoffensif aux doses ci-dessus indiquées et ne paraît comporter aucune contre-indication formelle.

A vrai dire, il ne paraît pas actuellement devoir être mis en comparaison avec les traitements précédents, qui, d'ailleurs, paraissent agir plus directement sur le foyer alors que le chlorhydrate de cholium s'adresse plutôt à un état humoral fâcheux.

S'il nous a paru être parfois un adjuvant utile, ce traitement ne nous

a pas jusqu'à présent l'impression d'être très actif vis-à-vis des lésions pulmonaires.

P. PRUVOST.

(1) *Vaccination préventive et curative du cobaye et du lapin contre la tuberculose humaine*, Masson edit., 1930. *Presse méd.*, 19 mars 1927. *Bull Acad. méd.* fév. 1930. — (2) JOUSSET, *Monde méd.*, 15 oct. 1930. — P. GUÉRIN, *Journ. des praticiens*, 4 janv. 1930. — (3) AMEUILLE, Léon BERNARD RIST. *Soc. méd. hóp.*, 8 déc. 1930. — MIGNOT, *Presse méd.*, n° 5, 15 janv. 1930. — VILLARET, Justin BESANÇON, CACHERA. *Presse méd.*, 12 fév. 1930. — LABESSE et Julien MARIE. *Presse méd.*, 26 nov. 1930. — (3 bis) *Vie méd.*, 25 nov. 1930. — (4) *Acad. de méd.*, 13 fév. 1930. — (5) CEVEY. *Pour guérir la tuberculose*, Paillère, édit., 1930.

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 :

(France et Colonies : 22 fr.); Etranger : 26 fr.), à M. Lépine, éditeur, 39, rue d'Amsterdam, Paris (8^e).

Compte chèques postaux : 712.04.

La Centrothérapie. — Thérapeutique par la Voie Nasale

par le Dr J. Klotz-Guerard. — Un volume in-8 de 160 pages avec 17 schémas et 3 planches en couleurs : 30 francs.

Cet ouvrage est consacré à la Centrothérapie créée par Pierre Bonnier.

L'auteur en décrit la technique, et de nombreux schémas très clairs montrent les endroits du nez qui sont reliés aux différents centres régulateurs du bulbe.

La deuxième partie met en valeur une théorie embryologique et physiologique qui précise la base scientifique de la galvanocautérisation.

La Centrothérapie, loin de s'opposer aux idées classiques, est capable de fixer certains points obscurs de la doctrine pastorienne.

L'Allonal dans le traitement des algies concrécuses

par le D^r Abbal

(Concours Médical, Paris, 23 mars 1930, N^o 12)

—(O)—

L'auteur a pu traiter par l'allonal des cancéreux présentant des cancers du sein, de la langue, de l'utérus, de la face, etc... La dose qu'il a employée a varié de 2 à 4 comprimés par jour. Il n'a jamais observé de signes cliniques d'intoxication ni de phénomènes d'intolérance, malgré l'âge avancé des malades, leur état général parfois mauvais ou l'usage prolongé du médicament. Il conclut donc que l'allonal est un adjuvant précieux pour le praticien, et, sans enlever aux toxiques et plus particulièrement aux opiacés leur valeur réelle, il croit que le médecin devra, avant de recourir à leur usage, prescrire ce médicament sur lequel il peut compter et qui ne l'exposera pas aux inconvénients et à l'accoutumance qui résultent habituellement de l'administration prolongée des narcotiques, dans tous les cas d'algies persistantes de quelque nature qu'elles soient.

—(O)—



La Tunisie Médicale

FEVRIER 1931

TRAVAUX ORIGINAUX

Acétylarsan et Syphilis

par le Dr A. CASSAR

—(O)—

La thérapeutique antisyphilitique s'est enrichie dans ces dernières années d'un certain nombre de composés arsénicaux différents du 606 et de ses dérivés. Ces nouveaux produits se distinguent des précédents par leur innocuité relative et leur facilité d'administration. Appartiennent à ce groupe l'Acétylarsan et l'Ar-saminol.

S'administrant par la voie sous-cutanée, réellement indolore, donnant rarement lieu à des incidents immédiats, l'Acétylarsan a très rapidement conquis les suffrages du corps médical. Si l'on ajoute qu'il possède une action cicatrisante sur les lésions cutanées et le pouvoir relatif de réduire — dans certaines conditions — les réactions sérologiques syphilitiques, il est aisé de concevoir la faveur qui lui a été accordée.

L'Acétylarsan apparaîtrait même comme le médicament anti-syphilitique idéal, l'arme efficace propre à être mise dans toutes les mains, et par conséquent capable de multiplier singulièrement l'action du médecin dans la lutte contre la syphilis.

Il n'est point douteux que la solution de ce problème tient, pour une grande part, dans la possession d'une telle arme. Et l'on ne peut effectivement envisager la possibilité de sa rapide régression que le jour où son traitement sera mis à la portée du malade, avec le minimum d'inconvénients et de dérangements.

Nous n'en sommes malheureusement pas encore arrivés à ce stade de la Syphilithérapie, et l'Acétylarsan ne semble pas devoir répondre entièrement aux espoirs que l'on était en droit de fonder sur son efficacité.

D'autre part, et malgré les apparences, l'emploi de ce médicament est loin d'être dénué de tout danger.

Laisant de côté les parergies arsénicales, bien connues aujourd'hui, incidents transitoires sans conséquences; nous envisagerons seulement dans cette courte note les phénomènes toxiques graves, d'observations réellement rares, auxquels il donne lieu. Avant d'énumérer ces accidents, il sied de signaler le vice qui entâche la composition organique de ce composé.

L'Acétylarsan est, comme on le sait, un dérivé organique de l'acide phénylarsinique, il s'apparente à l'Atoxyl et appartient au groupe des arsénicaux pentavalents. (Le Stovarsol, l'Arsamiol appartiennent également à ce groupe). Or, les recherches entreprises par Erlich sur les composés pentavalents les lui avait fait rejeter, en thérapeutique humaine, tant à cause de leur toxicité que de leur action désastreuse sur le nerf optique. (Cette toxicité est signalée à nouveau depuis que l'on a introduit les sels sodiques du Stovarsol dans la thérapeutique de la paralysie générale progressive et Sézary signale 8% de cécité chez les malades ayant subi ce traitement). Pour cette raison, Erlich, abandonnant l'étude des Arsénicaux pentavalents, entreprit de nouvelles expériences sur les Arsénicaux trivalents: expériences qui aboutirent à la découverte du 606 et de ses dérivés (arsenoïdes).

Sans provoquer la cécité, il n'est pas déniale que l'Acétylarsan exerce une action nocive sur le nerf optique, d'autant plus à redouter, qu'elle est insidieuse et ne manifeste ses effets qu'à longue échéance.

Aussi bien, l'Acétylarsan est-il à rejeter, toutes les fois qu'il existe une localisation de la syphilis sur le nerf optique.

Mais en dehors de cette toxicité en quelque sorte spécialisée qui résulte de la constitution moléculaire du produit, il n'est point douteux que l'Acétylarsan doit être tenu pour responsable d'accidents graves: Albuminurie, Ictère, Erythrodermie, Anémie grave avec ou sans agranulocytose, syndromes, hémorragipare, etc..... pouvant aboutir à la mort du malade.

Pour être rares, ces accidents n'en existent pas moins, et ils sont d'autant plus redoutables, que l'administration de ce médicament est exceptionnellement suivie d'incidents immédiats, pouvant mettre sur la voie d'une incompatibilité du malade ou sur l'action toxique du produit injecté: La crise nitritoïde propre aux novar-

sénobenzols ne se déclanche jamais avec l'Acétylarsan. Cette innocuité apparente constitue le véritable danger de cette thérapeutique, cependant si attrayante par la facilité de son exécution.

Les inconvénients que nous venons de signaler sont-ils, à tout le moins, compensés par une telle efficacité du médicament, qu'elle permette de passer outre et de conseiller l'usage de cette thérapeutique comme pour l'Atoxyl dans la maladie du sommeil ?

Il est bien évident que l'action cicatrisante de l'Acétylarsan sur les lésions cutanées florides, est indéniable, encore que cette cicatrisation s'obtienne moins rapidement qu'avec les arsenobenzols. Il n'est point douteux aussi que cette thérapeutique parvient à réduire — lentement il est vrai — les réactions sérologiques qui accompagnent les manifestations de la syphilis.

Mais lorsqu'on prend soin de suivre attentivement, pendant le temps nécessaire, les malades correctement traités, on ne tarde pas à s'apercevoir avec quelle facilité les récurrences tant cliniques que sérologiques se manifestent. Et lors même que ces récurrences viennent à manquer, combien on se trouve éloigné de la stérilisation de la syphilis que l'on se propose toujours de réaliser chez les malades.

Nul réaction sérologique, nul index colorimétrique ou test pondéral, ne permet mieux de juger de l'efficacité d'un médicament antisypilitique que l'action thérapeutique heureuse ou malheureuse exercée sur la descendance des géniteurs sypilitiques. Or, que voit-on fréquemment, très fréquemment, lorsqu'on s'adresse à l'Acétylarsan, dans un but de prophylaxie prénatale : on assiste le plus souvent — six fois sur dix environ — à la naissance d'enfants entachés d'héredo-syphilis, malgré un traitement énergique correctement appliqué, et le temps nécessaire pour espérer la stérilisation de l'affection des géniteurs.

Voici, entre tant d'autres, la relation d'une aventure qui illustre ce qui précède :

Un ménage douvriers se présente à la consultation de syphiligraphie de l'Hôpital Civil Français pour y être traité. Le mari avoue un chancre sypilitique pris un an avant le mariage et traité durant cette année.

Un premier enfant vient au monde, vit et paraît normal. Deux fausses-couches aux 3^{me} et 4^{me} mois, puis un accouchement avant

terme, au 7^{me} mois avec fœtus mort et macéré, enfin un enfant né à terme, décédé le 17^{me} jour après la naissance de scléreme.

L'examen clinique des deux malades ne permet pas de soupçonner la syphilis. Mais le mari a une réaction de Wassermann (+ +), la femme présente une réaction négative.

Le ménage est mis au traitement par l'Acétylarsan par séries de 15 piqûres, à raison de 6 cmc. de médicament par piqûre tous les cinq jours.

Ce traitement est suivi pendant deux ans avec des périodes de repos de trois semaines entre deux séries, avant que ne fut permise une autre grossesse.

La réaction de Wassermann est ramené au 0 au bout de six mois de traitement chez le mari. Elle demeurera muette chez les deux conjoints jusqu'au moment de la naissance de l'enfant. Enfant d'apparence normale à la venue au monde, mais apparition de scléreme, le 8^{me} jour, et décès le 19^{me} jour après la naissance.

Il semble certain que l'Acétylarsan est inapte à réaliser la prophylaxie prénatale de la syphilis.

Si l'efficacité de cette thérapeutique apparaît si problématique dans la syphilis latente que devons-nous penser de son action sur la syphilis acquise floride et notamment sur les accidents primo-secondaires, période si favorable à la stérilisation de la maladie ?

Assurément rien que de très incertain et la pratique montre, que bien souvent lorsqu'il s'agit d'accident primitif, l'Acétylarsan semble incapable d'arrêter l'évolution du tréponème dans l'organisme.

L'on assiste fréquemment, malgré le traitement, à l'explosion des manifestations secondaires avec quelques retards sur les délais habituels ou bien si le malade paraît blanchi, l'arrêt du traitement permet à la maladie de se manifester à plus ou moins longue échéance sous la forme d'accidents secondaires retardés. Somme toute l'action de l'Acétylarsan se réduit à retarder l'apparition de ces accidents sans entraver l'évolution de l'infection tréponémique.

Aussi bien ne peut-on que déconseiller l'usage de ce médicament dans la cure d'attaque, dans le traitement d'assaut de la période primo-secondaire.

Les Arsénobenzols et leurs dérivés constituent — quoiqu'on en ait dit — le traitement de choix durant cette période — associés comme il sied aux autres antisiphilitiques (Bismuth et Mercure).

Dans ces conditions devons-nous rejeter définitivement de l'ar

sénéal thérapeutique, ce dernier venu, qui promettait tant et qui a si peu tenu des espoirs que l'on fondait sur son activité future ?

Certes non ! l'Acétylarsan, arsénic « doux », sera utilisé comme médicament d'appoint, associé au Bi et à Hg, chez les enfants notamment chez lesquels les médicaments antisyphilitiques sont si admirablement supportés mais sont d'application parfois délicate : comme traitement d'entretien de certaines syphilis latentes (hors le cas où il existe une localisation de nerf optique) ; enfin lorsque les autres antisyphilitiques sont mal supportés par les malades. En aucun cas on ne saurait espérer la stérilisation de la syphilis par l'usage de l'Acétylarsan sans le secours des autres produits et il ne saurait être utilisé aux lieu et place de l'Arsenobenzol qui demeure encore l'arme la plus puissante que la chimiothérapie ait mise à la disposition du médecin.



**Plaie pénétrante de l'œil et hernie ciliaire
Galvano et recouvrement; conservation de l'organe**

par les D^{rs} VARESE et COHEN-BOULAKIA

—(0)—

Belgasse ben Amor se présente à la clinique du D^r Varse, le 14 novembre 1930, à 10 h. 30 du matin, blessé le matin même à l'œil droit, par un éclat de pierre.

Nous constatons une plaie sclérale linéaire de 6 à 7 mm. environ, à VI heures, à 4 mm. en arrière du limbe, avec hernie volumineuse du corps ciliaire. Hyphéma abondant. Fond d'œil méclairable. L'Iris est attiré vers le bas, la pupille déformée ovalairement. Hypotonie très marquée. Le pronostic paraissait bien sombre.

Nous pratiquons immédiatement la galvano-cautérisation de toute la membrane herniée, puis un recouvrement étendu, bien étoffé, de la scléro-cornée. Injection sous-conjonctivale de $\frac{1}{2}$ cme. de Cy Hg à 1/10.000.

Le lendemain, peu de douleur; hyphéma presque disparu; recouvrement bien en place.

Quelques jours après, la situation paraissait sauvée : Segment antérieur clair, tension remontée presque à la normale.

Au bout d'une quinzaine de jours, la plaie était presque complètement cicatrisée, recouverte d'un lambeau conjonctival, bien épais, bien étoffé.

L'hémorragie endoculaire se résorbait peu à peu, tandis que la cicatrice continuait à se consolider. Il persiste actuellement un peu de photobie, à cause de la mydriase produite par l'adhérence irienne. L'acuité visuelle est de 4 à 5/10^e.

Quelque temps après, nous relevions dans le numéro d'octobre 1930, des Archives d'ophtalmologie, une communication des Prof. Truc et Déjean, de Montpellier, rapportant une observation de plaie pénétrante par éclat de verre, contuse et irrégulière, avec conservation intégrale de l'œil par le recouvrement, sans résection irienne.

« La gravité de la lésion était telle que l'énucléation paraissait

indiquée, et nous l'avons considérée comme inévitable à plus ou moins longue échéance. »

Quelques réflexions sur le diagnostic, la gravité due au siège de la lésion, le pronostic et le traitement.

« Le traitement classique d'une plaie aussi large que celle de notre blessé, avec hernie ciliaire, est l'énucléation, surtout si le traumatisme est ancien de plusieurs jours. »

Mais divers auteurs préconisèrent le traitement conservateur, et certains même réduisirent la hernie irido-choroïdienne, fermant la plaie par des sutures scléro-conjonctivales.

Cette suture peut être difficile à réaliser; il semble bien que « le recouvrement conjonctival suffise à protéger la plaie, éviter l'infection et assurer, dans la suite, la coaptation sclérale. »



Appendicite et tænia

par les D^{rs} A. CORTESI et E. LEVY

—(0)—

Je vous présente une pièce banale : Un appendice qui ne présente à l'œil nu aucun signe d'inflammation et qui a été enlevé, il y a quelques mois, à une jeune femme.

A côté de cet appendice vous pouvez voir un petit corps blanc, aplati, de la longueur de 1 cm. environ et qui n'est qu'un anneau de tænia qui était emprisonnée dans cet appendice.

Vous savez tous que des lombrics, des tricocéphales, des oxyures, et plus rarement des anneaux de tæniâs ont été reconnus dans la cavité d'appendices à l'état d'inflammation chronique et aiguë, et encore que plusieurs auteurs prétendent que l'augmentation du nombre des appendicites chez les enfants soit due à la mode, désuète aujourd'hui, d'administrer aux enfants, de temps en temps, un vermifuge.

Vous n'ignorez pas non plus que ces parasites intestinaux agissent sur l'appendice d'abord par leur influence mécanique ou chimique, directement et indirectement par l'intermédiaire des microbes qui s'introduisent dans la muqueuse. Ce n'est pas sur ces arguments mais sur un point clinique et thérapeutique que je voudrais attirer votre attention.

La malade dont il est question avait été prise en pleine santé, dans la nuit, de fortes crises douloureuses qui, ayant leur point de départ précisément au Mac Burney, s'irradiaient vers l'ombilic et le petit bassin.

Ces crises espacées de périodes d'accalmie absolue, plus ou moins longues, avaient décidé de docteur Lévy qui l'avait vue pendant une crise dans la nuit, à avoir recours au sédol.

Au matin, à l'examen de la malade, nous ne constatons aucun autre symptôme que la douleur spontanée survenant brusquement par crises et non continue.

Pas de température; pouls 60; aucune défense; à la palpation très profonde, réveil d'une très légère sensation de gêne, vague sensation de nausée.

Quoique devant un symptôme très pauvre pour un diagnostic d'appendicite, nous décidons l'intervention d'urgence et je ne me

suis nullement répent de ma décision. Les crises douloureuses disparurent tout de suite après l'intervention qui eut lieu quatorze heures après le début, et les suites opératoires furent tout à fait normales.

En ouvrant l'appendice après l'intervention, je pouvais constater que l'anneau de ténia était vivant et animé de très vifs mouvements réflexes autonomes, cause très probable de crises douloureuses et qu'il n'avait encore déterminé aucun signe manifeste d'inflammation.

Une dernière réflexion : Croyez-vous, chers confrères, que dans ce cas si j'avais suivi le conseil de quelques praticiens qui veulent que dans toute appendicite, avant d'intervenir, il soit administré un vermifuge et une purgation, j'aurais pu éviter à cette femme l'opération ? A part le danger d'une purgation toujours redoutable pendant une appendicite, je pense que, ni le Pelletrérine, ni la fougère mâle ni la semence de courge n'auraient pu déloger de l'appendice de M^{me} X cet hôte indésirable, à moins qu'elle ne fut cette paglotte que l'avait gardé du restant du ver pelotonné dans le cœcum comme dans le cas cité par Léon Bérard et Paul Vignard.

Dysentérie à bacille de Flexner guérie par Autovaccin

par les D^{rs} P. DURAND et DANA

Notre cas se rapporte à une fillette de 16 mois. La période d'invasion est courte. Jusque là en parfaite santé, notre malade se réveille brusquement au milieu de la nuit, se plaint, pousse des cris, puis vomit à plusieurs reprises et se rendort jusqu'au matin.

Au réveil, l'enfant est inquiète, refuse l'alimentation. On ne constate pas de fièvre. Toute la journée se passe dans cet état. On pense à un embarras gastrique banal, quand vers 6 heures du soir, on voit s'installer un véritable syndrome de choléra infantile.

En une heure l'enfant émet sept selles explosives, abondantes, absolument aqueuses. La température s'élève à 39°2. On pratique aussitôt une injection de sérum glucosé, qui amène une rémission passagère. Pendant les 24 premières heures, il y aura trente selles. Toutefois vers la fin de cette première journée, l'aspect des selles se modifie. De riziformes, elles deviennent verdâtres, glaireuses; elles sont précédées de douleurs et de faux besoins.

On fait un prélèvement de selles pour examen. On continue le traitement symptomatique, sérum glucosé, huile camphrée, adrénaline, ferments lactiques et salicairine.

L'état général de notre malade décline, les yeux se cernent, les tempes se creusent.

La température s'élève à 39°7.

Le lendemain, le sang fait son apparition dans les selles qui prennent franchement l'aspect du crachat dysentérique. L'examen microbiologique de la veille révèle la présence du bacille de Flexner. Nous injectons aussitôt 40 cc. de sérum polyvalent de l'Institut Pasteur. Ce traitement sera continué pendant quatre jours, toujours à la même dose sans aucun résultat. Notre malade est toujours soutenue par de fortes doses de sérum glucosé, d'huile camphrée et d'adrénaline. Malgré les lavements d'eau oxygénée bicarbonatée, les selles deviennent de plus en plus sanglantes. Nous essayons des lavements de sérum antidysentérique dont nous n'attendons qu'un effet hémostatique et nous tentons une thérapeuti-

que par le bactériophage de d'Hérelle pendant que l'un de nous prépare un auto-vaccin.

Au 10^{me} jour de la maladie, l'état est alarmant; notre malade est profondément intoxiquée, le teint est cireux, l'abattement si profond, que les plaintes se font moins vives. Elles précèdent toujours pendant quelques minutes la selle qui est formée de sang rouge liquide entremêlé de caillots et de glaires. La selle émise, l'enfant retombe dans sa torpeur jusqu'à la prochaine selle qui ne se fait pas attendre longtemps. En effet ce jour, le nombre des selles remonte à vingt. La température qui depuis le 3^{me} jour se maintenait aux alentours de 38° remonte également à 39°9 avec par moments des signes d'algidité.

C'est dans ces conditions que nous commençons le traitement par l'auto-vaccin.

1^{er} jour : Injection sous-cutanée de 50 millions de germes; réaction locale assez vive;

2^{me} jour : (Même dose);

3^{me} jour : 75 millions. Les selles ne sont plus sanglantes, il n'y en a plus que neuf par 24 heures, l'enfant est plus éveillée;

4^{me} jour : On injecte 150 millions de germes. Etat stationnaire;

5^{me} jour : 200 millions; l'enfant reste vingt-quatre heures sans selles.

Le surlendemain (7^{me} jour de traitement) trois selles dysentériques. On injecte à nouveau 200 millions de bacilles de Flexner. Pas de selle ce jour. On complète la guérison par trois nouvelles injections aux mêmes doses à 48 heures d'intervalle.

L'observation qui précède et que nous versons au dossier du traitement des dysentéries bacillaires ne relevant pas du bacille de Shiga, nous paraît mettre en évidence de façon nette :

a) l'inefficacité du traitement par le sérum ordinaire et par les bactériophages;

b) l'efficacité de l'auto-vaccinothérapie.

Sans vouloir faire une revue générale de la question, nous rappelons que Shiga pensait tout d'abord nécessaire d'utiliser des sérums anti-dysentériques polyvalents. Vaillard et Dopter eurent observer ensuite une heureuse action du sérum anti-Shiga sur les dysentéries dues à d'autres types. Depuis la guerre, Dopter a reconnu que seules les dysentéries à bacille de Shiga sont favorable-

ment influencées par le sérum, les dysentéries à bacilles de Flexner et de Hiss ne bénéficient même pas du traitement par les sérums correspondant à ces bacilles et relèvent par conséquent d'autres thérapeutiques.

Le bactériophage a été utilisé avec succès pour les dysentéries à bacilles de Shiga. Les résultats sont peu nombreux et peu concordants pour les autres dysentéries bacillaires.

Le vaccinothérapie a été utilisé soit par la voie buccale (Alivisator et autres) soit par la voie sous-cutanée, elle a paru bien agir surtout dans les cas subaigus. L'un de nous a eu l'occasion (1) de guérir une dysentérie à bacilles de Flexner d'allure chronique par autovaccin, ce qui l'a encouragé à conseiller et à mettre en œuvre l'autovaccinothérapie dans le cas précédent.

(1) A. DEVIC et P. DURAND. — Dysentérie chronique à bacille de Flexner — Guérison par auto-vaccinothérapie. — Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 1923.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 16 Janvier 1931

—(0)—

Présidence du Dr BRUN, *président*

—(0)—

Sont présents : MM. les Docteurs Pérez, Samama E., Ganem, Tremsal, Masselot, Bonan H., Chauvin, Dana, Bouquet, Zammit, Maruani, Benmussa, Brugairolles, Soria, Moatti, Tafeb, Broc, Cohen-Hadria, Sfez, Guttières, Ronchot, Santillana, Féré, Triolo, Caillon, Durand, Cortesi, E. Lévy, Laclavetine, Duplenne, M^{me} Duplenne, Cassuto, Saffar, Cassar, Bardou, Marnata, E. Lumbroso, Brun, Nataf, Brandembourg, Allain, Hayat, Cherouvrier, Ghouila-Houri, Scialom, Guez, Kortobi, Farrugia, Zérah H., Cohen-Boulakia, Zeitoun, Cohen V., Scemla, Domela, Slama, Nizard, Reynal, Dirats.

DISCOURS DU Dr BRUN, PRÉSIDENT SORTANT

Aujourd'hui s'achève ma mission présidentielle. Ce n'est pas sans émotion et sans tristesse que jetant un regard sur le passé, je constate que deux de nos excellents confrères, deux anciens présidents de notre Société, le docteur Morpurgo et le docteur Conseil nous ont, à tout jamais, quittés. Nous les avons trop connus, appréciés et aimés, pour que leur souvenir s'efface de notre mémoire. Leur place est toujours marquée dans nos cœurs. Si la loi de la vie exige que les feuilles tombent, elle veut aussi que de nouvelles ramures les remplacent; pour combler le vide laissé par nos chers compagnons, de toutes les Facultés françaises et étrangères, sont venus de jeunes confrères. Qu'il me soit permis de leur souhaiter une cordiale bienvenue, et de leur dire : Pour marquer ici votre place au soleil, pour conquérir l'estime et la considération de vos confrères, pour conserver la confiance de votre clientèle, inspirez-vous de l'exemple laissé par nos chers disparus qui possédaient toutes les qualités et toutes les vertus qui sont de tradition dans notre belle profession, la plus belle d'entre toutes.

L'année qui vient de s'écouler a été féconde, tant par le nombre de communications qui ont été faites que par le choix des malades très intéressants qui ont été présentés.

De cette activité fructueuse, vous trouverez, la trace, dans notre journal médical, qui a paru régulièrement et n'a jamais manqué de copie. L'intérêt que suscite sa lecture a dépassé le cadre de nos petites frontières tunisiennes, et beaucoup de nos articles ont été reproduits in-extenso de la grande presse médicale européenne et commentés très favorablement. Voici qui est bien fait pour nous réjouir, mais il ne faut pas nous arrêter en si bon chemin. Il importe que chaque année enregistre un progrès sur l'année qui la précède, et si 1930 a été une année laborieuse, je pense que l'on peut et que l'on doit faire mieux encore en 1931.

Tunis possède une élite médicale que beaucoup de grandes villes d'Europe ne renieraient pas. Tunis doit avoir une société médicale digne de son corps médical. Mais pour cela il est indispensable que nous assistions nombreux à nos séances, les anciens pour y apporter le fruit de leur expérience et les jeunes pour nous infuser un sang nouveau. De cet effort accompli nous serons les premiers récompensés.

Le grand livre de la médecine possède aujourd'hui de si nombreux chapitres, que dans notre trop courte vie, hélas, le plus savant d'entre nous ne peut avoir qu'une seule prétention : en feuilleter quelques pages. Dans ces conditions, quel moyen plus agréable avons-nous de nous instruire que de venir écouter nos confrères ?

Je n'hésite pas à ajouter qu'à leur égard c'est un devoir d'élémentaire politesse que nous remplissons, en étant présents à nos séances et en prêtant une oreille attentive à leurs communications. Croyez-vous qu'il soit agréable de parler devant de nombreuses banquettes vides ou dans le brouhaha des conversations particulières. Par contre, nos confrères qui voudront bien prendre la parole seront heureux de l'intérêt que vous leur manifesterez, ils auront à cœur de vous faire des communications bien étudiées. Ce qui se conçoit bien s'annonce clairement, et de l'effort qu'ils auront accompli, ils seront les premiers à récolter les fruits.

N'écoutez pas les esprits chagrins qui prétendent que cette tribune n'est réservée qu'à quelques bavards qui y font figure de maîtres. A ceux-là répondez que s'ils n'ont pas de communication à faire, pas de critique à formuler, c'est qu'ils n'ont sans doute, rien à dire. Ajoutez au surplus qu'ils viennent trop nombreux les jours où l'atmosphère est à l'orage et où l'air sent la poudre, pour se réjouir de nos discordes plutôt que de prendre un intérêt quelconque à nos travaux. A ceux enfin qui seraient tentés de prétendre qu'ils n'ont rien à apprendre ici, réservez un peu de votre pitié.

Sans doute est-il difficile à ceux qui n'ont pas la chance de posséder

un service d'hôpital de recueillir pour chaque séance des malades intéressants. Mais il m'est difficile d'admettre que chacun de nous ne puisse, durant toute une année, recueillir un fait clinique à présenter. Et puis il n'y a pas que les malades, que les communications qui comptent. Il y a le fruit de vos méditations et de vos lectures il y a surtout les réflexions, les questions, les critiques que vous pouvez avoir à formuler et ce faisant vous augmenterez encore l'intérêt de nos séances en les rendant plus vivantes

Et surtout que les jeunes abordent cette tribune sans crainte, qu'ils ne redoutent point les critiques. Les communications les plus intéressantes sont celles qui suscitent les plus vives contreverses. La critique scientifique aussi sévère soit-elle ne doit viser qu'un seul but, la recherche de la vérité pour le plus grand honneur de notre profession et pour le plus grand bien des malades confiés à nos soins.

Ces critiques aussi sévères, aussi accérées soient-elles doivent toujours revêtir un caractère doctrinal, jamais un caractère personnel, elles sont indispensables pour qu'une société conserve son caractère scientifique.

Il faut que l'on puisse ici entre confrère, parler net, critiquer ferme, mais sans arrière pensée, en restant, la discussion terminée, de bons camarades. Mais il est indispensable aussi que les échos de nos discussions ne franchissent pas les murs de cette enceinte. Au dehors trop d'oreilles ennemies nous écoutent. Il faut que toutes les critiques, propositions, et réflexions intéressant notre art se fassent ici en pleine lumière et à voix haute et claire, et éviter à l'avenir que loin d'ici, sous le manteau on murmure dans des parlottes qui prennent des allures de conspiration.

Mais pour cela il est indispensable que notre Société conserve son caractère scientifique, il ne faut pas qu'elle dégénère en un club politique et si quelques-uns d'entre nous étaient tentés d'engager notre Société dans une pareille voie, il lui ferait courir la plus lamentable des aventures pour notre plus grand malheur à tous.

Mes chers confrères, un certain malaise plane depuis quelque temps sur notre Société — le fait est indéniable. Si nous n'en percevons que d'une manière confuse les causes, du moins en subissons-nous les déplorable effets. Il convient donc d'analyser ceux-ci pour découvrir leur origine, et essayer loyalement d'y apporter remède.

Il semble que, depuis quelque temps, une petite campagne ait été dirigée contre notre Société, contre son journal, contre le foyer médical. Ce mou-

vément est-il uniquement inspiré par le souci d'un intérêt supérieur de notre Société, de notre journal et de notre profession, peut-être, mais si d'autres causes devaient en constituer le mobile, mieux vaut ne leur réserver que le silence; Le bon sens et l'impartialité qui sont communs chez les médecins en auront vite raison.

Mais il est d'autres causes à ce malaise. Elles sont plus sérieuses et méritent d'être évoquées ici. La Tunisie subit aujourd'hui les méfaits de la crise mondiale — et nous aussi par contre-coup. Immédiatement après la guerre, la situation était florissante ici. On n'hésitait pas alors à faire venir un ou deux médecins pour le plus insignifiant malaise. Les consultations étaient fréquentes à 3, 4, 5 médecins et même davantage. Les honoraires n'étaient pas discutés, et étaient immédiatement payés. En est-il de même aujourd'hui ? Hélas, non ! On hésite à appeler un médecin dans les cas les plus graves; les consultations avec plusieurs confrères sont très rares; les honoraires discutés et difficilement payés. Les clients se précipitent aux consultations gratuites des hôpitaux et des dispensaires pour éviter les frais médicaux. Voilà le fait. Les conséquences d'une pareille situation ont été encore aggravées par cette constatation que je livre à vos méditations.

Il y avait une centaine de médecins installés en Tunisie. Nous allons atteindre bientôt le chiffre de 400. Et si les confrères qui sont venus ici immédiatement après la guerre ont pu assez rapidement se créer des situations enviables, les jeunes confrères qui sont arrivés ici dans des proportions jusqu'à là ignorées, et cela pendant les années maigres, ont été les premières victimes de cette mauvaise situation générale. Ils se sont mis courageusement au travail, la clientèle payante n'ayant pas augmenté, au contraire, c'est un peu au détriment des anciens, sans doute peu satisfaits, qu'ils ont constitué la leur. La faim fait sortir le loup du bois, en tous cas elle est sûrement mauvaise conseillère. Il n'en fallait pas plus pour créer l'état de malaise existant.

Nul plus que moi ne comprend et ne partage la déception et la légitime inquiétude des jeunes. Nul plus que moi, je puis l'affirmer sans être démenti, n'a soutenu et encouragé les jeunes qui m'ont fait le très grand honneur de me demander conseil et appui.

Que les jeunes n'aient pas pu obtenir ici la situation qu'ils étaient en droit d'espérer, c'est une chose très regrettable, qu'ils en conçoivent quelque amertume, rien n'est plus humain, qu'ils se groupent pour essayer de vivre mieux, c'est leur droit, qu'ils mènent le bon combat au cri de

place aux jeunes, je ne saurais les blâmer; mais il faut avant tout qu'ils fassent leurs preuves.

Et je pense que toutes les places de nos bureaux de nos comités leur seraient-elles octroyées, ce ne sera certainement pas là le plus sûr moyen d'assurer leur avenir. S'il en était ainsi, le remède serait véritablement trop facile, et nous serions, nous les anciens, coupables de ne pas la leur proposer. En tout cas si d'aucun pense que le mal est sans remède, je trouve qu'il est cruel au lieu d'essayer de remédier à leur infortune, d'exciter leur inquiétude, d'attiser leur rancune qui bientôt se transformera en haine, et de ne leur offrir que l'assurance d'un vote pour s'asseoir à la table d'un comité. C'est trop peu à la vérité et ce n'est pas à ces tables qu'il faut les convier.

Non, non, la situation demande d'autres sacrifices, mais ceux-ci ne peuvent être consentis que dans la concorde, la confraternité, l'amitié. Il faut que nous cherchions ensemble toutes les raisons que nous avons de nous entraider, de nous aimer, et ne point prêter une oreille attentive à tout ce qui peut nous diviser.

Tous unis, jeunes et vieux, sans distinction de race, de religion, de nationalité, affirmons loyalement que nous n'avons qu'un seul programme. Tous pour un et un pour tous.

Tels sont les vœux que je forme pour 1931.

Les chiffres impairs et les nombres impairs pour les anciens avaient une valeur mirifique; 1931 n'est composé que de chiffres impairs pour constituer un nombre impair.

L'année 1931 serait une heureuse année. Acceptez-en l'augure, mon cher Zammit, vous dont la modestie n'a d'égal que la générosité du cœur et la déontologie irréprochable.

Votre bon sens, votre calme, votre impartialité j'ai pu les apprécier en de multiples circonstances. Ce m'est un agréable devoir que de vous en rendre ici un public hommage.

Et le flambeau que l'on m'avait transmis, malgré quelques bourrasques, j'ai essayé d'en conserver la flamme vivante, je vous le confie, mon cher ami, il est en de bonnes mains.

Et maintenant, mes chers confrères, ma mission terminée il ne me reste plus qu'à vous adresser mes remerciements renouvelés pour le très grand honneur que vous m'avez fait en me nommant votre président. Si j'ai commis des fautes, que par mes excuses en ce jour elles me soient pardonnées. Je reprends ma place dans le rang, heureux de pouvoir encore vous servir tous en servant bien notre Société.

Le docteur ZAMMIT, président annuel, remercie son prédécesseur de ses souhaits et la Société de la confiance qu'elle lui manifeste. Il termine son discours par cette allocution pleine de cordialité et pleine d'esprit : « Certes le fardeau est lourd, et je ne veux voir dans mon élection, que le triste privilège de l'âge. Je m'efforcerai au poste que je vais occuper, d'être parmi les plus dévoués serviteurs de la Société. Que cette dernière se consacre au travail, afin d'augmenter son patrimoine scientifique. Trait-d'union entre l'ancien et le futur président, ayant à mes côtés deux vétérans prêts à m'assister, je souhaite que l'assemblée poursuive ses travaux dans une entente fraternelle où s'affirmera la parfaite solidarité de ses membres. »

Après ces deux discours, vivement applaudis par tous les membres présents, le docteur SORIA, trésorier, donne lecture du rapport financier concernant la Société et la Revue, pour l'exercice 1930

∴

L'assemblée entière applaudit le docteur SORIA pour son remarquable rapport. (1)

∴

Le président donne ensuite la parole au docteur CASSUTO au sujet d'une motion déposée par certains sociétaires concernant les modifications à apporter au règlement de la « Tunisie Médicale ».

Le docteur CASSUTO donne lecture des règlements du Comité de Rédaction de la « Tunisie Médicale ».

Le docteur BOUQUET précise que ce règlement, datant de 5 ans, est évidemment à réviser : c'est ainsi que l'article concernant le représentant de l'hôpital israélite, n'a plus de signification. De même, le rédacteur en chef ne devrait plus choisir lui-même ses collaborateurs.

Après une discussion à laquelle participent les docteurs HAYAT, E. LUMBROSO, CORTESI, RAYNAL, ainsi que le docteur MASSELOT qui tient à rendre hommage au labeur assumé par le docteur CASSUTO, la Société se prononce pour la nomination d'une commission. Cette commission comprend : le président et le secrétaire général du Bureau, et les docteurs CASSUTO, BONAN HECTOR, BOUQUET, BROG et HAYAT, élus à la majorité des votants.

∴

Sont admis à l'unanimité, comme nouveau sociétaire : le docteur

(1) Voir numéro de janvier 1931.

BUSACCA, et comme membres associés : MM. FRAHIER, CHATENIER et SCHAEFFER, internes à l'Hôpital Sadiki.

COMMUNICATIONS

D^r DURAND : *Fièvre boulonneuse en Tunisie.*

(Parue dans le Numéro de décembre 1930)

Séance extraordinaire du 23 Janvier 1931

—(0)—

Présidence du D^r ZAMMIT, *président*

—(0)—

Sont présents : MM. les Docteurs Cohen-Boulakia, Abib, Cortesi, Trem-sal, E. Lévy, Cassar, Cuénod, Mazères, Féré, Pérez, Ronchot, Salvo, Dana, Gobert, Raynal, Bonan A., Ghouila-Houri, Ganem, Triolo, Benmussa, Cas-suto, Nataf, Scemla, Guez, Mcatti, Boulakia, Santillana, Scemama, Mac-sélot, Brugairolles, Guttières, Hababou-Sala, Zérah H., Cohen V., Soria, Sfez, Hayat, Cohen-Hadria, Bardou, E. Scialom, Farrugia, D. Scialom, Dirats.

PRESENTATIONS DE MALADES ET DE PIEGES

Le D^r CASSAR présente un nouveau cas de Xéroderma pigmen-tosum. (Photographie).

∴

Le D^r BRUN présente une malade chez laquelle il fit, il y a quel-ques années, une résection de l'épaule pour ostéosarcome. Il fait une communication sur la maladie kystique.

∴

D^{rs} VARESE et COHEN-BOULAKIA. — *Plaie pénétrante de l'œil et hernie ciliaire; Galvano et recouvrement; Conservation de l'organe.*
(Voir en tête de ce numéro)

Discussion :

D^{rs} CUÉNOD et ROGER NATAF. — Nous devons féliciter sans réserve D^{rs} Varese et Cohen-Boulakia pour le malade qu'ils viennent de nous présenter.

Les plaies pénétrantes de l'œil au niveau du corps ciliaires sont d'une extrême gravité et elles comportent en général, d'après les



UN NOUVEAU CAS DE XÉRODERMA PIGMENTUOSUM
par le Docteur CASSAR

classiques, un pronostic fatal pour l'organe. Aussi doit-on savoir gré aux auteurs qui publient les cas heureux qu'ils constatent dans leur pratique.

Le mouvement conjonctival semble améliorer le pronostic des plaies pénétrantes du globe oculaire, ainsi qu'il ressort de la statistique présentée en 1929 par MM. Tenien et Cousin à la Société Française d'Ophthalmologie.

Personnellement, nous venons d'avoir une série heureuse, et en plus d'un cas qui nous est commun avec le docteur Cohen-Boulakia nous en avons eu plusieurs dont le plus impressionnant est celui du malade que nous vous présentons :

Au début de novembre 1930, M. M... est blessé dans un accident d'automobile, et nous est adressé par un confrère. A l'examen on constate un éclatement de l'œil : il existe une plaie béante du globe, juste au niveau du corps ciliaire et étendue sur le tiers environ de la coque oculaire, ainsi qu'on peut encore le voir par la cicatrice sclérale subsistante. Par cette large déchirure, les membranes profondes : choroïde, corps ciliaire et iris, font saillie en constituant un véritable champignon noirâtre. Aussitôt nous faisons une résection de tout ce qui fait saillie, nous pratiquons un large et solide recouvrement conjonctival et nous terminons par une injection sous-conjonctivale de Cy Hg. Les suites furent très favorables et le malade a, non seulement conservé l'œil, mais a récupéré intégralement sa vision.

Comme vous le voyez, ce résultat est des plus encourageants, d'autant plus que les lésions par suite de leur siège et de leur grande étendue étant d'une gravité exceptionnelle.

C'est pour cette raison que nous avons cru pouvoir nous permettre de vous montrer ce malade à l'occasion de la belle communication de MM. Varese et Cohen-Boulakia.

Dr^s A. CORTESI et E. LÉVY : *Appendicite et tænia.*

(Voir en tête de ce numéro)

Discussion :

Le Dr BENMUSSA rappelle l'observation d'une appendicite sub-aiguë qui évolua avec un gros plastron dans la fosse iliaque droite. Plastron énorme qui soulevait la paroi abdominale à son niveau et qui en une nuit disparut en même temps que la malade évacuait un ascaris énorme. On pouvait donc supposer qu'il s'agissait d'une

fausse appendicite vermiculaire et que tout allait rentrer dans l'ordre. Mais la maladie évolua dans la suite comme une appendicite chronique, refroidie, elle fut opérée et le D^r Brun trouva l'appendice maculé. Il s'agissait donc bien d'une vraie appendicite d'origine vermiculaire et je conclus donc comme le docteur Cortesi : il vaut mieux opérer.

Tumeur kystique intra-abdominale du ligament rond

par les D^{rs} A. CORTESI et COSTANTINO

—(0)—

Faure et Siredey dans leur traité classique de Gynécologie Médico-Chirurgicale disent : « la pathologie du ligament rond est des plus simples. Les maladies en sont, extrêmement rares; on n'y rencontre guère que des kystes et des fibromes. »

Les kystes du ligament rond développés au dépend du canal de Nuck, analogues aux kystes du cordon, se démontrent surtout au niveau du point où le ligament rond traverse le canal inguinal, peuvent descendre jusque dans la grande lèvres simulant une hernie épiploïque, l'entérocele, la hernie de l'ovaire.

Quant au volume ils dépassent rarement celui d'un œuf de pigeon; leur contenu est liquide séreux, et la paroi lisse et mince.

La pièce que je vous présente (qui par accident s'est ridée de son contenu) est, comme vous le voyez, du volume d'une orange et siégeait à l'extrémité externe du ligament rond dans la cavité abdominale d'une jeune femme arabe.

A l'examen de la pièce on peut constater qu'il existe à l'intérieur une membrane blanchâtre très mince que je suppose être une membrane hydatique d'autant plus que la sœur de cette malade a été opérée il y a quelques mois de kystes hydatiques du foie. Si ma supposition était confirmée par l'examen histologique, il serait démontré encore une fois que l'échinococcose est une maladie qui atteint tous les organes.

Discussion :

Le D^r BRUN confirme l'opinion du docteur CORTESI; il s'agit bien d'un kyste hydatique, au niveau du ligament rond.

Volumineuse pyonéphrose chez un vieillard de 66 ans **Néphrectomie par voie antérieure**

par les D^{rs} A. CORTESI et D. COSTANTINO

—(O)—

La pièce que je vous montre, est comme nous le voyez, un gros rein droit, plein de pus que j'ai enlevé il y a cinq jours à une vieille femme de 66 ans.

Mon but étant seulement celui de démontrer que l'incision de Bazy dans ce cas m'a permis plus aisément que les autres incisions, sous le contrôle de la vue d'enlever assez rapidement cette grosse tumeur infectée, je vous dirai qu'à l'examen de la malade la tumeur dépassait la ligne médiane, en bas elle occupait toute la fosse iliaque droite et en haut elle remontait sous les côtes.

La taille de cette femme est de 1 m. 42 et l'espace iléocostal est à peine de 8 cm.

L'opération et la narcose à l'éther furent très bien supportées. La malade me donne aujourd'hui tout espoir de guérison rapide et complète quoique je ne me soit pas occupé de savoir quelle était la valeur de son rein gauche.

..

Fibrome volumineux inclus dans le mésorectum **et adhérent au promontoire sacré - Ablation - Guérison**

par le D^r RONCHOT

—(O)—

Jamet bent Sssi, 50 ans. Aïn-Draham. Entrée le 3 septembre 1930.
Fibrome volumineux inclus dans le mésorectum et adhérent au promontoire sacré. Ablation. Guérison.

Vient pour douleurs abdominales et prolapsus utérin prononcé; ceci depuis plusieurs mois. Femme cachectique.

Examen : 1° Prolapsus utérin très marqué avec ulcération légère du col et peu ou pas réductible;

2° Masse arrondie en haut et en avant immédiatement au-dessus de la symphise;

3° Grosse masse très dure occupant tout le petit bassin.

Intervention : Laparotomie médiane sous-ombilicale. On voit la vessie très haute et refoulée au-dessus de la symphise dans la cavité de Retnis Merus de taille normale, refoulé lui-même en haut et en avant.

En arrière de lui la tumeur qu'on sentait et dont les connections n'apparaissent pas nettement.

1° Hystérectomie subtotale facile, pour se donner du jour;

2° On se rend compte alors que la tumeur est incluse dans le mésorectum et extrêmement adhérente partout.

On effondre le mésorectum puis au-dessous une sorte de capsule qui englobe la tumeur. On procède alors en saisissant la tumeur avec un tire-bouchon et en insinuant peu à peu des compresses entre la tumeur et sa capsule, à énucléer la tumeur avec une extrême difficulté. Ceci fait on se rend compte que la tumeur adhère fortement en arrière au promontoire sacré dont le périoste est en partie arraché et qui a été enlevé avec la tumeur.

Hémorragie diffuse assez considérable au fond de la cavité opératoire, impossible à arrêter par hémostase directe.

On procède alors : 1° à la fermeture du péritoine en laissant simplement un petit drain cigarette après avoir bourré avec une grande compresse la cavité de la tumeur à la façon d'un Mickulín pour hémostase, 2° fermeture de la paroi aux catguts et crins.

Suites : Ablation de la compresse. Au 9^{me} jour : Mèche. Légère suppuration de la cavité. Fermeture par seconde intention. La malade voit son état général s'améliorer convenablement et quitte l'hôpital complètement cicatrisée.

Cette observation n'a d'autre intérêt que la rareté du cas et la localisation exceptionnelle de pareille tumeur.

BIBLIOGRAPHIE

- Gynécologie et Obstétr.*, 1922, II, p. 212.
DUVERGEY. — Fibro-sarcome de la cloison recto-vaginale. (*Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, 291, X, 1920).
Revue de Gynéco., 1909, p. 127.
BECKER. — Myomes du Rectum.
Revue de Gynéco., 1903, p. 387.
POTEL. — Le Fibro-myome du vagin.
Revue de Chirurgie, 1920, p. 223.
LAPEYRE. — Le sarcome primitif du Rectum.
Lyon Chirurg., 1926, p. 590.
TIXIER et BONNET. — Fibrome du septum vésico-vaginal.
Lyon Chirurg., 1922, p. 589.
PATEL. — Fibrome de la paroi postérieure du vagin.
Lyon Chirurg., 1912, II, p. 95.
MAZET. — Fibrome utérin intra-ligamentaire ayant dédoublé le méso-côlon iliaque et le méso-rectum.

D^r CASSAR — *Acétylarsan et syphilis.*

(Voir en tête de ce numéro)

Discussion :

D^r BENMUSSA. — Le docteur CASSAR dans son réquisitoire attaque l'acétylarsan. Je n'ai aucune qualité pour parler de l'acétylarsan chez l'adulte. D'autant plus que je crois qu'il ne viendrait à l'esprit de personne de vouloir stériliser une syphilis uniquement avec l'acétylarsan.

La question est différente dès qu'il s'agit du nouveau-né ou nourrisson de quelques mois, où il rend des services remarquables. Je peux citer un cas de néphrite albuminique du nouveau-né chez un nouveau-né syphilitique — véritable avorton qui paraissait à peine viable. Il vécut, il a maintenant 7 ans, et fut traité par l'acétylarsan. Certes dès la première année, le traitement fut énergique. Mais l'acétylarsan fut le traitement d'attaque. Même résultat chez un petit nouveau-né plein de pemphigus où la première injection fit véritablement l'effet d'une injection diagnostic. Toujours même succès dans les vomissements habituels du nourrisson. Sans doute je ne l'emploie pas dans tous les cas. Aussi chez les enfants à gros foie ou qui ont tendance à la diarrhée, l'acétylarsan en exagère les symptômes.

Enfin, quant aux accidents, j'en ai vu mais ils sont toujours du même ordre — vomissements, fièvre, quelquefois éruptions — jamais graves et disparaissent dans l'espace de 24 heures.

D^r COHEN-HADRIA. — Je ne puis que confirmer ce que vient de dire le docteur CASSAR.

Je puis citer, entre autres, l'observation d'un malade lithiasique rénal qui présentait un chancre syphilitique avec Wassermann positif et chez qui après l'injection de 5,45 centigrammes de novarsénobenzol se produit une anurie complète.

Dans ces conditions je fus obligé de faire au malade de l'acétylarsan. Après un traitement correctement conduit, pendant deux années, j'ai vu réapparaître à la troisième année un Wassermann positif.

Ceci confirme l'insuffisance de l'acétylarsan dans la syphilis primo-secondaire.

D^r ROGER NATAF. — A propos de la toxicité de l'Acétylarsan sur le nerf optique, je dois rapporter une observation récente.

Une jeune fille de 22 ans, institutrice de profession, a présenté une cécité brusque et complète au cours d'un traitement antisyphilitique à la 4^{me} piqûre d'acétylarsan.

Cette malade, qui a été vue par M. BARDOU, présentait au point de vue ophtalmoscopique une papille blanc porcelaine, c'est-à-dire une atrophie optique.

J'ai eu dernièrement des nouvelles de cette malade qui est encore aveugle, ce qui peut faire penser que nous avons ici une cécité définitive.

D^r MOATTI. — Je signale simplement le cas d'une jeune fille, qui, au cours d'un traitement par l'acétylarsan, a présenté en même temps qu'une atteinte de son nerf optique, une légère atteinte de son nerf auditif se traduisant par une hypoacousie intéressant l'appareil de réception.

D^r CASSAR. — Pour répondre au Docteur BENMUSSA, je lui ferais remarquer, que j'insiste précisément sur l'utilité de l'acétylarsan dans la thérapeutique infantile. Je ferais également observer à mon confrère COHEN-HADRIA que sur près de 35.000 injections d'acétylarsan, je n'ai jamais assisté à une crise nitrotoïde.

En fait, ce réquisitoire contre l'acétylarsan, pour rappeler le mot du Docteur BENMUSSA, a sa raison d'être en raison de l'engouement du corps médical, pour un médicament dont le plus grave reproche qui pourrait lui être fait, tient uniquement dans la fausse sécurité qu'il donne en syphilithérapie.

D^{rs} DURAND et DANA. — *Dysenterie par bacilles de Flexner traitée par auto-vaccin.*

(Voir en tête de ce numéro)

Séance du 13 Février 1931

—(0)—

Présidence du Dr ZAMMIT, *président*

—(0)—

Sont présents : MM. les Docteurs Masselot, Cortesi, E. Lombroso, I. Lombroso, G. Lévy, H. Bonan, Ganem, Pérez, Scemama, R. Nataf, Duplenne, M^{me} Duplenne, Benmussa, Cohen-Hadria, Boułakia, Bouquet, Erugairolles, Bouquet-Bigon, Dana, Maruani, Ronchot, Tremsal, Cassuto, Zeitoun, Ghouila-Houri, Scialom D., Hababou-Sala, Scemla, Broc, Timsit, E. Scialom, Lalloum, Sfez, Féré, Caillon, Cattan, U. Lombroso, Brun, Durand, Cuénod, Guttières, M. Uzan, Bardou, E. Lévy, Guez, Santillana, Moatti, Cohen-Boulakia, Brandembourg, Lançon, Hayat, Perrussel, Cohen V., Soria, Nalli, G. Lombroso, Laclavetine, Raynal, Cherouvrier, Hadjoui, Cassar, Lévy, Nizard.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans observation.

COMMUNICATION DU BUREAU

L'ordre du jour tel qu'il a été imprimé demande une rectification: le docteur ZAMMIT, président, précise que le docteur MASSELOT a été nommé membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris sur l'ensemble de ses travaux et de par la situation morale dont il jouit tant à Paris qu'à Tunis. Il lui renouvelle les félicitations de la Société et du Bureau.

❖

Compte-rendu de la Commission concernant les modifications à apporter à la rédaction de la Tunisie Médicale :

Après la lecture du rapport du Dr BOUQUET et du contre-projet du Dr CASSUTO, le Dr RONCHOT lit la note suivante :

Messieurs,

Ayant fait partie de la Commission chargée de « modifier le règlement de notre Revue », je dois vous expliquer mon attitude. Le projet du docteur Broc a été approuvé par ladite commission par 4 voix et 3 abstentions. Je dois vous dire pourquoi je n'ai pas voté *contre* : parce que M. Cassuto en mauvais politique mais en honnête homme avait demandé lui-même des modifications du Comité de Rédaction de la Revue. Je n'ai

pas approuvé le projet proposé à la Commission parce qu'à mon avis il y a une partie qui me semble être contre la tradition, contre l'équité et contre l'intérêt de notre Société et du journal.

Le projet du Docteur Cassuto, en effet, ne diffère que par un point très important. Il demande que l'Administrateur et le Rédacteur en chef soient élus directement par notre Société. Un argument peut surgir contre cette conception : il peut y avoir conflit entre le Rédacteur en chef et le Comité de Rédaction.

Mais alors, Messieurs, si une telle éventualité se produisait, il y aura toujours la Société pour donner son avis et départager. Et puis beaucoup plus simplement, il n'y a dès l'abord, qu'à bien spécifier les rôles différents du Rédacteur en chef et du Comité de Rédaction.

Au contraire, le projet du Docteur Cassuto, vise bien l'intérêt de notre journal. Il n'y a pas lieu d'oublier maintenant que le Rédacteur en chef actuel a derrière lui, un travail de 25 ans; qu'il est rompu avec l'ingrate besogne de journaliste et que, s'il a pu arriver à travers les difficultés et les embûches, c'est qu'il était fort de son impartialité, de son indépendance et surtout, Messieurs, de votre confiance.

Avec son expérience il nous crie casse-cou; nous devons prendre garde à ses avertissements.

Jusqu'à il y a deux mois, on était unanime à trouver notre journal intéressant. Il était lu, et ses articles étaient analysés dans d'autres périodiques médicaux.

Brusquement il semblerait que tout va mal; que tout doit être bouleversé. S'il y a quelques ampoules électriques à changer, doit-on admettre qu'il faille démolir la maison ?

Les modifications utiles sont acceptées par le Docteur Cassuto, mais il nous prévient qu'il est indispensable que l'Administrateur et le Rédacteur en chef soient les élus directs de l'assemblée; qu'ils sentent qu'ils détiennent leur vote de nous tous et qu'ils aient notre entière confiance.

D'ailleurs, il est bien vrai qu'il y a un mois, vous lui avez renouvelé votre confiance et avez signifié votre adhésion au principe qu'il vous rappelle aujourd'hui.

En effet : si le Rédacteur en chef est élu par un Comité, il n'en sera que le très humbleserviteur, il cesse d'être à la disposition de chacun d'entre nous.

Il est l'élu d'un aéropage sinon d'un clan.

Et, Messieurs, nous ne devons pas oublier que le journal est la pro-

priété de notre Société et non d'une partie ou d'un clan possible de cette Société.

Le Rédacteur en chef est le collaborateur de tous, il doit le rester.

Elu par un Comité, il n'en sera que le scribe; ce Comité pourra le remplacer à sa guise, à sa fantaisie sans bien même notre consentement.

Il faut avant tout considérer notre Société sous la forme de la plus cordiale et de la plus égale confraternité.

Il faut que le plus jeune arrivé parmi nous puisse se sentir en contact direct avec le Rédacteur en chef.

Cela fait mieux sentir l'esprit de concordance, de confiance qui doit exister dans cette société où nous sommes tous sous l'égalité des droits.

Je crois, Messieurs, qu'il convient d'écouter le Conseil des anciens, de ceux à qui nous devons le journal et sa prospérité, de ceux qui ont fait déjà leur preuve par un travail acharné, effectif et très souvent ingrat.

Il est utile, nécessaire, que le Rédacteur en chef reste notre Rédacteur à nous tous, autrement c'est la ruine du journal et la désunion de notre Société.

C'est parce que je pense ainsi que je n'ai pas voulu prendre position au sein de la Commission, et qu'étant là au titre de représentant de notre Société, j'ai cru bon, Messieurs, de vous laisser juges en dernier ressort.

∴

Après intervention des D^{rs} BENMUSSA, COHEN-HADRIA, CUÉNOT, BRUGAIROLLES, BOUQUET et MAURICE UZAN, la question est soumise au vote par appel nominal.

Nombre de votants 62.

Abstentions : 6.

Pour l'élection du rédacteur en chef par la Société : 38.

Pour l'élection du rédacteur en chef par le Comité : 18.

Il résulte de ce vote, que le rédacteur en chef sera comme le Comité de Rédaction, nommé par l'assemblée.

Le D^r CASSUTO donne ensuite lecture des différents articles de son contre-projet. Après quelques observations ce projet est adopté article par article.

∴

En raison de l'heure tardive, l'élection du Comité de Rédaction du journal est reportée, ainsi que la suite de l'ordre du jour, à une séance extraordinaire qui aura lieu le 20 février.

Séance extraordinaire du 20 Février 1931

—(O)—

Présidence du D^r ZAMMIT, *président*

Sont présents : MM. les Docteurs Domela, Rogalski, Raynal, Cassar, Chauvin, Jaubert, Cassuto, Masselot, E. Lumbroso, Tremsal, Brun, Scemla, Cortesi, Salvo, Begmussa, Jarmon, Mazères, Nunez, E. Scialom, G. Lévy, Cattan, I. Lumbroso, E. Lévy, Samama, Chemlâ, Dana, Féré, B. Lévy, G. Lumbroso, Maurice Uzan, Lehucher, Hayat, Bouc H., Deb-
basch, Lumbroso, Timsit, Nataf, Zérah, Brôc, Maruani, Scialom, Guez, Cohen, Bouquet, Santillana, Brugairolles, Bouquet-Bigon, Guttières, Bardou, Moatti, Farrugia, Ghouila-Houri, Duplenne, Laclavetine, Israël, Boulakia, Planke, Solal, Cohen-Hadria, Halfon, Soria, Lançon, Baugé, L. Uzan, Allain, Sfez, Ganem, Disegni, Ronchot, Materi, Ben Raïs, Moschiano, Pérez, Brandembourg, Ruyer, Raff, Hababou-Sala, Marnata, Fleury, Zammit, Saffar, Hadjouj, Nizard, M^{me} Duplenne, Henry, L. Uzan, Bargari, Lévy-Darras, Dupont.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans obser-
vation.

Le D^r DUPONT, interne à l'Hôpital Civil Français, est élu à l'una-
nimité, membre associé de la Société.

COMMUNICATIONS

Le D^r LÉVY-DARRAS, ancien interne des hôpitaux de Paris, mé-
decin à Evian, fait une très intéressante conférence sur la contri-
bution de l'hydrologie à la clinique et à la thérapeutique générale.

On procède ensuite à l'élection du Comité de publication de la
« Tunisie Médicale ».

Le scrutin a lieu au vote secret.

A la suite de ce vote, le Comité de publication du journal est le
suivant :

Rédacteur en chef : D^r BRÔC.

Administrateur : D^r SORIA.

Secrétaire de la Rédaction : D^r MOATTI.

Administrateur adjoint : D^r BRUGAIROLLES.

Comité de Rédaction : D^{rs} BEN RAIS, BONAN HECTOR, BOUQUET,
BRUN, CORTESI, P. DURAND, HAYAT, JARMON, MASSELOT, RAYNAL.

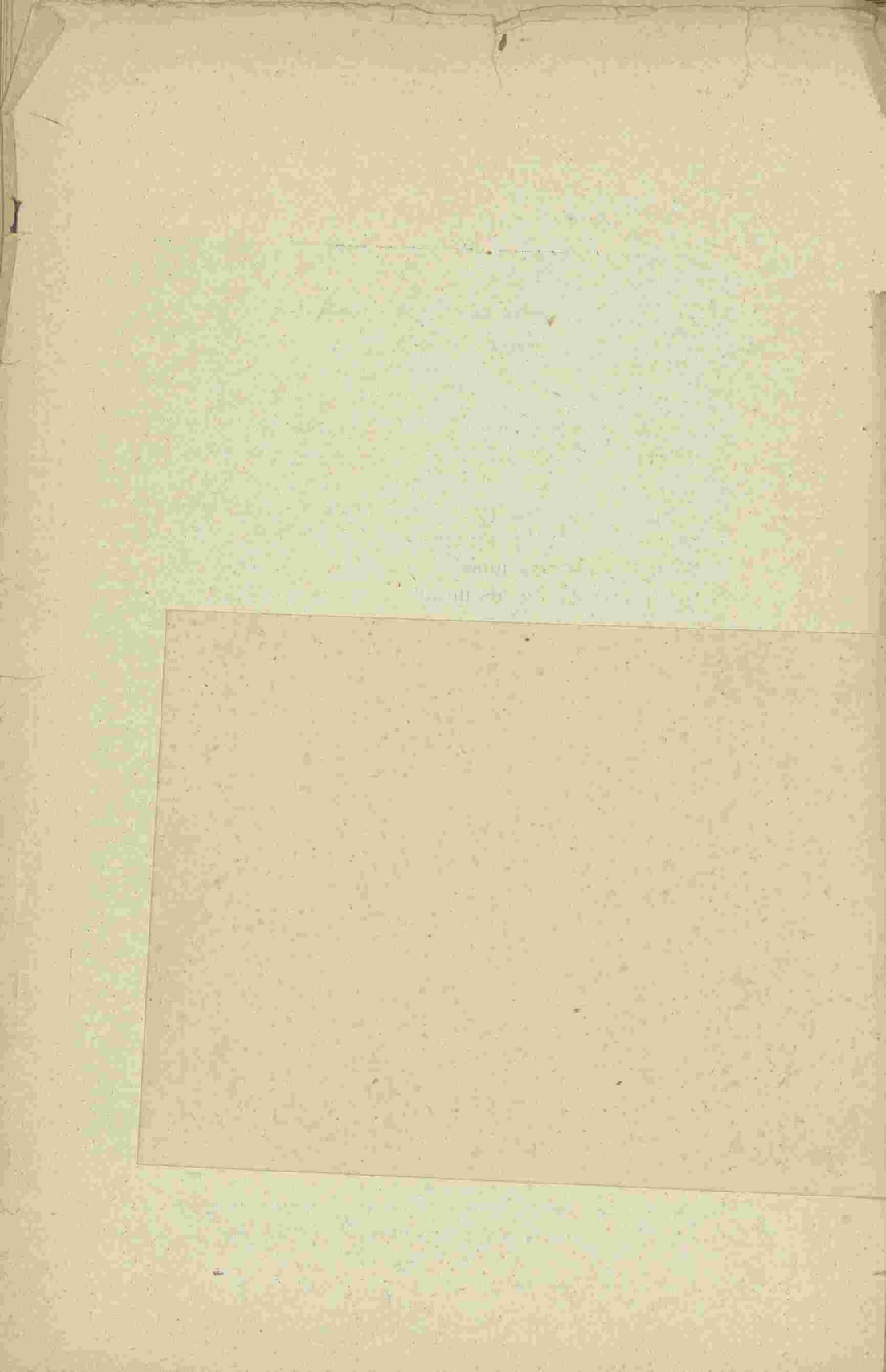
Vu l'heure tardive, les autres communications sont reportées à
l'ordre du jour de mars.



ERRATA

—«0»—

- 1° Page 71, dernière ligne, lire : *pian* au lieu de pion.
- 2° Page 72, 7^e et 23^e lignes, lire : *lixiviation* au lieu de lisciviation
- 3° Page 72, 22^e ligne, lire : Δ au lieu de dose.
- 4° Page 72, 26^e ligne, lire : *litre* au lieu de lettre.



Les coloniaux à Vals-les-Bains

par le D^r Maurice UZAN

—(0)—

Beaucoup de stations hydro-minérales réclament pour elles les coloniaux. Chacune répond à certaines indications souvent bien limitées, parfois plus larges, mais réunit rarement tous les avantages qu'on est en droit d'attendre d'elle dans ce cas.

C'est qu'en effet les coloniaux se présentent à nous comme des malades qui ont fait la somme de toutes les conséquences résultant :

- 1^o de climats plus ou moins pénibles;
- 2^o d'habitudes de vie et d'alimentation dont les règles habituelles d'hygiène sont exclues;
- 3^o d'infections et d'infestations particulières aux pays qu'ils habitent.

Le climat des colonies est, en effet, en général chaud et humide avec des brusques écarts de température dans la journée, et sans la transition douce des saisons en Europe Occidentale. Si l'on ajoute les particularités inhérentes à l'hygrométrie et au régime des vents, on saisit l'importance du facteur climat dans la pathologie coloniale expliquant les réactions neuro-végétatives fréquentes, l'auto-infection facile, la dépression physique et psychique.

Les conditions de vie constituent encore un facteur considérable : la mauvaise hygiène de l'habitation facilitant infections et infestations, la mauvaise hygiène sexuelle expliquant la fréquence des maladies vénériennes, la mauvaise hygiène alimentaire créant toute une pathologie digestive spéciale; c'est la fâcheuse hygiène, l'absence d'horaire des repas sources de dyspepsie, l'abus de régimes carencés, créateurs d'avitaminoses et de troubles endocriniens, l'abus d'aliments en général ou de certains en particulier d'où la riche liste des diathèses fédérées sous la bannière de l'arthritisme : diabète, obésité, goutte, hyperazotémie, etc.; c'est encore l'abus des boissons glacées ou gazeuses qui dilatent l'estomac et troublent ses fonctions, l'abus d'alcools avec tout le cortège pathologique de l'éthylisme, l'abus du tabac et des toxiques malheureusement trop fréquents.....

La pathologie coloniale, enfin, a des ressources microbiologiques et parasitologiques très vastes : dysentéries, entérites diverses, paludisme, kala-azar, méliococcie, fièvre jaune, pion, etc... D'où

des séquelles interminables, coliques, hépato-biliaires, gastriques, endocriniennes, sanguines, nerveuses...

Mais, à bien considérer, tous ces troubles trop rapidement passés en revue peuvent se grouper sous trois chefs :

1° affections gastro-hépto-intestinales, réclamant des cures alcalines;

2° affections du type arthritique nécessitant des cures de lisciviation;

3° affections du système héméo-endocrinien demandant la stimulation des eaux ferro-arsénicales.

Or, Vals-les-Bains répond à ces trois indications.

Pour la *cure alcaline*, elle met à notre disposition des eaux bicarbonatées de toutes minéralisations. A l'inverse de Vichy, elle substitue la gamme de la minéralisation à celle de la thermalisation, nous permettant d'utiliser pour une thermalité presque constante de 13°-16°, des eaux contenant de 0 gr. 50 à 10 gr. de bicarbonates alcalins (par ex. : St-Jean 1,48; Béatrix 2,50, Souveraine 3,31, Précieuse 5,94, Constantine 8,36, Alexandre 9 gr.

Pour la *cure de diurèse*, c'est à Vals-St-Jean que l'on doit s'adresser. Eau froide, faiblement minéralisée, comprenant une grande variété de principes actifs (Ca, Mg; Na, K, Li, Fe, I, As, etc.), à doses très faibles, elle répond à toutes les indications des cures de lisciviation.

Vals possède enfin dans la source Dominique *une eau ferro-arsénicale* particulièrement active, comprenant deux milligrammes et demi environ par litre d'un complexe ferro-arsénical (en arsénite ferreux : 0,00235 par litre) ce qui classe Vals comme l'une des plus importantes stations arsénicales de France. (La Bourboule 0 gr. 015 et le Mont Dore 0 gr. 001). Cette eau a été démontrée fortement radioactive (Chaspoul et Jaubert de Beaujeu).

Si l'on rappelle qu'outre la cure de boisson, Vals permet une hydrothérapie complète et, par son bain alcalin et par son bain de Dominique vient renforcer l'action des eaux ingérées, si l'on ajoute que le climat de cette station de faible altitude (250 m.) mais entourée de massifs volcaniques est particulièrement sain et sédatif, si l'on signale enfin qu'elle offre de nombreuses distractions saines et agréables (casinos, théâtres, tennis, petite plage, promenades, excursions, pêche, etc.), on peut affirmer que Vals-les-Bains est la station la plus utile pour les malades des colonies qui viendront y retrouver la santé, le repos, la gaieté.

RENSEIGNEMENTS

Congrès de la Lithiase Urinaire

organisé par la Société de Médecine de Vittel sous les auspices
de l'Institut d'Hydrologie de la Faculté de Médecine de Nancy
et avec le concours de la Société d'Hydrologie et de Climatologie de l'Est

VITTEL — 24, 25 Mai 1931 (Pentecôte)

Présidents : Section chirurgicale : M. le Professeur LEGUEU; Section
médicale : M. le Professeur Marcel LABBE; Section hydrologique : M.
le Professeur Maurice VILLARET.

PROGRAMME

Dimanche 24 Mai

A 9 heures : Ouverture du Congrès.

Allocution de M. le Docteur Jean BOULGOMIE, Administrateur-Délégué
de la Société des Eaux de Vittel.

Allocution de M. le Docteur LHUILLIER, Président de la Société de
Médecine de Vittel pour 1931.

Rapport : *Les sources de l'acide uratique et sa précipitation rénale.* —
Rapporteur : M. le Professeur Maurice LOEPER.

Rapport : *Troubles fonctionnels des reins dans la lithiase rénale.* —
Rapporteurs : M. le Professeur agrégé PASTEUR-VALLERY-RADOT et
M. Maurice DEROT.

Rapport : *Lithiase urinaire et maladies de la nutrition.* — Rapporteur :
M. le Professeur agrégé GUY-LAROCHE.

Séance de l'après-midi

A 14 h. 30 : Rapport : *Traitement médical de la lithiase rénale.* — Rap-
porteur : M. le Professeur Marcel LABBE.

Rapport : *Indications du traitement chirurgical de la lithiase rénale.*
— Rapporteur : M. le Professeur LEGUEU.

Rapport : *Infection dans la lithiase urinaire.* — Rapporteur : MM. les
Professeurs agrégés MARION et ABRAMI.

A 17 h. 30 : *Projections radiographiques* : M. le Docteur BELOT et M.
le Docteur DARRICAU.

A 19 h. 30 : Banquet.

Lundi 25 Mai

A 8 h. 30 : Réunion de la Société d'Hydrologie et de Climatologie de
Nancy et de l'Est.

A 9 h. 15 : Rapport : *Anurie calculuse et son traitement.* — Rapporteur : M. le Professeur E. JEANBRAU.

Rapport : *L'utilisation des voies naturelles pour le diagnostic et le traitement des calculs urinaires sus-vésicaux.* — Rapporteur : M. le Professeur agrégé CHEVASSU.

Rapport : *Les causes des récidives après l'ablation chirurgicale des calculs du rein.* — Rapporteur : M. le Docteur PASTEAU.

Séance de l'après-midi

A 14 heures : Inauguration du Buste du Docteur Pierre BOULOUmie.

A 15 heures : Rapport : *Les calculs bilatéraux des reins, indications opératoires.* — Rapporteur : M. le Professeur ANDRE.

Rapport : *Les opérations conservatrices dans la lithiase rénale. Indications et technique. Utilité de la pyélographie.* — Rapporteur : M. le Docteur PAPIN.

Rapport : *La physiopathologie de la cure de diurèse dans les affections lithiasiques.* — Rapporteur : M. le Professeur SANTENOISE.

Rapport : *La lithiase urinaire chez l'enfant.* — Rapporteur : M. le Professeur P. MERKLEN.

COMMUNICATIONS

La lithiase urinaire simulée : M. le Professeur PERRIN.

Indications du traitement hydrominéral de la lithiase rénale : M. le Docteur MONSSEAUX.

Modifications des formes de cristallisation de l'acide urique au cours de la cure diurétique : M. le Docteur FINCK.

Modifications apportées aux conditions de la circulation au cours du traitement de la lithiase rénale par la cure diurétique : M. le Docteur AMBLARD.

Modifications apportées à l'équilibre physico-chimique sangum, au cours du traitement de la lithiase rénale par la cure diurétique : M. le Docteur VIOLLE.

Traitement de la lithiase oratique : M. le Docteur LHUILLIER.

Traitement des complications septiques de la lithiase urinaire par la cure diurétique : M. le Docteur GUYONNEAU.

Eliminations sableuses ou calculuses pendant la cure diurétique ou à sa suite : M. le Docteur Henri PAILLARD, Professeur à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand.

Colibacilluries et oxaluriques latentes : MM. les Docteurs BUCHE et DECAUX, et M. PAGEL, docteur en pharmacie.

Traitement de la lithiase phosphatique par la cure diurétique : M. le Docteur MARCOTTE.

Influence de l'hydrothérapie et de la cure d'exercice sur la migration des calculs urinaires : MM. les Docteurs Maurice BOIGEY et Jean BRUSSET.

La lithiase, infection urinaire : M. le Docteur J. SCHNEIDER.

Lithiase urinaire chez l'enfant et utilité de la pyélographie, en particulier de la pyélographie endo-veineuse : M. le Docteur LEPOUTRE, Professeur à la Faculté libre de Lille.

Anhémotose et lithiase urinaire : M. le Docteur J. PESCHER.

La surveillance hebdomadaire de l'état de pré-lithiase et les directives du traitement médical de l'état de pré-lithiase : M. le Docteur Jacques SEDILLOT.

L'uricémie plasmique et l'uricémie totale dans la lithiase rénale : MM. les Docteurs François FRANÇON et Francisque GERBAY, d'Aix-les-Bains.

Rapports des vitamines et de la calcification de l'épithélium du rein, par le Professeur E.-C. van LEERSUM, d'Amsterdam.

Fausse cystite et calculs de l'extrémité inférieure de l'uretère, par le Docteur NOGUES, de Paris.

Calcul de l'uretère pelvien gauche, juxta-vésical, par le Docteur VINCENT, de Lille.

Influence de quelques ions sur la précipitation de l'oxalate de calcium urinaire, par Ch.-O. GUILLAUMIN.

RAPPORTS — COMMUNICATIONS

Pour que tous les rapporteurs et les auteurs de communications puissent prendre la parole, le Comité d'organisation exprime le désir que les orateurs veuillent bien se maintenir dans les limites imposées par le règlement du Congrès : exposé de trente minutes pour chaque rapport, de huit minutes pour chaque communication et de cinq minutes pour les interventions dans la discussion.

Dans chaque séance, les rapporteurs auront d'abord la parole, puis les auteurs de communications, enfin les congressistes qui demanderaient à ouvrir une discussion.

Le problème de la lithiase sera examiné tour à tour au point de vue médical et chirurgical. Ce sera l'originalité de ce Congrès, de réunir médecins et chirurgiens, pour discuter ensemble de problèmes dont les solutions sont généralement examinées séparément par les uns et par les autres.

A 9 h. 15 : Rapport : *Anurie calculeuse et son traitement*. — Rapporteur : M. le Professeur E. JEANBRAU.

Rapport : *L'utilisation des voies naturelles pour le diagnostic et le traitement des calculs urinaires sus-vésicaux*. — Rapporteur : M. le Professeur agrégé CHEVASSU.

Rapport : *Les causes des récidives après l'ablation chirurgicale des calculs du rein*. — Rapporteur : M. le Docteur PASTEAU.

Séance de l'après-midi

A 14 heures : Inauguration du Buste du Docteur Pierre BOULOUIMIE.

A 15 heures : Rapport : *Les calculs bilatéraux des reins, indications opératoires*. — Rapporteur : M. le Professeur ANDRE.

Rapport : *Les opérations conservatrices dans la lithiase rénale. Indications et technique. Utilité de la pyélographie*. — Rapporteur : M. le Docteur PAPIN.

Rapport : *La physiopathologie de la cure de diurèse dans les affections lithiasiques*. — Rapporteur : M. le Professeur SANTENOISE.

Rapport : *La lithiase urinaire chez l'enfant*. — Rapporteur : M. le Professeur P. MERKLEN.

COMMUNICATIONS

La lithiase urinaire simulée : M. le Professeur PERRIN.

Indications du traitement hydrominéral de la lithiase rénale : M. le Docteur MONSSEAUX.

Modifications des formes de cristallisation de l'acide urique au cours de la cure diurétique : M. le Docteur FINCK.

Modifications apportées aux conditions de la circulation au cours du traitement de la lithiase rénale par la cure diurétique : M. le Docteur AMBLARD.

Modifications apportées à l'équilibre physico-chimique sangum, au cours du traitement de la lithiase rénale par la cure diurétique : M. le Docteur VIOLLE.

Traitement de la lithiase oxalique : M. le Docteur LHUILLIER.

Traitement des complications septiques de la lithiase urinaire par la cure diurétique : M. le Docteur GUYONNEAU.

Eliminations sableuses ou calculeuses pendant la cure diurétique ou à sa suite : M. le Docteur Henri PAILLARD, Professeur à l'École de Médecine de Clermont-Ferrand.

Colibacilluries et oxaluries latentes : MM. les Docteurs BUCHE et DECAUX, et M. PAGEL, docteur en pharmacie.

Traitement de la lithiase phosphatique par la cure diurétique : M. le Docteur MARCOTTE.

Influence de l'hydrothérapie et de la cure d'exercice sur la migration des calculs urinaires : MM. les Docteurs Maurice BOIGEY et Jean BRUSSET.

La lithiase, infection urinaire : M. le Docteur J. SCHNEIDER.

Lithiase urinaire chez l'enfant et utilité de la pyélographie, en particulier de la pyélographie endo-veineuse : M. le Docteur LÉPOUTRE, Professeur à la Faculté libre de Lille.

Anhémotose et lithiase urinaire : M. le Docteur J. PESCHER.

La surveillance hebdomadaire de l'état de préolithiase et les directives du traitement médical de l'état de préolithiase : M. le Docteur Jacques SEDILLOT.

L'uricémie plasmique et l'uricémie totale dans la lithiase rénale : MM. les Docteurs François FRANÇON et Francisque GERBAY, d'Aix-les-Bains.

Rapports des vitamines et de la calcification de l'épithélium du rein, par le Professeur E.-C. van LEERSUM, d'Amsterdam.

Fausse cystite et calculs de l'extrémité inférieure de l'uretère, par le Docteur NOGUES, de Paris.

Calcul de l'uretère pelvien gauche, justa-vésical, par le Docteur VINCENT, de Lille.

Influence de quelques ions sur la précipitation de l'oxalate de calcium urinaire, par Ch.-O. GUILLAUMIN.

RAPPORTS — COMMUNICATIONS

Pour que tous les rapporteurs et les auteurs de communications puissent prendre la parole, le Comité d'organisation exprime le désir que les orateurs veuillent bien se maintenir dans les limites imposées par le règlement du Congrès : exposé de trente minutes pour chaque rapport, de huit minutes pour chaque communication et de cinq minutes pour les interventions dans la discussion.

Dans chaque séance, les rapporteurs auront d'abord la parole, puis les auteurs de communications, enfin les congressistes qui demanderaient à ouvrir une discussion.

Le problème de la lithiase sera examiné tour à tour au point de vue médical et chirurgical. Ce sera l'originalité de ce Congrès, de réunir médecins et chirurgiens, pour discuter ensemble de problèmes dont les solutions sont généralement examinées séparément par les uns et par les autres.

Les rapports et les communications seront publiés in-extenso dans le volume de comptes-rendus du Congrès.

MM. les Auteurs de Rapports et Communications sont instamment priés de vouloir bien adresser au Secrétaire Général : M. le Docteur Maurice BOIGEY, à Vittel, le texte de leurs rapports ou communications, ainsi qu'un résumé de 10 à 15 lignes, en plusieurs exemplaires, destinés à la presse.

EXPOSITION

Une exposition concernant la lithiase urinaire (sable, calculs urinaires) sera organisée pendant la durée du Congrès. Les organisateurs seront reconnaissants aux médecins possédant des spécimens intéressants de calculs urinaires de les leur envoyer pour être exposés. Les calculs devront être adressés en port dû à l'adresse suivante : *Secrétariat du Congrès de la Lithiase, Société générale des Eaux : Vittel, Vosges*. Les pièces prêtées seront renvoyées à leurs propriétaires à l'issue du Congrès.

INSCRIPTION

Les Médecins français et étrangers, ainsi que les étudiants internes et externes des Hôpitaux, sont invités à prendre part au Congrès de la Lithiase urinaire. Ils devront quelle que soit leur nationalité, adresser directement leur demande et le montant de leur cotisation (25 francs français pour les médecins, 15 francs pour les étudiants), au Secrétariat général du Congrès de la Lithiase à Vittel. Les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 20 Mai 1931.

Pendant la durée du Congrès, des chambres seront gracieusement mises à la disposition des Congressistes par la Société Générale des Eaux Minérales. Ils pourront prendre leurs repas soit au Grand Hôtel (prix 30 fr.), soit à l'Hôtel des Thermes (prix 20 fr.).

Une réduction de 50% sur le prix de transport en chemin de fer pourra être obtenue pour les congressistes par l'intermédiaire du Secrétariat général du Congrès. La demande devra en être faite avant le 1^{er} Mai.

EXCURSIONS

Le mardi 26 mai, des Cars seront mis à la disposition des Congressistes désireux de faire une excursion dans la région des Vosges.

La Tunisie Médicale

MARS 1931



TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

A propos de tumeurs pelviennes et grossesse

Réflexions au sujet de huit observations personnelles

Présentation de 2 pièces

par les D^{rs} LEUCHER et H. JAHAN

—(0)—

Nous aurons en vue dans cet exposé les tumeurs pelviennes développées aux dépens de l'appareil génital de la femme, tumeurs annexielles ou utérines, à l'exclusion des cancers du col et du corps de l'utérus, co-existant avec un état de grossesse utérine.

Nous n'avons pas l'intention de faire une revue générale de cette question qui a passionné tant de brillants gynécologues; nous voulons apporter ici la modeste contribution de notre expérience personnelle et discuter avec vous quelques points restés litigieux.

L'idée de supprimer précocement une tumeur utérine au cours de la gravidité, tumeur susceptible de s'opposer au bon développement de la grossesse et surtout plus tard à la marche régulière du travail, n'est pas neuve : en 1878, Martin de Berlin eut l'audace, pour l'époque c'était là plus que du courage, de pratiquer la première myomectomie pendant la grossesse.

En Amérique Ralph, Mayo, Lobestine, Heineck de Chicago tentent par la suite l'intervention et certains apportent un gros nombre d'observations.

En France nous relevons parmi tant d'auteurs qui publièrent des travaux sur la question, les noms de Péan, Routier, Jabouley, citons aussi la thèse de Fontaine (1914), les travaux de Dartigues, Monprofit, Pinard, Varnier, Delagenière et parmi les contemporains, les noms de Chavannaz, Metzger, Faure, Hartmann, le professeur Brindeau. N'oublions pas l'important rapport de Labey au Congrès de Chirurgie (1924) et aussi les thèses de Béraud (1923),

Defouloy (1925), M^{lle} Mircouche (1925), Maurice Leroux (1923).
Gouilloud traite dans la presse médicale en février 1922 des indications actuelles de la myomectomie.

Enfin Placintianu auquel nous empruntons la plupart de ces données bibliographiques écrit dans la Revue Française de Gynécologie et Obstétrique, en septembre 1927, un article fort intéressant — travail de la clinique Tarnier — que nous avons dû de connaître à l'obligeance de notre confrère et ami Scemla : nous sommes heureux de le remercier ici.

Rareté relative des tumeurs pelviennes coexistant avec la grossesse. — Nous n'avons pas trouvé dans les auteurs consultés, de statistique à ce sujet.

Voici la nôtre, de 1919 à ce mois de mars 1931 :

Pour 4.401 grossesses terminées par l'accouchement dans notre service ou notre maison de santé, nous ne relevons que huit cas de tumeurs annexielles ou, utérines coexistant avec la grossesse.

N'entrent pas en ligne de compte dans cette statistique les grossesses vues en consultations externes et pour lesquelles l'accouchement s'est produit en dehors de notre contrôle. Ainsi comprise cette statistique donne 0,18% de tumeurs avec grossesse. Nous sommes donc autorisés à dire que ces cas ne sont pas fréquents.

Position du sujet. — Nous distinguons parmi les cas qui nous intéressent, les tumeurs « praevia » diagnostiquées au cours de la grossesse ou à terme; puis les tumeurs non praevia diagnostiquées au cours de la grossesse.

Il est bien entendu que nous n'avons en vue que les tumeurs suffisamment développées pour mériter ce nom de tumeurs, négligeant complètement les minuscules tumeurs, telles que petits noyaux fibromateux sous-séreux, assez fréquemment décélés par hasard, soit alors d'accouchement spontané entre l'accouchement et la délivrance; c'est le moment le plus favorable pour les découvrir, soit au cours de nos 67 césariennes pratiquées de 1919 à ce jour.

Voici résumées nos huit observations :

OBSERVATION I :

No..., 29 ans. 25 mars 1927.

Le diagnostic porté est : Tumeur solide de l'ovaire gauche coexistant avec une grossesse de deux mois environ.

Mais à l'ouverture du péritoine on trouve : *un utérus volumineux* de la grosseur d'une tête d'adulte dévié sur la gauche, lisse, de consistance plutôt molle, présentant deux petits noyaux fibromateux pédiculés, l'un à la face postérieure, l'autre implanté sur le fond utérin et une tumeur pseudo-kystique droite du volume d'une grosse orange paraissant formée aux dépens du ligament large droit et que l'on avait pris lors de l'examen pour l'utérus gravide.

On décide de faire une hystérectomie subtotale qui est pratiquée sous-anesthésie générale à l'éther suivant le procédé habituel.

Suites normales.

L'examen macroscopique des pièces après coupe nous montre :

L'utérus divisé en deux parties : une supérieure formant poche, de capacité assez réduite, occupée par un œuf de deux mois environ, dans laquelle cette grossesse n'aurait jamais pu évoluer et communiquant avec le col, par un petit conduit dévié vers la gauche par l'énorme masse qui occupe la deuxième portion de l'utérus. Il s'agit d'un volumineux myome interstitiel en voie de dégénérescence hyaline ayant formé cette tumeur pseudo-kystique de la grosseur d'une orange développée dans le ligament large droit.

OBSERVATION II :

Ve... Multipare, âgée de 36 ans.

Vue le 2 août 1928, pour la première fois parce que depuis quatre jours elle présente des pertes sanguinolentes sans causes connues; l'examen révèle alors un petit fibrome que l'on situe au niveau de la corne utérine gauche. On conseille l'exérèse du noyau fibromateux par myomectomie : l'intervention est refusée et la malade n'est plus revue que le 2 août 1930, enceinte.

Grossesse au cours du quatrième mois, on dirait cinquième par suite du fibrome du segment inférieur de la grosseur d'un bon poing.

Le 2 décembre 1930, la tumeur donne l'impression d'une tête de fœtus à terme engagée; on arrive cependant, parce que averti, à percevoir la tête dans la fosse iliaque gauche sus-jacente à la tumeur, (le dos étant à droite, le siège dans la corne droite), auscultation positive à droite.

Le 22 décembre 1930 : H. U. : 32; tête dans la fosse iliaque droite; dos à droite; siège en haut.

Le 9 janvier 1931 : H. U. : 37. Pour plus de sûreté on fait une radiographie : tête dans la fosse iliaque droite; la tumeur occupe la cavité pelvienne.

Entre ce moment et le jour de l'opération la « fausse tête » formée par la tumeur subit une légère ascension; elle est beaucoup moins engagée et tend même à s'élever.

La veille de l'intervention au cours d'un palper long et minutieux, on réveille des contractions et on voit la tumeur faire saillie au-dessus de la branche horizontale gauche du pubis.

On envisage une césarienne sans doute mutilatrice à la date présumée du terme ou un peu avant, soit le 16 janvier 1931.

L'intervention est pratiquée à cette date, sous rachianesthésie (syn-caine à 8%, injection au niveau de la troisième lombaire 1 cmc., caféine sous-cutanée, décubitus progressif).

Incision longue sous et sus-ombilicale.

Extériorisation et extraction du fœtus vivant.

La tumeur apparaît développée aux dépens de la totalité de l'épaisseur de la paroi utérine et sur les trois quarts de son pourtour.

L'utérus contracté en érection par la brèche pariétale saigne très peu. Fermeture provisoire par pinces de Museux et on pratique l'hystérectomie subtotal basse, la vessie se laissant facilement refouler au-dessous de la tumeur : section basse du col. Fermeture de la tranche cervicale par trois points séparés en x. Péritonisation.

Suites opératoires : très simples; aucun choc; pouls à 72 à la fin de l'opération ne dépasse pas 96; lever au septième jour; sortie le 26 janvier 1931.

OBSERVATION III :

Mois... 10 janvier 1921.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire pelvien et grossesse à terme (moins quatorze jours).

Césarienne conservatrice; exérèse du kyste.

On décide et pratique une césarienne abdominale suivant le procédé habituel.

Extraction d'un enfant vivant. Décollement laborieux des membranes très adhérentes. Suture de la paroi utérine.

Le kyste apparaît alors, du volume d'une tête de fœtus et emplissant complètement la cavité pelvienne et le Douglas.

Après ponction au trocart et évacuation du liquide, la poche est extériorisée, les annexes gauches sont sectionnées, les sections liées au fil de lin.

Suites opératoires : sont simples sauf élimination de deux fils de points musculaires de la paroi.

OBSERVATION IV :

Cou... 8 janvier 1923.

Diagnostic : Kyste dermoïde praevia et grossesse à terme. Césarienne conservatrice et exérèse du kyste.

Primipare âgée de 28 ans à terme.

La présentation est en O.I.D.P., tête haute. Col repoussé sous la symphyse. Mais on sent une tumeur du volume d'une petite tête de fœtus, irrégulière de forme et de consistance (en effet une crête dure un peu à gauche de la ligne médiane donne l'impression d'une crête sacrée, tandis que le reste de la tumeur est de consistance plus molle).

Elle occupe l'excavation pelvienne, en avant du rectum ne semble pas faire corps avec l'utérus et se trouve praevia.

On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire droit et l'intervention décidée est pratiquée sous-anesthésie générale à l'éther. Après césarienne et suture de la brèche utérine suivant le procédé habituel, on récline en avant l'utérus, désenclave le kyste inclus dans le petit bassin et l'extériorise, l'utérus reprend alors sa place et ne gêne nullement pour l'ablation de la tumeur latérale bien pédiculée. La paroi est refermée.

Il s'agit bien en effet d'un kyste dermoïde du volume d'une petite tête de fœtus dans lequel sont inclus des cheveux et des dents.

Les suites opératoires sont normales.

OBSERVATION V :

Grossesse à terme et fibrome praevia. Césarienne conservatrice et myomectomie.

Co... 16 mars 1924. Primipare âgée de 27 ans, à terme est prise de quelques petites douleurs.

L'examen révèle :

Un col un peu diminué de longueur, non dilaté mais très ramolli et perméable, dirigé en haut et en avant regardant la symphyse.

Une masse de la grosseur du poing occupe l'excavation et est accolée à la paroi du petit bassin.

Une présentation de l'épaule : tête dans la fosse iliaque gauche; dos à gauche; auscultation positive à gauche.

L'intervention est décidée; on pratique une césarienne conservatrice

sous-anesthésie générale à l'éther. Puis l'utérus étant récliné en avant on libère le fibrome situé sur le segment inférieur et sous-péritonéal. C'est une masse à peu près cylindrique de la grosseur d'une orange, de consistance molle. Après myomectomie, l'hémostase assurée, la paroi est refermée.

Les suites opératoires sont excellentes et la malade sort en parfaite santé de notre service.

A noter, deux ans après, en février 1926, nouvelle grossesse à terme, terminée par un forceps en O I G T dans l'excavation par défaut de rotation de la tête.

Suites normales.

Et un troisième accouchement spontané.

OBSERVATION VI :

Gl... 23 Novembre 1929.

Grossesse à terme en travail et fibrome du col. Césarienne mutilatrice.

Il s'agit d'une primipare âgée de 33 ans, à terme, en travail et ayant perdu les eaux depuis 48 heures.

Le col est dilaté à 2 francs et ne peut se dilater davantage, étant rendu rigide par la présence d'un fibrome de la lèvre postérieure intéressant également le segment inférieur.

La présentation est en O. I. G. A. Les bruits du cœur fœtal sont bons. On décide d'intervenir d'urgence par césarienne. Sous-anesthésie rachidienne (1 cmc. d'une solution de syncaïne à 8%).

Laparotomie médiane. Hystérectomie césarienne.

Extraction d'un fœtus du poids de 3 kg. 440, vivant, suivie d'une hystérectomie subtotale.

Suites opératoires : normales (sauf suppuration de la paroi). Malade opérée d'urgence sans préparation spéciale.

OBSERVATION VII :

Myomectomie au cours de la grossesse. Avortement au 3^{me} jour.

Val... Multipare âgée de 38 ans (9 enfants à terme, plus une grossesse gémellaire prématurée à 7 mois. Actuellement 6 enfants vivants.

D. R. du 22 au 27 octobre 1930. Vient consulter le 15 janvier 1931.

L'examen révèle : Au toucher combiné au palper : Un utérus gros : utérus gravide de deux mois et demi environ. Un col mou.

A droite une masse du volume d'une tête de fœtus développée aux dé-

pens de la corne droite et dépassant la fosse iliaque. Un premier diagnostic de kyste de l'ovaire put être réformé en faveur de fibrome par suite de la constatation d'un petit noyau fibromateux juxta-isthmique.

On porte le diagnostic de myome de la corne droite de l'utérus et l'intervention est décidée; elle est pratiquée le 20 janvier 1931 sous anesthésie générale à l'éther.

Une incision péritonéale en demi-cercle permet le clivage et l'exérèse du myome, mais on ne peut éviter le sacrifice de l'ovaire et de la trompe du même côté, leurs rapports utérins avec la tumeur ne permettant pas leur conservation.

Un suintement sanguin assez abondant nécessite une hémostase soignée et le ligament rond compris dans l'exérèse est réinséré dans la couche musculaire profonde. Suture de cette couche, surjet péritonéo-musculaire. Fermeture de la paroi.

Les deux premiers jours, suites éminemment simples et tranquilles. Au cours du troisième jour, malgré des injections de morphine matin et soir, la malade expulse sans contraction et presque sans s'en apercevoir un fœtus de deux mois et demi.

On décide de faire un curettage prudent, l'extraction du placenta, inséré sous la face antérieure gauche de l'utérus, est difficile, le saignement abondant.

La malade présente après l'intervention un gros état de choc combattu par les moyens habituels (sérum glucosé sous-cutané et intra-veineux adrénaliné).

Les suites opératoires sont excellentes. La malade se lève au 7^{me} jour.

OBSERVATION VIII :

Loc..., 32 ans. 11 octobre 1930. V. geste.

Kyste de l'ovaire droit. Grossesse de 4 mois. Intervention. Continuation de la grossesse.

Laparatomie sous-ombilicale qui est agrandie et intéresse également la région sus-ombilicale. Le kyste n'apparaît pas, seul l'utérus gravide bombe par l'ouverture abdominale. On recherche ce kyste en arrière et au-dessus de l'utérus. On le trouve alors et sur son pédicule on remarque deux tours de torsion un peu laches.

Après ligatures, le pédicule est sectionné et enfoui.

Les suites opératoires sont excellentes. Aucune réaction du côté de la grossesse.

Sortie le 21 octobre 1930.

Cette femme suivie à la consultation externe est actuellement dans son neuvième mois de grossesse et doit accoucher ces jours-ci.

Discussion :

Difficulté du diagnostic. — Le diagnostic permettant d'abord d'assurer qu'il y a grossesse lorsque celle-ci est au début, et que par ailleurs la tumeur est volumineuse, n'est pas toujours facile. Dans toutes nos observations le diagnostic de grossesse fut toujours fait. Mais dans l'Obs. 7 (Val), la tumeur au premier abord attirait seule l'attention, l'utérus gravide de deux mois et demi environ, très mou fuyait vers le côté gauche et il nous fallut un examen très attentif pour assurer son existence.

Ensuite, même si la grossesse semble pouvoir être assurée, on peut se méprendre sur son siège exact : ainsi dans l'Obs. 1 (No), nous prenons la tumeur pseudo-kystique du ligament large droit pour la grossesse : or celle-ci siégeait dans la partie haute de l'utérus fibromateux.

Nous n'insistons pas sur les erreurs fréquentes qui font confondre kyste de l'ovaire et fibromes pédiculés, et inversement.

De plus, un fibrome enclavé dans le petit bassin, coexistant avec une grossesse au voisinage du terme ou à terme, peut parfaitement être pris pour une présentation engagée. Dans l'Obs. 2 (Ve) il est heureux que nous ayons pu voir la femme avant sa grossesse, puis au début de celle-ci; au quatrième mois la tumeur enclavée était déjà trop grosse pour être confondue avec une partie fœtale; mais à terme le doute était fort permis et pour plus de sûreté, quoique un palper très difficile nous ait permis auparavant de sentir ou de deviner une tête fœtale dans la fosse iliaque droite, nous avons fait faire une radiographie que nous vous présentons : on y voit la tête fœtale dans la fosse iliaque droite, et on voit aussi assez nettement la tumeur qui occupe l'excavation pelvienne et bombe jusque vers le périnée.

Fréquemment la position du col utérin est un élément précieux de diagnostic : ainsi la tumeur qui plonge dans le Douglas refoule le col en avant sous la symphyse : il en était ainsi dans les Obs. 4 et 5.

Dans ces cas il n'y a aucun doute, il ne peut s'agir d'une partie

foetale; mais dans l'Obs. 2 (Ve) le col était en arrière refoulé vers la cloison recto-vaginale, exactement dans la position qu'il occupe en cas de tête engagée : la tumeur fibromateuse, comme vous pouvez vous en rendre compte sur la pièce anatomo-pathologique que nous vous présentons, fait corps avec la paroi antérieure du segment inférieur; elle est donc nécessairement en avant du col.

Conduite à tenir. — « En cas de tumeur praevia » nous distinguerons les cas où le sujet est vu à terme ou au voisinage du terme et les cas où il est vu au cours de la grossesse, à distance du terme.

Dans le premier cas, à terme, l'hystérotomie césarienne s'impose sans aucune opposition. On peut discuter les mérites respectifs de la césarienne corporéale et de la césarienne supra-symphysaire. De cette seconde qui a rapidement conquis ses grades et est devenue le procédé de choix à la Clinique Tarnier, nous n'avons pas personnellement l'expérience. Nous y viendrons sans doute pour les cas impurs; nous avouons être restés fidèles à la césarienne haute corporéale qui, faite sur des femmes dûment préparées, avant rupture de la poche des eaux et sous rachianesthésie, nous a constamment fourni des résultats très sûrs, et a toujours donné à notre entourage l'impression d'une intervention réellement bénigne, non seulement quant à l'acte opératoire, mais aussi quant à ses suites éminemment simples. Nous reviendrons un jour sur cette question; pour l'instant nous voulons cependant insister sur le bénéfice considérable que donne la rachi-anesthésie dans l'opération Césarienne, de même que dans les autres interventions obstétricales, c'est à ce mode d'anesthésie que vont nos préférences en pareil cas depuis ces cinq dernières années : notons d'abord la suppression de tout choc opératoire, la femme est remise au lit avec un pouls aux environs de 70; ensuite l'hypotension artérielle créée par la rachi, malgré les petits accidents lipothymiques survenant parfois à partir de la 20^{me} minute, remplace avantageusement l'hypertension habituelle liée à l'état de grossesse et accentuée parfois jusqu'à devenir tragique par la longueur et l'acuité du travail surtout chez les albuminuriques. Les anesthésiques par inhalations, l'éther en particulier, augmentent nettement l'hypertension. Insistons sur un autre avantage précieux que confère la rachi : l'utérus à peine incisé se contracte de suite; le fœtus puis la délivrance sont véritablement chassés hors de la brèche opéra-

toire: du même coup l'hémostase est presque complète, et les sutures sont placées en toute tranquillité, la vue contrôlant, sans que l'on soit gêné par le sang, l'épaisseur des tranches utérines. La piqure jadis classique d'ergotine est plus qu'inutile. Les points sont serrés sur un utérus contracté et les tranches affrontées dans ces conditions ne risquent pas de perdre le contact, comme le fait peut se produire quand on suture un organe flasque, susceptible de se contracter par la suite. Enfin l'enfant qui naît dans ces conditions crie de suite : nous avons vu quand nous opérons sous l'éther, des enfants littéralement anesthésiés, dont le cœur battait normalement mais qui ne se décidaient pas à respirer, étant réellement sous l'effet de la narcose maternelle : il fallait parfois vingt minutes d'efforts tenaces pour les ranimer.

Nous avons été heureux de trouver compris un bon nombre de ces avantages dans un autre travail de la clinique Tarnier « La Rachi-anesthésie dans l'opération césarienne » par S. Odajesco (Bucarest) in *Revue Française de Gyn. et Obs.*, Novembre 1927.

Mais revenons après cette longue digression dont nous nous excusons, à « la conduite à tenir » dans les tumeurs Praevia compliquant la grossesse et vues à terme. Donc hystérotomie césarienne s'impose comme premier temps; jusque là pas de discussion : aucun autre mode de traitement n'offrira de pareilles garanties tant à la mère qu'à l'enfant.

Nous ne pouvons admettre en effet que de telles tumeurs puissent s'aplatir ou effectuer ce mouvement d'ascension libérateur sur lequel Pinard aimait à insister dans son enseignement et qui de fait a pu être observé pour des tumeurs plus petites. Il est cependant plaisant de noter que nous avons assisté la veille au soir du jour où nous devions opérer le sujet de l'Obs. 2 (Ve), à un essai de ce genre : déjà au toucher la tumeur fibreuse était moins engagée; de plus au cours d'un palper peut-être un peu trop prolongé provoquant des contractions utérines non douloureuses d'ailleurs, nous voyions nettement sous la paroi assez mince de cette femme, la partie supérieure de la tumeur apparaissant au-dessus de la symphise et un peu à gauche.

Certes l'« essai » ne pouvait dans le cas présent aller plus loin, et le volumineux obstacle restait « praevia » et obligeait sans discussion à l'emprunt de la voie haute. Mais l'hystérotomie n'est

qu'un premier temps; il importe également d'enlever la tumeur au cours du même acte opératoire; remettre l'exérèse à plus tard ne comporte que des inconvénients.

Quand il s'agit de tumeurs annexielles, kyste mucoïde ou dermoïde de l'ovaire (cf Obs. 3 (Mo) et 4 (Cou), l'exérèse en est facile; quand il s'agit de fibromes sous-séreux plus ou moins pédiculés (cf Obs. 5 (Cor) il en est de même; mais si l'on a affaire à de volumineux myomes interstitiels la discussion s'ouvre : myomectomie ou hystérectomie. Les travaux que nous avons déjà cités sont presque tous en faveur de la myomectomie qui d'après le professeur Brindeau sera le plus souvent possible.

L'âge de l'opérée doit être pris en considération : la multipare déjà âgée sera souvent encore justiciable de l'hystérectomie.

Dans les cas que nous rapportons, la chose était strictement impossible; la vue de notre pièce opératoire dispense à ce sujet de toute discussion, l'hystérectomie s'imposait et fut pratiquée très simplement d'ailleurs. Précisons cependant un petit point de technique : quand il y a réellement enclavement dans le petit bassin de la tumeur formée aux dépens du segment inférieur, il peut être prudent, après décollement du péritoine prévésical, de pincer puis couper les pédicules des artères utérines avant de désenclaver. Nous avons vu dans un cas de ce genre — sans grossesse coexistante — le désenclavement pratiqué avant la section des pédicules de l'artère utérine, déterminer l'arrachement presque au ras de l'hypogastrique de l'une des artères utérines.

L'Obs. 6 (Gi) concerne un fibrome peu volumineux d'ailleurs et étalé du col, lèvres postérieure, s'étendant au segment inférieur; ce cas qui pourrait entrer aussi bien dans la catégorie des rigidités du col que dans celle des tumeurs, relevait également de l'hystérectomie : la forme étalée diffuse de la tumeur, ainsi que son siège bas, interdisaient tout essai de dissection; de plus cette femme, primipare âgée pour laquelle nous avons été appelé en ville, au dernier moment par une sage-femme fort avertie d'ailleurs, avait perdu les eaux depuis 48 heures et la « conservatrice » pouvait être dangereuse.

Envisageons maintenant rapidement les cas de tumeurs praevia coexistant avec grossesse, vus au cours de la grossesse : sauf le cas de tumeurs pédiculées facilement enlevables qui seront opérées

dans les premiers mois, l'expectation jusqu'au voisinage du terme paraît devoir être conseillée. Une exception à cette règle sera cependant portée pour les fibromes « fébriles » c'est-à-dire en voie de sphacèle ou de suppuration au sujet desquels se pose la question d'urgence : L'Obs. I (No) constitue un cas bien particulier; la grossesse dont nous avons bien reconnu l'existence n'occupait pas le siège que nous lui avons assigné. L'élément fibrome avec ses foyers dégénérés primait la question grossesse : cette dernière ne nous parut pas dans ces conditions, susceptible d'évoluer : le tout constituait un danger, et nous nous conduisîmes comme nous l'eussions fait en présence d'une tumeur cancéreuse avec grossesse : conservation impossible de la grossesse diminuée de la tumeur, danger de l'expectative, furent les éléments de notre décision au cours de l'intervention, en faveur de l'hystérectomie.

« *En cas de tumeurs non praevia* » : si celles-ci ne sont vues qu'au moment du terme, il n'y a pas lieu de penser, sauf accident de rupture, torsion ou sphacèle, à l'opération abdominale immédiate; l'accouchement parfois gêné quant à la présentation ou quant à la valeur des contractions, par la présence de la tumeur voisine, se fera néanmoins par les voies naturelles; forceps ou version pourront être appelés à reprendre leurs droits.

Au cours de la grossesse nous pensons que s'il s'agit d'une tumeur annexielle généralement kystique (cf Obs. 8 (Lo)) l'exérèse toujours simple — à moins de tumeur solide ou mixte de l'ovaire suspecte d'adhérences, généralement par dégénérescence — doit être conseillée. Dans celui de nos cas que nous venons de citer la femme avait eu deux crises péritonéales qui d'après la description que nous en fit l'intéressée nous firent penser à des torsions du pédicule du kyste, cette considération hâta la décision et bien nous en prit, car à l'intervention nous trouvâmes deux tours de spire du pédicule.

Mais s'il s'agit de tumeurs non praevia de nature fibromateuse formée aux dépens de la partie haute de l'utérus, la question mérite d'être discutée. Les conclusions de Placintianu qui reflète les idées du Professeur Brindeau, sont les suivantes : 1^o « L'intervention chirurgicale est rarement indiquée pendant la grossesse; 2^o « Lorsqu'une intervention est indiquée, la myomectomie peut être fréquemment tentée dans les premiers mois de la grossesse, sans

« gêner pour cela l'avenir évolutif de l'œuf. Pendant les derniers « mois de la grossesse elle est rarement indiquée... ».

Dans l'Obs. 7 (Va), cas que nous devons à l'obligeance et à la confiance de notre collègue et ami Scemla que nous sommes heureux de remercier ici publiquement, nous avons tenté la myomectomie aussitôt la malade vue, à deux mois et demi de grossesse. L'avortement s'est produit au troisième jour. La cicatrice de la myomectomie résista fort bien, mais un curage utérin rendu pénible par l'adhérence du délivre, inséré cependant dans la corne opposée, et ayant déterminé un saignement abondant, rendit les suites immédiates de cette seconde intervention fort inquiétantes. Pourquoi avons-nous opéré ? Parce que, comme il est de règle, et comme nous l'avons vu dans l'Obs. 2 (Ve), nous craignons que la tumeur déjà importante ne grossisse et qu'il n'y eût pas de place dans le ventre de cette femme amaigrie, pour loger sans danger et la tumeur accrue et la grossesse à terme: parce que aussi nous pensions la tumeur sous péritonéale sinon pédiculée, et non, plus que sessile, vraiment interstitielle comme elle l'était en réalité. Enfin nous avons opéré peu avant le cas 8 (Lo) sans aucun incident.

Mais retenons bien que cet échec quant à la non conservation de la grossesse peut être imputé à l'âge de la femme, à sa multiparité, peut-être aux doses insuffisantes de morphine : nous ne donnâmes celle-ci qu'à raison de 1 centigr. par douze heures; Placintianu donne comme règle observée à Tarnier 1 centigr. toutes les six heures. En tout cas, l'avortement ne peut être imputé au choc car les suites au cours des deux premiers jours qui suivirent la première intervention furent éminemment bénignes et tranquilles; au troisième jour le fœtus fut expulsé tout d'un coup, pour ainsi dire sans que la femme s'en aperçut.

Si notre statistique est modeste quant au nombre des cas, elle reste blanche quant à la mortalité maternelle. Les interventions en fin de grossesse, surtout si l'on emploie la Rachi, ne donnent pas l'impression d'être choquantes ou compliquées. Voici concernant la myomectomie pendant la puerpéralité, les chiffres de mortalité.

Professeur Brindeau (1904) : mère 7,9%; enfant 33%;
donnés par Defouloy sur 117 cas : 2 pour la mère; 14,6 pour l'enfant.

Quelques réflexions sur l'influence de la grossesse sur le fibrome et du fibrome sur la grossesse. Sous l'influence de la grossesse, la tumeur fibreuse se modifie peu, le myome a une vie plus active, il est plus susceptible de réagir. Nous n'insisterons pas sur les modifications classiques en dehors de l'état de grossesse : calcification des tumeurs fibreuses, dégénérescence hyaline, graisseuse, sarcomateuse des myomes, nécrobiose aseptique, des fibro-myomes suppurés.

Notons cependant comme Leroux l'a si bien montré dans sa thèse que les nécrobioses des fibromes sont particulièrement à craindre chez les femmes âgées qui deviennent enceintes.

Ce que nous voulons mettre en lumière c'est que « grossesse suivie d'allaitement » ne paraît pas toujours guérir le fibrome; le plus souvent au contraire, la grossesse détermine une hypertrophie du fibrome qui prend part, surtout s'il est interstitiel, à l'hyperplasie du muscle utérin. C'est ce que nous avons constaté dans l'Obs. 2 (Ve); nous avons pu voir ce cas, avant, puis au cours de la grossesse : l'augmentation de volume de la tumeur fut parallèle à celle de la grossesse. Le fibrome peut s'œdématier, il peut former de véritables cavernes avec présence de sérosité, type qui rappelle bien la dégénérescence hyaline classique, faussement appelée dégénérescence kystique, car il ne peut y avoir kyste dans une tumeur formée aux dépens de tissu conjonctif. Il est regrettable que la pièce de l'Obs. I (No) n'ait pas été l'objet d'un examen histologique : les formations polymorphes de la tumeur, dont le prolongement pseudo-kystique intra-ligamentaire, eussent été ainsi beaucoup mieux mises au point. Mais la malade n'avait pas été vue avant sa grossesse et l'on ne peut préciser l'exacte responsabilité de la grossesse quant à la genèse des phénomènes de dégénérescence de la tumeur fibro-myomateuse.

L'Obs. 2 (Ve) nous fait assister à un autre phénomène que l'on serait tenté d'appeler la migration de la tumeur fibro-myomateuse au cours de la grossesse. Cette malade avait été vue par nous pour la première fois deux ans avant cette troisième grossesse qui devait nous la ramener : le « noyau fibromateux » que le toucher combiné au palper nous avait permis de reconnaître à ce moment, semblait siéger, dit exactement la note d'observation prise ce jour, au niveau de la corne gauche. L'intéressée ne s'étant pas

décidée à accepter la simple myomectomie proposée alors, ne revient que deux ans plus tard, étant enceinte au cours du quatrième mois; la tumeur avait grossi et occupait, bien pélvienne, le segment inférieur, donnant l'impression d'une tête de fœtus presque à terme, engagée.

Comment expliquer ce changement de situation, cette véritable migration, car la corne gauche était indemne de toute saillie ?

Nous pensons que primitivement le fibrome ne devait pas occuper strictement la corne, mais la partie haute de la paroi latérale gauche; la grossesse, survenant, dut se greffer dans le sommet même du fond utérin, se développer au dessus du noyau et refouler celui-ci vers le segment inférieur; faisant corps même avec la paroi; ce noyau fibromateux subit l'ampliation gravidique, et faute d'autre place, le noyau, devenu grosse tumeur, habite la cavité pélvienne.

Rappelons pour en finir, et par opposition, le timide essai d'ascension que fera la tumeur au voisinage du travail, essai bien constaté la veille au soir de l'opération.

Enfin, envisageons maintenant l'influence exercée par le fibrome sur la grossesse. Il est d'abord une cause d'avortement : l'utérus plus rigide bien souvent du fait de l'hyperplasie fibreuse plus ou moins généralisée peut refuser de se laisser distendre au delà d'une limite parfois modeste. Si le processus de ramollissement commandé par l'état de grossesse permet quand même une laxité suffisante des tissus, la gravidité atteindra peut-être sinon le terme, du moins les environs du terme. Ne revenons pas sur la dystocie complète par tumeur praevia. Considérons les autres méfaits du fibrome accompagnant la grossesse : compression sur les veines, les uretères, le rectum, pendant la grossesse; au cours du travail présentation vicieuse, décollement prématuré de la délivrance normalement insérée; enfin, si la tumeur a permis un accouchement par les voies naturelles, influence fâcheuse sur les suites de couche par tendance, en certains cas, à la rétention lochiale. Ces considérations générales ne manqueront pas de s'ajouter aux indications particulières à chaque cas, pour conseiller de plus en plus au gynécologue averti l'opération préventive d'abord en cas de fibrome seul, la myomectomie précoce au cours des premiers mois, en cas de grossesse compliquée de fibrome.

Aortite de la ménopause

par le D^r HAYAT

—(10)—

Vous connaissez dans la pratique médicale, la loi des séries : vous passez dix ou quinze ans sans observer telle ou telle affection, puis en l'espace de quelques jours, 4, 5 ou 6 cas de la maladie que vous avez perdue de vue, se présentent à votre observation.

C'est ainsi qu'il y a une quinzaine d'années j'eus l'occasion d'observer en un laps de temps très court, une dizaine de cas d'aortite chez des femmes qui se présentaient à ma visite pour des troubles qui n'étaient nullement en rapport avec cette lésion mais qui présentaient des symptômes pouvant se rattacher à la ménopause.

Je crus tout d'abord à de simples coïncidences, quoique cette constatation fût de nature à choquer mes notions classiques sur l'aortite, qui nous a été toujours représentée comme une maladie plutôt spéciale à l'homme. Mais depuis cette époque-là, mon attention fut systématiquement attirée vers l'aorte de toute femme qui, par son âge, pouvait présenter des troubles en rapport avec une ménopause prochaine ou déjà établie. Et l'observation faite au cours des années suivantes m'a amené à constater sans aucun doute, la fréquence de cette lésion à l'âge critique chez certaines femmes, et cela en dehors de toute syphilis, en dehors de toute insuffisance rénale, en dehors de toute autre localisation d'artério-sclérose, en dehors de cette hypertension essentielle qui, par elle-même, peut être la cause première de cette localisation de l'athérome sur l'aorte.

C'est le résumé de mes observations sur cette aortite de la ménopause que je vous rapporte ici :

Symptomatologie : Aucun trouble subjectif ou fonctionnel ne caractérise cette variété d'aortite, et les malades n'accusent jamais la douleur précordiale, ou rétrosternale caractéristique, ni la dyspnée à type spécial qui est d'observation classique dans toutes les aortites de diverses natures.

Dans le cas qui nous occupe, l'aortite est toujours latente, et c'est une découverte de l'auscultation. Un souffle systolique, unique, intense, rude, non accompagné de thrill, est la seule manifestation de cette lésion.

D'autre part le deuxième bruit n'a jamais cet « éclat diastolique » qu'on retrouve souvent dans les autres aortites.

Au point de vue radiologique : L'aorte a des contours normaux, elle est un peu plus opaque que normalement, et elle est toujours un peu dilatée : 3 cm. à 3 cm. 2, au lieu de 2,5 à 2,8. Pourtant chez certains malades la dilatation est assez forte pour aller jusqu'à 4 cm. et amener une surélévation de son bord supérieur; ce qui se manifeste par des battements derrière la fourchette sternale.

La tension chez ces femmes est moyennement élevée, avec une maxima de 19 à 20, quand la lésion est déjà installée. Mais cette hypertension ne précède pas la lésion, elle la suit : c'est-à-dire que ces femmes ne sont pas des hypertendues au moment où elles présentent les premiers troubles de la ménopause; elles le deviennent après que l'aortite s'est installée. Et ceci démontre que cette aortite n'est pas la conséquence de l'hypertension comme pourrait le faire croire l'aphorisme de Vaquez disant : « La sclérose des vaisseaux suit l'hypertension comme l'ombre suit le corps. »

L'examen du sang et des urines ne décèle aucun signe d'insuffisance rénale; souvent même l'azotémie est relativement basse : 0,30 à 0,35.

D'autre part, ni dans le passé, ni dans l'état des malades, il n'y a de signes suspects de spécificité et le Wassermann a toujours été négatif : Le traitement spécifique sous forme d'injections de biiodure ou de cyanure de Hg a été souvent mal toléré et s'est toujours montré impuissant à modifier les signes physiques de cette aortite.

L'examen complet de ces femmes démontre l'absence complète de localisation artério-scléreuse quelconque sur d'autres organes.

Enfin cette aortite s'observe plus particulièrement chez les femmes qui ont une ménopause à manifestations pénibles et fait plus important, la plupart de ces femmes sont de race juive. Il m'a suffi de me rappeler la place importante qu'occupe le facteur hérédité dans la pathologie endocrinienne pour être amené à attribuer à la ménopause l'aortite que j'ai observée avec une si grande fréquence chez des femmes relativement jeunes.

Pour me résumer, cette aortite n'est en rapport ni avec la syphilis, ni avec une néphrite, ni avec l'athérome généralisé, ni avec les autres éléments étiologiques signalés par les classiques. Cette aor-

tite survient à une période spéciale de la femme, à un âge peu avancé, chez des personnes portées par hérédité aux troubles endocriniens. Cette aortite d'autre part a une évolution particulière qui la différencie des autres; sa bénignité est extrême; car ni les progrès de l'âge, ni les maladies aiguës intercurrentes, ni les facteurs moraux ne l'aggravent. Ne pensez-vous pas que cette aortite a une « physionomie propre » qui doit la faire classer dans un groupe à part, en dehors des autres aortites classiques ?

Et mon observation m'amène à vous poser la question suivante :

1° L'observation de femmes appartenant à des origines différentes confirme-t-elle ou non l'existence de cette aortite de la ménopause ?



Polynévrite ascendante aiguë

à évolution apyrétique

par F. MASSELOT et R. FLEURY de la RUELLE

—(0)—

Le but de cette présentation n'est pas de relater l'observation d'une maladie qui, quoique rare, est néanmoins bien connue depuis plus de 70 ans. Mais nous avons pensé que ce syndrome de Landry, d'origine polynévritique d'étiologie inconnue, d'évolution apyrétique et d'une durée extrêmement brève méritait de retenir notre attention.

Voici brièvement résumée l'histoire clinique :

Marie X..., 28 ans, employée des Postes, sans antécédent pathologique notable autre qu'une atrophie assez marquée du membre inférieur gauche d'origine congénitale, en particulier sans antécédent syphilitique, ni alcoolique, entre dans le service le 10 décembre 1930 pour une parésie des membres inférieurs.

Le début de son état morbide remonte à la fin du mois de novembre. Sans aucun prodrome elle s'effondra dans la rue à la suite du déroboement des membres inférieurs, elle se releva et put continuer son chemin.

Après trois jours de santé en apparence normale, elle fut prise dans la journée de fourmillements dans les deux pieds qui allèrent en s'accroissant et remontèrent jusqu'aux membres supérieurs, rendant les mains malhabiles et maladroitement; et en même temps le phénomène du déroboement des jambes se reproduisit.

C'est ce qui décida M^{me} B... à entrer à l'hôpital.

A l'entrée on constate une malade en excellent état général sans aucune température mais incapable de se tenir debout ou de s'asseoir sans aide dans son lit. Elle accuse les mêmes troubles de sensibilité subjective et une sensation d'endolorissement des masses musculaires. L'examen immédiatement orienté du côté du système nerveux montre les signes indubitables du type polynévritique au niveau des membres inférieurs; l'impotence musculaire est manifeste, les mouvements volontaires sont lents et affaiblis, les masses musculaires sont douloureuses au palper, les réflexes tendineux sont abolis, la sensibilité cutanée est fortement diminuée.

Aux membres supérieurs, même tableau clinique mais moins accentué, il existe même des troubles marqués de la sensibilité

profonde qui font que la malade ne reconnaît plus la forme des objets placés dans ses mains.

Du côté du tronc, aucune modification appréciable à l'examen clinique n'est décelée, les sphincters sont normaux, les appareils sensoriels également.

Il n'existe aucun signe méningé.

L'examen somatique général est entièrement négatif en dehors d'une hypertension légère 17-11.

La ponction lombaire donne issue à un liquide clair coulant goutte à goutte, renfermant un lymphocyte par mm. cube, 0 g. 44 d'albumine et un chiffre normal de glucose. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Un frottis de mucus pharyngé est pratiqué pour éliminer une diphtérie passée inaperçue et donne un résultat négatif.

L'électro-diagnostic donne un résultat normal.

Dès le lendemain de son entrée à l'hôpital, la malade présente des signes de généralisation au tronc de la paralysie. Elle est également agitée, anxieuse et déclare qu'elle va mourir. Bientôt en effet se déroule le drame des phénomènes bulbaires, commençant par l'accélération des phénomènes cardiaques et respiratoires et s'accroissant jusqu'à entraîner une dyspnée intense avec cyanose. La malade meurt d'asphyxie quelques heures après.

La phase active de sa maladie avait duré en tout quatre jours.

L'autopsie pratiquée ne montra aucune lésion macroscopique des organes. Des prélèvements de cerveau, de moelle épinière et de nerfs périphériques furent faits et envoyés au Laboratoire de l'Hôpital Sadiki.

La réponse confirma le diagnostic de polynévrite ascendante aiguë.

Le syndrome de Landry s'observe le plus fréquemment sous sa forme médullaire. Il est consécutif à une infection reconnue particulièrement la maladie de Heine-Méline, la grippe, la variole, etc. Dans les formes médullaires, il existe toujours un élément méningé perceptible à l'examen du liquide céphalo-rachidien, de la fièvre.

Notre cas, doit être rangé dans le cadre des formes polynévritiques de la maladie, il ne peut se réclamer d'aucune étiologie manifeste (la diphtérie et la rage peuvent être écartées) et seul le diagnostic anatomo-clinique du syndrome observé peut être porté avec exactitude.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 13 Mars 1931

—(O)—

Présidence du D^r ZAMMIT, *président*

—(O)—

La séance est ouverte à 18 heures sous la présidence du D^r Zammit.

Sont présents MM. les Docteurs : Masselot, Guez, Scemama, Moatti, Guttières, Féré, Lehucher, Ronchot, Brugairolles, Ganem, Bonan H., Soria, E. Lumbroso, Guido Lévy, Bonan A., Timsit, Tremsal, V. Cohen, Ruyer, Dana, Hayat, Scialom, Cohen-Boulakia, Cassar, Henry, Benmussa. Broc, Bouquet, Maurice Uzan, Nizard, J. Lumbroso, R. Nataf, Lumbroso, E. Lévy, Bardou, Caillon, Hadjouj, Hababou-Sala, Duplenne, M^{me} Duplenne, E. Scialom, Domela, Pagnon, Siez, H. Slama, Fleury de la Ruelle, Jiahan.

∴

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté sans discussion.

∴

COMMUNICATIONS DU BUREAU

Le D^r ZAMMIT, président, informe que le docteur Broc, nommé rédacteur en chef de la « Tunisie Médicale », renonce à son mandat de conseiller. Attendu qu'il n'y a nullement incompatibilité entre les deux fonctions, le docteur Zammit prie le docteur Broc de bien vouloir retirer sa démission. Le docteur Broc accepte.

∴

Le D^r STIEFFEL, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Plombières, est élu à l'unanimité membre correspondant de la Société.

∴

Le Bureau a reçu une liste d'abonnement à des revues et journaux scientifiques ainsi que des demandes d'achat de livres. Cette liste sera examinée par le Bureau et satisfaction sera donnée, selon les possibilités de la trésorerie.

Le président fait part à la Société du départ du médecin-colonel Pagnon. Il adresse à ce dernier les adieux et les vœux de la Société et du Bureau. Le colonel remercie et promet de s'inscrire comme membre correspondant.

Le président présente les excuses du docteur Scemla qui, empêché, ne fera pas ses communications.

Il annonce enfin, qu'il a reçu une lettre du docteur Masselot, qui regrette l'attitude de la Société à l'égard du docteur Cassuto, et une lettre des docteurs Brun et Cortesi qui remettent leur démission de membres du Comité de Rédaction de la *Tunisie Médicale*.

Le secrétaire général donne lecture de ces correspondances.

Mon Cher Président,

Onze ans de présence assidue aux séances de notre Société et de collaboration effective au journal, me donnent le droit et me font même un devoir de vous écrire comme je le fais aujourd'hui.

Il n'entrera dans l'esprit d'aucun homme sensé de discuter les aptitudes du docteur Broc à occuper avec distinction le poste de secrétaire général de notre Revue; mais aucun homme juste ne pourra voir sans amertume couronner les 25 ans de travail désintéressé et productif du docteur Cassuto par un congé brutal. Les médecins sont si souvent victimes de l'ingratitude humaine, qu'ils sont impardonnables d'être ingrats à leur tour.

Je ne saurais pour ma part oublier l'époque d'indifférence générale, où quelques fidèles, stimulés par le zèle du docteur Cassuto, dépensaient un enthousiasme juvénile pour animer nos séances et faire vivre notre journal. Aussi comprendrez-vous que malgré mon vif désir de conciliation, je ne puisse voir écarter de notre Revue celui qui en a été si longtemps l'animateur apprécié et en a assuré le succès, sans en exprimer publiquement mes profonds regrets.

Est-il donc si difficile de faire cesser une bonne fois ces vaines agitations qui stérilisent notre activité et nous déconsidèrent ? Et n'entendrons-nous pas enfin les paroles d'apaisement, ne verrons-nous pas le geste confraternel qui rendraient à nos réunions le caractère scientifique qu'elles n'auraient jamais dû perdre.

Veuillez agréer, mon Cher Président, l'expression de mes sentiments dévoués.

D^r MASSELOT.

PRESENTATIONS DE MALADES

A propos du pneumothorax dans la grossesse

par les D^{rs} F. MASSELOT et R. FLEURY de la RUELLE

—(0)—

Le but de cette présentation est d'attirer votre attention sur un cas démonstratif, de ce fait bien connu aujourd'hui : à savoir que le pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire active, permet non seulement à une grossesse de se poursuivre normalement — ce qui s'observe souvent même sans le secours du pneumothorax — mais surtout à l'accouchement de s'effectuer sans que par la suite, commé c'est presque la règle, on assiste à une aggravation de la maladie, souvent même à son évolution galopante. Le pneumothorax agit en somme sur les lésions pulmonaires de telle sorte qu'elles perdent leurs tendances à évoluer rapidement sous l'influence de ces causes anergisantes au premier chef que sont la grossesse et l'accouchement.

Voici la relation rapide de notre cas :

M^{me} F..., 28 ans, enceinte de 4 mois, entre à l'hôpital le 30 juin 1930, pour hémoptysie avec fièvre.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéral ou personnel à retenir. Elle dit tousser, cracher, et maigrir depuis trois semaines seulement. L'examen révèle l'existence d'un foyer d'infiltration à la partie supérieure de la région axillaire droite (matité, nombreux râles bulleux secs) ce que l'examen radiologique vient confirmer, en démontrant l'existence au sommet droit d'un foyer d'infiltration avec spéléonque.

La température à 39°5 le jour de son entrée, se maintiendra par la suite de façon à peu près constante entre 37°5 et 38°.

Enfin la bacilloscopie est positive.

Le 14 juillet 1930, on pratique sans difficulté la première insufflation du pneumothorax, les insufflations suivantes s'opèrent aussi aisément au rythme habituel : tous les trois jours au début, puis tous les sept jours, puis toutes les trois semaines.

Le décollement du poumon suivi à la radioscopie est total sans adhérence.

A deux ou trois reprises, la malade va présenter des hémoptysies légères avec poussées fébriles, son état général ne s'en amé-

liore pas moins rapidement; son poids augmente avec régularité : en juin au moment de son entrée à l'hôpital, elle pesait 51 kilos, six mois après son poids est de 64 kilos, notons enfin que depuis le début de novembre elle reste complètement apyrétique.

Le 18 décembre, le travail se déclanche, la malade est envoyée à la Maternité où elle accouche dans des conditions tout à fait normales d'un enfant parfaitement sain en apparence du poids de 3 kg. 500; l'enfant est placé à la Maison d'Accueil de la Manouba après vaccination au B.C.G. Cet enfant est décédé le 9 mars à la suite d'une broncho-pneumonie tuberculeuse et de granulie généralisée.

Les suites de couches sont également normales et apyrétiques.

Le 2 janvier, elle revient en médecine, son état général et son état pulmonaire, sont demeurés toujours aussi satisfaisants. Le pneumothorax est repris sans difficulté et l'on poursuit depuis les insufflations régulièrement. La toux et l'expectoration sont presque nulles actuellement mais encore bacillifères; l'appétit est excellent; la température demeure normale.

Ce cas illustre cette règle admise aujourd'hui sans contestation que dans la tuberculose unilatérale évoluant chez une femme enceinte le pneumothorax est la meilleure sauvegarde de la mère et de l'enfant.

Si l'unanimité des accoucheurs et des phthisiologues s'est faite sur ce point, il n'en est pas de même malheureusement pour celui de la conduite à observer dans les cas de tuberculose bilatérale. Ici, nous nous trouvons en présence de deux écoles : Celle des abstentionnistes dans tous les cas, qui sacrifient délibérément la mère à l'enfant en s'appuyant sur des statistiques contestables tendant à prouver que l'intervention et l'abstention donnent le même déchet; et celle plus humaine des interventionnistes. Nous laissons à nos confrères accoucheurs le soin de vous présenter les pièces de cet important débat qui se poursuit depuis nombre d'années sans qu'une décision intervienne.

Mais nous nous permettrons de dire que nous nous sommes, après une longue observation des faits, rangés sous la bannière des interventionnistes. Encore ne sommes-nous point avec les partisans de l'intervention dans tous les cas. Il nous paraît difficile de conseiller une intervention si la tuberculose est sans tendance

évolutive, ou si au contraire elle est tellement avancée que le pronostic est aussi sombre dans les deux alternatives.

Nous n'osons jamais d'un autre côté conseiller un avortement chez une femme enceinte de plus de trois mois; les suites du traumatisme obstétrical paraissant dans ce cas aussi dangereuses que celles de l'accouchement. (D'ailleurs, les plus zélés partisans de l'intervention ne dépassent jamais le terme de quatre mois).

Comme on l'a excellemment écrit, il ne s'agit pas ici d'un simple problème de jugement mais avant tout d'un problème de conscience.

Discussion :

D^r MOATTI. — Je voudrais rappeler très brièvement l'observation d'une malade qui présentait une tuberculose pulmonaire compliquée d'une tuberculose laryngée tellement avancée qu'une trachéotomie a dû être faite d'urgence au cours d'un accès de dyspnée très intense.

On avait fait à cette malade un pneumothorax. Elle a pu conduire jusqu'à terme une grossesse. Elle a accouché d'un enfant vivant, et dans de bonnes conditions.

J'ai suivi cette malade après son accouchement. Au bout de six mois, j'ai pu retirer la canule. Les lésions laryngées étaient *complètement cicatrisées*. Du côté pulmonaire, on entretenait toujours le pneumothorax.

La malade avait pris du poids et avait repris ses occupations normales.

D^r BRUGUIROLLES. — Nous avons eu l'occasion de traiter, il y a trois ans, avec les docteurs Broc et Bouquet, une jeune femme de 22 ans présentant une tuberculose pulmonaire unilatérale.

Chez cette femme enceinte de 2 mois $\frac{1}{2}$, un avortement fut provoqué et il ne fut pas pratiqué de pneumothorax. Du côté laryngé surtout de l'héliothérapie.

Depuis près de six mois, les lésions laryngées et pulmonaires sont cliniquement guéries.

PRESENTATIONS DE PIÈCES

D^{rs} LEUCHER et H. JAHAN. (1) — *A propos de « Tumeurs pé-
viennes et grossesse »; Réflexions au sujet de huit observations
personnelles.* (Présentation de deux pièces).

*(Voir texte en tête de ce numéro).

∴

COMMUNICATIONS

Le D^r STIEFFEL expose très brièvement les indications, en les
opposant, des Eaux de Plombières et de Châtel-Guyon.

Plombières est la station qui convient dans les cas d'éréthisme,
tandis que Châtel-Guyon est la station des atones.

∴

D^r HAYAT. — *Aortite de la ménopause.*

(Voir l'article en tête de ce numéro).

∴

D^{rs} MASSELOT et FLEURY DE LA RUELLE. — *Polynévrite ascen-
dante aiguë.*

(Voir l'article en tête de ce numéro).

∴

Septicémie mortelle par le staphylococcus albus

par le D^r Guido LEVI

—(0)—

Le nommé R..., s'est toujours bien porté; il n'a jamais eu ni
furoncles, ni anthrax, ni aucune infection. Il souffrait pourtant de-
puis quelque temps d'hémorroïdes volumineuses et procidentes.

Le 21 janvier, ce malade fut pris brusquement par de très vio-
lentes douleurs à l'anus et à toute la région du périnée en avant, et
du sacrum en arrière. Une injection de morphine fut jugée indis-
pensable et suffit à faire cesser complètement et définitivement ces
souffrances.

Ayant toujours une sensation de lourdeur à l'anus, notre malade
se présenta le lendemain à la consultation de l'hôpital italien où,
soit à cause de ses hémorroïdes, soit dans l'idée d'une possible
infection pararectale, il fut admis dans un service de chirurgie.

(1) Communisation faite à la Société des Sciences Médicales de Tunisie.
(Séance du 13 mars 1931).

Les conditions du malade étaient en ce moment assez bonnes, puisqu'il s'était rendu seul à la consultation et par ses propres moyens; il n'avait presque pas de fièvre.

Mais le lendemain les chirurgiens le trouvèrent dans un état assez inquiétant et le firent transférer dans le service de médecine avec le diagnostic probable de fièvre typhoïde; ce diagnostic semblait le plus probable, puisqu'à l'examen rectal on n'avait rien trouvé d'anormal, ni abcès, ni infiltration et que le malade avait eu dans la nuit une diarrhée noirâtre, une véritable mœlena qu'on ne pouvait pas confondre avec une hémorragie à point de départ hémorroïdal.

Au moment de l'admission dans le service de médecine, 48 heures après son entrée à l'hôpital, le malade était dans un état désespéré : la fièvre était montée à 40°, une prostration extrême contrastait avec une conscience assez bonne et qui resta libre jusqu'au dernier moment.

L'aspect général du malade était anémié et intoxiqué en même temps : le visage était très pâle, le nez pincé, les lèvres et les extrémités cyanotiques, la peau de tout le corps était couverte d'une abondante transpiration et présentait sur l'abdomen et sur la poitrine une *éruption morbilliforme* caractéristique.

L'examen des différents organes révélait à l'examen des poumons une dyspnée intense et à l'auscultation des râles de congestion aux deux bases; l'expectoration était nulle, la toux absente.

Le cœur n'était pas dilaté, mais les bruits étaient très obscurs et le pouls à la radiale imperceptible.

L'haleine n'était pas fétide : la langue à peine saburrale; pas de koplík, pas d'angine.

L'abdomen était tendu et légèrement douloureux : la rate à peine augmentée de volume à la percussion.

À l'examen de l'anus et au toucher rectal rien de particulier, sauf la présence d'hémorroïdes volumineuses et procidentes, mais qui n'étaient ni engorgées ni enflammées, ni étranglées et ne présentaient aucune plaque de nécrose.

Les selles étaient liquides et franchement mœlaniques.

Les urines rares, contenaient de l'albumine 0,45.

L'examen de l'urine révéla aussi la présence de sang et de nom-

breux cylindres granuleux. Vers la fin le malade présenta de l'incontinence des matières.

A l'examen du système nerveux, à peine une légère rigidité de la nuque et une paresse du réflexe pupillaire à la lumière.

Le malade ne vomit qu'une seule fois.

Il mourut dans l'après-midi après trois jours de maladie.

La fièvre avait atteint 41°.

Dans les quelques heures que nous avons eu ce malade dans notre service, nous avons cherché la nature et l'origine de sa maladie.

Aucun doute qu'il n'ait succombé à une septicémie extrêmement grave dont l'hémorragie intestinale a été un épisode qui a contribué à empirer une situation déjà sans espoir.

Il était naturel de songer à une typhoïde, d'autant plus qu'une éruption morbilliforme quoique rare a été constatée quelque fois au cours de cette maladie. Le sérodiagnostic négatif permit d'éliminer cette hypothèse.

Le méningocoque peut lui aussi donner des éruptions semblables à celle que présentait notre malade, mais il n'y avait pas dans notre cas des symptômes nets d'une vraie méningite.

L'hémoculture devait trancher la question de la nature de cette septicémie.

Elle a été faite par le docteur Ugo Lumbroso dans le laboratoire de l'H. I. avec tous les soins possibles.

Le sang a été prélevé avec les meilleures règles de l'asepsie et de l'antisepsie pour éviter toute contamination; la peau a été désinfectée à la teinture d'iode, la seringue a été stérilisée auparavant à l'autoclave.

Le sang a étéensemencé dans trois tubes de bouillon peptone aux doses de trois gouttes dans le premier tube, 1 cmc, et 3 cmc. dans le deuxième et dans le troisième tube. Rien ne se développa dans les deux premiers jours; le troisième, le bouillon devint légèrement trouble, puis franchement trouble vers le quatrième jour. L'examen microscopique montra un tout petit staphylocoque gram positif qui,ensemencé dans l'agar simple, se développa en colonies très nombreuses d'un blanc grisâtre et ne donna dans les plaques d'agar sang, aucune hémolyse.

En conclusion, la réponse très nette du laboratoire a été : pré-

sence dans le sang du malade d'un staphylocoque blanc non hémolytique à l'état pur.

Cette réponse nous a conseillé de vous présenter l'observation de notre malade, car le plus souvent c'est le staphylococcus auréus qu'on rencontre dans les staphylococcémie et ce n'est que dans des cas très rares qu'on trouve dans le sang le staphylococcus albus.

Lemierre en a publié quelques observations. Il s'agit dans ces cas, selon Mohr et Staehelin, le plus souvent d'infection d'origine urinaire.

Le staphylocoque blanc est considéré habituellement comme un saprophyte inoffensif : il faut croire que dans notre cas il avait acquis une virulence particulière.

Il est regrettable que nous n'ayons pas fait une inoculation au cobaye : elle aurait démontré plus clairement la virulence du microbe; en tout cas le développement tardif du germe dans les trois tubes nous permet de conclure que la présence du staphylocoque n'a pas été due à une contamination fortuite.

Le staphylocoque blanc donne très souvent une éruption morbiliforme pareille à celle que présentait notre malade; il donne presque toujours des métastases purulentes qui ont manqué chez notre malade dont l'organisme a été sidéré par la septicémie; d'ailleurs la petite hémorragie rénale et l'hémorragie intestinale beaucoup plus importante doivent être considérées comme une conséquence d'embolies septiques.

La présence du staphylocoque dans le sang est d'ailleurs selon tous les auteurs d'un pronostic fatal, et notre cas n'a pas fait exception à la règle.

Nous n'avons pas pu pratiquer l'autopsie de notre malade qui aurait été très intéressante, mais nous doutons qu'elle put nous révéler autre chose sur la nature et l'origine de cette infection qui a eu pour point de départ la région de l'anus.

Je termine cette petite communication en remerciant vivement le docteur Lumbroso pour son intelligente et précieuse collaboration.

Phlegmon herniaire inguino-scrotal gauche
Etranglement du cæcum avec sphacèle du fond cæcal

par les D^{rs} RONCHOT et SCHAEFFER

—(0)—

Le 2 janvier 1931 on admet au service un enfant du sexe masculin, âgé de 6 ans, sur lequel on ne peut obtenir aucun renseignement au point de vue antécédents, pas plus que sur le début et le cours de la maladie.

Son état général est satisfaisant. La température est de 37°4; le pouls bat à 100.

Cet enfant se présente avec une bourse gauche du volume d'un poing, rouge, œdématisée, non douloureuse à la pression; il existe un paraphimosis par œdème. Cet œdème est localisé à la bourse elle-même et ne remonte pas sur la paroi abdominale.

L'enfant ne vomit pas; il urine spontanément.

On n'a pas de renseignements sur le cours des matières.

On pense soit à une torsion du testicule, soit à un phlegmon herniaire et on décide l'intervention.

Intervention : Anesthésie générale, kélène-éther.

Incision large du trajet inguinal gauche d'où semble procéder la tumeur des bourses. On tombe sur des tissus infiltrés, parfois lardacés. Ouverture d'un sac herniaire à tissus fibreux, criant sous le couteau. Les parois du sac herniaire sont grisâtres, d'aspect gangréneux. Il s'écoule un liquide louche. Le fond du cæcum adhère fortement au fond de la bourse. On le détache et on constate qu'il présente un sphacèle le perforant sur une surface équivalente à celle d'une pièce de 50 centimes.

On suture et on enfouit sous double surjet la portion sphacélée.

Faisant suite à la portion herniée on découvre un appendice extrêmement long, intra-abdominal. Appendicectomie suivie d'enfouissement du moignon.

Fermeture du péritoine en bourse sur l'anneau inguinal interne.

Vu l'aspect gangréneux des tissus on laisse largement ouverte l'incision des bourses et on met une mèche iodoformée.

∴

Les hernies à gauche du cæcum ne sont pas aussi rares que l'on pourrait le croire. Cruveilhier déjà, trouvait surprenant que le

cœcum soit aussi souvent hernié à gauche qu'à droite. Plus récemment, Tuffier a montré que les hernies du cœcum sont assez fréquentes à gauche.

Broca donne les statistiques suivantes :

a) Chez l'enfant :

Pour 107 hernies cœcales inguinales droites, 10 hernies cœcales inguinales gauches.

b) Chez d'adulte :

Pour 85 hernies cœcales ing. droites, 4 hernies gauches.

Soit : 9,3% chez l'enfant.

4,7% chez l'adulte.

Mac Ready donne 51 observations de hernies du cœcum dans lesquelles il relève : 9 hernies inguinales et une hernie crurale.

L'auteur fait bien ressortir que la fréquence relativement grande de la hernie cœcale à gauche n'est pas à rapporter à une inversion des viscères, mais bien à une mobilité particulièrement grande de l'anse des côlons.



Séance du Comité de Rédaction

—(0)—

Mardi 10 Mars 1931

—(0)—

Sont présents : MM. Broc, Zammit, Ronchot, Soria, Bonan, Moatii, Bruguairolles, Ben Raïs, Masselot, Bouquet, Tremsal.

Absent excusé : Jarmon.

∴

Le D^r BROC donne lecture d'une lettre du D^r BRUN et du D^r CORTESI qui démissionnent du Comité de Rédaction — et d'une lettre du D^r MASSELOT qui exprime ses regrets des derniers incidents.

Le Comité, à l'unanimité, émet le vœu de voir le D^r CASSUTO accepter le titre de Rédacteur en Chef honoraire, et prendre part à ses travaux.

Une délégation composée des D^{rs} ZAMMIT, SORIA et BOUQUET se rendra à cet effet chez le D^r CASSUTO.

Diverses questions sont alors discutées sur les modifications à apporter au journal et l'opportunité de publier, pour le Cinquantenaire, un numéro spécial.

—(0)—

Détermination voulue des sexes

(Deutsche Medizinische Wochenschrift, n° 8 — 1930)

—(0)—

1° L'acidité des sécrétions vaginales chez la femme serait une cause de stérilité;

2° Chez la femme, stérile pour cette cause, l'alcalinisation expérimentale des sécrétions vaginales permettrait la fécondation;

3° L'enfant, issu de cette fécondation, serait constamment du sexe masculin;

4° L'acidité des sécrétions vaginales serait un facteur favorisant la conception d'une fille.

La conclusion pourrait se résumer dans la règle suivante :

a) pour obtenir un garçon : faire précéder l'acte générateur d'une injection vaginale d'eau bicarbonatée tiède;

b) pour obtenir une fille : avant les rapports sexuels, injection vaginale tiède d'eau acidulée par de l'acide lactique. *Bouquet-Bryon.*

—————

Sur le passage de la Quinine dans le lait maternel

(Journal de Pharmacie de Belgique, n° 10 — 1930)

—(0)—

Ce serait une dangereuse erreur de croire qu'il suffit à une femme qui allaite d'absorber 25 à 50 cgr. de quinine par jour pour prémunir son nourrisson.

Les recherches de Barclay, Lhuorre et Mithard, à la maternité indigène de Dakar, permettent de conclure que :

1° le lait de la femme ne contient de la quinine que pendant l'heure qui suit l'injection ou l'absorption; aux heures suivantes, la quinine ne se décèle plus dans le lait;

2° les doses de quinine contenues dans le lait, pendant l'heure où l'alcaloïde est éliminé, sont de 5 milligr. au maximum pour 100 cc. de lait, donc très inférieures à la dose de 5 cgr. par année d'âge, considérée généralement comme nécessaire à la prophylaxie du paludisme chez les enfants.

3° Il ne faut donc pas compter sur le lait maternel pour prémunir le nourrisson. *Bouquet-Bryon.*

Comment doivent se prendre les cachets ?

(Bulletin des Biologistes Pharmaciens, n° 10, p. 279)

—«O»—

Si l'on immerge dans de l'eau, à 16-22°, des cachets fermés à sec par emboîtement, les deux capsules s'ouvrent au bout de 2 à 3 minutes. Si l'on immerge dans les mêmes conditions des cachets fermés par humectation et soudure des bords sous pression, les cachets ne s'ouvrent qu'au bout de plusieurs heures. Toutefois, si le cachet a été préalablement insalivé, la ptyaline agissant par digestion de l'azyme, l'ouverture s'effectue en 3 ou 4 minutes.

Conclusions : Pour que les cachets médicamenteux libèrent promptement leur contenu dans l'estomac, il convient de placer le cachet à sec dans la bouche, de l'insaliver pendant quelques secondes et de l'avaler ensuite avec une gorgée de liquide. Le cachet s'ouvrira dans l'estomac de 2 à 5 minutes après et son contenu n'adhérera pas à l'azyme qui sera digéré.

Ces résultats observés *in vitro* ont été contrôlés radioscopiquement *in vivo* avec des cachets à contenu opaque aux rayons X.

Bouquet-Bryon.

Sur la valeur nutritive des Bananes

(Dr Chevalier (Annales des falsifications, nov. 1930). Le bluff des Bananes)

—«O»—

La banane fraîche, mûre à point et bien conservée, est un fruit sain, mais dont le prix élevé ne correspond pas à la faible valeur nutritive.

A l'analyse on constate :

• Un fruit de poids moyen (120 gr.) est composé de :

1° déchet (écorce totalement inutilisable) : 35% ;

2° partie comestible (pulpe) 65%. Mais cette partie comestible renferme 75% d'eau et seulement 25% (soit 20 gr. pour une banane de 120 gr.) d'éléments nutritifs.

Les fruits indigènes (pommes, poires, abricots, prunes, pêches, etc.) sont aussi riches en vitamines et leur prix de revient est inférieur.

La farine de bananes est facilement digestible et d'arôme agréable; mais au point de vue nutritif elle est inférieure aux farines de céréales ou de légumineuses.

Bouquet-Bryon.

Repas barytés pour radioscopie

(Bulletin des Biologistes Pharmaciens, n° 10, p. 286)

—«O»—

Les suspensions de sulfate de Baryum peuvent quelquefois donner lieu par réduction, en présence de substances protéiques, à la formation d'hydrogène sulfuré, communiquant sa désagréable odeur au produit.

« The Pharmaceutical Journal » conseille pour éviter cet inconvénient de substituer à une partie de l'eau de la préparation, de l'eau chloroformée, qui s'opposera à l'action microbienne réductrice.

Bouquet-Bryon.



LIVRES REÇUS

La Thérapeutique des Péchés Capitaux Gourmandise — Paresse — Luxure

par le Dr J. Laumonier, Professeur honoraire de l'École de Psychologie de Paris. — Deuxième édition.

Un volume in-16, broché : 15 francs. — E. Le François, Libraire-Éditeur, 91 Boulevard Saint Germain, Paris (6^e).

Conférences de clinique chirurgicale pratique

par J.-P. Tourneux, chirurgien des Hôpitaux de Toulouse — Première série, in-8° raisin, 440 pages, 61 figures. — Vigot Frères, Éditeurs, 23, rue de l'École de Médecine, Paris. — Prix : 40 francs.

La Tunisie Médicale

AVRIL 1931

TRAVAUX ORIGINAUX

La Xénophobie devant la médecine légale (1)

par le Prof. A. POROT (d'Alger)

—(0)—

De tout temps et en tous lieux, on trouve, en marge de la Société, ou en conflit avec elle, un certain nombre de sujets inadaptables dont la plasticité insuffisante fait des malheureux, des vagabonds, des protestataires ou des révoltés, selon leur tempérament et les tendances réactionnelles qu'ils portent en eux. Leurs manifestations antisociales empruntent parfois aux circonstances un relief dont la Politique ou l'Histoire peuvent s'emparer et dont la Psychiatrie sait, à l'occasion, tirer un intéressant profit.

Avec la transformation de la vie publique, les nouvelles mystiques sociales, les grands courants internationaux et l'expansion économique outre-mer, les modalités et les formes des réactions anti-sociales peuvent se transformer et subir de nouvelles appellations. Suivant les époques, on est *régicide*, *révolutionnaire*, *anarchiste*; suivant les latitudes, on est *libertaire*, *bolcheviste* ou *xénophobe*.

En portant très loin sur le globe leurs conquêtes économiques ou militaires, ceux que l'on appelle les *civilisés*, ont créé de nouvelles occasions de heurt ou de conflit avec des peuples de race et de religion différentes.

(1) Communication au VI^{me} Congrès de Médecine Légale. - Paris, mai 1931.

N.D.L.R. — Le Prof. Porot, qui a laissé à Tunis, où il exerçait avant la guerre, le souvenir d'un grand clinicien et d'un excellent confrère, a bien voulu nous adresser la communication qu'il devait faire au Congrès de Médecine Légale, et que les nécessités de la mise en page ne nous ont pas permis de publier plus tôt. Nous joignons à sa communication sa leçon inaugurale du cours de Pathologie générale et Médicale à la Faculté d'Alger où ceux qui assistaient aux séances de notre Société en 1908-1914, retrouveront la clarté et l'élégance qui faisaient tant apprécier ses diverses communications.

La *xénophobie* peut être considérée, dans son principe, comme une forme nouvelle d'inadaptation sociale en pays de domination étrangère. Mais il faut bien reconnaître qu'ici les données du problème de l'adaptation sont, à priori, singulièrement discordantes et que l'écart des mentalités ou des mœurs favoriserait grandement les réactions, si l'adresse politique et ce que l'on appelle le génie colonisateur des nations premières n'y apportaient les tempéraments et les tactiques nécessaires. L'expérience a prouvé que les politiques d'expansion les meilleures et les plus sûres du succès sont celles qui ont respecté le plus possible les complexions sociales préexistantes.

Même sous les meilleurs régimes coloniaux, se produisent cependant, de temps à autre des mouvements collectifs de mécontentement ou des manifestations individuelles de révolte qui prennent figure de *xénophobie*.

Politiquement parlant, la *xénophobie* mérite toute l'attention du pouvoir désireux d'affermir son autorité et de sauvegarder les intérêts dont il a la garde. Ses manifestations doivent être jugées cependant avec tout le sang-froid désirable. L'opinion publique s'émeut presque toujours outre mesure et réclame une justice impitoyable et dure de vainqueur.

Qu'il s'agisse d'un attentat ou d'un meurtre dicté par le fanatisme politique ou religieux; — qu'il s'agisse de propos sédifieux dont la répercussion peut être plus ou moins profonde dans les masses indigènes, le psychiatre est appelé parfois — il devrait l'être toujours à notre avis — à donner son avis sur la valeur mentale du délinquant ou du criminel.

Dans son tête à tête avec l'inculpé, l'expert, sans oublier le point de vue de la défense sociale, devra se dégager des rumeurs d'opinions aveugles qui montent à ses oreilles. Mais il ne devra pas négliger, cependant, tous les éléments ethniques ou éducatifs qui donnent à la personnalité psychique de son sujet des caractères particuliers; il doit entrer dans le plan mental de la race dont il juge une individualité.

Sous cette réserve, — qui ne manque pas d'importance, — on verra, dans la pratique, tous les cas particuliers se prêter aux considérations générales et médicales de l'expertise mentale cou-

rante et l'on retrouvera les mobiles classiques, les déviations ou les altérations psychiques courantes.

Psychologiquement parlant, on peut dire qu'il n'y a rien de spécifique dans le cas du xénophobe : c'est suivant les cas, un mystique, un rêveur, un ambitieux déçu, un paranoïaque, un passionné, parfois — mais plus rarement — un vrai malade dont une occasion, souvent banale, révèle l'inadaptation latente.

Il prolonge cette longue lignée des *criminels politiques*, des *justiciers sociaux*, *régicides*, *anarchistes*, si bien étudiés par Régis.

Un des traits les plus frappants dans l'histoire de ces crimes sociaux et sur lequel avait beaucoup insisté le psychiatre bordelais, c'est qu'au cours des siècles, on a toujours voulu trouver des complices à leurs auteurs, qu'il se soit agi des anciens régicides (J. Clément, Ravailiac, Damiens) ou des anarchistes du siècle dernier (Caserio, Luccheni, etc...) et « toujours, il a fallu reconnaître que « le criminel était, par sa nature même, un solitaire qui n'avait « d'ordinaire ni complice, ni confident, même dans sa plus immédiate intimité. » Ils sont presque toujours seuls, ajoute-t-il, à méditer, à préparer, à accomplir leurs forfaits.

Comme tous les révoltés précités, le xénophobe, jusqu'au moment où il s'impose à l'attention, n'est souvent qu'un *solitaire*; son coefficient d'agitation sociale n'apparaît qu'à ce moment et semble fait bien plus de l'état de réceptivité de son ambiance que de sa potentialité propre.

L'observation de tous les mouvements xénophobes montre le rôle de cristallisation presque constant d'un mystique, d'un exalté ou d'un ambitieux; et je crois même que bien souvent les affaires de xénophobie ne méritent pas l'extension et la généralisation que s'appliquent à leur trouver, a priori, l'émotion publique ou la hantise d'un pouvoir inquiet.

C'est du moins la constatation que j'ai pu faire dans deux affaires de xénophobie à l'occasion desquelles je fus nommé médecin-expert, affaires qui, en leur temps, avaient assez ému l'opinion publique et les Pouvoirs.

J'en donne ici le résumé.

..

En août 1913, à Tunis, j'étais commis pour examiner un lettré musulman de 37 ans, accusé d'avoir tenu des propos séditionnaires contre le Gou-

vernement, contre des personnages politiques, déclarant que c'était un devoir pour les Musulmans de tuer les colons européens, les gouvernants, déclarant même que le Cheik-ul-Islam, n'était pas un bon Musulman, était un « rénégat ».

Le sujet était un homme intelligent, ayant fait sept années d'études à la Grande Mosquée de Tunis; il y avait pris une licence lui donnant droit à l'enseignement et aux commentaires du Coran et pendant trois ans y avait été professeur.

Assez instable, irrégulier, il avait en dernier lieu été au Caire fréquenter pendant trois ans les Mosquées et les grands professeurs; il revint déçu et voulut reprendre ses cours à la Grande Mosquée de Tunis où l'on avait dû pourvoir à son remplacement. Il n'accepta pas cette destitution, groupa ses élèves et leur tint alors une série de propos séditioneux, contre ses chefs religieux et surtout contre les autorités françaises qui les couvraient.

En réalité, c'était un anormal, mystique, instable, solitaire, doué d'une misanthropie sévère; une éducation religieuse intensive l'avait orienté vers une déformation philosophique de l'esprit. C'était une sorte de J.-J. Rousseau, poussé dans l'Islam, ne croyant qu'en la nature, seule belle et seule parfaite, vagabondant de pays en pays, comme le philosophe Genevois, ayant comme lui la même indifférence affective pour la famille. Il avait répudié sa femme et ses enfants, parce que, disait-il, les femmes sont inutiles, et aussi parce qu'il ne tenait pas à avoir d'autres enfants, destinés à souffrir sur la terre. Il partait sur la montagne ou dans le « Djerid » pour y admirer, disait-il, la Nature « et le Soleil ». Sa destinée « naturaliste » était formulée en des phrases bien caractéristiques : « La « créature est imparfaite; il n'y a que la nature de belle; elle me pose et dicte toute ma vie ». Il ne restait, de son propre aveu, dans la société des hommes que par besoin, quand le manque de ressources l'obligeait à travailler pour acquérir le nécessaire. Pendant les trois années passées dans les Mosquées du Caire, il vécut en corrigeant des épreuves d'imprimerie. Son tourment philosophique n'y fut pas satisfait; il revint déçu, se mit à fumer la « chira » (qui contient du haschich) et se renforça dans sa misanthropie solitaire et son scepticisme. « Le Créateur ne m'a pas dit la matière dont je suis fait; je ne pourrai donc « jamais être heureux ». « En observant autour de moi, je fais mon « enquête sur les religions et j'ai trouvé qu'il n'y a que l'homme qui « souffre sur la terre ! donc la vie est inutile ». Enfin comme on lui de-

mandait s'il appartenait à une confrérie (zaouia), il répondit : « Ma « zaouia, c'est mon esprit ».

On voit que là, les propos séditieux n'étaient qu'une réaction accidentelle, banale en quelque sorte, chez un mystique, solitaire, insociable et misanthrope et de plus intoxiqué; l'attitude xénophobe n'avait pas la portée sociale que la qualité du sujet pouvait faire redouter.

∴

La deuxième affaire de xénophobie dans laquelle je fus commis expert est le crime d'un indigène également mystique et solitaire.

En 1922, dans la rue principale d'une bourgade algérienne, un indigène de 37 ans, assis à la terrasse d'un café maure, s'élançait subitement sur un groupe d'européens et enfonçait son couteau dans le ventre de l'un d'eux. Arrêté aussitôt, il déclarait ne pas connaître sa victime, mais avoir voulu sacrifier un « roudi », sachant bien qu'il serait guillotiné, mais que « ce double sacrifice humain pouvait seul sauver le monde des cinq « années de misère qu'il avait à subir ».

Cet indigène avait quitté son douar à l'âge de 17 ans, pour mener une existence errante, mais orientée surtout vers les milieux religieux et maraboutiques où pendant de nombreuses années, il avait étudié le Coran et ses commentaires. Devenu « taleb », il avait lui-même enseigné pendant plusieurs années dans les mosquées et chez un caïd dont il avait instruit les enfants. Marié, il avait abandonné sa femme, puis avait changé de région, mais restant fidèle aux confréries auxquelles il était affilié.

Aucun souci du travail manuel; mépris de la vie matérielle; aucun bien propre. Il ne s'était cependant signalé par aucune excentricité, ni aucun acte susceptible d'attirer sur lui l'attention, végétant, ignoré, dans l'ombre des marabouts, ne se complaisant que dans la lecture du Coran et de ses commentaires. Une fois cependant, étant en prière sur une montagne, il avait entendu la voix du grand marabout Sidi-Yahia qui lui aurait dit « Immoles-toi ». Encore est-il que cette « révélation » ne fut suivie d'aucune réaction.

A la Prison il fit une tentative de suicide, déclarant, comme mobile, qu'ayant tué, il devait mourir.

Hormis cet incident, comportement normal. Ni hallucinations, ni développement délirant par interprétation. Pas de confusion. Une affirmation

péremptoire : son meurtre n'avait qu' « un but de sacrifice pour conjurer la mauvaise récolte ».

En somme, croyance religieuse, erronée en soi, dangereuse en ses conséquences, mais qu'on ne saurait élever à la hauteur d'une idée obsédante ou d'un délire chronique.

Cet homme n'était pas un débile mental ni un déséquilibré; c'était au contraire un sujet qui chercha à affiner son esprit, goûta à la mystique religieuse et se complut dans la lecture des ouvrages de religion.

La religiosité en soi ne saurait être considérée comme un phénomène pathologique tant qu'elle ne s'exteriorise pas sous forme d'hallucinations ou de thèmes délirants.

Le geste meurtrier fut rapide, mais conscient, commandé par une idée religieuse dans un but de sacrifice humain, rituel, dont l'inculpé a parfaitement donné l'explication, première et unique manifestation du fanatisme religieux.

Nous ne crûmes pas devoir apporter à ce geste meurtrier l'excuse de l'irresponsabilité. Le sujet ne sortait pas des limites de la psychologie ordinaire des « passionnés ».



Un cas de tumeur de la peau

par le D^r BROG

—(0)—

Je vous présente pour diagnostic une tumeur de la peau, que je vois pour la première fois chez un Indigène Tunisien.

Le malade, Belgacem ben Ahmed ben Guenira, âgé de 70 ans, et originaire des Nefzaouas, est entré à l'Hôpital Sadiki le 5 février 1931. Il s'est présenté la nuit vers une heure du matin, atteint de *rétenction d'urine*. Retenez bien ce point qu'il nous faudra discuter au diagnostic. L'interne du service septique l'a sondé, a recueilli des urines sanguinolentes, et trouvant la lésion de la peau bizarre, a fait une biopsie, l'a envoyée au laboratoire, et le malade s'étant mis à uriner spontanément, l'a fait passer dans le service de médecine.

Notre malade, qui n'aurait jamais eu la syphilis, le Wasserman est négatif, a été atteint de paludisme; marié, n'a pas eu d'enfants; sa femme a fait deux fausses couches; il a longtemps travaillé comme journalier dans le Djerid et depuis seize ans il habite Tunis.

Il y a 6 à 7 mois, il a vu apparaître de volumineux nodules situés dans la région hypogastrique droite, la peau est devenue bosselée, mamelonnée sans aucune douleur.

Actuellement le malade présente un large placard de peau infiltrée dans la région hypogastrique sur laquelle s'élèvent deux masses volumineuses, de forme très irrégulière. La plus volumineuse présente environ huit excroissances charnues qui ressemblent à des bourgeons de pomme de terre. Deux de ces bourgeons sont gros comme une amande, les six autres sont de la taille d'un pois.

L'un des bourgeons est ulcéré rouge, saignant.

La 2^{me} masse est de la taille d'une petite mandarine. Elle est exactement médiane. Elle est apparue au niveau de l'ombilic. Elle est rouge et saignante dans les trois quarts de sa surface, seule la base est recouverte d'un épiderme assez fin,

La consistance de ces tumeurs est dure et résistante. Il n'y a pas d'adénopathie.

Toute la masse est dans la peau, elle est mobile sur les plans profonds.

Toute la masse est indolore.

Le malade présente des troubles urinaires, pollakiurie diurne, incontinence nocturne d'urine par regorgement, brûlures vives à la miction, pyurie et hématurie peu abondante et irrégulière, le

malade rend des glaires sanguinolentes, gelée de groseille pendant 24 heures et tout rentre dans l'ordre.

Le malade est atteint de diarrhée depuis 25 jours, il a maigri d'une façon formidable; il y a trois mois environ qu'il ne peut plus travailler.

Compte-rendu de la Biopsie :

« Sous l'épiderme normal, un tissu conjonctif sensiblement normal qui semble refoulé par la tumeur. Immédiatement au-dessous, une masse de tissu conjonctif formé de faisceaux entrecroisés en tous sens, très riche en cellules fusiformes, très pauvre en collagène. Ces cellules ne présentent pas de monstruosité cellulaires, mais limitent quelques néo-vaisseaux.

Plus profondément aspect tout différent ; une masse de petites cellules ou arrondies ou triangulaires, disposées sans aucun ordre apparent, très irrégulières quant à la forme et à leur constitution nucléaire; dans cette partie de la tumeur, les néo-vaisseaux sont extrêmement nombreux, limités par les cellules tumorales. Pas de stroma. »

Sans contredit, l'épithélioma étant intact, cette tumeur de la peau est d'origine conjonctive, et cliniquement, par la cachexie rapide qu'elle entraîne, par les troubles urinaires qu'elle a provoqués, car ces troubles nous paraissent dus à une métastase, cette tumeur nous paraît devoir être rangée dans les tumeurs malignes; mais nous laissons aux dermatologistes de la Société tout loisir de nous donner le genre, l'espèce, la variété et le ou les noms qui lui conviennent.

Cette note était rédigée, pour pouvoir présenter le malade à la dernière séance, mais son état s'étant aggravé brusquement, nous n'avions pu le faire, il est décédé depuis, et nous pouvons vous présenter la tumeur vésicale, d'aspect absolument identique aux tumeurs de la peau. S'agit-il d'une métastase, ce qui confirmerait la nature maligne de la tumeur de la peau ? ou bien, sommes-nous en présence de tumeurs bénignes multiples, comme dans la maladie de Recklinghausen, dont l'une d'entre elles se serait développée dans la vessie. Cela nous paraît peu probable, mais pour résoudre cette question, nous nous proposons de faire des coupes de la tumeur vésicale; ce sera, croyons-nous, la meilleure manière de confirmer l'une ou l'autre hypothèse.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 17 Avril 1931

—(0)—

La séance est ouverte à 18 h. 05 sous la présidence du D^r Soria.

Sont présents : MM. les Docteurs Ronchot, Hadjouj, Bonan H., Moatti, Santillana, Dana, H. Zérah, Guttières, Brandenbourg, Ghouila-Houri, Broc, Guez, Soria, Fellous, Scemama, Sfez, Maruani, Cohen-Boulakia, Brugairolles, Rogalski, Ferrussel, Lutringer, Hababou-Sala, Caillon, Ferrand, Triolo, Cassar, Bouquet-Bryon, Tremsal, Benmussa, Scialom, Lalloum, V. Cohen, Scialom D., Scemla, Gandolfo.

∴

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité

∴

COMMUNICATIONS DU BUREAU

Le D^r SORIA informe la Société qu'en liaison avec le bibliothécaire, il a fait le nécessaire pour les journaux et livres demandés par un certain nombre de collègues.

∴

Le Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis envoie une note rappelant à ses Confrères que les membres de l'Institut Pasteur n'ont à aucun degré le droit d'exercer la médecine. Ils reçoivent, en raison de cette abstention, une indemnité particulière. Les appeler en consultation payante est les exposer à la révocation.

28 avril 1931.

Signé :

CH. NICOLLE.

∴

Candidature : M. LUCIEN BALOZET, sous-directeur des Services Vétérinaires à l'Institut Pasteur de Tunis, est élu à l'unanimité membre de la Société.

PRESENTATIONS DE MALADES

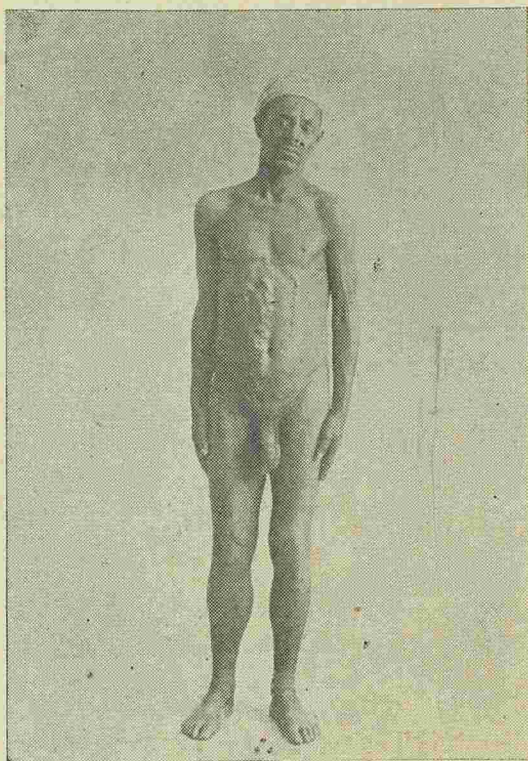
Varices abdominales

par les D^{rs} BROG et H. BONAN

—(0)—

Voici un malade du service du docteur Broc qui présente une curiosité clinique : des varices abdominales.

En 1924 le malade est opéré pour une affection hépatique; une vingtaine de jours après apparaît un réseau veineux superficiel et sus-ombilical n'entraînant aucun trouble fonctionnel. Par la suite



les veines gagnent l'étage sous-ombilical et se distendent de plus en plus.

Actuellement vous constatez surtout sur le côté droit du corps trois veines, une médiane, deux latérales minces en haut, turges-

centes et sinueuses en bas; elles s'étendent du creux axillaire à l'arcade crurale et à la face antéro-externe de la cuisse où elles se terminent brusquement par un renflement.

Fait plus curieux, vous voyez aussi une veine verticale dans la région dorsale droite, siège futur du développement veineux.

Il y a un léger degré de varicocèle, pas de varices, pas d'hémorroïdes, le foie est petit, la rate normale; les cicatrices que vous voyez signent la spécificité du malade dont le Wassermann est positif.

En résumé il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une intervention portant sur le foie, a vu se développer un système veineux abdominal prononcé.

Sans nul doute, il s'est produit après l'acte chirurgical une zone cicatricielle étranglant la veine porte, donnant ainsi naissance aux veines sus-ombilicales et créant la circulation Porto Cave puis, l'extension fibreuse gagnant la veine Cave a créé l'état veineux actuel, c'est-à-dire la circulation cave-cave.

Le malade n'a jamais eu d'ascite.

D'après Castaigne et Bender, il ne faut pas seulement, pour créer de l'ascite, une gêne circulatoire mais aussi une inflammation péritonéale.

Cette observation qui pourrait se superposer à une ligature physiologique de la V. Porte constitue une démonstration.

—(O)—

Cancer du sein chez un indigène

par le D^r J. GUEZ

—(O)—

Le nommé Amara..., âgé de 60 ans, est entré le 27 mars 1931 à l'Hôpital Sadiki pour une tumeur ulcérée au niveau de la région mammaire gauche évoluant depuis quatre ans.

Début. — Il y a 4 ou 5 ans, ce malade a constaté une tuméfaction surélevée au-niveau de la peau qui, d'abord de la dimension d'un grain de blé a progressivement grossi pour atteindre au bout de quatre mois la grosseur d'un œuf de poule. Cette tuméfaction siégeait, nous raconte le malade, dans la peau de la région du sein gauche et au-dessus du mamelon.

Le malade s'est fait alors opérer mais la tumeur a récidivé au bout de quatre mois. Il a subi depuis trois nouvelles opérations suivies chaque fois au bout d'un certain temps de nouvelles récidives.



Actuellement il présente une ulcération au centre d'une tumeur siégeant au niveau du sein gauche dont le mamelon a disparu. Cette ulcération se continue avec une peau amincie, ses bords ne sont pas décollés, le fond est rouge, saignant, avec quelques traînées de peau allongées. La tumeur est arrondie dans son ensemble, avec un bord supérieur en forme de croissant. Très saillante à ce niveau elle s'aplatit en allant au centre vers l'ulcération. Elle présente en outre des bosselures molles fluctuantes avec une peau amincie qui par places présente de petits orifices taillés à pic par lesquels la

pression fait sourdre un liquide sanguinolent qui se coagule par endroits.

La tuméfaction a environ 15 cm. de largeur, sur 12 cm. de haut. Elle paraît adhérente surtout dans sa partie supérieure aux plans profonds.

On note au niveau de l'aisselle gauche un seul ganglion dur, mobile.

Par ailleurs l'examen semble négatif; on note seulement un mauvais état général du malade qui est amaigri et présente un aspect souffreteux.

Il n'y a pas de métastase pulmonaire ou osseuse comme le confirment les radiographies qu'on a fait faire.

Il m'a paru intéressant de vous présenter ce malade parce que le diagnostic de son affection pourrait soulever quelque discussion. On pourrait en effet penser qu'il s'agit là d'un sarcome de la peau de la région du sein, à marche lente.

Mais à cause du début de la tumeur, ce diagnostic ne saurait être retenu parce que ce malade présente un ganglion dur non douloureux au niveau de l'aisselle qui n'a pas de caractère inflammatoire mais bien en rapport avec sa tumeur. Il s'agit donc probablement d'un épithélioma du sein malgré le début que raconte le malade et ce diagnostic est confirmé par l'examen histologique dont le résultat donné par M^{me} Brun est : épithélioma dentritique.

Le cancer du sein, affection relativement très rare chez l'homme en France, est plus fréquent chez l'indigène en Tunisie. On en voit assez souvent à Sadiki, et il semble que l'affection évolue moins rapidement que chez la femme.

∴

PRESENTATIONS DE PIÈCES

D^r Broc. — *Un cas de tumeur de la peau.*

(Voir l'article en tête de ce numéro)

Discussion :

D^r CASSAR : La belle observation qui vient de nous être présentée ne saurait laisser indifférent le dermatologiste. Je remercie M. Broc de m'avoir autorisé à examiner le malade porteur de ces lésions, durant le séjour qu'il effectua dans son service de Sadiki.

M. Broc range le syndrome dont il vient de fixer les traits, dans le cadre des sarcomes cutanés.

Je crois qu'il s'agit de la dermatose décrite par Darier en 1924 sous le titre de « Dermato-fibromes progressifs et récidivants ou fibrosarcomes », que l'auteur définit ainsi :

« Au point de vue clinique, ce type est individualisé par des « lésions néoformatives de la peau, d'une apparence objective très « spéciale empruntant pour une part au tableau de la sclérodermie « en plaques, mais en majeure partie à celui des néoplasmes, une « évolution progressive, une très grande résistance au traitement « et une tendance extrême à la repullulation après destruction. Ces « attributs cliniques conduisent au total à leur reconnaître un cer- « tain degré de malignité. Enfin, prédilection de siège marquée « pour la peau antérieure de l'abdomen et les régions inguinales « voisines.

« Au point de vue histologique :

« Au stade initial, lésions de dermatosclérose; ultérieurement « aspect typique de fibrome fasciculée; mais par place et à un mo- « ment donné, les tumeurs prennent exactement la texture du sar- « comè fasciculé. »

Les pièces que nous avons sous les yeux (il s'agit de tumeurs cer- taines) ne donnent qu'une image considérablement réduite et défor- mée des lésions. Celles-ci étaient constituées par des tumeurs mar- ronnées du volume d'un gros œuf reposant sur un tégument infil- tré, dur, sclérodermique. Ces néoformations parfaitement lisses présentaient par places et à l'endroit où elles étaient en contact avec les vêtements une érosion superficielle plutôt qu'une ulcération. Cet aspect et le siège des lésions reproduisent fidèlement les traits que l'on retrouve sur les photographies qu'en donne Darier dans son mémoire princeps des « Annales de Dermatologie » de 1924.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner les coupes qui ont été pratiquées sur ces tumeurs, mais le protocole de l'examen an- tomo-pathologique qu'en donne M. Broc permettent de conclure qu'il s'agit d'un tissu riche en trousseaux fibreux avec, par place, existence de néoformations capillaires; nulle part on ne trouve de cellules monstrueuses. Cet aspect rappelle le second stade histolo- gique des « Dermato-fibromes » de Darier, c'est-à-dire le stade du fibrome fasciculé.

Enfin ce cas est remarquable par l'existence d'une tumeur vési- cale qui semble, par les hémorragies auxquelles elle a donné lieu,



avoir entraîné la mort du malade, (Darier signale dans une de ses quatre observations l'existence d'une métastase probable à distance) et surtout parce qu'il a été possible de faire l'autopsie du sujet, (ce qui à notre connaissance constitue le premier cas de ce genre comportant un protocole nécropsique), ce qui permettra, je l'espère de trancher la question des métastases au cours des « Dermato-fibromes progressifs et récidivants » de Darier.

∴

COMMUNICATIONS

Le Dr LUTRINGER, médecin consultant à Contrexéville, membre correspondant de la Société, expose les propriétés des eaux de Contrexéville.

∴

Fièvre boutonneuse

par le Dr H. BONAN

— « 0 » —

Le 21 août 1930, je suis chargé par le docteur Benmussa de le remplacer auprès du malade V., de nationalité maltaise, âgé de 19 ans et habitant le Kram.

Depuis trois jours déjà ce malade avait une forte température et l'examen n'avait révélé qu'une rougeur diffuse du pharynx, de la voûte du palais et un léger gonflement amygdalien sans retentissement ganglionnaire.

Le premier jour de l'examen, M. V. a 39° de température; le pouls est à 120 régulier et bien frappé. Le facies est vultueux et sur la peau on découvre une rougeur diffuse laissant une marque blanche à la pression du doigt. La gorge est rouge, la langue saburrale. Le foie et la rate sont normaux, l'abdomen est souple, les appareils respiratoire, circulatoire et nerveux sont indemnes.

Le malade se plaint de céphalée et de courbature assez intense, de myalgie; les trapèzes et les quadriceps en particulier sont très douloureux à la pression.

Le lendemain, au rash constaté fait place une éruption siégeant aux membres supérieurs et inférieurs y compris paumes des mains et plantes des pieds et qui en 24 heures s'étend à tout le corps, ne respectant pas la face, mais respectant les muqueuses.

Ce sont des macules assez grosses ayant la dimension d'une len-

tille, à contour arrondi, très nettement délimitées et séparées les unes des autres par un espace de peau saine.

Très rapidement ces macules deviennent saillantes, brillantes; elles ne s'effacent pas à la pression. La présence de ces papules à la paume de la main et à la plante du pied est tout à fait caractéristique.

La fièvre est toujours élevée, le cœur bien frappé, la diurèse bonne, aux myalgies s'ajoutent des arthralgies légères, fugaces touchant surtout les petites articulations des poignets et des doigts.

L'hémoculture est négative.

Le 12^{me} jour de la maladie, la fièvre diminue pour disparaître après le 15^{me} jour.

Fait particulier, l'éruption persistera encore pendant une semaine.

En résumé, la maladie a revêtu l'allure d'une maladie infectieuse avec éruption et arthralgies, mais ce qui fait sa caractéristique c'est le siège de l'éruption à la paume de la main et la plante du pied, sa persistance après la guérison et l'apparition de l'affection en été dans la banlieue de Tunis.

Une enquête faite a démontré la présence d'un chien appartenant à un voisin et ce voisin aurait eu lui-même l'été précédent une affection semblable à celle de mon malade.

Si j'ai tenu à vous lire cette observation classique de fièvre boutonneuse, c'est moins pour vous en décrire les particularités cliniques que vous connaissez que pour vous en rappeler la fréquence après les travaux de Conor, Hayat, Conseil, Broc et Durand.



D^r BROC. — *Une complication rare de la fièvre méditerranéenne: syndrome de Claude Bernard Horner.*

(Paraîtra dans un numéro prochain consacré à la Fièvre méditerranéenne).



D^r BROC. — *La rate dans le Kala-Azar de la première enfance.*

(Paraîtra dans un numéro prochain consacré au Kala-Azar).

**Quelques notes sur la lutte contre la mortalité infantile
dans un poste des Territoires Militaires
du Sud Tunisien (Kébili)**

par le D^r A. BOUSQUET, de Kébili.

—(0)—

Nous voudrions faire part, très succinctement, de nos impressions recueillies au cours des consultations de nourrissons, quand, comme conseiller technique, nous sommes appelé à collaborer à l'activité d'une section locale de « La Goutte de Lait », cette œuvre philanthropique si appréciée en Tunisie.

Deux fois par semaine, les jeunes indigènes sont nettoyés, pesés et soumis à un examen médical. C'est au cours de ce dernier, que le mode d'allaitement convenable est prescrit et que le nourrisson reçoit les soins nécessaires, s'il y a lieu.

La question de l'allaitement artificiel est fort délicate, surtout dans le Sud, en milieu indigène particulièrement. La femme arabe ou israélite met un point d'honneur à nourrir son enfant au sein; elle ne réclame un autre mode d'allaitement que pour pallier à une insuffisance de sécrétion lactée ou dans des circonstances d'ordre médical ou social.

Si dans un article de la « Presse Médicale » du 2 janvier 1929, J. Legendre préconise « l'allaitement direct », partiel ou total par la chèvre », cette méthode n'est guère pratique dans le Sud Tunisien où il est difficile de se procurer régulièrement les quantités de lait frais nécessaires au bon fonctionnement d'une « Crèche ».

Aussi, est-ce au lait condensé que l'on a recours à la section de Kébili, distribué en boîtes de 400 gr. environ. Chaque nourrisson est pourvu, lors de l'établissement de sa fiche individuelle, d'un biberon et d'une tétine. La Présidente de l'OEuvre montre à la maman les précautions aseptiques qu'il faut prendre lors de chaque tétée et la quantité de lait à délayer dans l'eau précédemment bouillie.

On est évidemment loin de cette méthode plus rationnelle employée particulièrement dans les villes et qui consiste à distribuer le biberon avec le contenu prêt à être consommé, mais une semblable pratique ne peut être mise en œuvre dans le Nefzaoua, où les mamans viennent quelquefois de villages — distants de l'Infirme-

rie-Hôpital de plusieurs kilomètres. Il faut se contenter de leur demander de remplir elles-mêmes le biberon selon les directives reçues. Une surveillance fréquente est nécessaire.

Ainsi sont suivis les enfants inscrits sur le registre de l' « OEuvre », de la naissance à l'âge de deux ans. Quand le nourrisson peut supporter une nourriture mixte, des bouillies farineuses lui sont quelquefois indiquées.

La lutte contre la misère physiologique est réalisée grâce aux distributions d'effets. Ce rôle est rempli particulièrement et avec dévouement par la Présidente. Les fournitures proviennent du Vestiaire Central de Tunis ou d'achats effectués sur place. On comprendra combien il est réconfortant de voir ces jeunes enfants indigènes, arriver presque totalement nus, loqueteux ou enveloppés de langes immondes à la consultation et en repartir vêtus modestement, mais d'une façon souvent coquette.

Mais là, ne se borne pas, à notre avis, le but poursuivi; il doit être aussi prophylactique et thérapeutique. C'est par un appât matériel que l'on encourage un plus grand nombre de mères à venir confier régulièrement, au médecin la surveillance et le traitement de leurs jeunes bébés. Cette boîte de lait, cette chemise, ce bout d'étoffe... distribués à la consultation, c'est souvent une affection latente dépistée, une affection apparente nouvellement traitée.

Le trachome particulièrement, peut être atteint à son stade le plus vulnérable : la granulation au début en dehors de tous phénomènes subjectifs. Or, le pourcentage de positifs chez les nourrissons est relativement assez élevé.

Voilà en quelques mots le programme tracé et suivi. Il comporte, en résumé, l'apport d'une aide matérielle et morale à l'enfance indigène et indigente, la prévention du mal par l'enseignement de l'hygiène en général, son traitement au début lorsqu'il est encore temps.

Le résultat de ces efforts est une diminution notable de la morbidité infantile et partant, de la mortalité, mais le champ d'action est nettement insuffisant, la femme indigène conservant ses habitudes, ses mœurs, ses préjugés, sa routine.

Ce n'est pas tant l'appréhension, mais l'incurie qui fait que beaucoup de mères hésitent à fréquenter régulièrement les consultations de nourrissons (la statistique des malades visités à l'hôpital-

infirmierie-dispensaire indigène de Kébili donne en effet pour le mois de février 1931, par exemple : 332 femmes pour 368 hommes et 421 enfants; il faut aussi tenir compte des distances quelquefois assez grandes à parcourir.

Le Territoire du Nefzaoua en effet, tire son originalité de ce que la vie active est concentrée surtout dans la presqu'île de Fatnassa et dans une agglomération assez importante située à 30 kilomètres de Kébili : Douz. Un chapelet d'oasis s'égrène tout le long de deux principales pistes : celle de Tozeur et celle des Mèrazignes et autour du Centre administratif : Souk-el-Biaz.

Là, les habitants, logent le plus souvent dans une sorte de paralélépipède à pièce unique, fait de terre battue et de tronc de palmier; quelquefois même dans de simples huttes. Beaucoup de ces habitations tombent en ruines et c'est dans ces taudis, au milieu des animaux domestiques que vivent femmes et enfants.

Le jeune nourrisson déposé dans un coin sur un chiffon maculé ou sur un tas de sable a tôt fait d'être la proie facile des mouches et des parasites. On s'explique ainsi par exemple la fréquence des affections oculaires transmissibles favorisées par le manque d'hygiène à la naissance et la malpropreté ambiante.

Ajoutons à cela, les pratiques de sorciers et de matrones et l'on se rendra compte des difficultés à surmonter.

En dehors de la lutte contre la mortalité infantile par la prophylaxie individuelle, il y a donc une tâche d'une plus grande envergure mais aussi combien délicate : la prophylaxie collective en milieu indigène. Pour cela, il faut éduquer les masses; c'est une œuvre de longue haleine !

Aux confins de la maladie

Leçon inaugurale du Cours de Pathologie Générale et Médicale faite à la Faculté d'Alger

le 19 Novembre 1930

par M. le Professeur A. POROT

—(0)—

Monsieur le Doyen,

Mesdames, Messieurs,

A voir la force de certaines traditions et la pérennité de maints usages protocolaires, on se demande si vraiment l'esprit français est bien resté fidèle à son élan d'émancipation et s'il mérite toujours la réputation d'indépendance et de scepticisme critique qu'il revendique trop volontiers.

Que de préjugés, que d'obligations conventionnelles nous maintiennent encore sous le joug de leur tyrannie ! Nous sourions des manteaux de cérémonie et des perruques à marteau que conservent des voisins d'Europe; et voici que nous en sommes encore à exiger de nos Universitaires la robe et l'épitoge, la rutilance de la soie, la gradation des bandes d'hermine...

Reconnaissons que cette pompe flatte certaines vanités, dont quelques-unes restent discrètes et d'autres s'étalent ingénument; mais pourquoi conserver, à notre époque, pour l'impétrant comme pour le titulaire, tant de rites surannés, tant de parades illusoire ?

La *leçon d'ouverture* est une de ces obligations dont on peut discuter l'opportunité. Il est permis de sourire de sa solennité un peu désuète, de l'archaïsme de ses formules qui évoquent une scolastique moyen-âgeuse. C'est une épreuve dont se tirent brillamment certains esprits supérieurs qui marquent ainsi l'originalité ou la puissance de leur personnalité, l'envergure de leur esprit philosophique ou la ferveur avec laquelle ils se consacrent à une branche éminente des sciences médicales. Quelques unes de ces leçons mériteraient mieux que leur présentation ou leur publication éphémère. A notre époque où la médecine et la littérature vivent dans des rapports de coquetterie charmante et instructive, il est regrettable qu'un des jeunes dilettantes de la plume médicale n'ait pas songé à nous offrir une anthologie des belles pages écrites par nos grands confrères.

Mais, à la vérité, pour ceux que le génie n'a pas touchés de son aile,

pour ceux que n'anime plus le feu des enthousiasmes juvéniles, ou, plus simplement, pour ceux qui n'ont à frayer ou à inaugurer aucune voie nouvelle à la Science et suivent les chemins battus par tant d'ainés, pour tous ceux-là, la leçon d'ouverture est une contrainte inutile et une formalité périlleuse; je conçois qu'on veuille s'y dérober.

Peut-on refaire, plusieurs fois chaque année, dans les Facultés de France, un nouveau Discours sur la Méthode ? Y a-t-il donc beaucoup de Descartes de la Médecine ? Les plus adroits franchissent l'obstacle en esquissant une vague philosophie des problèmes médicaux, en faisant l'éloge d'un grand disparu ou bien en se livrant à quelque méditation sur la maladie et sur la mort.

La médecine a évolué; ses moyens, ses méthodes se sont transformés. L'habit ne fait pas le savant et la valeur d'un homme de science ne se mesure plus à ses capacités littéraires ou aux ornements de sa rhétorique.

Excusez-moi de cette critique que certains d'entre vous trouveront peut-être sévère. Je l'ai trop souvent entendue pour ne pas la croire fondée. Je suis arrivé à un âge où la critique est permise, mais c'est aussi l'âge où tout geste révolutionnaire étonnerait. Aussi, malgré mes hésitations, ai-je pensé ne pas devoir m'affranchir de la tradition. Je m'y soumetts par déférence pour vous, mes chers collègues. Vous m'avez fait l'honneur de m'appeler dans votre Conseil; j'y veux entrer sous le signe de la politesse, vertu sociale trop menacée de nos jours pour qu'on se permette de donner le mauvais exemple.

Au surplus, Messieurs les Etudiants, quand vous aurez la chaire officielle de Neuro-Psychiâtrie, qui devrait figurer au tableau de votre enseignement, on vous apprendra, par de nombreux exemples pathologiques, qu'il n'est pas de meilleur criterium d'une bonne conformation mentale que le sens de l'adaptation au milieu et aux circonstances, la « syntonie », comme disent les spécialistes en leur langue un peu barbare.

Enfin, si elle présente des ennuis, la soumission stricte aux usages universitaires, offre, en revanche, l'occasion d'exprimer des hommages ou des sentiments de reconnaissance.

Il nous est ainsi agréable, au début de cette leçon d'ouverture, d'accomplir le geste habituel : remercier tous ceux à qui l'on doit une part de sa réussite et commémorer les influences qui ont contribué à notre formation médicale.

En ce pays algérien, parfois rebelle aux étrangers et où il faut savoir triompher de certaines résistances, j'ai trouvé cependant des sympathies, réservées ou agissantes, qui ont soutenu mes efforts dans des circonstances difficiles; je n'aurai garde de les oublier. Elles se sont jointes à celles de mes maîtres et de mes amis métropolitains à qui je dois le meilleur de mes succès.

Sur les souvenirs pénibles, laissons tomber l'oubli paisible du silence. Les amitiés fidèles et les attitudes loyales n'en sont que plus dégagées.

En tous cas, mes chers Collègues, je suis infiniment touché de votre vote unanime; il m'a montré que je pouvais entrer au milieu de vous dans une atmosphère de sympathie et de confiance que je m'efforcerai de ne jamais altérer.

Il me plaît tout particulièrement de saluer et de remercier ici, aujourd'hui, celui d'entre vous que la rectitude et l'impartialité de son jugement, la fermeté de son caractère ont placé naturellement à notre tête pour maintenir la sérénité et la tonicité dans notre Assemblée. Monsieur le Doyen LEBLANC connaît tout l'estime que je lui porte depuis longtemps; je n'aurai pas de meilleure occasion de la proclamer et d'y joindre mes sentiments de reconnaissance pour son bienveillant appui.

La modestie et la délicatesse un peu farouche de mon vieux camarade d'études, le Professeur CALLOT, se cabraient si je voulais lui exprimer ici des sentiments de gratitude directe pour sa fidèle et loyale amitié, pour son dévouement dans les heures difficiles; qu'il accepte du moins l'hommage dû aux vieilles traditions de culture, de probité et de dignité professionnelle dont il est le digne héritier et qu'il défend en ce pays avec un soin jaloux.

La silhouette de son père, ancien interne des hôpitaux de Paris, contemporain de maîtres illustres, qui s'était acquis dans notre coin de Bourgogne une autorité considérable, reste dans mon souvenir avec un relief saisissant. Or, si nous voulions remonter le cours de toutes les influences qui ont contribué à l'orientation médicale de notre pensée, lequel d'entre nous, se repliant sur son passé le plus lointain, n'évoquerait pas d'abord l'image des vieux praticiens qu'il a connus dans son enfance et qui incarnaient, dans la vie de famille ou de collègue, des rôles que notre jeune imagination rendait prestigieux; auquel d'entre nous, enfant, dans sa découverte du monde, le médecin n'est-il pas apparu, alors, comme un personnage grandiose, surelassant le reste des humains par sa noblesse de cœur et d'esprit et par ce magnétisme

particulier dont notre sensibilité — toute en admiration — ne discernait pas encore les éléments constituants. Voilà sûrement, pour beaucoup d'entre nous, une des raisons secrètes qui nous donnèrent de la profession médicale une conception attirante, digne de son éminence sociale.

..

Quand je commençai mes études médicales — il y a bien près de 40 ans, — la méthode anatomo-clinique était à son apogée; sur ce terrain, l'école lyonnaise, où je fus formé, possédait une maîtrise incontestable.

J'ai travaillé quatre ans dans le laboratoire d'anatomie pathologique de TRIPIER, qui faisait, tous les matins, avec ses préparateurs, les autopsies des quatre cliniques médicales et chirurgicales; c'est assez dire l'importante documentation que l'on pouvait acquérir. Interprétée par un clinicien de l'envergure de TRIPIER, cette documentation représentait une histoire rétrospective de la maladie des plus instructives.

Je ne crois pas que l'Anatomie Pathologique mérite le discrédit dans lequel elle semble un peu tombée de nos jours. Il est injuste de la traiter, dans la famille médicale, en parente pauvre, en vieille fille à laquelle on reproche sa stérilité, car elle a puissamment contribué à créer les grandes assises de l'édifice médical. Et puis, cette « science des dégâts » comme on l'a appelée un peu dédaigneusement, conserve toute son utilité.

Quelle meilleure discipline pour notre esprit que ce contrôle de nos diagnostics à l'amphithéâtre ! Notre imagination surentraînée gonfle souvent en clinique des ballons diagnostiques irisés de jolies théories et qui crèvent lamentablement sur la table d'autopsie. N'avons pas peur des leçons de réserve que nous enseigne MORGANI.

C'est BARD, dont je fus l'externe, qui m'apprit l'auscultation et la séméiologie clinique. Elève de TRIPIER, BARD garda toujours son empreinte anatomo-pathologique. Il fallait ce guide-ropé à cette puissante et bouillonnante intelligence, tentée parfois de faire des envolées dangereuses dans le domaine de la théorie pure. Il faut avoir approché ce puissant clinicien, dont le physique comme l'intelligence donnaient l'impression d'une force de la nature, pour comprendre ce qu'il y avait de vigueur et de potentialité dans ce cerveau. Les qualités les plus opposées s'y étaient donné rendez-vous. Observateur pénétrant du détail, analyste précis, comme en font foi tous les petits signes dont s'est enri-

chie la séméiologie et qui portent aujourd'hui son nom, il avait, en outre, une véritable passion des édifications d'ensemble et des théories synthétiques. Sa curiosité scientifique était universelle; il se promenait avec la même aisance et le même esprit de prospection dans la tuberculose, le cancer, l'hématologie, le système nerveux; des découvertes précises de détail, des rapprochements ingénieux faisaient toujours jaillir des aperçus nouveaux et des interprétations qui passaient rapidement à la généralisation. En évoquant cette carrure, cette puissance de travail, cette production formidable, à la fois constructive et analytique, je ne puis m'empêcher de penser au tempérament et à l'œuvre de BALZAC en littérature.

J. TEISSER et G. ROQUE ! Deux noms que les travaux scientifiques ont étroitement associés, deux noms aussi qui se superposent intimement dans mes souvenirs et ma reconnaissance.

Leur lumineux enseignement marqué au coin de la même clarté et de la même élégance de forme, leur exquise courtoisie inspirée de la même profonde bienveillance, un égal attachement et un pareil dévouement à leurs élèves ont assuré à ces deux Maîtres d'une même École un rayonnement dont les vibrations seront lentes à s'éteindre.

Mais il est deux Maîtres auxquels je suis resté plus longtemps et plus fermement attaché.

Auprès du professeur LANNOIS, j'ai appris combien l'esprit de suite, la méthode, la régularité et la ténacité dans le travail pouvaient valoriser un homme et amplifier son rayonnement intellectuel. Précurseur de nos groupements d'oto-neuro-oculistique, LANNOIS mena longtemps de front l'étude de la neurologie et de l'oto-rhino-laryngologie dans son beau service de l'Hôpital Saint-Pothin. Mon passage dans ce service, riche à l'égal de la Salpêtrière, mon travail sous la direction si éclairée et si bienveillante de LANNOIS m'ont laissé un goût définitif pour la Neurologie.

Ce n'était pas auprès de Raphaël LÉPINE que cette inclination pouvait fléchir. Les derniers mois d'internat et les années de clinicat que je passai sous la direction de ce maître éminent, tout en consolidant mes acquisitions antérieures, ont eu sur mon esprit la meilleure et la plus décisive influence. Raphaël LÉPINE allait terminer sa carrière universitaire, qui ne marqua pas, cependant, le terme de sa production scientifique. Un des premiers, il s'était engagé dans la voie de la médecine expérimentale qui devait être des plus fécondes et avait franchi la barrière trop restrictive

de l'anatomie pathologique, « ce mur, aimait-il à répéter, derrière lequel il s'est passé quelque chose ». Tous les matins, avant le jour, à l'heure où ne circulent encore dans la rue que les artisans du travail manuel, un homme de frêle allure traversait les brumes de la place Bellecour; c'était Raphaël LÉPINE qui se rendait à l'Hôtel-Dieu; une petite lampe s'allumait dans les caves de son service qui lui servaient de laboratoire, et là, dans des conditions matérielles de travail des plus médiocres, il préparait ses merveilleuses découvertes sur le sucre virtuel du sang, sur le ferment glycolytique, qui devaient avoir, quelques années plus tard, une éclatante confirmation. Avec une exactitude d'horloge, à 9 h. 45, après ses travaux personnels, le maître montait dans son service et faisait, au lit du malade, des examens auxquels sa longue pratique donnait une remarquable précision; la recherche du signe concret, du test indiscutable, c'est à quoi il ramenait constamment les jeunes que le mirage des hypothèses séduisantes entraînait parfois hors de la réalité. « En clinique, répétait-il familièrement, rien ne prévaut contre un signe positif ». L'objectivité avant tout, tel était son grand principe et sa grande discipline. « Il faut voir ce qui est, rien que ce qui est, et ne mettre dans son observation que la moindre part de subjectivité », disait-il dans sa Leçon sur la Méthode en Clinique. Et il ajoutait : « Les jeunes voient avec les yeux de leurs maîtres et les maîtres à travers le prisme trompeur de leurs doctrines ».

On ne saurait mieux stigmatiser les gauchissements que subit si souvent le jugement scientifique dans l'atmosphère de nos Ecoles.

Nos jeunes élèves manifestent trop volontiers, en effet, une crédulité béate et admirative pour leurs maîtres; quant à nous, un conservatisme cângereux, une tendance fâcheuse au dogmatisme et à l'esprit de système nous guettent trop souvent à partir d'un certain âge ou à l'occasion de certains succès.

Sachez nous préserver de ces entraînements. Vous, les jeunes, gardez votre indépendance de jugement; ne vous inféodez pas trop à des maîtres exclusifs. Passez sous le plus grand nombre possible de disciplines; faites le tour des Ecoles; prenez ici les fondements de votre savoir, et, avec ce solide viatique, quittez votre petite chpelle universitaire, partez, si vous le pouvez, vous enrichir des enseignements de la Métropole, ou même de l'Etranger. Vous n'aurez jamais à regretter ces explorations; à défaut d'acquisitions nouvelles, vous y aurez gagné une forma-

tion meilleure. Par dessus tout, redoutez le rétrécissement concentrique et la monotonie du manège où vous tournez chaque jour.

J'ai trop éprouvé moi-même les bienfaits de ces changements d'horizon, pour ne pas m'en faire l'apôtre convaincu.

Les séjours que j'ai faits à Paris m'ont permis de vivre en contact étroit avec des maîtres de la Neuro-Psychiatrie dont l'enseignement bienfaisant trouvait dans le dynamisme ambiant du milieu scientifique parisien un coefficient de pénétration singulier. Au professeur CLAUDE, qui a ramené la Psychiatrie dans le plan de la Pathologie générale et de la Biologie, m'attachent des liens de reconnaissance qui sont venus renforcer la profonde admiration que j'ai pour son esprit de recherche, son prodigieux labeur et sa rigueur scientifique.

Je ne puis non plus, sans émotion, évoquer le nom de deux collègues, deux géants de la Neurologie française, disparus en pleine fécondité :

Charles FOIX, avec qui j'eus le bonheur de travailler, savant ardent et généreux, cerveau magnifique qui ne vivait que pour la science et ne s'en délassait que dans la poésie;

SICARD, qui m'honora de son amitié, esprit toujours jeune et vibrant, homme au regard clair, pénétrant et souple comme l'acier, médecin entreprenant et téméraire vaillant SIEGFRIED de la Médecine, la main toujours armée pour vaincre ou combattre les monstres de la douleur, ou traquer les tumeurs dans leurs repaires les plus obscurs.

N'allez pas croire, cependant, que seuls les foyers universitaires entretiennent la flamme sacrée du travail, et que seuls ils soient capables d'émettre le rayonnement scientifique. Nous connaissons tous, loin de nos Facultés, des confrères éminents qui ont admirablement fait fructifier, pour le bien de la collectivité, le petit capital de connaissances emporté de l'Ecole et dont le prestige et la notoriété scientifique sont d'autant plus méritoires qu'ils n'ont été favorisés par aucune émulation, par aucune stimulation réflexe. Ils ne bénéficient pas, comme dans les grands centres, de ces courants continus qui, presque à notre insu comme par osmose, apportent les aliments nécessaires à la vitalité intellectuelle, maintiennent au potentiel efficace la tension scientifique. C'est à leur propre valeur que ces sujets d'élite doivent leurs incessants progrès. J'ai pu suivre à Tunis les travaux admirables de Charles NICOLLE dans son Institut Pasteur, sur le typhus, la fièvre récurrente. Quand on a eu la bonne fortune de vivre à côté de ces géants de la pensée médi-

calc, on serait impardonnable de ne pas profiter de la leçon d'humilité qu'ils donnent à notre modeste savoir.

∴

Après un cycle aberrant, me voici donc, à 50 ans passés, franchissant le seuil de l'Université et pénétrant dans un Temple de la Science. Comme Renan devant l'Acropole, je pourrais m'exclamer : « J'arrive tard au seuil de ses mystères ! ». Mais il serait malséant de parler ici de mystères, car la mission de vos professeurs est avant tout de vous faire un enseignement de clarté. Non que nous prétendions avoir supprimé les innombrables inconnues de la médecine, mais notre rôle est précisément de vous éclairer, et de vous guider dans ce chaos de faits d'inégale valeur, dans ce dédale de théories souvent fragiles, de séparer le vrai de l'imprécis, le définitif de l'incertain. Nous mettrons à votre service, dans cette mission, tout notre jugement et toute notre expérience. Et puisque, Messieurs, me voici installé dans cette chaire théorique de Pathologie Générale et Médicale, permettez-moi de vous rappeler, en quelques mots, qu'il y a des limites au-delà desquelles son enseignement ne saurait porter. Il faut savoir, en effet, que derrière et au-delà de la maladie, existe une vaste zone psychologique dont l'exploration ne saurait vous trouver indifférents. Car, dans la pratique, votre science restera souvent vaine si vous n'avez pas sondé le cœur de l'homme qui se présente à vous, si vous n'avez pas cherché à connaître ses réactions devant la souffrance présente, passée ou à venir.

Aux Confins de la maladie, tel est le titre que je vous proposerai pour cette excursion. Il n'est peut-être pas inutile, comme vous le verrez, d'y prendre pour guide un médecin familiarisé avec la neuro-psychiatrie.

Dans les séries de leçons qui vous seront données, toutes les espèces morbides vous seront présentées avec leurs particularités propres, leur cycle évolutif, les variations qu'elles peuvent subir. La Clinique tempérera pour vous ce qu'a de trop absolu cette présentation théorique et assouplira les cadres un peu rigides et forcément synoptiques de ces exposés.

Néanmoins, à quelque degré que vous arriviez dans la connaissance de la maladie, sous tous ses aspects, il vous manquera quelque chose pour vous conduire utilement dans la pratique et pour juger toujours exactement des situations qui s'offriront à vous. La science de la mala-

die, en effet, n'est pas la science du malade. C'est un truisme que de répéter ici l'aphorisme que vous connaissez tous : « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades ». Chaque sujet réagit avec son tempérament, ses tares antérieures, ses ressources défensives et c'est ce qui explique, aussi bien pour les complexes symptomatiques que pour les variantes évolutives,, l'infinie diversité des cas cliniques.

Mais ce n'est pas seulement le comportement de l'individu, au point de vue de la physiologie pathologique, qu'il faut considérer. Sur ce terrain, avec un peu de sens clinique, grâce aux moyens d'investigation physique et chimique, aux instruments précis de mensuration que nous possédons, nous pouvons arriver à faire le point dans une situation pathologique un peu difficile.

Mais il est des facteurs d'un tout autre ordre qui peuvent intervenir et provoquer, chez le sujet placé en face de la maladie, des réactions bien différentes par leur nature et leurs effets. Je veux parler de l'état mental et des réactions d'ordre psychologique dont la maladie est la cause ou le prétexte; bien des médecins passent à côté sans les soupçonner, d'autres les tiennent pour négligeables; trop souvent enfin, on voit les meilleurs d'entre nous en être les dupes et parfois les victimes.

Et pourtant, cette disposition mentale du malade ne veut pas être ignorée. Elle se rappelle trop souvent à notre attention par les démentis qu'elle inflige à la logique apparente de nos diagnostics, par les blessures qu'elle porte à notre amour-propre en se jouant de nos pronostics et de loin en loin, même, par les gestes tragiques qu'elle suscite.

Il faut, Messieurs les Etudiants, que vous appreniez à la connaître. Tournez-vous pour cela du côté des psychiatres. La médecine de l'esprit n'est plus un échafaudage fragile élevé en Sorbonne sur les données purement subjectives de l'introspection; c'est dans les hôpitaux spécialisés, sur les chantiers de la Clinique et de la Biologie, que cette spécialité s'est reconstruite.

A côté et aux confins de la Pathologie, telle qu'on l'entend dans le langage médical courant, qu'elle se qualifie de Générale, Médicale ou Chirurgicale, la Psychiatrie d'aujourd'hui nous enseigne qu'il y a une Pathologie de l'Emotion, une Pathologie de l'Imagination, une Pathologie des Caractères qui peuvent dérouler, pour leur propre compte, leurs actes morbides, mais qui, bien souvent, se jettent en travers de la Pathologie Somatique pour en renforcer ou en dénaturer les manifestations

fonctionnelles ou prolonger, par des efflorescences parasites, le cycle éteint d'un processus morbide organique.

Mais surtout, lorsque vous prendrez contact avec la clientèle, vous serez surpris de voir combien sont peu nombreux les sujets vraiment touchés organiquement et de constater que le fond d'un cabinet est surtout constitué par des inquiets qu'il faut calmer, des crédules qu'il faut contre-suggestionner, des hypocondriaques dont il faut redresser les erreurs de jugement. Je ne parle pas du cabinet du psychiatre où ces espèces abondent, mais où elles n'aboutissent qu'en dernier ressort et bien peu spontanément, car le propre de ces état psychopathiques est d'ignorer leur vraie nature.

Pour mettre un peu d'ordre et de clarté dans ce groupe confus et disparate de sujets, que trop de médecins se contentent encore d'appeler, de façon souvent dédaigneuse, des *névropathes* et qui comporte pourtant des cas de signification fort différente, je vous rappellerai une notion courante et fondamentale actuellement en *Psychiatrie*, celle des *constitutions morbides*. Pressentie et tacitement admise par beaucoup d'anciens psychiatres, elle a été très heureusement formulée par DUPRÉ. Le principe en est que certains sujets portent en eux des dispositions morbides aux troubles de l'esprit et du caractère, d'une formule déterminée d'avance, véritable tempérament psychique qui peut être décelé par des stigmates, des tendances qu'un œil averti sait relever.

A l'état léger, ces dispositions permettent une adaptation sociale ou familiale suffisante et ne perturbent pas trop la vie du sujet. Mais à certains moments, sous l'influence de causes extérieures diverses, parfois même sans cause apparente, la tare latente s'exalte, le déséquilibre s'accuse, et alors surgit toute la série des conséquences fâcheuses pour l'individu et la société. La quiétude intérieure est troublée, la vie devient difficile avec le prochain. Des réactions de portée plus ou moins grave élatent vis-à-vis de lui-même ou de ses semblables. Le sujet est alors entré dans la période d'aliénation.

Quels rapports cette conception nosographique de la psychiatrie peut-elle avoir avec la Pathologie Générale ? En quoi peut-elle intéresser le praticien ?

Sur le premier point, je laisse la parole au Professeur DUPRÉ : « Les « maladies mentales sont des maladies de la personnalité. Or, la personnalité, normale ou pathologique, représente la somme et la synthèse de toutes les activités, organiques et fonctionnelles, dont la sy-

« nergie continue assurée, dans l'espace et dans le temps, la vie de
« l'individu. Cette synergie est l'œuvre du système nerveux. Chez les
« animaux supérieurs, chez l'homme en particulier, c'est le névraxe, et
« principalement l'encéphale, qui représente l'organe de l'association
« fonctionnelle de tous les appareils. Aussi bien l'écorce cérébrale, vé-
« ritable lieu géométrique de réception, de fusion et d'émission des ac-
« tivités de l'économie, nous apparaît-elle comme la représentation ré-
« sumée, fidèle et complexe de l'organisme tout entier ».

« C'est dans l'intimité de tous nos tissus qu'il faut chercher les sour-
« ces primitives qui dégagent l'énergie psychiatrique ».

Cette *conception unitaire, somato-psychique, de l'organisme* met bien en évidence l'intimité étroite qui unit notre vie psychique et le jeu de nos fonctions organiques ainsi que les fondements physiologiques de notre affectivité et de notre activité. On ne saurait mieux faire comprendre ainsi la projection périphérique et somatique de nos désordres cérébraux.

Quant à l'intérêt de cette conception pour le praticien, l'observation de tous les jours en est la preuve la plus péremptoire. Bien qu'ils s'agitent habituellement aux confins de la maladie, tous ces petits tarés constitutionnels viendront souvent, voisins gênants, empiéter sur votre domaine. Tous ces dérégés de la sensibilité et de l'émotivité assailliront votre porte et seront trop souvent vos justiciables pour leurs algies, leurs spasmes, leurs crises de toute nature. Tous ces esprits faux, insuffisants ou trop avisés auront bien un jour à discuter avec vous pour le moindre bobo ou la plus petite intervention et vous pourrez alors juger de leur stupide crédulité, de la méfiance hargneuse ou vindicative de leur orgueil, parfois même de la malignité de leurs calculs dans les revendications dont ils vous poursuivront. Et encore tous ces fantaisistes de l'imagination, tous ces vaniteux, toutes ces coquettes en mal de représentation, il faudra bien les affronter, et vous n'aurez jamais trop de perspicacité pour dépister la complaisance avec laquelle ils se maquillent et déjouer leurs supercheries, pas toujours innocentes.

Je ne puis vous exposer ici, dans son ensemble, de façon complète et détaillée, toute la série de ces déséquilibres et de ces constitutions morbides. Des tableaux aujourd'hui classiques en ont été dressés (DUPRÉ, LOGRE, Achille DELMAS).

Autour des types majeurs, constitutions *cyclothymique, hyperémotive, paranoïaque, mythomaniacque, schizoïde, perverse*, gravitent un certain

nombre de déséquilibres plus discrets, de « dysharmonies », disait avec un euphémisme heureux le Professeur RÉGIS. Pour fixer les idées, dit M. DELMAS, on peut admettre que 15% des individus présentent une constitution psychopathique. Il n'est pas inutile pour vous de les connaître car un fléchissement organique quelconque, une crise physiologique, une maladie intercurrente, pourront provoquer l'écllosion de la psychose en puissance.

Désaxés, troublés de mille manières dans leur vie propre ou dans leurs relations sociales, les malheureux qui en sont atteints ont souvent affaire au médecin, pour des désordres toujours atypiques par quelque côté et souvent déconcertants.

Nous allons, Messieurs, passer en revue les plus intéressants pour vous de ces déséquilibres, grands ou petits! je ne veux pas et ne pourrai épuiser le sujet; si j'entreprends avec vous cette excursion aux confins de la maladie, ce n'est pas dans un esprit doctrinal; c'est pour mettre au point quelques questions de frontières et vous mettre en mesure de régler certains rapports délicats de voisinage.

••

I. — Voici d'abord ceux dont l'activité est ralentie, les *asthéniques* et les *déprimés*, qui se plaindront à vous de leur impuissance physique et mentale. Vous connaissez le tableau classique du *syndrome neurasthénique* : sensation de fatigue subjective qui accable le sujet, surtout au matin après une nuit d'un sommeil généralement mauvais, sensations céphaliques pénibles, atonie gastro-intestinale, baisse de la mémoire et de l'attention, fléchissement notable du rendement professionnel.

Sous ce vocable de neurasthénie rentrent des cas très disparates.

Beaucoup de ces asthénies sont *symptomatiques*, accidentelles, succèdent à des traumatismes, à des infections, à des causes d'épuisement diverses, masquent une maladie organique latente, un cancer digestif, ou bien trahissent une déficience endocrinienne, une insuffisance hépatique ou rénale ou quelques troubles du métabolisme, parfois même une lésion encéphalique. Je vous suppose assez instruits pour reconnaître leur véritable cause et ne pas les considérer comme une pure névrose.

Il est, par contre, des états constitutionnels de dépression indépendants de toute cause extrinsèque, se traduisant à la fois par une modification profonde de l'humeur et un ralentissement de l'activité. La psychologie nous apprend en effet l'étroite alliance de l'affectivité et de l'activité. Le déséquilibre constitutionnel de ces *dispositions affectives-actives*, comme les appelle M.

Achille Delmas, se manifeste pratiquement par des états de dépression ou d'excitation qui peuvent être permanents, intermittents, ou alternants. C'est la *constitution cyclothymique* qui peut aboutir aux grands accès de mélancolie ou de manie, aux psychoses périodiques et circulaires, mais qui donne des formes mineures et plus discrètes de dépression ou d'excitation.

Il existe une *psychoneurasthénie constitutionnelle*. Les sujets qui en sont atteints, rares à la vérité, sont vraiment « nés fatigués », suivant une expression trop souvent prise dans un sens péjoratif et méprisant. Enfants, ce sont des apathiques ou des paresseux, insensibles à toutes les stimulations physiques ou morales. Adultes, ils traînent une existence difficile, malgré des ressources intellectuelles conservées mais dont ils ne peuvent tirer tout le profit désirable. Persuasion ou invigoration sont sans prise. Ne vous acharnez pas dans des thérapeutiques illusoires.

La *forme intermittente* est beaucoup plus fréquente. Périodiquement, la dépression apparaît pour quelques semaines ou quelques mois, souvent imprégnée de douleur morale et d'anxiété ou de préoccupations hypocondriaques; c'est l'accès de mélancolie avec toutes ses variétés et tous ses degrés; en vertu de son déterminisme propre, l'accès se termine un beau jour, spontanément, laissant au dernier médecin consulté le bénéfice apparent d'une guérison dont l'heure n'avait pas sonné pour les prédécesseurs.

A quoi reconnaitrez-vous ces états constitutionnels ? A leur ancienneté et à leur ténacité, à leur irréductibilité thérapeutique. Quand ils sont du type périodique, la connaissance des accès antérieurs vous sera d'un grand secours; l'hérédité similaire est fréquente.

A côté du *syndrome neurasthénique*, d'allure surtout physique, se place le *syndrome psychasthénique*, où dominent surtout les signes de défaillance psychique; longuement étudié par Pierre Janet qui le rapportait à un « abaissement de la tension psychologique », il a été admirablement caractérisé par M. Hesnard; il est fait surtout de sentiments morbides d'incomplétude, d'incapacité, d'infériorité, parfois d'étrangeté et d'impersonnalisation, de symptômes d'asthénie psychique proprement dits, attention difficile et douloureuse, amnésie de fixation légère, défaillance de la volonté; du côté du caractère, tendance à la rêverie et au repliement sur soi-même, timidité morbide, honte de soi, doute et scrupule, infantilisme affectif. C'est chez ces psychasthéniques que se recrutent les *obsédés* et les *phobiques*, dont je ne vous détaillerai pas le supplice.

C'est au moment de la puberté et de l'adolescence que le médecin est appelé à s'occuper des malaises de ces malheureux. Apprenez à les bien connaître, gagnez leur confiance : ils ont besoin d'affection et de soutien beaucoup plus que de médicaments; ces dispositions ne sont pas toujours sans appel et sont susceptibles de larges détente.

A l'autre pôle de la vie, aux approches de la cinquantaine, la dépression mélancolique fait souvent un retour offensif plus sérieux et plus tenace, comportant un pronostic plus réservé. Comme cette période de l'involution présénile est aussi l'échéance de bien des tares anciennes, tolérées jusqu'alors, l'occasion de bien des meïopragies fonctionnelles, vous aurez souvent à vous livrer à un travail délicat de discrimination entre l'élément psychique constitutionnel et l'appoint somatique.

Les états dépressifs de cet âge réservent bien des déceptions, même aux psychiatres les plus avertis. Le praticien s'endort avec trop de complaisance sur le diagnostic de ménopause. La brusque nouvelle d'un suicide le tire de sa quiétude.

Car il n'y a pas qu'un intérêt doctrinal à dépister la mélancolie, à quelque âge qu'elle se manifeste, sous quelque forme qu'elle se révèle; son diagnostic permet en temps utile les mesures de préservation nécessaires contre le refus d'alimentation ou le suicide.

Une dernière silhouette à vous présenter : ceux que j'ai appelés les *faux neurasthéniques par insuffisance*, sujets d'âge moyen, fonctionnaires ou militaires le plus souvent (c'est à l'occasion de réformes que je les ai vus surtout). Doués de facultés médiocres, ils ont végété dans la vie de bureau, sans stimulant intellectuel, bormant leur activité à un automatisme de métier, n'ayant d'autre intérêt à la vie que le souci de leur avancement. Inertes et sans force expansive, n'ayant pris de la discipline et de l'obéissance que la soumission passive et la peur des responsabilités, leurs facultés d'initiative et leur tonicité morale ont subi une asphyxie lente dans l'atmosphère routinière où ils étaient confinés. Un jour vient où l'on doit liquider leur situation et c'est en déprimés qu'ils se présentent à l'examen. Ils se déclarent fatigués, ont des maux de tête et ce qui frappe, c'est le souci immédiat d'invoquer les fatigues du service; ils parlent avec une candeur assurée de leur « surmenage »; presque tous, à les entendre, ont eu des contrariétés de service, ont été victimes d'injustices. Sur ce fond de réduction psychique relative, des tendances aux idées de persécution et à l'interprétation germent très

vite. Tous ces insuffisants aigris, ces médiocres en faillite, deviennent vite des revendicateurs.

Ce ne sont pas de vrais neurasthéniques, ni constitutionnels, ni acquis; ce qui est constitutionnel chez eux, c'est l'insuffisance intellectuelle et morale; ce qui est acquis, c'est la sensation obscure et confuse de cette incapacité au moment où elle s'est révélée et qui les trouble un peu affectivement.

Soyez pour eux ménagers des certificats qu'ils vous demandent et circonspects dans les imputations d'origine auxquelles ils voudraient rattacher leur impuissance.



II. — Entrons maintenant, Messieurs, dans le *domaine de la sensibilité*. Quel vaste champ à explorer que celui de la douleur ! Et comme votre sagacité doit être en éveil ! Tous ces gens qui souffrent, et le proclament, ne doivent pas être traités à la même mesure. Nous n'avons pas de barème pour doser la souffrance, laquelle est un phénomène essentiellement subjectif. C'est ce caractère subjectif qui permet toutes les exagérations, toutes les discordances; quel coefficient de sincérité et d'exactitude donner à tous les algiques ? Là encore, la Neuro-Psychiatrie peut venir à notre secours; elle nous apprendra qu'à côté des douleurs légitimes et en quelque sorte proportionnées à une lésion sous-jacente, il y a des déséquilibres constitutionnels de la sensibilité qui nous imposent la plus grande réserve thérapeutique.

On désigne sous le nom de *cénesthésie* la notion que nous avons de l'existence et de l'état de notre corps, de la marche normale ou anormale des fonctions vitales. Elle repose sur ce qu'en psychologie on appelle la sensibilité commune. Nous n'en prenons conscience le plus souvent que lorsqu'elle est troublée, car, comme le faisait remarquer Schopenhauer, la santé des organes s'affirme par leur négation même.

Mais, en dehors de ces sensations légitimes de vrais malades, on peut voir chez certains sujets de véritables hallucinations de la sensibilité. Ce sont les *cénesthopathies* décrites par Dupré et ses élèves, troubles des éléments primaires de la sensibilité organique, « vibrations pénibles émises de tel ou tel territoire cénesthésique ».

Ce que les sujets accusent, plutôt que la douleur lancinante, excruciante des vraies névralgies, ce sont des sensations bizarres, anormales, plutôt gênantes que douloureuses, indéfinissables, et qu'ils décrivent avec un grand luxe d'images ou de comparaisons, en rapport avec leurs

ressources imaginatives et leur niveau intellectuel; des gestes caractéristiques, une mimique qui veut être convaincante, escortent les récits. Ces sensations pénibles sont le plus souvent régionales, mais à contour imprécis; l'extrémité céphalique en est le siège le plus fréquent; mais il en est bien d'autres régions. Ce sont ces états que Sicard appelait le *névralgisme*, par opposition aux vraies névralgies. Peut-être ont-ils quelques rapports avec les territoires sympathiques. Mais rien n'est définitivement établi à cet égard.

Ce que l'on sait bien, c'est qu'il s'agit d'un syndrome tenace, irréductible, qui révèle un déséquilibre constitutionnel de la sensibilité. Les cénesthopathies échappent à toute action thérapeutique directe, sont réfractaires à tous les modes de suggestion, à toutes les manœuvres physiothérapeutiques.

A l'état pur, c'est une simple incommodité sociale pour celui qui l'endure et qui n'en est pas trop troublé dans son activité pragmatique. Par contre, s'il existe des associations morbides (hyperémotivité, anxiété, tendances interprétatives et paranoïaques), c'est l'évolution vers l'obsession, la maladie anxieuse, l'hypocondrie, les délires plus ou moins systématisés et des réactions graves au point de vue social.

L'anormalité psychique peut se révéler dans d'autres circonstances du problème de la douleur, soit par insuffisance, soit par exagération : l'anesthésie curieuse de certains sujets qui se livrent aux auto-mutilations, l'impassibilité propre à certains primitifs, aux indigènes en particulier; je ne parle pas des anesthésies dites hystériques, création artificielle de l'examen médical, comme vous le savez; l'hyperesthésie, par contre, est le propre de certains sujets pusillanimes ou émotifs : les crises douloureuses à grand fracas des pithiatiques portent souvent leur estampille originelle; mais il est des syndromes douloureux bien mieux simulés qui supposent un esprit plus avisé et plus utilitaire et ne se jugent pas d'un premier coup d'œil.

Apprenez aussi à vous méfier de ces douleurs à périodicité régulière, à retour horaire, trop bien rythmé : elles sont souvent la traduction d'une toxicomanie inavouée qui lance ses appels impérieux à l'heure de la soif de la drogue.

Il faut toujours, derrière la douleur, rechercher le coefficient psychique, mais ne pas oublier cependant qu'entre l'organicité pure et l'inorganicité totale existe une zone physiologique, celle du sympathique, à laquelle il est possible aujourd'hui de rapporter des syndromes que les

uns rattachaient à l'ancienne hystérie, d'autres à des névrites plus ou moins atypiques : je fais allusion aux syndromes physiopathiques de Babinski et Froment, aux anciennes névrites ascendantes, aux causalgies de tout siège et de toute nature, à ces douleurs-fantômes des amputés auxquelles s'attaquent maintenant, non sans succès, les chirurgiens du sympathique.

..

III. — Je voudrais avoir le talent de mon distingué collègue Maurice de Fleury, pour parler devant vous des *troubles de l'émotivité*. Pour traiter d'une matière aussi délicate, aussi nuancée, et aussi vibrante, il fallait toute la finesse psychologique, toute l'envergure philosophique, toute la documentation scientifique, et tous les bonheurs d'expression de l'auteur de « L'Angoisse Humaine ».

La menace de la souffrance, l'épreuve de la maladie, le spectre de la mort trouvent peu d'indifférents, ou, quand cette indifférence affective existe, elle a une signification inquiétante de débilité mentale, d'affaiblissement intellectuel ou de carence morale.

La philosophie et les religions ont essayé d'apporter à l'humanité souffrante les garanties et les consolations qu'elle demandait pour son âme en détresse : « les unes agissent, disait Anatole France, en détruisant les illusions décevantes, les autres en créant les illusions dont on ne s'éveille pas ».

Ces refuges, beaucoup n'en ont pas besoin ou ne s'en soucient guère, mais il en est d'autres, — et c'est sur eux qu'il faut s'arrêter ici — qui ne sauront jamais prétendre à cette indifférence ou atteindre à ces havres de paix.

Ce sont les malheureuses victimes de l'*hyperémotivité*, de l'*anxiété* sous toutes ses formes.

La *constitution émotive* est une des plus répandues des constitutions morbides. Chacun de vous pourrait faire le portrait de ces grands émotifs : le masque concentré ou la mimique trop mobile, le regard brillant mais mal assuré, la rougeur ou la pâleur de la face, la précipitation ou l'inhibition du langage, l'impatience musculaire et cette instabilité un peu incohérente qui gaspille les mouvements. Les stigmates neurologiques de cette disposition morbide ont été bien fixés par Claude et Dupré : vivacité des réflexes tendineux et pupillaires, hyperesthésie cutanée diffuse ou élective, éréthisme vaso-moteur, tachycardie, troubles sécrétoires, sueurs, polyurie, disposition spasmodique avec toutes ses localisations :

constriction pharyngée, thoracique, précordiale, épigastrique, intestinale, céphalique ou sphinctérienne.

Ces sensations de constriction physique auxquelles il convient de réserver le nom d'*angoisse* (tandis que l'*anxiété* est le phénomène psychique et moral) évoquent mille aspects de maladies : fausse angine de poitrine, entéro-colites, troubles fonctionnels gastriques, fausses dysuries; ces spasmes créent des gênes physiologiques (troubles de la déglutition, vaginisme), entravent la thérapeutique, l'absorption des pilules, le passage des catheters.

Au point de vue purement psychique, il y a bien des types d'émotifs : nous les avons esquissés, avec mon collègue Hesnard, dans nos études sur la Psychiatrie de guerre : les *impressionnables* et les *sensibles* qui ressentent cruellement toutes les impressions morales pénibles, parfois sans les extérioriser; les *pusillanimes* qui se défendent contre l'idée du danger par la fuite ou l'inhibition psychique; les *excitables* et les *irritables* qui réagissent par des manifestations mimiques à grand fracas; les *suggestibles*, proches parents des pithiatiques; mais surtout des *anxieux*, c'est-à-dire les émotifs par l'idée du danger à venir.

De toutes les souffrances qui nous guettent dans la vie, l'anxiété est la plus redoutable.

Cette anxiété comprend bien des formes et des degrés; il y a des *anxiétés d'occasion*, celle du trac par exemple auquel vous êtes soumis, Messieurs, ainsi que nous l'avons été nous-même devant les examinateurs; des anxiétés continues, états sub-anxieux qui poussent souvent à la toxicomanie; une anxiété chronique qui bien souvent réalise l'hypochondrie; enfin et surtout, il y a les accès aigus et suraigus d'anxiété, le *raptus anxieux* comme on l'appelle, véritable ivresse émotive qui aboutit à l'acte impulsif et au suicide. « L'anxiété est doublement impulsive, « remarque M. de Fleury, en ce qu'elle précipite l'homme aux actes violents et que, par inhibition, elle paralyse les réducteurs psychiques; « elle casse le frein. L'affectif déchaîné déborde et noie l'intellectuel : « l'homme ne sait plus ce qu'il fait. L'émotivité suraiguë réduit au « silence amour-propre, amour des siens et de soi-même; elle déterre et « jette au vent la vieille souche enracinée de l'instinct de conservation. »

A quelques exceptions près, toute l'histoire du suicide est inscrite dans celle de l'anxiété.

Je n'ai pas à vous décrire ici toute la Pathologie de l'émotivité : les crises avec décharges motrices, une des formes de l'ancienne hystérie,

les crises avec représentations mentales ou bouffées de délire ecnmnésique (pseudo-hallucination), les formes franchement délirantes et confusionnelles, la grande psychonévrose émotive, si riche en séquelles, ces deux dernières largement étudiées pendant la guerre, excitant spécifique de l'émotivité. Tout cela c'est de la Psychiâtrie pure.

Dans une formule concise et élégante, Maurice de Fleury a groupé les grandes occasions étiologiques de l'angoisse : « Eros », « Polemos », « Atropos » : les *angoisses d'amour*, les *angoisses de guerre*, et l'*angoisse de mourir*.

L'angoisse est en effet souvent conditionnée, chez les jeunes par les tourments de la sexualité et vous n'ignorez pas tout le parti que Freud et ses disciples ont cru pouvoir tirer de ce rapprochement; justifiée dans quelques cas, cette doctrine qui rapporte tout le comportement psychique au refoulement de la *libido*, originellement incestueuse, conduit à des monstruositées inadmissibles, contraires à la vérité et qui heurtent notre bon sens et notre logique. Que sera-ce quand ils découvriront leur tube digestif, écrivait ironiquement Lucien Romier !

A l'inquiétude de la mort, — et de la maladie par conséquent — peut se rattacher un état mental bien particulier, avec lequel vous serez très souvent aux prises : celui de l'*hypocondrie*.

L'*hypocondrie*, c'est exactement, en nosologie psychiâtrique, l'inquiétude concernant l'état de santé.

Type morbide connu depuis longtemps, malade imaginaire stigmatisé par Molière dans le personnage d'Argan, l'hypocondriaque fait le tour des cabinets médicaux; généralement, sa préoccupation se fixe sur un organe ou une fonction ou une maladie déterminée; vous le reconnaitrez de suite, à ce qu'il vous donne, dès les premiers mots, son diagnostic et qu'il se sert de termes techniques rapportés des consultations antérieures; il s'est du reste abondamment documenté à la quatrième page des journaux et dans le *Larousse médical* qu'il possède; aucune question ne le surprend; il sait tout ce qui concerne tel ou tel symptôme, vous énonce même des pathogénies; quant à la thérapeutique, elle est passée au crible de sa critique : il est à la page et s'étonnera que vous ne connaissiez pas telle spécialité nouvelle; les régimes, il les a tous pratiqués, et avec surenchère. Si c'est un hypocondriaque abdominal, — et ils sont légion — vous le trouverez bardé de toutes les ceintures et pelotes orthopédiques et souvent balaféré de cicatrices de laparotomie; il vous sortira un dossier d'analyses, la fiche de plus en plus décevante de ses pesées; vous voulez pren-

dre sa pression ? il vous énumérera ses chiffres antérieurs et discutera votre appareil Vaquez s'il n'a connu encore que le Pachon.

Tout est prétexte pour un hypocondriaque au développement de ses thèmes : un varicocèle sur lequel il greffe une impuissance génitale psychique, une apte à propos de laquelle il développe une syphilophobie irréductible, une algie pelvienne qui ne peut être due qu'à un fibrome.

L'hypocondriaque simple est malheureux, c'est incontestable; mais il paraît chérir son malheur. Il ne souffre vraiment et n'est à plaindre que dans la mesure où l'hyperémotivité crée des bouffées anxieuses pénibles. C'est souvent un égoïste et un raisonneur, un égocentrique qui tyrannise sa famille par ses exigences, fatigue son médecin, et, pour peu qu'il porte en lui des dispositions paranoïaques, deviendra un revendicateur et un persécuteur dangereux, parfois aussi un véritable délirant.

Il y va, Messieurs, de votre tranquillité et de votre sécurité de dépister précocement ce malade imaginaire. Soyez prudent dans vos propos, sobre dans vos explications. Vous ménagerez ses susceptibilités et ne fournirez pas d'arme qu'il puisse exploiter contre vous. Evitez surtout de le suggestionner; compatissez à ses souffrances en proclamant leur peu de gravité. Tâchez d'endiguer ses entreprises thérapeutiques, et surtout, gardez-vous bien des opérations, vraies ou simulées, même et surtout dans un but d'apaisement.

S'il était besoin d'une dernière preuve pour souligner l'importance de la constitution émotive en pathologie, nous la trouverions en ce pays par l'étude des différents éléments ethniques qui s'y rencontrent.

D'imagination active, mais de tempérament inquiet, capable de ressort, mais facilement déprimé, sensible à l'excès, préoccupé et tourmenté, l'*Israélite* fournit un des exemples les plus caractéristiques de la constitution émotive et anxieuse, particularité notée souvent déjà par les neurologistes. Sa vie, ardente et empressée, est souvent traversée de brusques défaillances; beaucoup oscillent entre l'enthousiasme et la dépression; leur tempérament est un curieux mélange des constitutions émotive et cyclothymique, angoisses viscérales, crises anxieuses, accès de mélancolie agitée, sont fréquemment observés; il suffit d'avoir quelque pratique de cette clientèle pour connaître l'effroi collectif que la maladie sème dans le milieu familial et les réactions de désarroi affolé qu'elle y suscite souvent.

Au contraire, chez l'*indigène musulman*, la vie affective est réduite au minimum et tourne dans le cercle restreint des instincts élémentaires,

nécessaires à la vie et à sa conservation. Pas ou presque pas d'émotivité; il est resté insensible aux émotions de la guerre. A la maladie et à la souffrance il oppose un fatalisme tranquille et résigné. Quelle que soit l'origine du calme et de la sérénité foncière du Musulman, il n'est jamais un anxieux. Sa passivité est la manifestation d'un tempérament essentiellement atone. Il vit dans le présent et le passé, insouciant de l'avenir et sans curiosité. Isabelle Eberhart avait admirablement senti cette inertie passive, quand elle décrivait « cette impression d'immobilité des « êtres et des choses éprouvée dans l'Islam et qui donne en quelques minutes l'impression de leur durée, presque de leur éternité. »

..

IV. — Dans toutes les manifestations que nous venons d'envisager, *le problème de la sincérité* ne s'était pas encore posé. Le voici au premier plan avec toute la cohorte des *simulateurs*, des *hystériques* et des *sinistrés*. Pour les esprits simplistes ce problème semble facile; il n'en est pas en réalité de plus délicat pour qui veut le pénétrer par l'analyse psychologique.

C'est que « la sincérité, nous dit Dromard, ne se présente pas comme « une entité mesurable et qui se laissera situer d'une manière précise à « l'instar de la vérité ou de l'erreur ». En développant le mensonge extérieur, l'esprit s'y enfonce davantage; une duperie « en retour » peut s'établir qui obnubile davantage la conscience intérieure. « Nous nous trompons nous-mêmes pour mieux tromper les autres » avait déjà dit Vauvenargues.

Toute notre vie de civilisés est tissée de mensonges, de simulations et de dissimulations de sentiments et d'idées, depuis la politesse la plus courtoise, la plus raffinée jusqu'à l'hypocrisie la plus froidement déterminée.

La situation est pour l'homme une nécessité de l'adaptation au milieu; elle est la monnaie courante qui assure la vie en collectivité; mais, dans certains cas, l'instinct immédiat de défense et de conservation et souvent même la simple vanité font que l'individu se réfugie dans une attitude forcée ou contrefaite pour inspirer la pitié ou simplement retenir l'attention sur lui. C'est le cas des maladies simulées et des manifestations hystériques.

Depuis que Babinski nous a mis en garde contre le caractère artificiel de l'hystérie et sa création fréquente par les médecins, il faut avouer

qu'elle a à peu près disparu de nos hôpitaux. Nous en avons fait la prophylaxie.

Cependant on la rencontre encore quelquefois, car elle repose sur un tempérament spécial, sur des éléments constitutionnels psychiques qui n'ont pas disparu. Sa reviviscence possible à l'occasion des grands cataclysmes, comme on l'a vu pendant la guerre, montre qu'il faut être prêt à la connaître et à l'apprécier.

Quel genre de manifestations offre-t-elle au médecin ?

— Des *allégations* plus ou moins suspectes d'algies, de crises, de syncopes;

— Des *manifestations paroxystiques* dont la classique crise d'hystérie;

— De *petits syndromes d'allure somatique ou sensorielle*, paralysies, contractures, tremblement, astasies, abasies, cécité, surdité, aphonie, dont un examen neurologique attentif vous montrera l'inorganicité.

Je ne parle que pour mémoire des prétendus *stigmates* des *anesthésies* en particulier, produits d'une éducation médicale imprudente, et des *troubles vaso-moteurs, trophiques, cutanés*, dus tantôt à une supercherie évidente, tantôt aux réactions physiopathiques de MM. Babinski et Froment.

Derrière toutes ces extériorisations, dont le milieu et les circonstances commandent la forme et l'apparition, il y a un état mental très particulier, un terrain vraiment spécial qu'il faut explorer.

Depuis que Babinski a définitivement rayé l'hystérie des cadres de la Neurologie et l'a livrée aux psychiatres, ceux-ci se sont employés à préciser sa nature intime. Nous avons vu tour à tour invoquer la suggestibilité, la psycho-plasticité, l'émotivité, l'imaginativité, la mythomanie. Nous avons même assisté tout récemment à une tentative de réintégration organique dans la sphère mésentérique, à propos des syndromes curieux et similaires observés dans l'encéphalite épidémique.

La vérité est qu'il y a dans l'hystérie des faits de nature assez diverse par leur origine et leur signification.

Le *pithiatisme* de Babinski, qui suppose la suggestibilité du sujet et qui a pour critérium la disparition par contre-suggestion revendique la plupart des accidents observés aux Armées; le mérite de M. Georges Dumas, qui les a bien étudiés, est d'avoir montré que cette suggestibilité était essentiellement accidentelle et marquait la phase de réveil d'une petite période de confusion mentale. Ce sont des victimes de bonne foi.

L'émotivité peut dans ses paroxysmes aboutir à des décharges motrices

un peu tumultueuses, réaliser des tremblement plus ou moins durables, mais, dans la règle, l'hystérie n'a rien à voir avec elle.

La grande majorité des hystériques relève de cette *constitution spéciale mythomaniacque* que Dupré avait décrite et enrichie de nombreuses démonstrations, besoin morbide de mentir, de fabuler, de simuler. Désordre de l'imagination pour Dupré et Logre, la mythomanie serait un trouble de l'affectivité pour M. Achille Delmas et son élève Trubert. Pour ces derniers, la mythomanie représente essentiellement la *pathologie de la vanité*; l'imagination n'est que la complice ou la servante de l'affectivité morbide, offrant à celle-ci une richesse plus grande de création et d'expression.

Et dans cette conception synthétique fort séduisante, nous voyons la mythomanie s'orienter tantôt du côté de l'hystérie, c'est-à-dire du côté de la simulation morbide d'états maladifs, pure ou en association hystéro-organique; tantôt du côté des manifestations sociales à plus grand spectacle (simulation d'attentats, mystifications, usurpation de faux titres et d'insignes, émission de lettres anonymes, dénonciations calomnieuses, empoisonnements ou escroqueries célèbres) lorsqu'à la mythomanie s'ajoute la perversité.

Un mythomane, une hystérique simple n'offrent d'autre danger pour le médecin qu'une petite blessure d'amour-propre quand ils réussissent à le tromper. Mais il en est de dangereux pour sa tranquillité et sa sécurité.

Aussi bien, chaque fois que se posera le problème de la sincérité dans une situation morbide anormale par quelques symptômes ou par son évolution, le médecin devra-t-il se montrer d'une extrême réserve et se livrer, seul ou avec l'aide d'un spécialiste, à la plus minutieuse analyse psychologique.

Cette même analyse psychologique lui permettra de trouver souvent — dans le domaine intellectuel — des tares qui, ajoutées aux précédentes ou isolées, provoquent de singulières attitudes devant la maladie ou le médecin.

Je n'ai pas le temps de vous les exposer toutes : qu'il me suffise de vous citer la *débilité mentale* qui, chez certains sujets primitifs, comme l'indigène, crée des caricatures grossières de maladies, des attitudes extravagantes, des entêtements irréductibles; la *crédulité* qui se trouve malheureusement à tous les étages de la société et par les superstitions variées — si fréquentes en ce pays — entrave si souvent la confiance du malade

ou démolit les patientes entreprises du médecin; enfin la *constitution paranoïaque* à laquelle j'ai déjà fait allusion et qui s'insinuant dans les relations du malade avec son médecin, va créer des situations pénibles ou tragiques.

Le paranoïaque est un sujet dont l'orgueil morbide fausse la logique et entraîne une méfiance et un esprit vindicatif des plus redoutables.

Que cette disposition tombe sur une *érotomane* et vous aurez ce type d'*amoureuses de médecins*, qui empoisonnent leur existence et les poursuivent avec l'acharnement de véritables *persécutrices*.

Que la paranoïa se révèle à l'occasion d'une intervention chirurgicale, d'un accident du travail ou d'une expertise obligée, les meilleurs d'entre nous pourront voir surgir devant eux ces *persécutés-persécutés* qui saliront perfidement leur réputation, les attaqueront en justice et parfois trouveront le revolver plus expéditif.

..

J'ai terminé, Messieurs. Bien que je n'aie pas voulu défendre ici une thèse, laissez-moi cependant mettre, à la fin de cet exposé, de brèves conclusions.

L'une d'elles en faveur de la Psychiâtrie. Dans sa leçon inaugurale, en 1919, le Prof. Dupré, rappelant qu'après toutes ses années d'études de Pathologie interne et générale, il avait consacré vingt ans de sa vie à la Pathologie mentale, ajoutait : « La Psychiâtrie se présente à moi, non « pas comme une spécialité, mais bien comme le couronnement même « de toutes nos études, comme le sommet de l'édifice médical, d'où « rayonnent les perspectives les plus étendues sur la connaissance, indi- « viduelle et pratique, aussi bien que sociale et philosophique, de « l'homme ».

Plus modestement, je vous demanderai de reconnaître avec moi qu'elle a bien sa place dans cette Symphonie de la Médecine que représente la Pathologie Générale et de considérer combien les enseignements qu'elle nous donne sont profitables à la connaissance de l'homme malade.

Cette connaissance de l'homme malade — c'est là la seconde et principale conclusion — toute votre érudition sera insuffisante à vous la donner en sa totalité; elle ne sera parfaite que si vous la complétez par les données d'un examen psychologique auquel vos instruments de précision, vos formules cliniques ou le calcul de vos constantes ne sauraient prétendre. Si la médecine est une science positive, elle n'est pas une science exacte; la discipline des sciences mathématiques et ce que

Pascal appelait l'esprit de géométrie, sont indispensables pour l'étude de bien des problèmes biologiques, mais ils n'y suffisent pas et l'esprit de finesse doit venir à leur secours.

Un jour viendra peut-être où tous les organismes, tous les tempéraments, toutes les âmes seront « standardisés » par la progression incessante de l'américanisme et où l'on pourra alors arriver à la « rationalisation » stricte et anonyme de nos interventions professionnelles. En attendant ces « Scènes de la Vie future » que je crois bien lointaines, c'est encore l'« individu » qui reste devant nous avec sa constitution particulière, ses réactions propres, ses formules somatiques et psychiques diversifiées à l'infini. *Individualisons* nos diagnostics et nos pronostics et surtout notre thérapeutique. Les antennes de notre intuition et de notre sensibilité y sont aussi nécessaires que les données de notre savoir.

Comme l'a dit excellemment notre collègue Pierre Mauriac, « si la médecine est bien une lutte scientifique contre la maladie, elle n'est pas « la guerre pour la guerre, mais bien pour le salut d'un malade. Dans « notre ardeur à combattre, n'oublions pas les raisons de la bataille; ne « restons pas sourds et aveugles aux cris et aux réactions de l'être qui « supporte, qui souffre et qui meurt ».

**Revue d'Histoire de la Pharmacie 1931
Les Chapelets de Baume**

(par J. Bouquet, pharmacien des Hôpitaux de Tunis)

—(0)—

Curieuse étude sur les chapelets d'ambre, et sur cette industrie en pleine décadence. Il ne reste guère dans la Régence que deux ou trois artisans spécialisés dans cette fabrication. Un seul d'entre eux, Rabbi Si truck, travaille en respectant la véritable formule archaïque, dans laquelle n'entrent que des produits naturels, et qui donne le grain de Chapelet noir. La formule qu'il emploie remonterait à l'époque de Salomon et aurait été introduite en Israël au retour de la fameuse expédition d'Ophir ?

C'est probablement à ces chapelets de baume que Corneille a fait allusion dans l'Illusion, 1636, acte II, (... il trafiqua de chapelets de baume). Ces chapelets devaient être très connus en Espagne que les Arabes avaient occupée pendant quelques siècles, et d'Espagne ils devaient être exportés dans certaines parties de l'Europe. Aujourd'hui ils ne sont plus guère appréciés que des bédouines et des touristes.

Sur une falsification du Safran

(J. Bouquet, pharmacien des Hôpitaux de Tunis)

Bulletin des Sciences pharmacologiques — Février 1931

—(0)—

Il s'agit d'échantillons de Safran prélevés dans les Souks, et qui contiennent plus de 50% de fleurs de *Grevillea robusta* (Protéacées).

Des *Grevilleas* ornent l'avenue de Paris, la place Sidi-Baïan, mais n'ont jamais fleuri. Par contre, quelques *Grevilleas*, dans des jardins privés de Tunis, (entre autres au jardin de l'Hôpital Sadiki), donnent d'élégantes floraisons.

Les échantillons fraudés n'ont pu l'être par les commerçants de détail tunisois chez lesquels ils ont été rencontrés, car se procurer sur place des fleurs de *Grevillea* en quantité suffisante est impossible.

La sophistication semble le fait de marchands grossistes algériens, les *Grevilleas* étant assez abondants et végétant très bien dans certaines localités du département d'Alger.

Sur une technique nouvelle applicable à la séroprophylaxie de la Rougeole

(par Charles Anderson et F. Gérard)

—«O»—

Il suffit d'instiller trois fois par jour dans chaque œil, une goutte de sérum de convalescent de rougeole, que l'Institut Pasteur de Tunis conserve depuis plusieurs années à la disposition des médecins qui lui en permettent la récolte. Cette quantité en apparence faible, de sérum instillé, serait suffisante, ce qui est important pour une application en grand, à cause de la difficulté relative de recueillir de grandes quantités de sérum chez les enfants convalescents. (Archives de l'Institut Pasteur de Tunis — Tome XIX, 1930, n° 4).

Note de la Rédaction. — De nombreux cas de rougeole existant actuellement à Tunis dans les écoles, nous reproduisons ci-dessous la technique pour le prélèvement du sérum telle qu'elle a été indiquée par les Docteurs Charles Nicolle et Conseil dans les comptes-rendus de la Société de Biologie, 3 juillet 1920 et par Ch. Nicolle dans les archives de l'Institut Pasteur de Tunis, tome XVI, page 309.

Il suffit d'un dispositif très simple, constitué par une aiguille montée sur un tube de caoutchouc, l'ensemble ayant été primitivement vaseliné. Prendre une aiguille, en acier, du calibre intérieur de 1^{mm} à $1^{\text{mm}}\frac{1}{2}$ mesurant (pour sa tige 3 cent.) portant à son extrémité libre un biseau court (2 à 3 millimètres). Tube de caoutchouc rouge, souple, de 12 cm., à diamètre intérieur de 3^{mm} , à extrémité libre taillée en bec de flûte. On trempe le tube de caoutchouc armé de l'aiguille dans l'huile de vaseline; on égoutte soigneusement et on stérilise à l'autoclave dans une boîte de Pétri. Il importe de bien égoutter l'appareil, la stérilisation du tube immergé dans l'huile de vaseline gonflant le caoutchouc qui est rendu inutilisable.

Nous sommes en mesure d'annoncer à tous nos confrères qui voudraient recueillir du sang de convalescents pour essayer cette séroprophylaxie de la Rougeole que l'Institut Pasteur de Tunis veut bien préparer le matériel nécessaire sur commande.

—«O»—

Le Régime des Enfants

La seconde brochure des Editions Diététiques Heudebert vient de paraître; elle est consacrée au régime des enfants. Cette étude de l'alimentation infantile est conduite dans le même esprit essentiellement pratique qui a valu à la brochure précédente « Le Régime du Diabétique » un prestigieux succès.

« Le Régime des Enfants » comporte une centaine de pages, et contient, sous une forme claire, des indications sans aucune prétention médicale, mais qui seront précieuses pour toutes les mères.

Ce volume attire l'attention des mères sur les grosses erreurs qu'il faut éviter, sur les symptômes qui doivent les inciter à appeler le médecin, et leur donne des conseils pratiques pour la préparation des biberons et des bouillies, le choix des aliments, la quantité subordonnée à l'âge de l'enfant, etc... questions qui, pour être primordiales et constituer l'A B C de la puériculture, n'en sont pas moins trop souvent ignorées des mères.

« Le Régime des Enfants » sera précieux à la fois aux jeunes mères par la documentation qu'il leur apporte, et aux médecins, auxquels il facilitera leur tâche en leur évitant l'énumération longue et fastidieuse de tous les petits soins et précautions qu'on ne saurait trop répéter.

Cette brochure, comme la précédente, est en vente dans toutes les pharmacies, herboristeries et maisons de régime au prix de 3 fr. 50, mais les Laboratoires Heudebert se font un plaisir de l'adresser gracieusement aux médecins qui en font la demande aux : Laboratoires Heudebert (Service des Editions), 85, Rue St-Germain, à Nanterre (Seine).

Traitement des Cancers dits inopérables, incurables et abandonnés par Radon, Colloïdes électriques et « Ondes hertziennes ultra-courtes »

par A. Kotzareff, docteur en médecine de la Faculté de Paris, docteur en médecine de la Faculté de Genève, lauréat de l'Académie de Médecine de Paris. — Un volume in-8° sur papier couché de 210 pages, avec 26 figures et 6 tableaux (1931), Fr. 30. — Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6^{me}).

Le but de cet ouvrage est de faire connaître et de présenter une nouvelle méthode de traitement concernant, comme le titre l'indique, d'une part : les cancers dits inopérables, incurables et abandonnés; et d'autre part : les cancers inaccessibles à la chirurgie, aux rayons X et aux applications locales de radium.

L'auteur qui en 1927 publia un premier livre sur *les Cancers et la Physico-chimie* (1), expose dans ce nouvel ouvrage sa méthode personnelle consistant en injections intraveineuses de radon (émanation de radium) et de colloïdes électriques (bismuth, plomb, mercure, or, zinc, cuivre, sélénium, fer, etc.) sélectionnés selon la diversité des cas à traiter.

A cette *radoncolloïdothérapie interne*, ou encore *métallothérapie radioactive*, il associe l'application locale des *ondes hertziennes ultra-courtes*.

L'étude et l'utilisation du radon, des colloïdes électriques métalliques et des ondes hertziennes, constituent le fond même de l'ouvrage.

Pour plus de clarté et de compréhension ce volume de dix chapitres est divisé en deux parties :

La première partie est théorique et traite des éléments constituant la méthode de l'auteur.

La seconde donne l'exposé de la préparation, des doses, du mode d'emploi et du rythme des différentes modalités de ce nouveau traitement dont la grande originalité est d'employer, pour la première fois, des ondes hertziennes dans la thérapeutique des cancers humains.

Les observations cliniques des médecins français et étrangers démontrent aisément, malgré leur nombre limité, l'importance et la valeur de cette nouvelle méthode appliquée jusqu'ici à des malades systématiquement et définitivement abandonnés. Dans cette catégorie l'auteur englobe les malades atteints de cancers internes (poumons, cerveau, tube digestif, foie, reins, etc.) non justifiables des méthodes classiques connues : chirurgie, rayons X, radium. Traités par cette méthode, objet de cet ouvrage, ces cancers semblent s'arrêter dans leur évolution; les métastases diminuent de volume et quelquefois disparaissent; la tumeur ne tarde pas à entrer en voie de régression et souvent disparaît par transformation cicatricielle ou par liquéfaction puis par résorption. En outre, les douleurs atroces qui caractérisent le cancer disparaissent presque toujours, et, dès le début du traitement, on note une amélioration très nette de l'état général.

D'après l'auteur un certain nombre de malades ainsi traités sont cliniquement guéris depuis plusieurs années.

Dès à présent, la généralisation de la méthode du docteur Kotzareff s'impose, et son application sur un grand nombre de malades est urgente pour pouvoir juger sa valeur thérapeutique.

(1) Vigot frères, éditeurs. - Un volume in-8° de 336 p. avec 82 fig. - 50 fr.

La Tunisie Médicale

MAI 1931

AVANT-PROPOS

—«0»—

Au moment où la Tunisie fête le cinquantenaire de la signature du traité du Bardo, nous avons pensé qu'il appartenait à la Tunisie Médicale, organe de la Société des Sciences Médicales de Tunis, de consacrer son numéro de mai, à montrer les progrès survenus depuis cette date, dans toutes les branches de la médecine. Pour mieux juger des résultats acquis, il nous a paru que le plus simple était d'opposer ce qui existait avant l'établissement du Protectorat, à ce que nous connaissons actuellement. Grâce au bienveillant concours de M. Gandolphe, descendant d'une vieille famille française fixée en Tunisie avant l'occupation, grâce aux patientes recherches du Directeur du Service de Santé M. le médecin-colonel Sandras, grâce au docteur Dingizli qui a bien voulu mettre à notre disposition sa compétence linguistique et médicale, grâce aux souvenirs du docteur Molco, dont le grand-père fut un des plus célèbres, parmi les médecins que les Beys honoraient de leur confiance, et qui lui-même au début de sa carrière a vécu une partie des événements qu'il nous raconte, nous pouvons mettre sous les yeux de nos lecteurs un tableau de ce qu'était autrefois en Tunisie la médecine et l'exercice de la profession médicale. Quel contraste entre le petit hôpital des Sœurs de Sidi-Saber et l'Hôpital Civil actuel ! Et quel changement entre l'Infirmieria de la Rue Ben-Abdallah et le splendide Ospedale Coloniale Garibaldi.

Si ce numéro tombe, dans cinquante ans, sous les yeux d'un confrère, curieux du passé, peut-être s'intéressera-t-il plus particulièrement aux articles de nos éminents confrères, les docteurs Mara, Bouquet, Reynal, Perrussel, qui ont bien voulu assumer la charge ingrate de décrire le présent. Et peut-être, ces hôpitaux dont nous sommes fiers, et qui renferment, pêle-mêle, dans une même enceinte, des services de médecine générale, de chirurgie,

de tuberculeux et de contagieux, lui paraîtront-ils aussi arriérés et barbares que les premiers «morstans» tunisiens. Une telle «chakichouka » lui semblera, sans doute, énorme; et cependant cela se voyait couramment en France, il y a moins de trente ans, et paraissait tout naturel à tous les vieux praticiens.

Tout en rendant hommage aux mérites et aux efforts de ceux qui nous ont précédés, force nous est de reconnaître que sans les découvertes d'un savant qui n'était pas médecin, dont le génie a dissipé les ténèbres où se débattait la médecine, tous les progrès réalisés aujourd'hui n'existeraient pas. C'est grâce à Pasteur que la chirurgie, la médecine sont devenues ce qu'elles sont aujourd'hui. Il n'a pas eu de précurseurs, mais a laissé, dans le monde entier, des disciples, qui dans les instituts qui portent son nom, comme lui, avec un noble désintéressement, donnent toute leur vie à des recherches de science pure, dont les applications pratiques permettent de détruire les fléaux qui décimaient autrefois l'humanité.

Le corps médical tunisien tout entier, sans distinction de nationalité est fier de pouvoir rappeler qu'il existe à Tunis, un Institut Pasteur, auquel le monde doit la découverte du mode de transmission du typhus, sa reproduction sur les animaux, sa disparition des régions frappées depuis les temps les plus reculés; et combien d'autres découvertes, la connaissance des infections inapparentes, des notions nouvelles sur la fièvre récurrente mondiale, le Kala Azar, la fièvre méditerranéenne, le chancre mou, la rougeole, etc. Nous arrêterons cette sèche énumération, autant pour ne pas trop allonger notre article, que pour ne pas blesser la modestie de celui qui depuis plus de vingt-cinq ans est Tâme de l'Institut Pasteur, et qui a recueilli avec l'aide de ses collaborateurs, une si ample, une si belle moisson scientifique.

Le Comité de Rédaction.

L'œuvre du protectorat Tunisien en matière d'assistance et d'hygiène sociale (1)

par René THIERRY,

Conseiller d'Ambassade, Directeur général de l'Intérieur en Tunisie.

—«0»—

Au moment où elle établit son protectorat en Tunisie, la France trouva une tâche immense à accomplir. Elle s'était assignée un but très noble : apporter à ses nouveaux protégés les bienfaits de la civilisation moderne, ouvrir le pays à tous les progrès matériels et moraux, conquérir les cœurs par la bienveillance et la sollicitude.

L'un des domaines où le champ d'action était le plus important était sans contredit celui de l'Assistance et de l'Hygiène où tout, ou presque tout, était à faire. Lorsque nous arrivâmes en Tunisie il y avait sans doute un hôpital arabe à Tunis, un petit hôpital français devenu l'Hôpital Saint-Louis (Hôpital Civil actuel) et deux petites formations musulmanes à Sousse et à Sfax, mais ces établissements ne répondaient à aucun degré aux nécessités de la thérapeutique moderne. Au point de vue de l'hygiène, tout était à créer, tout était à faire pour éviter à jamais le retour des terribles épidémies que le pays avait connues jusque-là et qui avaient périodiquement décimé la population.

Il faut reconnaître loyalement que ce n'est pas vers les formules d'une assistance réorganisée que se portèrent les premières préoccupations du Gouvernement du Protectorat ? Il ne pouvait en être autrement. La Tunisie souffrait d'une insuffisance de son outillage économique indispensable au développement méthodique du pays et c'est aux réalisations de cet ordre que furent employées les premières ressources financières dont l'intervention française avait régularisé l'assiette et la perception.

L'outillage économique n'a certes pas encore atteint aujourd'hui

(1) N.D.L.R. — Nous tenons à adresser à M. Thierry, Directeur général de l'Intérieur en Tunisie, l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il fait à notre Revue et à la Société des Sciences Médicales de Tunis, en nous donnant dans ce numéro, une large vue d'ensemble de ce que le Gouvernement du Protectorat a réalisé en matière d'assistance et d'hygiène en Tunisie, conformément aux directives données par le Gouvernement de la République à ses Représentants en ce pays.

son développement nécessaire; mais le premier effort réalisé dans ce sens a paru à l'époque suffisant au Gouvernement pour lui permettre d'inscrire à son programme une organisation d'assistance dont les différents chapitres de cette Revue montreront l'intéressante et efficace progression.

C'est en 1897 que la Conférence Consultative décida de « rechercher les moyens d'assurer le fonctionnement de l'Assistance Publique en Tunisie ». Les études entreprises ont abouti aux deux importants monuments législatifs du 1^{er} avril 1900, créant l'Assistance Publique et des 1^{er} et 15 janvier 1910, organisant le corps des médecins de colonisation et le fonctionnement des « Infirmeries-dispensaires », formations hospitalières de l'intérieur de la Régence dont quelques-unes ont pris aujourd'hui une extension qui les rapproche des grands hôpitaux de Tunis.

La mise en œuvre de ce programme est due à M. Urbain Blanc, Secrétaire général du Gouvernement Tunisien, dont l'énergique impulsion contribua à transformer profondément l'état de choses existant.

Comme il était inévitable, la guerre vint ralentir l'effort. Mais dès 1920, sur l'initiative intelligente et féconde de mon prédécesseur M. Gabriel Puaux, l'activité gouvernementale reprit et, depuis, n'a fait que s'accélérer.

Les résultats, retardés par les difficultés d'ordre économique et financier de l'après-guerre, commencent à apparaître nettement aujourd'hui. En effet, au 1^{er} janvier 1931, le nombre des établissements d'assistance médicale (hôpitaux, infirmeries-dispensaires, salles de consultations) dépasse la centaine et l'Administration en poursuit encore le développement entrepris sur les fonds mis à sa disposition par l'Emprunt de 1920, dont le programme, émané d'une conception sûre, s'est exécuté régulièrement malgré les obstacles provenant des variations de la valeur de l'argent.

L'œuvre tunisienne se matérialise aujourd'hui dans le fonctionnement de l'Hôpital Sadiki, de l'Hôpital Ernest Conseil, ancienne formation de la Rabta, qu'une dotation exceptionnelle de 9.500.000 francs allouée par la France à l'occasion du Cinquantenaire du Traité du Bardo, va transformer en un établissement de premier ordre affecté au monde indigène; — dans le développement de l'Hôpital Civil Français et des services de consultations externes

internationales devenues extrêmement importantes: — dans la construction de grands hôpitaux à Sfax et à Sousse, dont les portes s'ouvriront respectivement à la population indigène le 1^{er} octobre 1932 et le 1^{er} juillet 1933 : — dans l'intéressante initiative, — la première en Afrique du Nord, de la création aux portes de Tunis d'un grand établissement pour le traitement des maladies mentales, et dont l'ouverture imminente mettra fin aux douloureux internement des « Maristans » indigènes et même de formations provisoires plus récentes dues à la bonne volonté de l'Administration des Habous, mais ne répondant pas aux exigences de la psychiatrie moderne; — dans les dotations importantes affectées à la réfection ou à l'agrandissement des grandes infirmeries-dispensaires comme celles de Souk-El-Khemis, Kairouan, Kef, Béja, etc...

Des résultats très importants — on peut même dire décisifs — ont aussi été obtenus dans le domaine de l'hygiène grâce aux mesures intelligentes et efficaces prises progressivement pour combattre les épidémies. On peut affirmer maintenant que si des cas isolés de maladies épidémiques ne peuvent être évités — dans les autres pays, d'ailleurs, il en est de même — l'extension des épidémies cependant est toujours immédiatement enrayée. Et c'est là un progrès magnifique si l'on se reporte aux ravages effroyables que ces fléaux faisaient autrefois en Tunisie.

En cette matière, la collaboration de l'Institut Pasteur a été précieuse. Placé depuis 1903 sous la haute direction scientifique de Charles Nicolle, cet établissement s'est développé progressivement et est devenu un centre de recherches et d'études dont la renommée universelle a été consacrée par la découverte du mode de propagation du typhus. Cette découverte et l'ensemble de ses travaux ont valu au docteur Nicolle son élection à l'Académie des Sciences et l'attribution des Prix Osiris et Nobel.

Le Gouvernement n'a pas non plus cessé de se préoccuper du développement des diverses œuvres médicales privées auxquelles il apporte son appui constant et sa bienveillance tutélaire. Poursuivant son programme en matière d'hygiène il a créé dernièrement un Office d'Hygiène Sociale dont la jeune activité est pleine de promesses.

Mais le Gouvernement n'aurait pu réussir dans la voie qu'il s'était tracée s'il n'avait pas été servi avec un dévouement inlassa-

ble par un corps médical de premier ordre que tout pays pourrait envier et parmi lequel se distinguent les médecins des hôpitaux, les médecins de colonisation et les médecins spécialisés dont le rayon d'action et d'activité charitable est étendu chaque jour, au fur et à mesure des disponibilités budgétaires.

Il appartiendra aux esprits éclairés et de bonne foi de dire si l'œuvre du Protectorat Tunisien, en matière d'assistance et d'hygiène aussi incomplète soit-elle en regard des besoins immenses à satisfaire, ne correspond pas dans son état actuel à une étape extrêmement importante dans la voie de bienfaisance et d'assistance que le Gouvernement de la République a tracée aux Représentants de la France dans ce pays.

Premiers hôpitaux français en Tunisie

par Marcel GANDOLPHE,

Professeur au Lycée Carnot

—(0)—

C'est à l'Abbé Bourgade, chapelain de St-Louis de Carthage, Chevalier de la Légion d'Honneur, que revient l'honneur d'avoir fondé le premier hôpital français à Tunis.

L'Abbé Bourgade avait été envoyé en Tunisie en 1841 pour desservir la chapelle élevée en l'honneur du roi de France, Louis IX. Outre ces charges, l'Abbé Bourgade remplissait les fonctions d'aumônier des navires de guerre, stationnaires dans la rade de la Goulette. Il était aussi directeur du collège qu'il avait installé dans l'impasse du Missionnaire, Zanguet El Babas, donnant dans la rue Sidi El Mordjani. Son activité ne s'était pas bornée à ces établissements, et sa principale préoccupation était de soulager les misères si nombreuses à Tunis. A côté des épidémies de peste et de choléra qui décimaient la population, l'hygiène était pour ainsi dire inexistante, et les malades se comptaient par centaines. De courageux médecins européens s'étaient fixés à Tunis. Parmi eux citons : MM. Gay, Clément, Fesler, Laferla, Spezzafumo, Burlizzi, Cotton, Mascaro, Lumbroso, Funaro, Castelnuovo, Cadelli, Nunez-Vais, Bensasson, Bastide, Lafitte et tant d'autres encore dont les noms m'échappent.

Leur dévouement ne fit jamais défaut, même dans les cas les plus critiques; mais ils n'avaient aucun local à leur disposition pour leur permettre de soigner, avec toutes les conditions indispensables, les malheureux qui croupissaient dans des bouges infectes.

Hamouda Pacha (1782-1814) avait bien fondé un hôpital, « le Morstane Aziza Othmana » dans la rue de la Casbah (immeuble N° 101). Mais sans vouloir porter atteinte à la mémoire de Si Hamda Tball qui fut un des médecins les plus réputés de cet établissement, « le Morstane Aziza Othmana » n'avait d'hôpital que le nom et n'était que d'un piètre secours en cas d'épidémie.

Au moment de l'occupation française, « le Morstane Aziza Othmana » était devenu l'Hôpital Sadiki; grâce à l'intervention de M. Chabert, pharmacien, aidé de Si Kadour Ahmed ayant fait ses études de médecine à Alger, l'ancien « Morstane Aziza Othmana »

s'était transformé mais resta néanmoins un hospice uniquement réservé aux indigènes et pour ce avec une installation qui ne pouvait convenir aux européens.

L'îlot de Chikly au 18^{me} siècle était devenu un lazaret, mais son organisation défectueuse ne pouvait que hâter la mort de ceux qui étaient internés dans l'ancien fort espagnol et les registres de Ste-Croix mentionnent de nombreux décès ! Ordinairement on mettait en quarantaine au Lazaret de Chikly les navigateurs venant d'Orient, pays qui était considéré comme un foyer habituel d'épidémies.

C'est alors qu'intervint l'abbé Bourgade qui fut secondé par les admirables sœurs de St-Joseph venues à Tunis en juillet 1840.

En 1843, le premier hôpital français placé sous le vocable de Saint-Louis, fut inauguré, dans la rue des Moniquettes, dans un immeuble attenant à celui des sœurs de Saint-Joseph (rue Sidi-Saber).

Modeste hôpital de huit lits, confié à deux sœurs, sous la direction du docteur Laferla, de nationalité maltaise.

Huit lits ! Quelle misère pour une ville par trop souvent ravagée par la maladie. Et pourtant l'abbé Bourgade avait réalisé un véritable tour de force. Les fonds faisaient défaut, l'Abbé Bourgade avait ouvert une souscription; il avait pu recueillir 2.955 piastres, soit 1.773 francs — 1.773 francs pour subvenir aux besoins de huit lits !

L'Abbé Bourgade organisa alors un service de visites à domicile, confié toujours aux sœurs de Saint-Joseph. La sœur Rosalie, dans ces nouvelles fonctions, fut l'exemple du plus sublime dévouement ! Elle jouissait auprès des Arabes et des Juifs d'un prestige illimité !

Vous qui me lisez, vous qui avez à votre disposition les sommités médicales et tous les moyens pour lutter contre la maladie, rapportez-vous à ce Tunis de 1840, de 1856, de 1867, de 1868, pour ne citer que ces années où les mortalités suspectes se comptaient par centaines, imaginez-vous l'angoisse de ceux qui nous avaient précédés en ce pays; songez au réconfort qu'ils éprouvaient à la vue de ces sœurs qui n'hésitaient pas à faire le sacrifice de leur vie pour les soigner et les guérir, et vous comprendrez dès lors la reconnaissance que les vieux Tunisiens ou leurs descendants éprouvent pour ces infirmières bénévoles et désintéressées.

En 1867, 1868, cinq sœurs, Mesdames Ludwine Bellet, Rosalie Lagrange, Nathalie Cazagne, Hyacinthe Quinquenelle, Saveria Azzopardi furent victimes de leur devoir.

Malgré les frais, le petit hôpital St-Louis pouvait subvenir à ses besoins; des loteries, des fêtes organisées par les différents consulats permirent d'ouvrir d'autres salles et en 1870, vingt cinq lits étaient en service. Malgré cette exiguité toutes les misères de Tunis se donnaient rendez-vous à l'hôpital St-Louis et y trouvaient asile. Les sœurs avaient même ouvert un orphelinat; elles avaient recueilli une dizaine d'orphelins. Les successeurs du docteur Laferla, MM. Cadelli et Mascaro n'avaient guère le temps de se reposer. Parfois ils furent même forcés d'installer des matelas entre les lits.

Avec cette organisation sommaire et des ressources très restreintes, la colonie française put néanmoins entretenir cet hôpital jusqu'en 1880. L'augmentation de la population le rendait absolument insuffisant. Il était donné au Cardinal Lavigerie de parachever l'œuvre de l'Abbé Bourgade.

Le Cardinal Lavigerie appuyé de M. Roustan, obtint en 1880 de Si Mohammed Es Sadok Bey, une caserne désaffectée sise dans la rue Sidi Ali Azouz n° 28, le siège actuel de la société de Bienfaisance; l'Hôpital resta sous le nom de St-Louis.

Le cardinal Lavigerie fit restaurer cet immeuble et le meubla de manière à recevoir aisément cent cinquante malades dans des salles distinctes. De généreux donateurs prirent même à leur charge l'aménagement des salles ou la fondation d'un ou plusieurs lits; c'est ainsi qu'il y avait la salle Chapelié, Van Gaver, Gandolphe...

Les frais d'hospitalisation étaient des plus réduits et les consultants payaient une indemnité d'un franc cinquante par jour pour chaque sujet qui y était soigné.

Le service était assuré par dix sœurs de St-Joseph et pour leur permettre de donner tout leur temps à l'hôpital, elles furent déchargées de la visite des malades à domicile.

Les docteurs Cotton et Bastide assuraient les soins médicaux. La moyenne annuelle d'hospitalisés fut de mille.

La gérance du nouvel hôpital fut remise à un conseil d'administration composé de français, italiens et maltais.

L'hôpital St-Louis cessa d'exister en 1898 époque à laquelle il fut transporté sur la colline de la Rabta, en dehors de la porte Bab Allouche.

On a, avec raison, donné le nom d'Ernest Conseil, à l'Hôpital de la Rabta, pour rappeler aux générations futures les services éminents rendus par notre regretté concitoyen à toute la population Tunisienne. L'effort accompli par les premiers français au milieu de tant de difficultés ne doit pas non plus être oublié.

Nous, qui sommes nés et grandis sur le sol africain, verrions avec plaisir, en cette année du cinquantenaire, attribuer à des pavillons ou à des salles de l'Hôpital Civil, les noms des premiers français qui ont su faire aimer la France, et ce serait toute justice que d'inscrire ceux de l'Abbé Bourgade, du Docteur Laferla et de sœur Rosalie.

Les Médecins Militaires du Corps Expéditionnaire de Tunisie

par le Médecin-Colonel SANDRAS et le Médecin-Capitaine CHAUZY

—(0)—

La Tunisie, dans l'histoire des colonies ou des pays de protectorat français, est une exception. Elle n'a pas été conquise, elle a été occupée.

Retracer l'histoire médico-militaire de cette expédition ne serait que relater la longue lutte entreprise par nos anciens contre certaines maladies : la Typhoïde, le Paludisme, les Dysentéries. Quelques chiffres donneront rapidement l'idée des difficultés rencontrées par nos prédécesseurs en 1881.

Il y eut à cette époque 125 cas de typhoïde pour 1.000 hommes. alors qu'en 1930 nous n'en comptons plus que 0,05; 130 %° de cas de paludisme pour 5 %° actuellement et 20 %° de cas de dysentéries diverses pour 1 %° aux dernières statistiques.

Si ces chiffres n'intéressent que l'armée, ils tendent à montrer qu'elles pouvaient être, les obligations professionnelles des médecins militaires aux débuts de l'occupation.

Nos anciens auraient pu borner leur activité à leurs fonctions si chargées de médecins d'armée, il n'en fut rien; nous nous efforçons de montrer l'intérêt qu'ont porté dès le début ces hommes, dont la plupart venaient directement de France, aux populations indigènes et au pays lui-même.

S'ils ont bénéficié du bel exemple que leur avaient donné leurs collègues d'Algérie, leur altruisme, leur désintéressement, l'énergique attention qu'ils apportèrent à observer et à traiter ne peuvent qu'exalter la gloire de la médecine militaire.

∴

Il nous est impossible de citer tous les noms de ceux qui, chargés exclusivement de veiller à la santé et à l'hygiène du corps expéditionnaire, étendirent spontanément et tout de suite leur activité professionnelle aux populations indigènes.

Ils étaient nombreux. Tous les grades étaient représentés : Les anciens revenus de la guerre franco-allemande et des campagnes du deuxième empire,, issus de cette belle école impériale du Ser-

vice de Santé de Strasbourg, comme les jeunes, provenant des différentes facultés de France, frais émoulus du Val-de-Grâce.

Trois d'entre eux, trois jeunes, moururent en Tunisie de typhoïde, les aides majors Herveou, Leprieur et Gourgeaux, tous trois en 1881.

Médecins de corps de troupe, médecins de bureaux arabes, médecins d'ambulances ou d'hôpitaux, tous ont donné leurs soins aux populations civiles, étudiant avidement la pathologie nouvelle dont l'observation leur était permise, s'intéressant à la nosologie tunisienne, au pays, au climat et jetant, par leurs travaux les bases d'une action médico-sociale.

On est frappé, en lisant leurs publications, de la finesse de leur observation; plus encore, de leur désintéressement magnifique.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer quelques-uns d'entre eux.

∴

En 1881-82 : le médecin-major de 2^{me} classe Catrin est médecin de la garnison de Medjez-el-Bab. Si ses obligations militaires sont lourdes, son activité lui permet d'y faire face tout en s'intéressant au pays. Il publie en 1883 un « Essai de Topographie médicale sur Medjez-el-Bab ». (1)

Après quelques considérations très justes sur la géographie, la météorologie, la flore et la faune, il s'attache à la population indigène.

Il note :

« La saleté est aussi évidente et cynique dans les maisons que dans les rues... on se demande même comment un tel mépris des règles les plus élémentaires de l'hygiène n'amène pas plus fréquemment des épidémies... on trouve à chaque pas le scrofule de syphilis... ».

Cette situation bien définie, il étudie la médecine locale, si l'on peut dire, ses descriptions sont précises et vivantes, elles paraîtront peut-être banales, elles ont été faites en 1881... nous citons :

« Abucassis est bien mort et la médecine arabe se résume dans l'emploi de pratiques superstitieuses et surtout de morceaux de parchemin sur lesquels écrit un marabout quelconque. »

(1) Archives de Médecine et Pharmacie Militaires — Tome II, 1883.

Non content d'observer les malades, il pousse ses investigations puisque nous lisons plus loin ces relations de pratiques courantes aujourd'hui encore :

« La saignée joue chez les Arabes un rôle important, c'est la
« seule partie sérieuse de leur science; l'application laisse pour-
« tant à désirer car à toutes les maladies on oppose la saignée et
« surtout la saignée locale : mal de tête, mal de reins, sciatique,
« pleurodynie, tout se traite par le rasoir. »

Catrin n'a pas un rôle passif. Ayant examiné la situation et étudié les remèdes qui lui sont apportés, il prend l'offensive et s'efforce de faire pénétrer son art chez les indigènes.

Les difficultés qu'il rencontre lui inspirent des réflexions tout à fait justes et son travail peut paraître prophétique :

« Qu'il me soit permis de relever une erreur assez répandue con-
« sistant à croire que les indigènes accourent en foule dès les pre-
« miers jours pour réclamer les soins du médecin européen. En
« Algérie la chose est vraie, mais ici il m'a fallu beaucoup de
« temps pour amener à moi les Arabes et surtout les femmes.

« *En outre je n'ai vu réellement beaucoup de maladies que du*
« *jour où j'ai su assez de langue pour me passer des interprètes*
« *indigènes toujours prêts à se faire payer leurs services par leurs*
« *coreligionnaires. Le moins que fasse un honnête trucheman est*
« *de se faire offrir des poules, etc., ou mieux de se faire nourrir*
« *lui et sa femme par les indigènes que le médecin soigne gratis.* »

Pénétré de la valeur de son art, hygiéniste social précurseur, Catrin va nous paraître dans les lignes suivantes, un véritable apôtre. Les petits procédés qu'il emploie pour vulgariser ses méthodes scientifiques et qu'il note, en toute modestie, pourront paraître ridicules à une époque où le désintéressement et l'altruisme ne se rencontrent plus que dans les dictionnaires.

Nous citons textuellement ce beau passage de son mémoire :

« J'ai dit d'autre part la répugnance des indigènes pour se faire
« vacciner (contre la variole). Bien qu'à Tunis la vaccination soit
« connue il m'a fallu prendre un Juif comme premier vaccinifère.
« Il faut surtout bien se garder au début *de promettre quelque*
« *argent*, on ne trouverait personne; quand on a eu un enfant vac-
« ciné et que tout le village a constaté qu'il n'était ni mort ni ma-

« lade des suites de l'opération, alors, on peut payer. En agissant ainsi je ne manquais plus de sujets à Medjéz. »

On en conviendra facilement !

Catrin résume ensuite brièvement les soins qu'il a pu donner aux indigènes en 1881 et 1882, soins gratuits bien entendu.

268 cas de syphilis,

225 cas de maladies des yeux,

130 affections intestinales,

42 cas d'impaludisme,

271 cas de maladies diverses dont bon nombre d'affections cutanées.

Le médecin major Catrin n'était pas un isolé.

Son cœur nous a fait lui réserver la première place. Nous citons encore quelques-uns de ses collègues.

..

Pendant le premier semestre de l'année 1883 le médecin aide-major de 1^{re} classe Marix est médecin de la garnison de Tozeur récemment occupé. Comme Catrin, il étend son activité à la population indigène dès son arrivée dans le Djerid dont il note le climat, l'hygiène et l'ethnologie (1).

Il étudie la pathologie des habitants du Djerid avec une précision et une exactitude que rien n'est venu infirmer.

Le Paludisme et les affections pulmonaires sont rares.

La Dysentérie endémique en été avec mortalité rapide et élevée (36 à 48 heures) avec complications hépatiques très fréquentes.

Enfin et surtout il a vu l'essentiel de la pathologie du Djerid :

« Les aveugles sont nombreux au Djerid. On peut attribuer deux causes à leurs infirmités :

« 1^o l'ophtalmie purulente consécutive à la conjonctivite granuleuse.

« 2^o La pustule variolique qui a évolué sur la cornée.

« *L'ophtalmie granuleuse est endémique.* »

Il note plus loin au sujet de « l'impaludisme » le danger d'une mauvaise distribution des eaux :

« Tous les médecins qui ont pratiqué dans le Sud savent que les

(1) Etude médicale du Djerid et du Sud Tunisien. — Archives de Médecine et Pharmacie Militaires — Tome IV, 1884.

« fièvres intermittentes, y sont rares, toutefois dans les oasis, aux
« saisons moyennes, la répartition des eaux crée des foyers fébri-
« gènes. »

« La tuberculose est rare, la syphilis est fréquente dans ses for-
« mes tertiaires; ni variole, ni diphtérie.

∴

En 1884, Duponchel est médecin aide-major de 1^{re} classe à Ma-
teur. La garnison est éprouvée par le paludisme, il le note, en (1)
recherche les causes et observe les indigènes de la région qu'il voit
nombreux à l'occasion du marché.

Comme ses deux collègues cités plus haut, c'est un clinicien
averti :

« Chez nos soldats nous avons vu les premières atteintes de la
« Malaria, chez les indigènes nous observons la cachexie... chez
« les habitants des gourbis et de la plaine on voit des enfants au
« teint terreux, pâles, languissants, le ventre globuleux, le foie et
« la rate faisant saillie sous la peau. Plus d'un malade prend la
« main du médecin pour lui faire sentir ces tumeurs anormales
« ayant parfois une dureté ligneuse. Les accès pernicioeux sont
« fréquents. »

Mais débordant le cadre de son étude il s'intéresse à cet autre
fléau qui frappe les populations indigènes, la Syphilis :

« Hommes, femmes et enfants ont pour la plupart la Syphilis;
« c'étaient surtout les porteurs de syphilides ulcéreuses qui ve-
« naient réclamer les soins du médecin du bureau arabe.

« Il est vraiment merveilleux de voir disparaître si rapidement
« de vastes et anciens ulcères sous l'influence de l'iodure de potas-
« sium et de pansements simples. »

∴

Nous avons choisi trois exemples seulement pour ne pas étendre
ce travail. Nous avons limité nos commentaires au strict minimum
le texte de nos grands anciens étant suffisamment éloquent. Nous
pensons avoir pu démontrer deux points principaux :

1° l'appui désintéressé qu'ont apporté les médecins militaires de
l'occupation aux populations indigènes.

(1) L'Endémie palustre à Mateur. — Archives de Médecine et Pharmacie
militaires — Tome IV, 1884.

2° L'exactitude et la précision scientifique de leurs observations sur la pathologie tunisienne.

Ils n'ont pas seulement fait œuvre humanitaire sur le moment, ils ont indiqué la voie, ils ont pour ainsi dire tracé un programme.

∴

Comme nous le disions plus haut ils furent nombreux. Nombreux également furent ceux qui abandonnant, tels Bertholon, Schoull, Guegan et tant d'autres, le métier qui les avait introduits dans la Régence, achevèrent, et avec quels succès, leur apostolat comme praticiens civils en Tunisie.

∴

La tradition ne s'est pas perdue. Le 8 mars 1927 le médecin major de 2^{me} classe Pierre Biessy de la promotion de 1925 au Val-de-Grâce était emporté à Aïn-Draham par un Typhus exanthématique contracté en soignant des indigènes tunisiens indigents.

Tunis, le 9 avril 1931.

**Aperçu rétrospectif sur l'exercice
de la Profession Médicale
et de l'Assistance Médicale en Tunisie
avant l'occupation française dans ce pays**

par le D^r DINGUIZLI

—(0)—

La Tunisie n'était guère comprise, vers la moitié du 3^{me} siècle de l'Hégire, parmi les Etats dont les habitants s'adonnaient à l'étude des sciences médicales, mathématiques et chimiques.

Ce ne fut que sous la domination de la dynastie des Aghlabites qu'un essor considérable fut donné à l'étude de ces sciences inconnues jusque-là dans le pays.

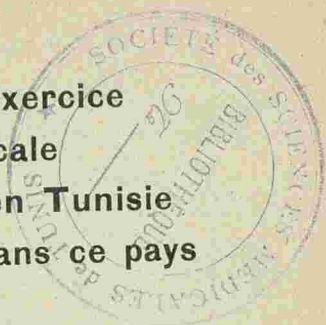
Dès leurs avènements les souverains Aghlabites copièrent ce que firent les kalifs Abbassides et Omniades pour propager, les premiers dans l'Iraak, les seconds en Andalousie, l'étude des sciences médicales, chimiques et mathématiques.

Ils attirèrent dans leurs Etats, de l'étranger, des professeurs de médecine, de pharmacie, de chimie, créèrent des universités et des hôpitaux; aux premières on y poursuivit l'enseignement théorique, aux secondes l'application pratique de ces mêmes sciences médicales. A partir de cette époque la pratique des sciences médicales devint dans notre pays chose acquise.

En l'an de grâce 290 de l'Hégire, l'un des premiers souverains Aghlabites : Ziadat Allah Ibnou El Aghlab III fit venir de Bagdad l'israélite *Isaac ben Omrane l'israéli*, maître fort connu dans l'art de guérir, en fit son médecin officiel et le chargea en outre de l'enseignement médical à l'Université Kairouanaise.

Ce savant fut invité à s'asseoir à la table royale afin de désigner à son souverain les mets compatibles avec son état de santé. Les chroniqueurs disent que ce souverain fut atteint d'affection du cœur nécessitant un régime alimentaire sévère que surveilla rigoureusement Isaac ben Omrane.

Ziad Allah ne pouvant réussir à suivre les durs conseils de ce médecin professeur, manda près de lui un autre savant israélite Moussa ben Meimoune l'israéli qu'il adjoignit, pour commencer, au



premier comme professeur-adjoint de médecine à l'Université médicale de Kairouan. Ce second praticien était d'origine Andalouse.

A la suite d'une consultation avec le premier, il y eut divergence d'opinion entre les deux sommités médicales de l'époque, divergence dont bénéficia de plein gré le souverain. Mal lui en prit et en s'écartant du régime sévère de son premier médecin, il dut être presque à l'article de la mort. Il fallut reprendre en tous points les prescriptions d'Isaac et un mieux sensible dans l'état du souverain réapparut.

Il n'en conserva pas moins Meimoune comme professeur à l'Université créée par ses soins.

Un peu plus tard il augmenta le corps enseignant médical d'une autre unité célèbre d'origine juive égyptienne du nom d'Isaac ben Slimann l'israéli. Ce fut un spécialiste dont la réputation était notoire, aussi lui confia-t-on l'enseignement des maladies des yeux.

Ce dernier se perfectionne, en outre, dans les autres branches de la médecine et unissant ses efforts à ceux de ses devanciers, ils formèrent ensemble une pléiade de praticiens véritablement dignes de ce nom et exerçant l'art de guérir à Kairouan même.

Parmi les médecins formés par l'École de Kairouan, il importe de mentionner comme autorités médicales et pharmaceutiques de véritables maîtres dont Ibrahim Ibnou Abou Khaled dit El Djazzar son frère Abou Bakker et les fils du premier Mohammed et Ahmed.

On prit goût aux sciences médicales en Tunisie. Tunis même s'en orgueillit. Elle put citer parmi ses célébrités médicales le savant médecin Zaarrouk et les professeurs Abdesselam Echchérif el-Hasani Ess-Kalli, son fils Ahmed et son petit-fils Ali. Ces maîtres de l'époque enseignèrent leur art à l'Université de la Grande Mosquée Zeitouna.

Tunis compta aussi d'éminents chirurgiens dont le nom fit autorité à l'époque dont les plus célèbres furent Abou Baker Ed-dehmani et Ahmed ben Abd-Rabbah.

La pharmacie s'enrichit de deux noms : Ali ben El Abbas et Mohammed El Houdjaïej furent des plus connus.

Les principales villes de l'Intérieur de la Régence eurent, mais beaucoup plus tard, leurs étoiles médicales; c'est ainsi que Monastir a même de nos jours, la fierté de compter parmi ses médecins

le savant Imam El Mazri; Sfax, Ibrahim ben El Hadj M'ghaouèche et Ali Ghourbal.



Sièges de l'Enseignement médical

La Tunisie compta deux chefs-lieux d'enseignement médical : 1° Kairouan, qui fut le siège du Gouvernement des Aghlabites, installa son université théorique à *Dar-el-Hikma* (1); 2° Tunis à la *Grande Mosquée Zeitouna*.

L'enseignement pratique se donna dans les hôpitaux qui furent créés à Kairouan au lieu connu de nos jours de « Ed-demna » vaste refuge qui comprit deux divisions : une division pour les maladies du ressort exclusif de la médecine et de la chirurgie et une seconde division uniquement réservée à la pathologie mentale. Il en fut de même pour Tunis, Sfax et Gabès.

Le premier hôpital créé dans ce but à Tunis eut lieu en l'an 871 de l'Hégire. Cette création eut lieu sous la domination de la dynastie des Hafside. C'est à Abou Farès Abd el Aziz El Hafsi que revint l'honneur de cette création.

Livres de l'Enseignement médical de l'époque

Les ouvrages furent importés des Indes, de Grèce et de Rome et aussi d'Andalousie. Tous furent traduits en langue arabe et remis entre les mains des étudiants futurs médecins.

Les œuvres d'Hippocrate, d'Esculape, d'Aristote, de Dioscoride, de Gallien furent également traduits.

Les œuvres des savants médecins de Bagdad, de la Syrie, d'Égypte particulièrement les œuvres d'Avicenne (*Kanon*) et d'Isaac ben Omrane El Bagdadi firent autorité dans cet enseignement.

Moyens d'investigation médicale des anciens médecins arabes

Les anciens médecins arabes avaient le sens de l'observation très aiguisé. Ils excellaient dans l'emploi de certaines méthodes non encore délaissés de nos jours pour arriver à poser des diagnostics aussi près de la vérité que possible. Manquant d'appareils, ils poussèrent l'étude des sécrétions humorales à fond et particulièrement l'examen des urines de leurs patients. Ils avaient une connaissance

(1) Faculté.

approfondie de l'état du pouls dans les divers états pathologiques. Les ongles hippocratiques leur désignaient la phthisie.

La saignée était très en honneur de leur temps. Saigner telle veine déterminée du corps correspondait chez eux à un élément thérapeutique opposé à telle ou telle maladie.

Leur thérapeutique était puisée le plus souvent, pour ne pas dire toujours, dans le règne végétal.

La rue de Souk-el-Belat, très connue aujourd'hui encore à Tunis, abritait uniquement des boutiques de «Saïdalanis», ce qui veut dire pharmaciens. On voit encore, vestiges du passé, de nos jours, un certain nombre de boutiques à la devanture desquelles sont exposées à profusion un certain nombre de bottes de plantes médicinales encore très en usage dans une certaine catégorie de la population indigène.

Organisation des Hôpitaux (Morstanes) du temps des Aghlabites

Chaque morstane (hôpital) avait à sa tête un «amine el morstane», sorte de directeur qui en avait la haute responsabilité. Chaque établissement était divisé en deux quartiers : un pour les hommes, l'autre pour les femmes.

Dès qu'un malade arrivait à la porte de l'hôpital on le déshabillait et vérifiait la nature des objets monétaires ou autres qu'il portait sur lui. Le tout formait un paquet confié à la garde de l'amine el morstane.

Le malade est ensuite habillé de neuf des pieds à la tête et conduit à la salle correspondant à la nature de son affection, disent les chroniqueurs.

Visité matin et soir par les médecins de l'établissement, il est en outre traité et nourri suivant qu'il guérisse ou qu'il meurt. Dans ce dernier cas, le paquet qui lui appartient était remis, après vérification, à ses héritiers.

Dans chaque morstane un local était réservé au chef des médecins où des leçons de médecine pratique (*Cours d'application* : دروس تلبیکیه *Dourousses talbiki'a*) étaient faites par ses soins aux futurs toubibs.

Note intéressante. — Au moment de la création du Morstane de la rue Azzafine sous la dynastie des Moradiynes, le médecin directeur de l'établissement avait comme avantages le logement et la

nourriture. Une boutique était attenante à l'établissement pour lui permettre de donner ses consultations externes.

Il touchait un numéraire journalier de 8 nasris par jour (soit 0 fr. 40 de la monnaie actuelle et 4 pains de semoule.

L'enseignement de la médecine s'était ainsi maintenue pendant près de cinq siècles dans les Etats de Tunis. A cette époque, tous les médecins et tous les Saïdalanis (pharmaciens) furent tous des autochtones et durant cette longue période de l'histoire aucun médecin ou pharmacien étranger au pays ne se fit remarquer par sa présence.

Vinrent ensuite les guerres intestines, les longues périodes d'épouvantables épidémies qui dépeuplèrent les cités. Les médecins, leurs ouvrages, les établissements enseignants, c'est-à-dire les hôpitaux disparurent. Ils ne resta de leur époque glorieuse que le souvenir que reproduit parfois l'histoire.

Cependant leurs méthodes de soigner les maladies étaient reprises par les familles qui se les transmirent de l'une à l'autre.

Des médecins proprement dit en tant qu'enfants du pays, il n'en resta plus que de vulgaires toubibs que l'on autorisait à exercer dans une certaine mesure leur art dit : *السرع-وانسي* : Rawani (1). Ceux-là ne purent exercer qu'auprès des agglomérations urbaines hors des villes.

Ceux qui parurent d'une culture médicale plus élevée furent autorisés par décrets des souverains de l'époque à exercer à Tunis et dans les principales villes de l'Intérieur de la Régence.

C'est ainsi qu'en 1818 (1234 de l'Hégire), Mohammed ben Hadj Hassouna Bou Assida fut proclamé « amine ettoubbar », c'est-à-dire chef de la corporation des médecins qui eut dans ses attributions divers privilèges, entre autres, celui d'autoriser ceux que l'on confie à son examen à exercer la médecine dans la Régence, les candidats parmi les autochtones bien entendu.

Ce Bou Assida délivra des certificats de capacité médicale. Il semble intéressant de connaître les termes dans lesquels ces documents étaient rédigés. Je le traduis mot à mot :

(1) Il est intéressant de connaître l'étymologie de ce mot qui dans le public veut dire médecin par les plantes alors qu'il signifie conformément à l'ancien temps.

Louanges à Dieu tout Puissant :

Votre attestation présente est entre les mains de notre fils (sic) Mohamed ben Mohamed El Kilani en vertu de laquelle nous l'avons autorisé à soigner les plaies extérieures visibles et nous lui avons donné toute latitude dans ce sens.

Conformément à l'usage, aucun autre médecin ne doit lui faire obstacle dans l'exercice de son état.

Salutations de la part du pauvre de son Dieu le puissant et le riche.

Le 24 Rabia 2 de l'année 1234 (Hégire).

Signé : MOHAMMED BEN HADI HASSOUNA BOUASSIDA.

L'envers du manuscrit porte le cachet officiel du chef (amine) de la corporation des toubibes ou médecins.

Cette qualité d'amine était transmise de père en fils par droit successoral. C'est ainsi qu'à sa mort lui succéda son fils Mohammed.

La famille des Bou Assida éteinte, la charge d'amine des toubibes fut accordée au nommé Mohammed ben Mohammed Kilani par décret beylical du 14 Djoudada 1^{er} 1271 (Hégire) : 1855, lequel à son tour délivra plusieurs attestations notamment à Hadj Housseïn El Mogrobi, marocain d'origine, l'autorisant à soigner uniquement les maux d'yeux.

A partir de 1277 (Hégire) : 1860, déjà que quelques médecins européens firent leur apparition dans la Régence et presque tous d'origine italienne, l'autorisation de rédiger des attestations en faveur de tel ou tel individu pour exercer la médecine, était réservée au médecin officiel du Gouvernement beylical. Le premier fut le docteur Bramino Lumbrozo.

Quant aux charges de médecins des hôpitaux (toubibes des morstanes) elles ne durent être accomplies que par des toubibes indigènes musulmans de l'époque en vertu de la volonté de donateurs qui constituèrent une bonne partie de leurs fortunes personnelles par l'assistance aux malades.

C'est ainsi que par décret beylical (Règne de Sadok Bey Mohammed Kilani succéda à Bou Assida comme amine de la corporation des circonciseurs et médecins de l'hôpital (Morstane de la rue Azzafine).

Ce curieux décret en nommant B. Kilani à ces fonctions spécifie que ce fut sur l'attestation du médecin du Gouvernement Bramino.

Après ce premier Kilani, ses fonctions échurent toujours en vertu d'un décret beylical conçu dans les mêmes termes à Hamda Tbal, originaire de Msaken (1278) A. 1871.

A la mort de ce Tbal, il y eut deux médecins au Morstane de la rue Azzafine, un descendant de Ben Kilani, son fils Hamda et Mohammed Farah que j'ai connus, mes études médicales terminées en 1894 (juillet). Le premier exerçait la médecine par tolérance en vertu du décret 1888 et le second comme attaché à l'Hôpital Sadiki avec le titre de médecin adjoint.

Il est intéressant de faire remarquer que peu de temps avant l'occupation, un indigène algérien Si Kaddour ben Ahmed était venu se fixer en Tunisie. Il était officier de santé. Dès son arrivée il fut nommé par décret beylical médecin de l'Hôpital Sadiki et Farah maintenu dans ses fonctions de médecin-adjoint.

Telle était la situation médicale au 12 mai 1881.

L'Art Médical en Tunisie avant le Protectorat

par le D^r E. MOLGO

—(0)—

On peut affirmer sans crainte de se tromper que depuis plus d'un siècle il y avait déjà bon nombre de médecins diplômés dans les Facultés d'Europe, qui exercèrent leur art en Tunisie : cependant la presque totalité de ces praticiens aimait se fixer dans la capitale de préférence aux autres villes de la Régence. Nous avons pour notre part, connu deux médecins qui, depuis 1835 pratiquèrent à Tunis, et ce sont le docteur Abraham Lumbroso et le docteur Nunez-Vais. Déjà à cette époque plusieurs jeunes gens nés à Tunis, de familles européennes, allaient faire leurs études secondaires et universitaires en Europe, presque tous à Pise et à Florence, en Toscane, et qui, aussitôt obtenu leur diplôme de docteur en médecine, retournaient à Tunis et s'y fixaient. Il nous est possible de citer plusieurs noms des médecins qui furent collègues des docteurs Lumbroso et Nunez-Vais. Ainsi, pratiquèrent à Tunis, tous dans la première moitié du siècle passé les docteurs : Francesco Mascherò, Jean Ferrini, Schembri, Cesana, Costa, Zeraffa, Iosa, Castelnuovo, Quadrini, La Ferla, De Guyon, Mugniani Quintilio, Giuliani, Cadelli, Riboulet, Mancel, de Gauline, Cottayer, Manfield Merel et Mage.

Nous avons pu avoir aussi connaissance de la liste complète des médecins qui exercèrent à Tunis en l'en 1867; cette liste est composée de 21 docteurs et nous y trouvons parmi les confrères nouveaux venus : Alberto Bensasson, Beniamino Boccara, César Clément, Charles Cattan, Victor Errera, Nachtigal (le docteur explorateur), Pratz, Scavo, Valentino Spezzafumo, Giuseppe Tagiuri, et Honoré Theg, ce dernier médecin de la santé à La Goulette.

Avant 1881, quelques-uns de ces praticiens avaient quitté la Régence et d'autres étaient morts; mais toujours de nouveaux et jeunes docteurs arrivaient dans le pays et s'y fixaient. Parmi ceux-ci les docteurs Stresino, Niccolò Cassanello, Ugo Mugniani, fils de Quintilio, Giovanni Mascherò.

Dans quel milieu, dans quelles conditions et comment était-il donné à ces bons collègues nos prédécesseurs d'exercer leur art ? Voilà ce qu'il est curieux et intéressant d'apprendre.

Pour nous instruire sur ce rapport, le mieux c'est de chercher à connaître la vie et les publications faites par certains de ces confrères. Il nous a été donné de bien savoir la vie et les principales publications scientifiques du docteur Lumbroso : et c'est par là, je pense, que nous pourrons avoir une idée assez exacte de la ville de Tunis à cette époque, de son état sanitaire et hygiénique, des coutumes des habitants, de leurs préjugés en fait de maladies, de leur ignorance en général, et des luttes que durent entreprendre nos pauvres collègues, pour tâcher de remédier, autant qu'il leur était possible, à tant de calamités.

Voilà brièvement quelques notes sur la vie du docteur A. Lumbroso.



Dr A. LUMBROSO

Il naquit à Tunis, de parents italiens, au mois d'avril 1813. Envoyé, tout enfant, à Florence, il y fit très brillamment ses études secondaires et universitaires : il fut reçu docteur en 1835. Sa pensée était de rester à Florence et de continuer à travailler dans la clinique médicale où il était attaché comme premier assistant, mais

rappelé à Tunis par le Bey Mustapha, il rentra à Tunis dans la même année 1835 où on confia à ses soins, le Bey du camp, alors sérieusement malade. Par son caractère très doux, par sa constante amabilité, sa jovialité, sa science réelle, il s'acquit promptement la sympathie et l'affection générales, et, chose bien plus précieuse, celle de tous ses collègues. En 1842 il fut nommé premier médecin du souverain et depuis lors il tint toujours cet emploi très honorifique auprès de tous les souverains qui régnèrent à Tunis, jusqu'au jour où il quitta le pays pour aller se fixer en Italie. En 1846 il eut le privilège d'accompagner à la cour du roi Louis-Philippe, Son Altesse le Bey Ahmed, ce grand souverain illustre par sa profonde intelligence, sa science politique, sa charité, épris de tout ce qui était beau et bon et qui, inlassablement, travailla toujours pour la prospérité et le bien-être de ses sujets ! Ce fut pendant ce voyage que notre confrère reçut la croix de la Légion d'honneur et fut promu dans l'ordre de Saints Maurice et Lazare. Dans un salon du Bardo on voit encore aujourd'hui, un grand tableau, où le docteur Lumbroso est représenté parmi ceux qui formaient, en cette circonstance, la suite du Bey.

En 1857 il fut nommé Directeur général du service sanitaire de la Régence.

Honoré de l'affection et de l'amitié des souverains qu'il servit, il en profita pour rendre constamment des services à tous ceux qui s'adressaient à lui et qu'il estimait dignes d'aide et de protection, sans prendre garde à la distinction des cultes, des nationalités et du degré social. La colonie italienne surtout, reçut de lui toutes les marques de la plus grande sollicitude et de l'amour le plus grand, car notre confrère fut toujours prêt à venir en aide à qui, parmi ses compatriotes, avait besoin, soit de conseils, soit de soins médicaux gratuits, soit de larges aumônes. C'est pourquoi le roi Victor Emmanuel II, voulant récompenser dignement cet homme de cœur qui faisait tant d'honneur à sa patrie en élargissant ses bienfaits outre qu'aux Italiens, à tous les autres européens établis à Tunis (comme il arriva, par exemple, à l'époque d'une révolution menaçante par son fanatisme) il lui accorda par décret royal le titre de Baron, héréditaire par primo-géniture. Quelque temps après (1866) le docteur A. Lumbroso, riche et honoré, se retira en Italie, pour vivre désormais à Florence, à côté de ses enfants. Son départ fut

très regretté par toute la Cour et par l'unanimité des habitants de la ville.

Notre confrère ne se borna pas à l'exercice pur et simple de sa profession. Ami et affectionné au souverain dont il avait toute la confiance, il en devint un des conseillers les plus écoutés, et il aida, pour sa part, à faire aboutir les idées de progrès que S. A. le Bey Ahmed, si clairement et si généreusement, poursuivait. Notre collègue doué d'une très fine critique médicale et d'une observation très juste, étudia avec passion les maladies les plus répandues dans la Régence, son climat, l'hygiène rudimentaire dans laquelle le pays végétait, les grandes épidémies de choléra et de peste, auxquelles il avait assisté et pris une part très active comme médecin, les mœurs des habitants, leurs préjugés, leur degré de civilisation. Et notant toutes ses observations, il en fit plusieurs publications, dont la série et l'importance lui valurent d'être élu membre de plusieurs Académies de Médecine, entre autres celles de Marseille et de Turin. Plusieurs docteurs qui exerçaient en Europe se prévalurent de l'autorité de Lumbroso et de ses travaux, pour appuyer leurs théories. Ainsi, par exemple, en France, le docteur Lionnet, à propos de certaines maladies de la matrice assez rares ou peu connues à l'époque; et, dans la Péninsule, plusieurs médecins parmi les plus renommés, citent les observations si pleines de justesse et de science de leur collègue de Tunis. Nous rappellerons enfin que le docteur Lumbroso cultiva avec grand amour les lettres et qu'il fonda, dès son arrivée dans le pays « la première » société littéraire dont il tint la présidence.

Nombreux furent les mémoires que notre éminent confrère publia, mais nous ne citerons que ceux qui plus spécialement intéressent notre sujet, et qui sont aussi très intéressants par rapport à l'histoire des épidémies de l'Afrique du Nord, et par l'étude de la civilisation de ce temps-là dans la Régence.

Ces ouvrages sont :

1° Esquisse historico-scientifique sur le choléra morbus asiatique qui envahit la Régence de Tunis en 1848 et 1850 (Marseille 1850).

2° Lettres médico-statistiques sur la Régence de Tunis (Marseille 1860).

Le premier de ces mémoires avait été écrit, dit d'abord l'auteur, pour être traduit en arabe et répandu dans le pays, afin de combattre certains vieux préjugés, certaines vieilles erreurs ancrées dans la mentalité des habitants, où l'esprit naturel et la civilisation laissaient encore énormément à désirer. On insistait particulièrement sur la nécessité de la grande propreté du corps en temps d'épidémie, sur les règles diététiques et sur certaines mesures prophylactiques.

Et ici, nous pouvons observer un fait qui nous donne la mesure de l'instruction publique en ce temps, dans la Régence. L'ouvrage devait être imprimé par centaines d'exemplaires et distribué à la population.

Mais... il n'y avait pas dans tout le pays, une seule imprimerie ! Faute de quoi, cet écrit populaire dut être répandu au moyen de nombreuses copies manuscrites et affichées dans les mosquées. Par rapport à l'épidémie elle-même, voilà ce que le docteur Lumbroso raconte. De l'Algérie limitrophe, par les tribus de Kalf et Uleds Nahad, la maladie fit irruption en Tunisie.

Mais au commencement, tous les médecins qui eurent l'occasion d'observer les premiers cas, ne furent pas d'accord sur le diagnostic : plusieurs d'entr'eux hésitèrent, d'autres nièrent carrément la nature du mal, et entre ceux qui affirmaient et ceux qui niaient, de fortes querelles même éclatèrent; mais finalement, devant l'évidence tous tombèrent d'accord, et dans l'action tous sans exception, furent admirables par l'action, par l'abnégation et par le dévouement. L'auteur nous apprend que les premières victimes furent parmi les Israélites et il nous en donne les raisons. Pour les faire mieux comprendre, il décrit le quartier où habitaient les Juifs (La Hara) et il nous dépeint sa saleté, l'étroitesse de ses ruelles obscures et l'insalubrité de la plupart des maisons : l'entassement des familles toujours nombreuses vivant dans une seule chambre, presque sans air et avec peu de lumière.

Enfin, c'est l'exacte peinture de la Hara telle qu'elle existe encore aujourd'hui, avec cette seule différence que la Hara d'il y a 80 ans, était encore plus peuplée. D'autre part, les Israélites furent aussi plus exposés à contracter la terrible maladie parce que c'étaient eux qui maintenaient un continuel trafic avec les Algériens, et se trouvaient pour cela en constante relation avec eux. Mais l'épidé-

mie n'épargna aucun élément de la population et le docteur Lumbroso nous donne une statistique certes incomplète, mais qui démontre quand même, la grande gravité de l'épidémie et ses ravages. Elle dura, en passant par plusieurs phases, de novembre 1849 à la fin du mois d'août 1850. Parmi les Musulmans on constata à Tunis 8.500 cas, dont 4.800 femmes, 3.700 hommes : il en mourut 5.000 ! Parmi les Israélites qui étaient de beaucoup moins nombreux que les Musulmans, il y eut 7.700 cas constatés dont 3.600 femmes et 4.100 hommes; il en mourut 3.400. Parmi les catholiques il y eut 174 femmes atteintes et 300 hommes; il en succomba 70 femmes et 230 hommes !

Et l'auteur nous affirme que dans les petites villes de l'intérieur l'épidémie fut plus sévère encore.

Le docteur Lumbroso, en observant bien la marche de la maladie, sa propagation de maison en maison, d'individu à individu, en conclut à la « contagiosité » du choléra et il affirma cette opinion dans son rapport à l'Académie de Médecin de Turin, — nous étions alors en 1849. — C'est pendant cette cruelle calamité que le Bey Ahmed démontre encore une fois sa clairvoyance et la constante préoccupation qu'il avait pour les réels intérêts de ses sujets. Conseillé par ses médecins, il fit préparer promptement trois vastes hôpitaux, l'un pour les Musulmans, un autre pour les Israélites, et enfin, un pour les catholiques; n'épargnant en même temps ni sacrifices d'argent, ni de blé, d'huile, d'habits de laine et même de soie, ni actes de pure humanité. D'autre part, les très bonnes Sœurs de Saint-Joseph, par un sentiment de haute charité et de religion, ouvrirent elles aussi un hôpital, où furent admises et soignées avec une égale affection les femmes musulmanes, israélites et catholiques.

Enfin, parmi les européens, se forma un comité qui par des prompts et abondants secours chercha d'apporter un remède autant que possible efficace, à la misère commune. Mais, dans des villes où toute règle d'hygiène véritable était presque inconnue, où régnait la plus grande ignorance, où la population craignait le médecin et le fuyait plutôt que de courir à lui, que pouvaient faire tant de charité et tant d'admirable abnégation de la part de tous et spécialement des docteurs ? Je noterai à titre de documentation, que nos pauvres collègues, malgré leur dévouement de tous les ins-

tants, furent exposés aux plus cruelles et plus injustes calomnies d'empoisonnement, de sorcellerie et accusés d'être les complices des Caïds tributaires et récalcitrants !

Voilà ce qu'était la Tunisie en cette triste époque : ce qu'était sa civilisation et dans quelle déplorable hygiène elle vivait. Sur ce point, l'admirable rapport de Lumbroso nous fixe d'une façon sûre et précise.

∴

Dans les Lettres médico-statistiques sur la Régence de Tunis, dédiées aux membres de la Société statistique de Marseille, spécialement dans la seconde et dans la troisième lettre, il fait amplement la description de la ville, il étudie son climat, sa population, les habitations, les mœurs et coutumes, et l'hygiène publique et privée. C'était en 1860. Mais la ville n'était guère changée depuis 1849, lors de la grande épidémie de choléra. Ses ruelles sont toujours pour la plupart, étroites, tortueuses, et les habitations aussi insuffisantes pour abriter les habitants. Le service des égouts tout à fait rudimentaire, avec des cloaques à découvert : l'eau de Zaghouan arrivait bien à Tunis, mais en quelles conditions ? et elle ne se distribuait pas dans toutes les maisons ; c'est pourquoi des familles entières se servaient pour boire, de l'eau de citernes pas toujours bien propres. Les rues n'étaient pas éclairées la nuit, et lorsqu'on sortait après le coucher du soleil, il fallait le faire avec l'escorte d'un grand fanal, pour éclairer son chemin. Les rues n'étaient pas pavées, ce qui par conséquent, faisait que pendant les jours de pluie, la fange devenait d'une quantité énorme, haute de plusieurs centimètres, et pour pouvoir marcher sans trop se salir, il fallait se prémunir de certains socles en fer, très hauts. Par contre, les jours sans pluie, mais où le vent soufflait, une énorme poussière aveuglante enveloppait toute chose, avec quel avantage pour la santé de la population, on peut le penser. Ainsi que l'aspect et l'hygiène de la ville, la grande ignorance de la population n'avait pas changé. Et on peut bien dire dès maintenant, qu'un tel état de choses se maintint jusqu'à l'année 1881 en laquelle la France instaura le protectorat dans la Régence.

∴

En cette année si mémorable pour la Tunisie, les médecins qui exerçaient dans le pays étaient, dans la capitale : les docteurs Nu-

nez-Vais, Alberto Bensasson, Stresino, Nicolo' Cassanello, Mugniani père et fils, Jean Ferrini, Beniamino Boccara, le Baron di Castelnuovo, Giovanni Campaniolo, Valentino Spezzafumo, Giuseppe Tagiuri, Nicola Vignale, Cotton Charles, Pratz François, Giovanni Maschero'. Le docteur Guglielmo Funaro exerçait alors à Sousse, le docteur Pace à Sfax et le docteur Gentiluomo à Monastir. Comme hôpitaux il n'y avait que Sadiki dont le directeur était le D^r Kaddour ben Ahmed. Ces confrères étaient tous fixés dans la Régence depuis plusieurs années. Ils connaissaient déjà fort bien le pays, ses mœurs, ses coutumes, et le milieu parmi lequel ils exerçaient. On peut dire que leur vie, côté matériel, n'était pas mauvaise. L'on vivait alors pour très peu de dépenses et l'on vivait bien : avec quelques piastres (une piastre valait 60 centimes) on pouvait faire un riche marché, très suffisant même à des familles nombreuses. Que coûtait alors un gros poulet, un grand poisson, une corbeille pleine de fruits, la viande, les légumes ? Quelques sous. Les loyers n'étaient pas plus chers, mais la plupart des médecins avaient leur maison particulière. L'on pouvait donc mener la vie de famille largement et seigneurialement même avec peu de frais.

La visite médicale cependant, avant 1881, n'était pas largement payée, pas plus de 2 piastres ou 3 selon la bourse du malade, c'est-à-dire à peu près : un franc vingt centimes ou 1 fr. 80.

Les consultations non plus, ne se payaient pas chères : 10 ou 15 francs, selon les cas. Mais qu'importe ? puisque pour bien vivre il suffisait de si peu d'argent ? C'est pourquoi, non seulement les médecins pouvaient vivre très largement, mais à peu près tous arrivaient à mettre de côté une fortune assez rondelette : plusieurs même d'entr'eux avaient pu devenir riches. Il faut noter aussi que la générosité et la courtoisie proverbiales du Bey, des princes, des seigneurs de la Cour et des riches familles musulmanes, par leurs nombreux et fréquents cadeaux en tous genres, depuis les sommes d'argent, les riches bijoux, les étoffes de laine et de soie, l'envoi d'agneaux, de fruits, de légumes, d'œufs, aidaient grandement les médecins à mener leur existence avec moins de dépenses encore. Donc la vie matérielle de nos confrères, en Tunisie était assez bonne; mais leur vie intellectuelle qu'était-elle ? Sûrement, que plusieurs d'entr'eux souffrirent de l'isolement dans lequel ils se trou-

vaient dans un pays si arriéré, et de l'éloignement de leur pays d'origine dont ils avaient pu goûter pendant les années de leurs études, toutes les beautés. En outre, plusieurs de nos confrères avaient lié en Europe, des fidèles et très chères amitiés dont ils souffraient de ne pouvoir plus jouir comme auparavant. La nostalgie pour certains était si forte, qu'ils finirent par abandonner l'Afrique et aller demeurer dans leur patrie. Mais ceux qui restèrent et ils furent le plus grand nombre, malgré l'ambiance si contraire à leur esprit cultivé, finirent par aimer, quand même, ce pays; et la vie presque patriarcale et retirée qu'ils menaient, finissait par ne plus leur déplaire et ils y trouvèrent même un certain charme. Dans la ville, en ce temps-là, presque tous les habitants se connaissaient, on savait presque tout de la vie des uns et des autres; on liait facilement amitié; en somme, une vie paisible de petite ville coulait agréablement. D'autre part, le travail continuels absorbait presque toute la journée du médecin, et peu de temps lui restait pour se souvenir et regretter.

Il faut encore remarquer que nos confrères tenaient, sans conteste, la première place dans l'estime et dans la considération de leurs concitoyens, et être considéré dans la ville où l'on vit a toujours été agréable et satisfaisant même pour les plus grands personnages.

Par rapport à l'exercice de la profession, nos anciens collègues cherchaient à satisfaire toutes les nécessités de leur clientèle : ils étaient tous aussi bien médecins que chirurgiens et accoucheurs. Néanmoins chacun finissait par montrer sa propre prédilection soit pour une branche soit pour une autre de la médecine. Il y eut des confrères dont la renommée fut plus grande dans le pays, comme savants médecins, d'autres comme chirurgiens et accoucheurs. Ainsi parmi les premiers étaient très estimés les docteurs Nunez-Vais, Ferrini, Cotton, Mugnaini, V. Spezzafumó, Pratz, Vignale. et plus tard G. Funaro; parmi les secondes, les docteurs Baron di Castelnuovo, Alberto Bensasson, G. Mascherò. Malheureusement, nous ne pouvons dire que peu de chose sur la plupart de ces excellents confrères, car toute documentation nous a manqué.

Nous pouvons dire cependant, que le Baron di Castelnuovo était grandement apprécié et reconnu par tous, comme un chirurgien émérite; et sa hardiesse réfléchie et ses multiples opérations réus-

sies, donnaient raison à cette renommée. Il a été, en son temps, le grand chirurgien de la Tunisie et il allait opérer dans toutes les villes de l'intérieur, lorsque les malades ne pouvant se transporter jusqu'à Tunis, étaient assez riches pour appeler le chirurgien auprès d'eux.

Le docteur Castelnovo voyagea beaucoup. Il alla quelque temps professer en Egypte; il alla souvent en Italie, et c'est à Florence, où, déjà âgé, il finit par se fixer comme chirurgien attaché à la maison du Roi, qu'il mourut.

Un autre chirurgien qui a joui toujours de l'estime générale comme étant très habile, fut le docteur Alberto Bensasson.

Le docteur Castelnovo parti, il fut celui qui opéra le plus. Et opérèrent aussi avec mérite les docteurs G. Mascherò et Stresimo.

Le champ des interventions chirurgicales n'était pas comme il l'est aujourd'hui, très vaste; les grandes découvertes de Pasteur n'étaient pas encore faites, et toute opération, même la plus rapidement exécutée et la plus facile, présentait toujours un aléa de risques, qui rendait pour cela, toute intervention, n'importe laquelle, fort importante. Guérir un malade après l'avoir opéré, c'était alors pour un chirurgien un grand titre à la considération et à l'estime générales. A cette époque du reste, ouvrir un gros abcès, un phlegmon, une vaste mastite suppurée était aux yeux du public, une intervention d'importance : et plus le pus évacué était abondant, plus l'opération était estimée digne de l'admiration générale. Maintenant voilà à peu près, les interventions chirurgicales pratiquées avant 1881.

Naturellement, on ne faisait pas alors de la chirurgie abdominale ni gynécologique. Les opérations qu'on pratiquait généralement, c'étaient les amputations des seins, les amputations et résections des membres, ablation des tumeurs superficielles, les hernies étranglées, les rétrécissements de l'urètre et assez fréquemment la cystotomie pour calcul vésical, mais toujours par voie périnéale. Le docteur Bensasson à lui seul, en a fait un nombre incalculable. Nous avons pu voir la collection de calculs extraits par lui où l'on voyait une longue série de pierres de toutes les natures et dimensions. On opérait aussi et avec succès, les malades atteints d'éléphantiasis scrotale. On ne touchait pas en général aux articula-

tions. Mais toutes ces opérations étaient bien et rapidement exécutées par nos anciens chirurgiens.

..

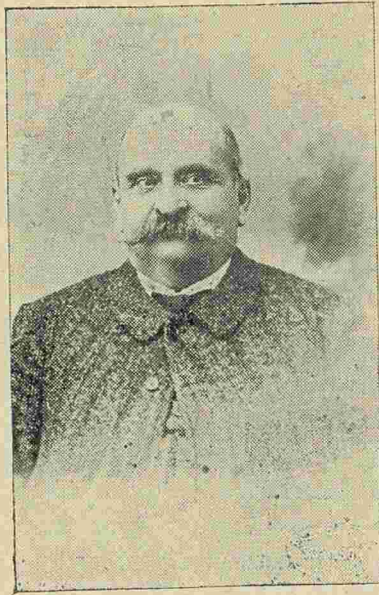
Parmi ceux qui professèrent plus particulièrement la médecine interne, le docteur NunezVais jouit grandement de la faveur générale : il publia, paraît-il, beaucoup de mémoires dont malheureusement nous ne pouvons rien dire n'ayant pu nous les procurer. Nous savons aussi que le docteur Jean Ferrini fut un médecin des plus estimés par sa science, son intelligence et par sa constante amabilité. Les docteurs V. Spezzafumo, Pratz, Vignale, tous les trois médecins du Bey; Mugniani et Campaniolo furent tous des médecins des plus distingués. Au sujet du docteur Guglielmo Funaro venu professer à Tunis peu de temps seulement avant l'instauration du Protectorat, nous pouvons en parler un peu plus longuement, car nous avons eu l'heureuse chance d'avoir été un de ses plus intimes amis et d'avoir pu connaître ainsi, non seulement ses réels mérites mais aussi assez de sa vie, pour en dire quelques mots.

Notre confrère naquit à Livourne en 1840 d'une famille des plus estimées de la ville. Il fit ses études médicales à Pise et à Florence où il se lia d'amitié avec des condisciples tunisiens, et, par son intelligence si vive et si brillante il se fit noter de bonne heure, parmi les meilleurs étudiants qui fréquentaient les cours de la Faculté. Reçu docteur avec la meilleure notation il vint s'installer en Tunisie, sollicité par le docteur Lumbroso qui connaissait la valeur du jeune médecin. Dès son arrivée dans le pays, on lui procura l'emploi de médecin des troupes qui allaient chaque année, percevoir les dîmes dans l'intérieur de la Régence.

Le docteur Funaro rappelait volontiers ce temps de sa jeunesse, passé en suivant les soldats dans les différents endroits du pays. En prenant possession de ce poste, il avait pris soin tout d'abord, de l'organiser autant que le lui permettaient le peu de moyens dont il disposait et la volonté de ses chefs. Il constitua d'abord, une grande pharmacie de campagne, bien fournie de tout ce qu'il fallait pour donner les premiers soins aux malades, et il réussit à persuader le chef de l'expédition de l'absolue nécessité de se prémunir de quelques bons chars d'ambulance pour le transport éventuel des

malades et des blessés : toutes choses à peu près nouvelles et rarement employées.

Arrivé le moment de se mettre en marche, notre confrère était placé tout à fait à l'arrière de la longue file de soldats, suivait les troupes, perché, cahoté, balloté, dans une très haute, très vieille, très délabrée calèche trainée par un cheval qui à peine pouvait suffire à son office. Dans ces conditions combien était pénible cette marche ! d'autant plus que pendant la journée, la chaleur était grande, car on était dans la saison chaude, et le pauvre Funaro,



Dr GUGLIELMO FUNARO

pour se protéger des brûlantes caresses d'un impitoyable soleil d'Afrique, — la calèche étant dépourvue de capote, — était obligé de se servir d'un immense parasol du jaune le plus pur. Et voilà en quel accoutrement, un médecin militaire de la Régence, dans la première moitié du siècle passé, suivait les troupes en marche. Notre confrère était jeune, mais il savait déjà se résigner avec une douce philosophie, aux pénibles contingences de la vie, ce qui lui avait permis d'accomplir avec un zèle incomparable, bonté et

grande douceur, son office de médecin militaire des troupes en pleine campagne. Il fut très aimé par les soldats et sa popularité s'accrut encore parmi eux, lorsqu'ils connurent que le bon docteur n'approuvait pas certaines punitions corporelles qu'il n'estimait pas plus utiles pour le maintien de la discipline, que d'autres moins sévères.

Malgré les fatigues, la chaleur très grande, notre confrère conservait parfaitement sa bonne humeur habituelle, et, au fond, cette vie de nomade, présentait pour lui nouveau dans le pays, un charme particulier. Du reste, en se transportant de lieu en lieu, il apprenait à connaître des régions inconnues de lui; il pouvait observer les coutumes et les mœurs des Arabes des campagnes, et surtout d'étudier, le cas échéant, leurs maladies, car, les indigènes des villes, des douars, les nomades sachant qu'il y avait un toubib qui suivait l'armée, se présentaient nombreux à lui pour le consulter et pour qu'il les guérisse. Il fit de toutes ces observations, un riche trésor qui lui servit plus tard, dans l'exercice de sa profession.

Parmi les anecdotes les plus savoureuses de ce temps, le docteur Funaro racontait volontiers, avec son fin et bon sourire, une séance mémorable d'un des multiples conseils de révision auxquels il prenait part comme médecin militaire.

Une fois donc, entra dans la salle pour présider le conseil, un gros et suffisant officier supérieur. Passées en examen quelques recrues, voilà qu'un jeune homme taillé en Hercule, avec une mine superbe, se présente à son tour. Dès que M. le Président l'eut vu et bien observé, il se tourna vers Funaro qui avait à peine commencé la visite médicale, et d'une façon péremptoire lui lança ces mots :

— Je connais très bien ce jeune homme : il est souvent malade et souffrant : il ne peut pas évidemment, être apte au service militaire. Je le pense et je le crois fermement. Quel est ton avis ? »

Et la demande était faite sur un ton tel qu'elle n'admettait aucun doute sur le sens de la réponse.

Et le bon Funaro, qui avait trop bien compris, sachant à quoi s'en tenir, de répondre en toute gravité :

« — Puisque tu le penses et tu le crois, moi aussi je le pense et je le crois ! »

Et le Président alors, sans attendre davantage, renvoya d'un geste, large, l'hercule, aux soins si nécessaires à sa santé.

Une autre recrue se présenta. Mais cette fois, le Président, par contre, d'une voix presque en colère, cria d'un ton d'autorité :

« — Il est tout à fait clair que ce jeune homme est très apte au service : c'est absolument mon avis : est-ce le tien ? »

« — Absolument, puisque c'est le tien », répliqua encore le philosophe Funaro. Et la jeune recrue fut incorporée d'office, sans autre procédure. Enfin, dans cette mémorable et unique séance il se présenta encore un jeune homme qui, à peine aperçu par le Président, fut appelé par lui avec grande affabilité et bonhomie; et après lui avoir demandé des nouvelles de son père, — sa vieille et très chère connaissance — et de toute la famille, il finit enfin par lui dire : « — Va, retourne chez toi, je comprends très bien que tu n'es pas fait pour supporter le rude service militaire ! » Et tandis que le jeune homme ravi, s'en allait, le bon Président se penchant à l'oreille de notre confrère, lui murmura à titre de confiance :

« — Ce jeune homme est le fils d'un vieux serviteur de la famille, très fidèle et dévoué et qui a rendu beaucoup de services. Pouvais-je jamais, incorporer son fils, en le privant de lui ? »

« C'était tout à fait impossible ! » — approuva avec assurance Funaro.

Le président ferma alors les yeux, haussa ses épaules, comme pour faire entendre que l'on est parfois forcé de se plier devant certaines exigences inéluctables de la vie. Et après cela, la séance prit fin.

Mais, il était souvent demandé à Funaro par ceux qui avaient entendu ces amusants et pas banals récits. « Si quelque jeune homme était véritablement inapte au service et vous le laissiez incorporer, qu'arrivait-il après ? »

« Rien de mal ! répondait-il toujours avec son bon sourire. Dès que les recrues rentraient à la caserne, je me dépêchais de leur refaire une bonne et minutieuse visite, et si j'en trouvais un qui n'était pas bon pour le service, immédiatement je le réformais. Du reste, les faits dont je vous ai donné le récit, étaient très rares et exceptionnels. »

Funaro ne resta pas longtemps attaché à l'armée : ayant donné

sa démission, il se fixa à Sousse, ville où il n'y avait alors aucun médecin diplômé. Mais quelques années après, il vint exercer à Tunis, où il acquit rapidement l'estime de la colonie européenne et la considération de tous ses collègues. Epris de tout ce qui est liberté, sa haute intelligence, sa science profonde, son érudition des plus vastes furent pour lui l'aide la plus puissante pour défendre les idées de la liberté absolue de l'esprit et de la conscience.

Il devint l'âme des multiples sociétés où ces libertés se cultivaient et la rumeur de son intelligence et de son admirable activité arriva jusqu'à l'étranger. Rome même, tint à donner à notre éminent confrère le témoignage de son admiration. D'illustres personnes vinrent expressément de la capitale de l'Italie pour fêter Funaro dans une grande réunion publique. Là, les meilleurs orateurs illustrèrent et firent encore plus apprécier l'œuvre éminente de cet homme qui, pendant toute sa vie lutta pour le triomphe de la liberté de pensée des hommes et pour les idées de justice et de bonté. Ce jour-là fut un jour d'apothéose pour notre grand confrère.

Comme médecin on peut dire, que Funaro fut le véritable trait-d'union entre les médecins de l'école ancienne et ceux de l'école nouvelle, surgie après les grandes découvertes de Pasteur; mais, par tous il fut écouté et consulté. Il étudia avec une critique des plus fines et la science la plus sûre, plusieurs maladies souvent rencontrées dans le pays. Il publia entre autres, un excellent mémoire sur le diabète, et beaucoup d'observations sur la fièvre méditerranéenne alors encore assez mal définie.

Vieux, aimé par tout le monde, admiré et vénéré par tous ceux qui eurent le bonheur d'être parmi ses intimes, il mourut en 1915 à l'âge de 76 ans, regretté par la ville entière.

Les médecins diplômés furent toujours en nombre bien restreint par rapport au nombre de la population de Tunisie. Au temps de l'instauration du Protectorat ils étaient en tout, pas plus de dix-neuf sur deux millions d'habitants que comptait la Régence — du reste, ce nombre fut rarement dépassé dans les temps antécédents. La pénurie des médecins diplômés et la grande ignorance de la population en général, furent les causes principales qu'on eut de tout temps, une multitude d'empiriques véritablement extraordinaires.

Parmi ces empiriques, il y en eut beaucoup qui jouirent

d'un grand succès parmi les indigènes, quoique ils fussent tous de la plus pure ignorance. Jusqu'au temps du Protectorat, et même pendant quelques années après, n'importe qui, pouvait de sa propre autorité, s'improviser docteur, d'autant plus s'il avait pu réussir à se faire délivrer par un médecin diplômé au caractère complaisant, un certificat, dans lequel on affirmait que monsieur un tel connaissait l'art de soigner et de guérir ! Et ce qui peut sembler incroyable, le « nouveau docteur » tout de suite, sans attendre, trouvait presque toujours des clients crédules, et bon gain. Plusieurs parmi ces empiriques, avaient été auparavant pour quelque temps, interprètes de médecins; beaucoup plus serviteurs qu'interprètes; et nouveaux Gil Blas de Santillana, pour avoir accompagné leur maître dans ses visites médicales, croyaient tout bonnement par ce fait, avoir pu apprendre plus qu'euffisamment, l'art de visiter et soigner un malade. Ils quittaient alors leur patron et avec suffisance et une absolue conscience de bien faire, s'installaient médecins pour leur compte. Et l'on a pu voir alors, et cela bien souvent, cet extraordinaire spectacle : l'ancien valet réussissant à avoir plus de clientèle et plus de succès auprès des familles que son ancien maître.

La première chose que faisait le nouveau médecin, c'était de se munir d'une « bakita », c'est-à-dire d'une grosse et longue canne : car la canne était pour les médecins ce que le bâton est pour les maréchaux.

Le peuple n'aurait jamais pu estimer docteur un individu dépourvu de sa canne. Et alors le monsieur, muni du signe de son art, allait se promener gravement le long des rues peuplées d'indigènes qui, en le voyant passer, comprenaient que la ville possédait un nouveau et peut-être très habile médecin; chose intéressante à retenir.

Comme parmi les docteurs diplômés, il y a avait parmi les empiriques ceux qui préféraient la chirurgie (qui, du reste, consistait uniquement à ouvrir des abcès ou des anthraxés et à ponctionner les veines), ainsi Mleichen Zeitun qui parmi la population indigène, passait pour un chirurgien émérite; d'autres, plus timides peut-être, ne pratiquaient que la médecine générale; tels, par exemple, les Attal, surtout David; d'autres se prévalant de leur amour naturel pour les enfants, se déclaraient spécialistes des maladies

de l'enfance; un pédiâtre de renom fut Elia Malca, ancien interprète d'un médecin; d'autres enfin, se disaient parfaits oculistes et dans les campagnes surtout, n'hésitaient pas à faire l'opération de la cataracte, aveuglant bien entendu, définitivement, le pauvre malade. Ces messieurs exerçaient de la même façon que les docteurs diplômés, et il arrivait que si un malade leur semblait grave, ou que la famille de celui-ci le désirait, ils se réunissaient entr'eux avec grande gravité, et ce qui était dit dans cette consultation, Dieu seul le sait !

La thérapeutique dont se servaient les empiriques, à part quelques formules copiées sur une ordonnance de médecin ou apprise par cœur au temps où ils étaient interprètes, consistait toute en remèdes de bonne femme; et c'est bien pour cela que les empiriques trouvaient une si grande faveur auprès des familles indigènes : car, ces remèdes fort appréciés par la population ignorante, à les voir ordonner par un médecin jouissant de toute leur confiance, faisait qu'ils estimaient davantage la valeur du médicament et du médecin qui l'avait prescrit. En outre, tous faisaient l'emploi le plus désordonné et le plus fantastique de la saignée et des vésicatoires. Un pauvre homme se plaignait-il d'une simple migraine ? on lui appliquait vite des sangsues aux tempes et à la nuque; tousait-il un peu ? on lui couvrait de sangsues toute la poitrine sans manquer d'y plaquer aussitôt après, un vésicatoire des plus lages. Pas de douleur, pas de fièvre qui se prolongeât un peu, sans que l'on ne trouve le moment favorable pour saigner et faire appliquer le vésicatoire; et si le remède ne produit pas l'amélioration qu'on attendait de lui, on n'hésitait pas à le réappliquer une, deux, trois fois encore. Et si malgré cette torture, le malade finissait miraculeusement par s'en tirer, alors on criait à la grande efficacité du remède, et l'on acclamait la science du médecin qui avait si magnifiquement conduit le traitement. Voilà un exemple qui peut donner une idée de la façon dont on usait des saignées !

Une fois, un docteur de la ville fut appelé pour visiter d'urgence un malade qu'on disait souffrir depuis le matin d'une forte diarrhée, de coliques et qui se sentait faiblir de plus en plus. En effet, le docteur arrive auprès du malade et le trouve pâle, souffrant et très faible.

Par l'enquête qu'il fait, notre confrère estime que tous ces trou-

bles sont produits par un fort abus de couscous avalé la veille. Il pense devoir prescrire une purge, mais avant, il veut visiter son malade. Et alors soulevant les couvertures, il trouve tout l'abdomen absolument noir par une quantité incalculable de sangsues prescrites deux heures auparavant, par un médecin empirique, contre la diarrhée ! Notre confrère n'osa plus ordonner sa purge.

La vanité, l'orgueil, l'inconscience des empiriques en général n'avait pas de bornes. Souriants et obséquieux devant le docteur diplômé, lorsqu'ils le rencontraient en quelque lieu ou dans la rue, ils redevaient arrogants et fiers lorsqu'ils se trouvaient loin de lui. Parmi leurs malades, ils ne cessaient jamais de dire et d'affirmer, que seuls, ils connaissaient véritablement l'art de soigner et de guérir; qu'ils tenaient cela, d'un don inné de la nature, de leur intelligence, de leur savoir et de leur expérience individuelle; tandis que les autres (les vrais docteurs) ce qu'ils prétendaient savoir n'était acquis que par des études, des lectures... ce qui n'était pas assurément la même chose ! L'un de ces messieurs déjà vieux, mu par un orgueil dépassant toute limite, pour démontrer sa supériorité sur tous les docteurs de la ville, proclama hautement un beau jour, qu'il n'avait pas besoin de se servir de ses doigts pour tâter le pouls des malades comme tous les autres (les docteurs) le faisaient, car son expérience et son savoir lui permettaient de tâter le pouls seulement avec... le bout de sa canne ! Et en effet, il tâta souvent les pouls de ses pauvres malades de cette façon parfaite et sûre, et cela devant les familles ébahies par l'habileté et la supériorité sur les autres de cet illustre praticien.

Pourtant, il y avait un mal encore, plus dangereux que celui dérivé des empiriques, c'était celui des femmes empiriques. Il y eut, de temps à autre, mais par exception, des femmes qui se déclarèrent, elles aussi, bons docteur et qui avaient de la clientèle surtout composée de femmes et enfants : mais les empiriques les plus pernicieuses et les plus funestes furent les sages-femmes qui, en général, de mère en fille, exerçaient l'art de l'accouchement.

Du reste toute femme indigène qui avait eu plusieurs enfants, se croyait tout à fait capable, rien que par l'expérience acquise dans ses propres accouchements, de pouvoir parfaitement aider les autres femmes qui se trouvaient dans des conditions semblables. Et en vérité, il n'était pas difficile d'assister une femme en

couche, pour ces dignes matrones. Toute l'affaire consistait à se mettre dès les premières douleurs de la femme, entre les jambes écartées de celle-ci : à enfoncer dans le vagin, pendant chaque douleur, les doigts enduits d'huile d'olive plus ou moins propre, pour aider soi-disant, la parturiente à pousser, et en même temps, à faciliter la descente du fœtus : et plus la femme criait, plus les doigts s'enfongaient. Ces doigts n'étaient jamais lavés et la plupart du temps ils étaient enduits de tabac à priser, car presque toutes les sages femmes prisait entre une douleur et l'autre de la femme en travail. Que d'infections ont été provoquées par ces matrones et combien de maladies graves des organes génitaux, si non la mort ! La fièvre était de règle après chaque accouchement : si elle n'était pas très élevée, on la déclarait fièvre naturelle du lait; si la température persistait et devenait menaçante on disait alors que l'accouchement avait été de nature non bénigne.

Il y eut des épidémies épouvantables, d'infection puerpérale, dans lesquelles la mortalité fut effrayante, comme par exemple, celle de 1877. On proclamait les années dans lesquelles ces épidémies éclataient défavorables et contraires aux femmes en couche; et les familles tremblaient, avec raison, si une des leurs était enceinte. Il n'y avait de bon qu'une seule chose chez ces sages-femmes : elles ne savaient pas provoquer les avortements.

∴

En Tunisie il y eut toujours de bonnes pharmacies. Dans la première moitié du siècle passé, un pharmacien diplômé de Toscane, M. Eminente, vint s'installer à Tunis, ouvrant une belle pharmacie.

Il fit beaucoup d'élèves qui à leur tour en firent d'autres. En 1881 il y avait en ville cinq ou six pharmacies dirigées par des européens : celles de Santi Xuereb, de Baldocci, de Mascherò dirigée par J. R. Sinigaglia, de Nahmias, de G. Barsotti. Celles de Zeitun et d'Allal étaient indigènes.

∴

Nous avons vu dans un aperçu aussi bref que possible ce qu'était la ville de Tunis un demi siècle avant le Protectorat : comment elle était construite; quelle était, en cette époque l'hygiène publique et privée; le degré de civilisation de la population de la Régence, enfin le milieu dans lequel exercèrent nos anciens confrères. Maintenant on pourrait se demander quelle fut leur œuvre civilisatrice

dans le pays. A première vue, elle semblerait presque nulle, puisque les années passaient et les mœurs, les coutumes, les préjugés, l'hygiène publique et l'ignorance générale restaient les mêmes.

Cependant, nos bons confrères, à mon avis, furent les véritables et presque uniques pionniers de la civilisation dans le pays. Par la façon de vivre en gens civilisés, qu'ils donnaient en exemple, par les conseils d'hygiène générale et particulière qu'ils ne se lassaient jamais de prêcher; par les conversations de tous les jours qu'ils faisaient chez les familles avec lesquelles ils étaient en continuel rapport : si toutefois ils n'avaient pu arriver à faire modifier certaines pratiques, déraciner certains préjugés, modifier même en petite partie, l'ignorance générale; ils faisaient, quand même, à l'instar des terrassiers qui labourent et préparent la terre à recevoir la bonne semence, un bon travail de préparation, à recevoir la bonne semence de la civilisation. Ils avaient déjà secoué beaucoup d'intelligences et préparé de façon absolue et certaine le terrain pour faire accepter facilement les belles idées civilisatrices, qui furent apportées plus tard dans la Régence, par la France.

C'est en ce sens que l'œuvre des médecins nos prédécesseurs fut grande, et, qu'à juste titre, nous pouvons dire encore, qu'ils furent les premiers et véritables pionniers de la civilisation dans le pays. Un autre mérite et non des moindres, fut pour nos anciens collègues, d'avoir fait connaître et apprécier ici la médecine telle qu'on la pratiquait en Europe, et de l'avoir pratiquée toujours avec honneur. Un autre mérite enfin, fut d'avoir aidé puissamment à faire connaître davantage la Tunisie aux Etats européens, par leurs écrits qu'ils adressaient aux académies d'Italie et de France où ils étaient lus et commentés; par les copieuses et fréquentes correspondances qu'ils entretenaient constamment avec leurs amis, leurs connaissances, en leur pays d'origine. En somme, nos dignes prédécesseurs ont bien droit à la gratitude générale et nous, leurs successeurs, nous pouvons être bien satisfaits de l'œuvre accomplie par eux.

..

En 1881, à l'instauration du Protectorat en Tunisie, il n'y avait dans toute la Régence que 19 médecins diplômés, dont 16 à Tunis. Nous avons cités plus haut leurs noms et leur résidence. Il y avait à Tunis une seule sage-femme diplômée M^{me} Roussel. Un seul hôpi-

tal : Sadiki, dirigé par le D^r Kaddour ben Ahmed. Il y avait 5 pharmacies qui appartenait à des Européens et deux ou trois à des indigènes. La population indigène de la Régence était de deux millions d'habitants, dont 45.000 Israélites. En outre il y avait une colonie italienne de 11.206 âmes, une autre peu nombreuse d'anglo-maltaï, une de grecs, dont la majorité s'habillait encore à la turque, et une colonie de 300 Français. Nous savons quel petit nombre de médecins il y avait en Tunisie au commencement du Protectorat, mais bientôt sous l'impulsion et l'essor de la France, tout commença à changer promptement, ce qui valut à attirer ici en peu d'années, des nouveaux médecins venus de France et d'Italie. Les docteurs Bastide et Deloulme furent parmi les premiers, ensuite les docteur Leca, Pietro Brignone, Emilio Molco, Leonida Morpurgo, Nicolo' Converti, Eugenio Busacca. La colonie italienne en peu de temps, s'accrut beaucoup, tellement que de 11.206 âmes qu'elle était en 1881, elle en contenait, en 1887, presque 18.953.

C'est alors que les deux frères, les docteurs Stresino et Cassanello songèrent qu'une colonie qui avait pris en si peu d'années une telle importance numérique, méritait de posséder un asile italien, où seraient soignés ses malades pauvres. Ils en parlèrent au Consul d'Italie, qui était alors M. Macchiavelli, qui approuva la bonne idée,

Les deux docteurs cherchèrent alors promptement, une maison: la meilleure qu'ils purent trouver était placée dans une petite rue (Rue Ben-Abdallah) donnant sur la longue rue des Teinturiers; ils l'outillèrent de tout ce qu'il fallait pour recevoir et soigner des malades et la nouvelle Infirmerie commença aussitôt à fonctionner. Le Consulat envoyait là les malades pauvres qui désiraient y aller, et il payait 2 fr. 50 par jour et par malade. Les premiers temps, furent seuls médecins de l'Infermeria les deux frères, associés qui s'étaient partagés les services; mais bientôt, ils se séparèrent et le docteur Stresino resta seul propriétaire de l'hospice. C'est alors qu'entrèrent à l'Infermeria pour y prêter service, le docteur L. Morpurgo pour la médecine générale et le docteur P. Brignone pour la chirurgie.

Mais le docteur Morpurgo resta très peu de temps attaché à l'établissement, et il fut remplacé par le docteur Stresino lui-même. Dans le service de chirurgie du docteur Brignone furent alors pra-

tiquées, avec les meilleurs résultats de très importantes opérations dont quelques-unes non encore faites à Tunis. Ce qu'il faut rappeler c'est que le docteur Brignone opéra toujours avec la plus rigoureuse antiseptie, telle qu'on la pratiquait dans les cliniques d'Europe : ce qui était presque une nouveauté pour le pays car l'antiseptie, si on la connaissait peut-être par des lectures on ne l'employait guère. Le docteur Brignone et un autre jeune accoucheur, arrivés à Tunis en même temps, furent ceux qui les premiers dès le commencement de leur exercice en ville, pratiquèrent constamment et rigoureusement l'antiseptie, aussi bien dans les interventions chirurgicales que dans les accouchements.

∴

En 1889, plusieurs médecins italiens fixés depuis quelque temps à Tunis, estimèrent avec raison, qu'étant donné le nombre toujours grandissant des Italiens dans la Régence, l'Infermeria du docteur Stresino ne pouvait plus suffire aux besoins et au nombre des malades pauvres de la colonie.

Ils reconnaissaient bien l'effort très louable que les frères Stresino et Cassanello avaient fait pour créer cet hospice et l'idée bien patriotique qui les avait guidés, mais ils pensèrent qu'un hôpital à personnalité civile aurait alors beaucoup mieux servi les intérêts de leurs compatriotes infirmes et pauvres. L'Infermeria n'était qu'une institution appartenant à une personnalité privée, et ce qu'il fallait plutôt maintenant, c'était un hôpital non pas propriété d'un particulier mais de la Colonie, où tous ceux qui en avaient la compétence auraient pu travailler. Il se forma alors un groupe de médecins qui étudièrent et mirent au point la question : ce groupe était composé par les docteur : Eugenio Busacca, Giovanni Campaniolo, Nicolo' Cassanello, Nicolo' Converti, Leonida Morpurgo, Francesco Sbrana et Emilio Molco. Pour l'administration de la nouvelle institution, à ce groupe de médecins, s'ajoutèrent d'autres personnalités de la Colonie, qui furent : Maître D. Cardoso, Maître G. Perpetua, M. Raphaël Moreno et M. G. Ferrera. En décembre 1890 fut constituée la fondation du nouvel hôpital et on loua à cet effet le palais Ben-Ayed dans la rue du Miel, palais très vaste, très aéré et plein de lumière, toutes choses un peu défectives dans l'ancienne Infermeria.

Les pourparlers avec le docteur Stresino ayant été achevés et

comme de juste, une indemnité lui ayant été versée, l'Infermeria fut fermée et le 31 août 1891 l'Hôpital Italien fut inauguré. Les différents services de l'hôpital avaient comme titulaires des médecins italiens de Tunis, mais pour les soins à donner aux Anglo-Maltaï, que le Consulat Anglais envoyait à la nouvelle institution italienne, il y avait un médecin anglais, alors le docteur Camilleri. Les premiers titulaires des différents services furent, le docteur Busacca pour la chirurgie des hommes, les docteurs L. Morpurgo et F. Sbrana pour la médecine générale et le docteur E. Molco pour la chirurgie des femmes, accouchements et pédiatrie.

Les médecins consultants furent les docteurs G. Funaro, A. Ben-sasson, S. Stresino, N. Cassanello.

Très peu de temps après le docteur P. Brignone prit aussi la direction d'un service de chirurgie. Le premier directeur de l'hôpital, élu par le Conseil sanitaire, composé des docteurs attachés à l'institution, fut le docteur G. Campaniolo. Mais quelques années plus tard les médecins italiens voulurent que l'hôpital ne fut plus placé dans une maison louée, quoique vaste et assez hygiénique, mais qu'il soit érigé et construit suivant toutes les règles de l'hygiène, et présentant le meilleur confort pour les malades, et voulurent que l'œuvre fut accomplie par toute la Colonie, promoteur et âme du Comité pour la fondation du nouvel hôpital, fut cette fois encore, l'infatigable et très distingué Dr Eugenio Busacca. Le nouvel hôpital fut projeté en 1898 : il fut bâti sur les plans et sous la direction de l'ingénieur A. Costantino et l'inauguration officielle en fut faite le 15 mars 1900, en présence des personnalités de la Colonie italienne, des autorités du Protectorat, de M. le Consul d'Angleterre, de tous les médecins de la ville, d'une délégation de professeurs des Facultés italiennes et de Sa Grandeur Monseigneur Combes, qui prononça en cette occurrence, un admirable discours tout empreint de charité et de bonté.

∴

Avant de clore ces quelques pages, nous ne pouvons que regretter de nouveau, le peu de documentation que nous avons pu recueillir sur la vie et sur les œuvres de tant d'excellents confrères.

Tous méritaient certainement, leur complète biographie. La vie et les œuvres de ces estimables collègues auraient pu servir de magnifique exemple de travail le plus utile et fécond, fait au profit de la civilisation.

Notes sur la vie médicale à Tunis avant l'occupation

par le D^r F. LOVY,
ancien interne des hôpitaux de Paris
Premier médecin de S. A. le Bey

—(0)—

Ce fut en janvier 1892 que j'arrivais en Tunisie appelé par le Résident Général de l'époque, Massicault.

Je venais de terminer mon internat dans les hôpitaux de Paris et ce ne fut pas sans surprise que je trouvai à Tunis un milieu médical encore si primitif. Actuellement, avec un recul de près de quarante ans, quelques souvenirs exhumés peuvent avoir de l'intérêt.

Si aujourd'hui, dans les campagnes tunisiennes, beaucoup d'habitants se soignent encore selon les traditions antiques ou l'imagination du premier venu, il en était alors de même à Tunis pour la plus grande partie des habitants.

L'exercice de la médecine et de la pharmacie étant libre pouvait être exercé par n'importe qui, comme maintenant au centre de l'Afrique.

Habituellement les deux professions n'étaient pas séparées et étaient exercées par le même individu, aussi bien chez les indigènes que chez les Européens.

Les empiriques indigènes fabriquaient leurs médicaments par des procédés qu'ils s'efforçaient de tenir secrets. Leurs recettes leur venaient d'un parent, d'un ami, ou bien ils innovaient. Ils faisaient leurs remèdes avec des plantes, des produits divers, des essences, etc., qui rappelaient souvent la médecine du moyen-âge en France. Cela leur suffisait avec des purgatifs, vésicatoires, massages, saignées, pointes de feu pour satisfaire leur clientèle.

Les médecins européens vendaient aussi les médicaments qu'ils avaient fabriqués. Chacun avait les siens, auxquels il s'était habitué dans son pays d'origine et qu'il en faisait venir. Ils avaient, par ce fait, été amenés à avoir, en dehors de leur domicile, une petite pharmacie, où ils faisaient leurs préparations et donnaient leurs consultations. Ils y vendaient aussi le plus souvent d'autres pro-

duits ou instruments sans rapport avec la médecine. Ils y étaient aidés par un ou deux préparateurs ou vendeurs. Du reste, les propriétaires des pharmacies s'en occupaient, y passaient une partie de leur temps et y donnaient leurs consultations. Ils allaient bien aussi voir les malades à domicile, mais en principe, ils ne recevaient pas de clients dans leur habitation particulière. A cette époque encore peu sûre, on était obligé de prendre ses précautions et les portés ne s'ouvraient qu'à bon escient.

Souvent plusieurs médecins s'entendaient pour avoir une pharmacie en commun.

Il est à noter que l'exercice de la médecine et de la pharmacie constituait une profession régie par les mêmes lois que les autres professions. Le bey nommait un chef, en général son premier médecin, dont la juridiction s'étendait sur toutes les affaires où un médecin était intéressé. Ce règlement fut supprimé à l'occupation.

La liberté de l'exercice de la médecine et de la pharmacie fut supprimée par le décret de 1888 instituant l'obligation pour se livrer à ces professions d'avoir un diplôme officiel délivré par une école spéciale et valable en Europe. Cette mesure amena rapidement la disparition des médecins ou pharmaciens sans diplôme. Quant aux médecins diplômés, s'ils cessèrent de fabriquer ou de vendre des médicaments, ils continuèrent encore longtemps, par habitude, à donner leurs consultations dans des pharmacies qui ne leur appartenaient pas, mais où ils ne vendaient rien.

Il est probable qu'il y eut en Tunisie quelques médecins européens avant 1830, mais l'entrée des Etrangers dans ce pays était si difficile, que les premiers furent des esclaves enlevés par les pirates ou des renégats. Leurs noms probablement arabisés ne sont pas connus. A partir de 1830, les relations entre les Musulmans et les Chrétiens devinrent plus fréquentes, les consuls et les commerçants furent plus nombreux et petit à petit apparurent des médecins européens, auxquels les beys eurent rapidement recours.

Puis la civilisation fit de rapides progrès sous le règne du bey Ahmed (1837-1855), qui voulait moderniser son pays. La sécurité fut plus grande, les familles européennes plus nombreuses et bientôt les médecins arrivèrent appelés par leurs consuls, les missions militaires ou même venus spontanément; mais au moment de l'occupation en 1882 ils n'atteignaient pas encore une douzaine et suffisaient largement.

Il y a très peu de renseignements sur les médecins de la première époque et certainement il y en eut d'autres que ceux dont l'histoire nous a conservé les noms. Pour les uns nous ne savons que le nom, pour d'autres quelques précisions mais rarement quelque chose en ce qui concerne les dates. Ce n'est guère qu'en ce qui concerne les moins anciens, précédant de très peu l'occupation, que l'on peut avoir quelques renseignements certains. J'en ai connu encore quelques-uns et très souvent de leurs descendants, plus souvent encore des vieillards presque de leur temps, qui les avaient connus, mais souvent la mémoire leur faisait défaut.

M. Gandolphe, l'historien de la Tunisie moderne, a pu me donner quelques précisions, ce dont je le remercie vivement.

Aussi l'énumération de ces confrères précurseurs ne pourra être ni complète, ni précise. Elle sera faite autant que possible par ordre de date et les renseignements recueillis sur eux seront énumérés à mesure.

Parmi les plus anciens médecins français, qui aient marqué leur passage en Tunisie, il faut citer le docteur *Clément* (César). Il semble être né vers 1800 et être venu pour la première fois en Tunisie entre 1815 et 1820. Il retourna finir ses études en France et revint ensuite en Tunisie. Vers 1830 il fut médecin du bey du Camp Ahmed ben Mustafa et devint un de ses médecins, lorsqu'il fut monté sur le trône. Il se fit remarquer pendant une des nombreuses épidémies de choléra de l'époque. Il fut médecin aux armées tunisiennes, notamment à Sousse. Il était bien considéré par les beys Ahmed, Mohamed et Sadok. Il semble même avoir été chargé d'une mission diplomatique du temps du bey Sadok auprès de Napoléon III, lors de la fuite de Kasnadar, ministre des finances. Il habita la Mohamédia et le Bardo. Il mourut à l'âge de 87 ans, entre 1884 et 1887, honoré de tous. Inhumé dans la crypte de la cathédrale de Tunis.

La famille des Feisler, originaire de Strasbourg, semble être venue encore plus anciennement en Tunisie. Le premier, qui ait été attaché au service des beys, fut employé à sa garde. Son fils *Antoine Feisler* était en 1770 médecin du Consulat de France et du bey Ali ben Hassen ben Ali. Le fils de ce dernier *Michel Feisler* lui succéda dans ses fonctions au consulat et fut médecin principal du bey Ahmed et médecin de la Garde Beylicale vers 1838. Il eut deux

filis, l'un devint chef de musique de la Garde Beylicale et l'autre employé des postes.

Entre 1840 et 1860 la population européenne augmenta considérablement. Les besoins de l'armée en médecins ne purent être satisfaits complètement, bien que la mission militaire Campenon en ait fait venir quelques-uns. Le bey Ahmed avait de grandes qualités d'organisation, était passionné du progrès, mais il était un peu nerveux, peureux, méfiant et changeant. Il était constamment entouré de médecins et exigeait toujours que l'un d'eux partage son repas. La confiance qu'il avait en eux amenait petit à petit le public musulman à avoir confiance à la médecine européenne.

Aussi sous son règne de 1840 à 1860 arrivèrent en Tunisie les docteurs Lumbroso, Mugnaini, Castelnuovo, Ferini, Costa, Tajouri, Funaro, Nunez-Vais, Campaniolo, d'origine italienne, les docteurs Pace, Zérafa, Schembri, maltais, et les docteurs Cotten, Jouving, They, français.

Le docteur *Lumbroso* avait été appelé par le bey Mustapha et fut son médecin pendant son règne entre 1835 et 1837. Il entra chez son successeur, le bey Ahmed, qui était en train de fonder la Mohamédia à 20 kilomètres de Tunis et s'y était installé. Le docteur *Castelnuovo* remplissait les mêmes fonctions. Ils étaient de service à la Mohamédia alternativement chacun une semaine et mangeaient à la table du bey.

Le docteur *Nunez-Vais*, toscan et le docteur *Ferini* se firent remarquer lors de la grande épidémie de choléra de 1849 à 1850, qui emporta la moitié de la population de Tunis et fit d'énormes ravages dans l'intérieur. Le docteur *Nunez-Vais* était médecin du bey du camp. Le docteur *Ferini* était né en Italie. Il voyagea à Paris, en Algérie et arriva en Tunisie âgé d'environ 30 ans pour étudier la grande épidémie de choléra de 1849-1850 dont il publia même une relation. Il mourut en 1878 à Tunis laissant un fils médecin, qui exerce encore.

Le docteur *Funaro* fut très longtemps employé aux armées faisant campagne tous les ans avec le bey du camp. Il passait pour un très brave homme. Je l'ai bien connu. Il mourut vers 1916.

Le docteur *Pace* était très renommé surtout dans la classe moyenne. Il mourut très âgé vers 1898.

Le docteur *Cadelli*, napolitain avait été à Waterloo, suivit Napoléon à Sainte-Hélène et revint à Tunis sous Ahmed bey.

Le docteur *Zabetta*, napolitain, fut chef de service de la santé à la Goulette.

On signale même un médecin américain *Heaps* qui était en Tunisie vers 1874.

Vers 1850 il y avait des médecins militaires dans toutes les villes de garnison importantes.

A la même époque je dois signaler parmi les médecins indigènes *Yakoub* et *Zitoun*. Ils étaient sans instruction mais intelligents. Ils étaient considérés comme honnêtes et à mon arrivée on en parlait encore beaucoup. *Zitoun* était encore vivant, mais très âgé. J'eus l'occasion de le connaître. Il avait confiance dans ses procédés qui ne paraissaient pas dangereux. Il paraissait de bonne foi.

Un peu plus jeune était le docteur *Kaddour ben Ahmed*, algérien, parlant français, ayant un diplôme d'officier de santé de l'école de médecine d'Alger et venu en Tunisie en 1873. Il était médecin de l'Hôpital Sadiki, du Collège Alaoui, de la Municipalité. Très religieux, très honnête, de relations très agréables, il avait su faire concilier les habitudes musulmanes avec la médecine scientifique moderne. Il mourut en 1893. Il était très estimé partout et le méritait. J'eus avec lui les rapports les plus cordiaux.

Appelés par la mission militaire Campenon arrivèrent en l'année 1850 deux médecins militaires français, *Jouving* et *Collon*. L'un avait trois galons, l'autre quatre. Ils furent d'abord versés dans l'Armée tunisienne mais portaient leurs uniformes français.

Le docteur *Jouving* fut médecin des troupes de la Goulette. Finalement il s'y installa comme médecin civil et y mourut en 1885. C'est tout ce que j'ai pu recueillir sur lui.

Le docteur *Collon* (Charles), naquit en 1814, à Vinay (Isère), passa son doctorat à Montpellier vers 1840, fut médecin militaire dans l'armée française et vint en Tunisie appelé par la mission militaire Campenon en 1850. Il fut dès le début nommé médecin de l'infanterie à la Mohamédia et passa rapidement au service du bey Ahmed. Préférant sa liberté, il demanda à revenir à son ancien poste, puis plus tard fut médecin de l'infanterie à Tunis.

Dès son arrivée il se fit remarquer par son dévouement pendant la grande épidémie de choléra, qui était alors dans sa plus grande

violence. Il fut très vite connu de la population par ses capacités médicales, son amabilité et les services qu'il rendait sans se lasser. Il était estimé de tous. Les Musulmans le considéraient comme un saint. Toujours gai, il voulait que tout le monde le fut autour de lui et il donnait à tous. Sa charité était légendaire et sur la fin de sa vie on en abusa : il fut complètement dépouillé.

Lorsqu'il mourut en 1892, à 78 ans, il laissa une réputation telle qu'aucun médecin n'en a jamais eu à Tunis.

Il habita à peu près constamment 26, rue Sidi Kadous, dans une maison, qui était au nom d'un Arabe, son ancien soldat d'ordonnance, qui resta à son service toute sa vie. Cotton avait été obligé d'agir ainsi, parce qu'à l'époque de son achat, il était encore interdit aux Européens d'être propriétaires dans ce quartier.

Il avait épousé Madeleine Capuro, fille d'un commerçant italien de Tunis, qui mourut avant lui. Il en eut deux fils morts jeunes du typhus et une fille qui épousa Jouglet, chancelier-interprète à la Résidence Générale. Ils eurent trois fils morts à la guerre et deux filles mariées en Syrie.

Le docteur Cotton fut député de la Nation et médecin des postes et du chemin de fer avant et après l'occupation.

Le docteur Cotton sortait d'une famille qui était une pépinière d'hommes remarquables. Un de ses frères était procureur général du temps de Napoléon III et deux de ses neveux étaient l'un évêque de Valence et l'autre général, ancien blessé du Mexique et de 1870. Celui-ci vint après l'occupation faire une inspection en Tunisie.

Le docteur *Honoré They*, français, était médecin à bord du vapeur « Valéry », qui faisait alors le service de Marseille à la Goulette. Il vint se fixer dans cette dernière ville vers 1875 et y exerça la médecine pendant quelques années après lesquelles il rentra à Paris. Il avait un frère qui arriva en Afrique bien avant lui et qui se fit remarquer au début de la conquête de l'Algérie.

Le docteur *Nicolas Vignale* était né à Tunis en 1826. Son père y était commerçant et avait épousé une demoiselle Raffo. Ils eurent deux fils. L'un prit la suite du commerce du père et l'autre, Nicolas, fut envoyé faire ses études de médecin en Italie. Aussitôt de retour en Tunisie, il fut nommé médecin du bey du camp Sadok. Lorsque celui-ci monta sur le trône en 1859 il nomma le docteur Vignale, avec qui il avait toujours fait campagne, son premier médecin.

Les deux frères Vignale avaient épousé deux sœurs, les filles d'un autre médecin de Tunis, François Mascaro. Le frère du docteur Vignale fut le père de l'avocat Vignale très avantageusement connu à Tunis, avec lequel j'avais de très bonnes relations et qui était encore bien portant en 1931.

Le docteur Vignale garda sa situation jusqu'à sa mort, qui survint en 1871 à l'âge de 45 ans seulement.

Le docteur *François Mascaro*, venu directement de Mahon (Balears) vers 1830, était de nationalité espagnole. Comme tous les médecins de l'époque, il avait fondé une pharmacie, pharmacie du Lion, située rue de l'Eglise. Je le signale parce qu'elle devint plus tard la pharmacie Sinigaglia. En plus de ses deux filles mariées aux frères Vignale, il avait un fils Jean-Baptiste qu'il envoya tout jeune faire ses études de médecine en Italie à Pise et à Bologne.

Reçu docteur en 1866, *Jean-Baptiste Mascaro* revint à Tunis, et sur la recommandation de son beau-frère, le docteur Vignale, alors premier médecin du bey Sadok, il fut de suite nommé à Tunis, médecin des Tobjis (artilleurs).

Cette situation était pour le docteur Jean-Baptiste Mascaro un très beau début, mais le succès devait le suivre dans toute sa carrière. Son beau-frère Vignale n'avait pas tardé à souffrir d'une maladie inexorable, mais pas très rapide. Il eut le temps de l'introduire chez le bey Sadok, à qui il inspira une confiance telle que, malgré son âge, lorsque le docteur Vignale mourut en 1871, il lui donna sa succession comme premier médecin. Le docteur Mascaro occupa ce poste jusqu'à la mort de Sidi Sadok bey en 1884. A ce moment, ne connaissant pas le nouveau bey Ali, qui n'avait pas eu beaucoup de relations avec son frère Sadok, son prédécesseur, le docteur Mascaro résolut de se retirer du service des beys. Il se trouvait, du reste, dans une belle situation de fortune. A ce point de vue le bey l'avait fortement aidé.

Le docteur Mascaro était très intelligent, médecin de bon sens, prudent, sachant inspirer la confiance, de relations agréables. Il avait su prendre auprès du bey une très réelle influence. Il était l'ami de tous. Il s'occupait volontiers de politique. Ses sentiments patriotiques (il était Espagnol) ne l'empêchaient pas d'apprécier le point de vue français. On le disait francophile. Il fut chargé d'une mission en Algérie auprès du général Chanzy et de plusieurs missions en France. Il fut fait officier de la Légion d'honneur.

Le docteur Vignale était très estimé, mais le docteur Mascaro avait encore plus de réputation. A mon arrivée, huit ans après qu'il avait quitté Tunis, on parlait encore de lui, comme s'il eut été encore présent. Je me rendis compte de la place qu'il avait tenue à Tunis.

Quelque temps après la mort du bey Sadok, en 1884, il fut victime en mer d'un accident très grave, où il faillit perdre la vie. Il en fut vivement impressionné et malgré sa belle situation à Tunis, il résolut de se retirer en Italie. Il se fixa à Nervi, près de Gênes, où il occupa les dernières années de sa vie à faire de la peinture. Il y mourut en 1916.

Il avait épousé une française, M^{lle} Arnoux, fille d'un ingénieur de l'arsenal de la Goulette. Après la mort de son mari elle revint se fixer à Tunis, où elle avait encore des parents. Je pus la revoir en 1931, âgée de 86 ans, remarquablement bien portante et capable de me donner encore des renseignements sur l'époque où son mari était chez le bey Sadok, c'est-à-dire plus de 60 ans auparavant.

Le successeur du bey Sadok, le bey Ali prit en montant sur le trône, en 1884, comme premier médecin le docteur *Spezzafumo*, qu'il avait eu à son service pendant qu'il était bey du camp. Je n'ai pas eu l'occasion de le connaître car il mourut en 1892 peu de temps après mon arrivée en Tunisie, mais je fus très lié avec son fils, qui était aussi docteur attaché au service des beys.

Le docteur Spezzafumo fut remplacé comme premier médecin du bey Ali par le docteur *Ottian Bonnet*, qui depuis quelques années était le médecin du Lazaret de Carthage. C'était un homme très pondéré, bien considéré. Il était depuis peu de temps en Tunisie et peu au courant des habitudes tunisiennes. Il était complètement étranger au milieu beylical; mais, à ce point de vue, il était heureusement complété par le deuxième médecin, le docteur *Prats*.

Celui-ci était le fils d'un Espagnol qui gérait une pharmacie à Tunis.

Comme compatriote, il était très lié avec la famille du docteur J.-Baptiste Mascaro qui l'éleva pendant quelques années et paya une partie de ses frais d'études. Il le fit partir très jeune pour l'école de médecine de Pise. Aussitôt son diplôme obtenu, le jeune docteur Prats revint à Tunis où son compatriote Mascaro le fit de suite agréer comme deuxième médecin du bey Sadok, poste qu'il continua d'occuper sous les beys Ali et Mohamed el Hadi.

Pendant cette longue période, il s'était acquis une enviable réputation. Je fis sa connaissance très peu de temps après mon arrivée, en 1892, à l'occasion de consultations chez Son Altesse le bey Ali. Nous finîmes par être en excellentes relations d'amitié.

Parlant parfaitement l'arabe, le français, l'italien et l'espagnol, il était un lettré. Il s'intéressait à sa bibliothèque plus qu'à tout. Très aimable de caractère, serviable, tout à fait sûr, homme du monde, il fréquentait tous les milieux, savait toutes les nouvelles, était estimé de tous. Je ne crois pas que personne ait pu connaître le monde indigène aussi bien que lui. Médecin consciencieux, de bon jugement, il fut longtemps le médecin de la Résidence, qui ne sut pas lui montrer avant sa mort, combien il avait été apprécié, mais les hommes avaient changé. Comme le docteur Cotton, il faisait beaucoup de médecine de charité, donnant énormément, ne gardant que pour vivre modestement. Je suis heureux de pouvoir dire en quelle estime je le tenais.

Il mourut en 1904 à l'âge de 61 ans.

Je ne voudrais pas terminer sans parler de deux pharmaciens, qui tinrent une très grande place dans la vie médicale de l'époque que je viens d'évoquer. J'ai déjà dit que avant l'occupation, chaque médecin avait une pharmacie à lui. Chacun d'eux faisait des remèdes spéciaux : le temps n'était pas encore venu où la médecine de tous les pays serait unifiée et où une ordonnance quelconque pourrait être exécutée chez tous les pharmaciens diplômés.

Le premier pharmacien qui se spécialisa à ne faire que de la pharmacie fut *Sinigaglia*. Presque encore enfant, il était entré comme aide dans la pharmacie du docteur Mascaro, qui, très occupé, n'avait guère le temps de confectionner ses médicaments. Le jeune Sinigaglia très intelligent, très consciencieux, finit par être seul à s'occuper de la pharmacie. Le docteur Mascaro ayant remarqué ses qualités et confiant dans son avenir l'envoya vers 1868 faire ses études de pharmacie à Rome. Revenu avec son diplôme, le docteur lui céda de suite la pharmacie, dite du Lion, qu'il avait rue de l'Eglise, en face l'église actuelle. Elle prit très vite une grande importance et, s'y trouvant trop à l'étroit, il s'installa plus grandement rue de la Commission à l'angle de la place de la Bourse. Là, le succès arriva encore plus vite, beaucoup de

médecins le chargèrent d'exécuter leurs ordonnances et presque tous les autres venaient acheter leurs médicaments chez lui. Il fut amené à faire un magasin de gros et à acheter un grand local attenant à la pharmacie de la rue de la Commission. Tous les médecins y venaient; il eut l'idée de faire une grande chambre, qui leur servait en quelque sorte de lieu de réunion, de cercle pour le monde médical. C'était, du reste, voisin du Cercle de Tunis à cette époque. Très peu après, la pharmacie fut installée telle qu'elle est encore aujourd'hui et il dut avoir un autre local pour les produits de droguerie.

Il mourut très âgé en 1920. La pharmacie est gérée actuellement par son neveu.

Sinigaglia était extrêmement bien considéré. C'était là qu'allaient s'adresser tous les médecins, lorsqu'ils avaient besoin d'un service. Il fut le pharmacien des beys pendant plus de cinquante ans. Ce fut grâce à lui que la plupart des médecins abandonnèrent leur pharmacie. Ils devinrent presque tous ses clients. Au moment de l'occupation, il était le pharmacien de plusieurs administrations.

Le premier pharmacien français qui vint s'installer en Tunisie fut *Chabert*, né à Saint-Sixte, près de Boën (Loire), en 1842. Il commença très jeune à Marseille ses études de pharmacie, qu'il dut interrompre par manque de ressources. Pour se tirer d'affaires, il alla à Philippeville puis en 1867 à Tunis, donnant ses soins aux cholériques. Bientôt il installa rue de la Commission une petite pharmacie où il eut de grosses difficultés par suite de son ignorance des langues du pays et du petit nombre de Français résidant à Tunis. En 1888 le décret imposant la nécessité d'avoir un diplôme officiel de pharmacien le fit retourner à Marseille pour terminer ses études. A son retour il quitta la rue de la Commission et s'installa très confortablement à l'entrée du boulevard de Paris, tandis qu'en association avec un de ses parents il monta en face un magasin de droguerie. Son intelligence, sa tenacité, sa puissance de travail, son honnêteté en affaires firent prendre de suite une grande importance à ses entreprises. En 1898 il fut obligé de s'agrandir considérablement rue de Strasbourg et de céder à un confrère sa pharmacie de détail.

Durant cette époque, le succès avait été en grandissant en même temps que sa réputation. En 1914 il laissa la direction de la maison

à un de ses fils, conservant pour lui la direction générale seulement. Ce n'était pas pour prendre du repos : les affaires politiques l'appelaient. Il fut Président de la Chambre de Commerce, de la Société de Bienfaisance, vice-président de la Municipalité et mourut à 87 ans, le 21 mars 1927.

Toutes les autres pharmacies actuelles de Tunis sont postérieures à 1888, date du décret réglementant la profession.

Une visite de Guy de Maupassant à l'Hôpital Sadiki en 1889

(« LA VIE ERRANTE »)

(Extrait de la thèse du D^r H. Bouquet)

—«0»—

Dès que fut ouverte la grande porte donnant sur une vaste cour arabe, dominée par une galerie à colonnes qu'abrite une terrasse, ma surprise et mon émotion furent telles que je ne songeai plus guère à ce qui m'avait fait entrer là.

« Autour de moi, sur les quatre côtés de la cour, d'étroites cellules, grillées comme des cachots, enfermaient des hommes qui se levèrent en nous voyant et vinrent coller entre les barreaux de fer des faces creuses et livides. Puis un d'eux passant sa main et l'agitant hors de cette cage, cria quelque injure. Alors les autres sautillant soudain comme les bêtes d'une ménagère, se mirent à vociférer, tandis que, sur la galerie du premier étage, un Arabe à grande barbe, coiffé d'un épais turban, le cou cerclé de colliers de cuivre, laissait pendre avec nonchalance sur la balustrade un bras couvert de bracelets et des doigts chargés de bagues. Il souriait en écoutant ce bruit. C'est un fou libre et tranquille, qui se croit le roi des rois et qui règne paisiblement sur les fous furieux enfermés en bas.

N.D.L.R. — L'histoire de l'Hôpital Sadiki peut se diviser en plusieurs périodes :

1°) Celle avant l'occupation dont nous pouvons donner une idée par deux descriptions : l'une d'un médecin, vision objective d'un observateur consciencieux qui ne se laisse pas émouvoir pour mieux décrire ce qu'il examine, travail type digne du clinicien émérite qu'était le Dr. Variot; l'autre toute subjective d'un littérateur, très bon observateur aussi, mais qui laisse libre cours à sa sensibilité, déjà peut-être pathologique; c'est celle que Maupassant nous a laissée dans « la Vie Errante » et que nous reproduisons ci-dessous;

2°) Celle du début de l'occupation que nous font connaître les souvenirs du Docteur Loy; ;

3°) La période de Brunswic le Bihan dont son collaborateur le Dr. Comte nous montre la période héroïque, et que M. Grandsire nous décrit dans tout son plein développement, et la période actuelle, depuis la mort du Dr. Brunswic le Bihan jusqu'à nos jours.

« Je voulus passer en revue ces déments effrayants et admirables en leur costume oriental, plus curieux et moins émouvants peut-être, à force d'être étranges, que nos pauvres fous d'Europe.

« Dans la cellule du premier on me permit de pénétrer. Comme la plupart de ses compagnons, c'est le haschich ou plutôt le kif qui l'a mis en cet état. Il est tout jeune, fort pâle, fort maigre, et me parle en me regardant avec des yeux fixes, troubles, énormes. Que dit-il ? Il me demande une pipe pour fumer et me raconte que son père l'attend.

« De temps en temps, il se soulève, laissant voir sous sa gebba et son burnous des jambes grêles d'araignée humaine; et le nègre son gardien, un géant luisant, aux yeux blancs, le rejette chaque fois sur sa natte d'une seule pesée sur l'épaule, qui semble écraser le faible halluciné.

« Son voisin est une sorte de monstre jaune et grimaçant, un Espagnol de Ribera, accroupi et cramponné aux barreaux et qui demande aussi du tabac ou du kif, avec un rire continu qui a l'air d'une menace.

« Ils sont deux dans la case suivante : encore un fumeur de chanvre, qui nous accueille avec des gestes frénétiques, grand Arabe aux membres vigoureux, tandis que assis sur ses talons, son voisin, immobile, fixe sur nous des yeux transparents de chat sauvage. Il est d'une beauté rare cet homme, dont la barbe noire, courte et frisée, rend le teint livide et superbe. Le nez est fin, la figure longue, élégante, d'une distinction parfaite. C'est un M'zabite, devenu fou après avoir trouvé mort son jeune fils, qu'il cherchait depuis deux jours.

« Puis en voici un vieux qui rit et nous crie, en dansant comme un ours :

« — Fous, fous, nous sommes tous fous, moi, toi, le médecin, le gardien, le bey, tous, tous fous !

« C'est un Arabe qui hurle cela; mais on comprend tant sa mimique est effroyable, tant l'affirmation de son doigt tendu vers nous est irrésistible. Il nous désigne l'un après l'autre, et rit, car il est sûr que nous sommes fous, lui, ce fou, et il répète :

« — Oui, oui, toi, toi, toi, tu es fou !

« Et on croit sentir pénétrer en son âme un souffle de déraison, une émanation contagieuse et terrifiante de ce dément malfaisant.

« Et on s'en va, et on lève les yeux vers le grand carré bleu du ciel qui plane sur ce trou de damnés. Alors apparaît, souriant toujours, calme et beau comme un roi mage, le seigneur de tous ces fous, l'Arabe à longue barbe, penché sur la galerie, et qui laisse briller au soleil les mille objets de cuivre, de fer et de bronze, clefs, anneaux et pointes, dont il pare avec orgueil sa royauté imaginaire.

« Depuis quinze ans, il est ici ce sage, errant à pas lents, d'une allure majestueuse et calme, si majestueuse en effet qu'on le salue avec respect. Il répond d'une voix de souverain, quelques mots qui signifient : « Soyez les bienvenus; je suis heureux de vous voir. » Puis il cesse de nous regarder.

« Depuis quinze ans cet homme ne s'est point couché. Il dort sur une marche, au milieu de l'escalier de pierre de l'hôpital. On ne l'a jamais vu s'étendre.

« Que m'importe à présent les autres malades, si peu nombreux. d'ailleurs, qu'on les compte dans les grandes salles blanches, d'où l'on voit par les fenêtres s'étaler la ville éclatante sur qui semblent bouillonner les dômes des koubbas et des mosquées.

«... Je m'en vais troublé d'une émotion profonde, plein de pitié, peut-être d'envie, pour quelques-uns de ces hallucinés, qui continuent dans cette prison ignorée d'eux, le rêve trouvé, un jour, au fond de la petite pipe bourrée de feuilles jaunes. »

Ces lignes furent écrites vers 1890. Mais le sort des aliénés fut peu changé tant qu'ils continuèrent à être hospitalisés à Sadiki. En 1896, le docteur Aug. Voisin communiquait à la Société Médico-Psychologique ses souvenirs d'un voyage en Tunisie, et, parlant des aliénés de l'Hôpital Sadiki, il décrit les locaux où ils sont logés et attire l'attention de la Société sur le fait que « dans chaque cellule il y a un anneau de fer fixé au mur, auquel on attache le cou-de-pied des aliénés agités. » Il a été frappé aussi par le mode d'entrée des malades : « Les Arabes sont admis et maintenus dans ce quartier d'hôpital sans certificat, et ils en sortent sans certificat. »

Notre ami, le docteur Vullien, nous a raconté qu'il vit, vers 1902 un spectacle étrange : un pensionnaire de l'hôpital, ancien sergent de tirailleurs, faisant faire la manœuvre à ses camarades, nous allions écrire ses co-détenus : il commandait des mouvement mili-

taires et se servait d'un bâton en guise de fusil. Près de lui, d'autres fous étaient enchaînés dans leurs cellules à portes de fer et poussaient des cris.

Dans la remarquable étude d'ensemble qu'il publia en 1904, sur l'assistance médicale en Tunisie, Gomma s'exprimait ainsi : « Les aliénés indigènes sont internés à l'Hôpital Sadiki où ils sont considérablement gênants. Il suffit pour en être convaincu, d'avoir entendu une fois le vacarme assourdissant auquel ils se livrent. »

Telle était la condition des aliénés à l'Hôpital Sadiki jusqu'en 1905. C'est alors que se produisit un événement qui pourrait paraître étrange aux yeux des aliénistes, mais qui trouve sa raison dans les tendances et le mobile qui animaient le nouveau Directeur de l'Hôpital Sadiki. Chirurgien de tempérament et d'éducation, estimant que l'assistance aux Musulmans devait être surtout chirurgicale, le docteur Brunswick demanda à plusieurs reprises le retrait des aliénés; puis un jour, las d'attendre une solution officielle, il les mit purement et simplement à la rue. Quelques-uns furent plus tard recueillis à la Tékia. Beaucoup restèrent libres, et le prédécesseur du docteur Brunswick, le docteur Lovy nous racontait qu'il connaissait en liberté plusieurs de ses anciens pensionnaires, très justiciables de l'internement.. Trois de ces malades se sont déjà suicidés, ajoutait-il; un quatrième, Israélite, celui-là, circule librement dans les rues de Tunis, gesticulant avec un bâton, et destiné probablement à mourir lui aussi, de mort violente.

Une visite à l'hôpital arabe de Tunis (1)

par le Prof. VARIOT

—(0)—

Tous les yeux sont aujourd'hui fixés sur la Tunisie; rien de ce qui concerne ce pays n'est indifférent au public. C'est ce qui me détermine à relever quelques notes recueillies pendant un voyage que j'ai eu l'honneur de faire récemment à Tunis.

Un heureux concours de circonstances, sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure, m'a permis de visiter le seul hôpital arabe existant dans la ville. Il y avait, pour moi, un véritable attrait de curiosité à rechercher quels pouvaient être l'organisation et le fonctionnement d'un établissement hospitalier indigène dans cette cité orientale.

.....

M. Chabert, pharmacien français à Tunis, s'offrit à me mettre en relation avec M. Kaddour, médecin de l'hôpital arabe.

Lorsque j'ai vu M. Kaddour pour la première fois, chez M. Chabert, son abord n'avait rien de médical: il portait la large chéchia rouge et la gandourah comme un vrai Tunisien. Je ne lui cachai pas ma surprise de l'entendre parler le français avec la plus grande correction; il voulut bien alors m'apprendre qu'il était d'origine algérienne, qu'il avait fait ses études médicales à l'École d'Alger et qu'il n'était venu s'établir à Tunis que depuis quelques années; en parlant, il me fait l'honneur de m'inviter à passer la soirée chez lui à partir de neuf heures du soir; il faisait le Ramadan comme tout bon Arabe.

Mon hôte me permettra bien de rappeler quelle agréable conversation nous eûmes ensemble le soir en savourant le café maure et combien fut charmante son hospitalité. Il y manquait bien quelque chose... mais M. Kaddour a des idées tout à fait arrêtées sur la séquestration des femmes et sur la supériorité incontestable des mœurs orientales: je n'essayerai pas de le convertir. Nous primes rendez-vous pour le lendemain matin.

Je me fis conduire, à l'heure dite, par le petit guide juif bien

(1) Extrait de la Revue Scientifique: 23 avril 1881.

connu des touristes de l'Hôtel Bertrand. Après nombre de tours et détours dans les ruelles étroites du souk (Grand Bazar de Tunis) et du quartier arabe, nous arrivâmes enfin à l'hôpital.

Comme aspect général, cet hospice ne diffère en rien des autres maisons mauresques.

Une seule porte donne accès dans une cour carrée de 20 mètres de côté environ. La vue est frappée tout d'abord par une rangée de colonnes, peintes de couleurs vives, régnaient tout autour de l'édifice. Ces colonnes soutiennent une galerie correspondant à un premier étage au-dessus duquel une terrasse sert de toiture et de promenoir. Trois ou quatre fenêtres étroites donnent sur la rue; toutes les autres ouvertures prennent jour sur la cour intérieure.

M. Kaddour me prévint qu'il ne fallait pas m'attendre à retrouver rien qui rappelât nos établissements hospitaliers d'Europe. Cette maison, ayant été aménagée à cet effet (quel aménagement : nous allons le voir) et divisée en cellules, ne recevait l'air et la lumière que par la porte s'ouvrant sur la cour.

Dans l'une des premières cellules que l'on m'ouvrit, j'aperçus un vieillard aveugle, couché sur une natte humide et couvert jusqu'à la ceinture d'une mauvaise couverture de laine. Sur le pavé, à sa portée une écuelle de terre dans laquelle on avait déposé sa pitance.

A mon étonnement de ne pas trouver d'objets de literie, M. Kaddour m'objecta justement que ce n'était pas là une privation pour un arabe malade, habitué de tout temps à coucher sur la natte. Cependant l'Administration du Bey, à la suite de nombreuses sollicitations, avait accordé une dizaine de matelas aujourd'hui hors d'usage. Quelques autres cellules du rez-de-chaussée, aussi insalubres que la première, contenaient des malades atteints de fièvre paludéenne, dans un état de cachexie lamentable.

Les pièces les mieux aérées et éclairées de l'étage supérieur étaient occupées par un tuberculeux et par plusieurs syphilitiques présentant des accidents tertiaires multiples: nécrose des os du crâne, perforation du voile du palais, etc.

Tout un côté du premier étage séparé par des grilles de fer est réservé aux aliénés. Le principal contingent de ces malheureux m'a paru fourni par des nègres. Ils sont pour la plupart, absolument nus dans leur cellule, je devrai dire dans leur cage. De fortes chai-

nes fixées au mur et rivées au-dessus des malléoles entravent les plus agités.

Je crois qu'on aurait grand'peine à loger 50 malades dans cet établissement : ai-je besoin d'ajouter qu'il est exclusivement destiné aux hommes.

Cet hospice tout à fait primitif n'est guère, à proprement parler, qu'une maison d'abri. Des services administratifs, on l'imagine, seraient parfaitement inutiles. Rien qui ressemble à nos bureaux d'admission. Je n'ai vu ni lingerie, ni buanderie, M. Kaddour serait fort embarrassé s'il était obligé de soigner quelque affection chirurgicale qui demandât des pansements répétés.

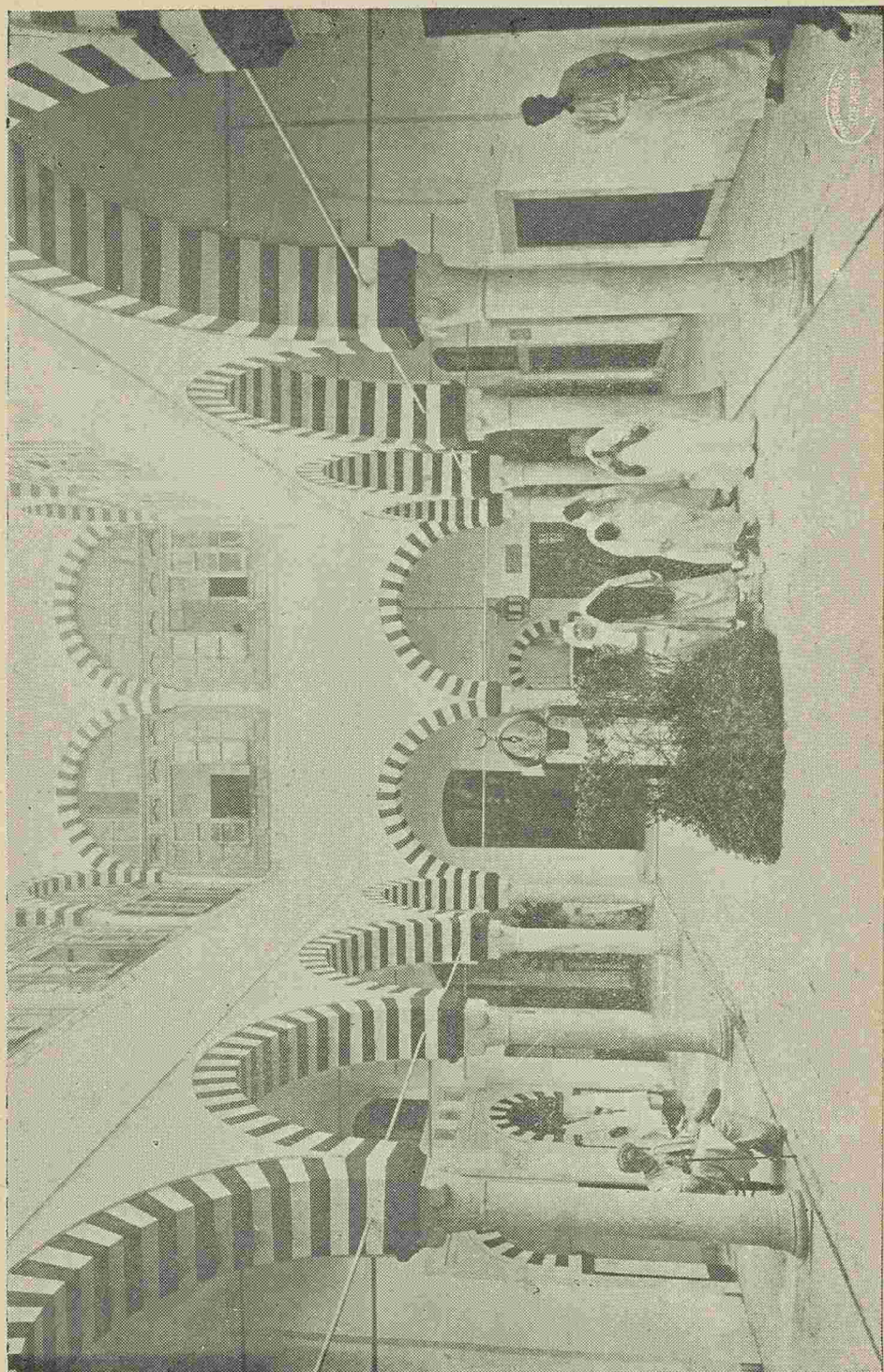
Dans la cuisine il n'y avait que quelques chaudrons de cuivre servant à faire la soupe au bœuf, le seul met réglementaire.

Grâce aux soins de M. Chabert, la pharmacie est pourvue des médicaments les plus urgents.

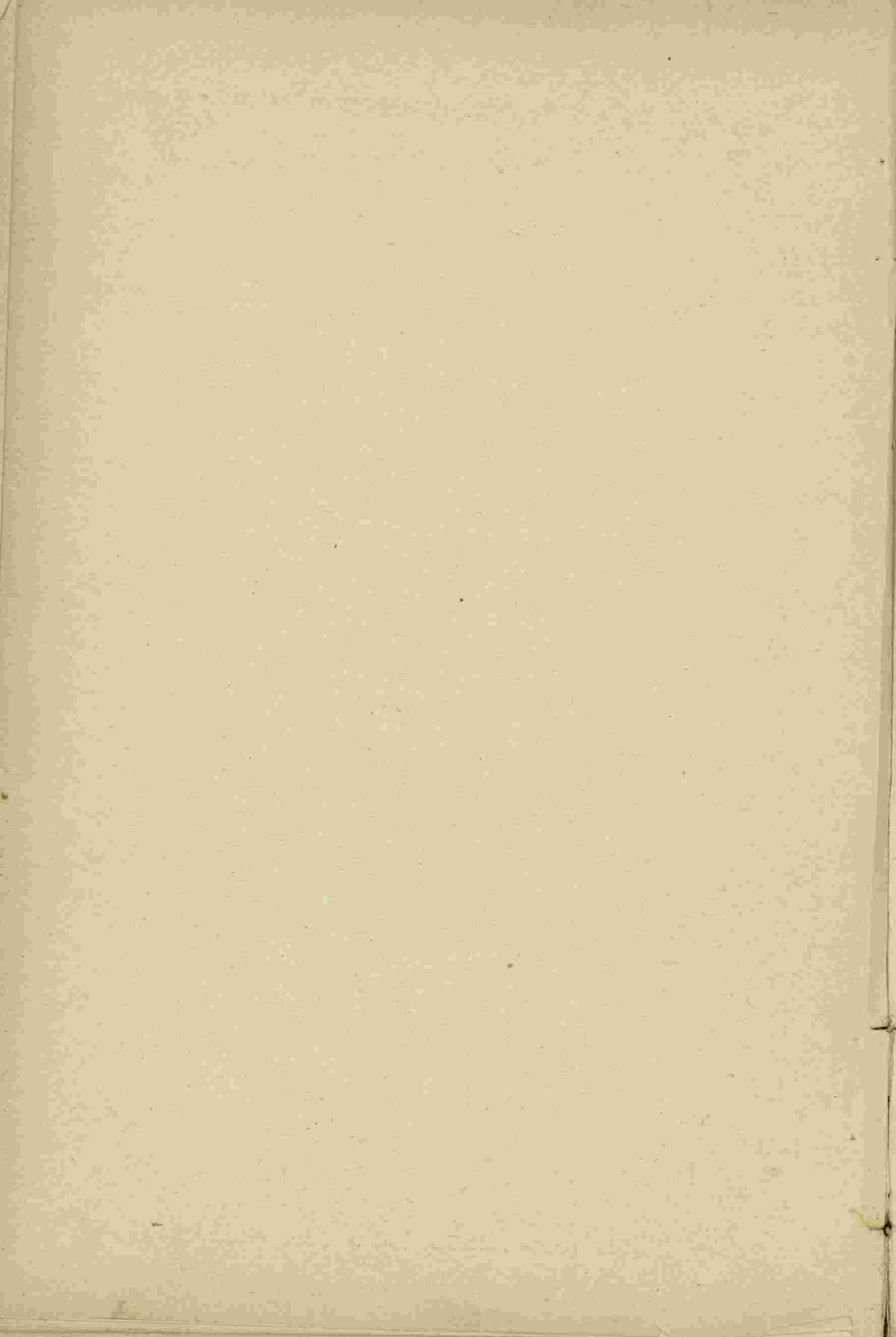
A l'Hôpital sont attachés deux directeurs, tous deux nommés et appointés par le Bey.

Pour l'un d'eux, le titre n'est qu'une occasion d'émarger au budget, quant à l'autre, sa besogne ne doit être ni longue ni difficile d'après ce que j'ai dit plus haut.

Tels sont les sacrifices que le Bey de Tunis croit devoir s'imposer pour ceux de ses sujets qui souffrent. Les ressources mises à la disposition du médecin sont à peu près dérisoires; ce n'est que par sa bonne volonté et par son dévouement qu'il peut y suppléer.



COUR INTÉRIEURE DE L'HOPITAL SADIKI



L'Hôpital Sadiki de 1893 à 1902

par le D^r LOVY,

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Premier médecin de Son Altesse le Bey

—«O»—

En 1892, au moment de mon arrivée à Tunis, dix ans après l'occupation, la Tunisie était en pleine organisation. On avait peut-être commencé par des choses plus urgentes, mais l'état de l'assistance publique n'avait pas encore beaucoup progressé, notamment l'état des divers hôpitaux de la ville.

Seul l'Hôpital Militaire était construit depuis quelques années. Il fonctionnait normalement et en certains cas admettait des civils.

Comme hôpital français, il n'y avait que l'établissement installé récemment par le Cardinal Lavignerie au centre de la ville arabe dans une ancienne caserne turque mise à sa disposition par le Gouvernement. Il pouvait contenir une cinquantaine de lits. Grâce au dévouement du personnel il arrivait à recueillir les Européens isolés, infirmes, sans ressources, accidentés de la rue. Mais ses services étaient limités. Malgré tous les efforts du Cardinal, il n'avait pu trouver une direction médicale capable de faire prendre à cet établissement une activité en rapport avec l'importance de la ville. Il eut le mérite de surmonter les difficultés du début, fut le premier à montrer la voie et malgré la modicité de ses moyens, rendit de très grands services jusqu'à la construction de l'Hôpital Civil Français vers 1902.

La population italienne avait aussi à cette époque un modeste asile, qui fut ultérieurement remplacé par un important établissement neuf.

Pour la population musulmane, il y avait l'Hôpital Musulman Sadiki, dirigé par un médecin musulman algérien depuis 1873. Avant de parler de son état au moment de l'occupation, il est bon de résumer l'histoire de cet établissement avant cette époque.

Une dame musulmane, riche et charitable, Aziza Othman, avait il y a plus de 100 ans, institué une fondation habous à l'effet d'entretenir pour les pauvres une maison destinée à soigner les malades et pour les infirmes impotents une maison de retraite. Elle

était gagée par des propriétés d'oliviers situées plus particulièrement à Melhia et à Sousse. Leurs revenus devaient être affectés à l'entretien de ces établissements et variaient un peu selon les années comme le rapport des oliviers. Parfois en mauvaises récoltes, les habous faisaient des avances de fonds.

La maison de malades, premier hôpital, se trouvait en 1873 dans une maison modeste de la rue de la Kasbah, installée avec une simplicité tout à fait antique. Le sol n'était pas carrelé, le mobilier consistait en simples nattes pour se coucher et pour les autres besoins (nourriture et boisson) quelques vases très simples. La nourriture était à l'avenant, les médicaments et les instruments européens y étaient inconnus. La direction et les soins étaient confiés à un empirique du nom de Hassen Tebel, qui n'avait aucune instruction.

Ce fut à cette époque, sous le règne de Sidi Sadok, que le ministre Kéreddine fit demander à un médecin algérien Kaddour ben Ahmed de venir à Tunis pour moderniser l'Hôpital Sadiki.

Kaddour ben Ahmed était né à Alger en 1840. Il avait été mis tout jeune dans une école française et plus tard fut poussé à l'école de médecine d'Alger qui venait d'être créée. Il en sortit en 1868 avec le grade d'officier de santé et arriva à Tunis en 1873.

Venant de voir les hôpitaux modernes d'Alger avec l'installation de l'époque, il fut fort étonné de ce qu'on lui montra comme hôpital à Tunis et refusa de prendre la responsabilité de la direction de l'établissement, d'autant plus que le conseil des habous ne comprenait pas l'utilité d'augmenter une subvention qu'il avait toujours considérée comme suffisante. Heureusement le docteur Mascaro, premier médecin du bey, et le ministre Kéreddine appuyèrent Kaddour qui, sur la promesse d'améliorations, finit par accepter.

Mais elles ne lui furent accordées qu'avec beaucoup de peine, de lenteur et seulement en partie. Il arriva cependant à obtenir en place de la petite maison de la rue de la Kasbah un grand bâtiment, ancienne caserne turque, situé dans le haut de la ville et une amélioration très notable dans le système de couchage. Les simples nattes par terre furent remplacées par des matelas placés sur des planches supportées par des tréteaux en fer et on donna des draps. Ce nouveau local avait sur l'ancien l'avantage d'être très spacieux et aéré. De temps en temps on lui permit d'acheter des médicaments

européens et on lui donna une trousse de poche, mais pas d'autres instruments et pas de pharmacie. La nourriture fut un peu améliorée et les chambres utilisées ne furent même pas carrelées au début et ne le furent jamais complètement.

Les subventions furent toujours insuffisantes et Kaddour, qui de tout le monde musulman de Tunis était seul à avoir vu un hôpital européen, ne put faire ce qu'il aurait voulu. Il obtint une notable amélioration, mais la Direction des Habous tenait le plus possible à ne faire que ce qui se faisait autrefois.

Quant aux soins médicaux proprement dits, ils étaient limités par les connaissances du médecin et les moyens insuffisants mis à sa disposition. Malgré sa bonne volonté, Kaddour n'avait pu arriver à y faire un vrai hôpital soignant des maladies aiguës. La population indigène ne savait pas ce que c'était. Elle ne considérait l'établissement que comme un lieu d'attente de la mort, d'où on ne sortait jamais vivant : C'était la dernière station des plus misérables. On avait peur d'y entrer et c'était déshonorant. Le docteur Kaddour, malgré tous ses efforts, n'avait pu faire changer cette détestable réputation. En somme, c'était plutôt une maison de retraite pour incurables qu'un hôpital.

J'étais entré en relations avec le docteur Kaddour ben Ahmed peu après mon arrivée en 1892. Je l'avais rencontré au lit d'un malade et avais été frappé de sa correction et de son bon sens. Je fus content de voir que la bonne réputation qu'il avait dans le public, paraissait méritée. Evidemment ses connaissances étaient restreintes et consistaient en ce qu'on enseignait alors à Alger en un temps assez court pour l'examen d'officier de santé. Par suite de son isolement il en était resté à la médecine de sa jeunesse et il avait alors près de 60 ans; en 25 ans la science avait progressé. C'est pendant cette période que l'antisepsie s'était imposée et qu'un grand nombre de malades avaient été guéris par des opérations qu'il ignorait. Je le revis très volontiers et il m'invita à venir visiter son hôpital, ce que j'acceptai avec plaisir.

Je le trouvai tel que je viens de le décrire. Trente-huit malades en tout. Rien que des chroniques, particulièrement des tuberculeux, paralysés, aveugles, à peu près tous dans un état désespéré.

Kaddour m'expliqua très aimablement qu'il n'avait que très peu de ressources et qu'on ne pouvait lui permettre d'augmenter les

frais, notamment pour des améliorations matérielles. J'eus l'occasion de revoir le médecin et de revenir à l'hôpital. Ayant remarqué un malade, qui me paraissait pouvoir être amélioré par une opération, Kaddour, autant par curiosité que par intérêt pour le malade, me demanda, si je voulais faire cette opération, qu'il ne connaissait pas. Il n'y avait pas d'instruments à l'hôpital : j'apportai les miens. L'opération réussit complètement.

A la suite de cela, le médecin et les malades eurent en moi la plus grande confiance et je sentis que j'avais obtenu la liberté de pénétrer librement dans cette institution essentiellement musulmane et dont l'entrée était difficile.

Ayant du temps de reste au début de mon arrivée à Tunis, j'allais de plus en plus à l'hôpital Sadiki. Le médecin directeur, déjà âgé, pas très bien portant, finit par me demander de faire deux autres opérations à la suite desquelles, tous les malades, même les plus incurables, voulaient aussi se faire opérer.

Le docteur Kaddour n'allait pas mieux. A certains moments il me demanda d'aller faire la visite à sa place dans son service, puis son état empira et je le remplaçais régulièrement depuis un mois, lorsqu'il mourut de pneumonie le 29 juin 1893.

Je continuais ainsi à faire le service lorsque deux mois après, le Directeur des Habous me demanda, si je voulais accepter à l'hôpital Sadiki la succession du docteur Kaddour. Je lui répondis par l'affirmative, mais lui expliquai que tout devait être changé, que l'établissement devrait être installé pour devenir un hôpital genre européen ne contenant que des malades ayant des maladies graves mais à évolution rapide, que les chroniques devraient être mis à part de telle façon que l'hôpital puisse rendre à la population les mêmes services que les établissements similaires dans les grandes villes européennes.

Le directeur des Habous était alors Béchir Sfar. Instruit, ayant vécu quelques années en France, il me promit d'ajouter aux revenus réguliers de l'hôpital une subvention spéciale des habous, avec laquelle on pouvait faire les améliorations pour le bâtiment, le mobilier, la literie, une pharmacie suffisante, les instruments pour les opérations chirurgicales, la stérilisation, etc.. Béchir Sfar fit ce qu'il put pour l'hôpital. Il fut pour moi une aide importante.

Je continuais donc le service, mais ce ne fut guère que huit mois après que je fus nommé officiellement.

Je dois dire de suite que les améliorations promises me furent accordées petit à petit. Avant tout se fit le carrelage de presque toutes les chambres, l'éclairage d'une grande chambre par une fenêtre latérale et une ouverture supérieure qui me fit une salle d'opérations passable, la réfection des murs intérieurs, les passages à la chaux fréquents et réguliers, une amélioration dans le couchage et la nourriture en tenant compte des habitudes Tunisiennes, une salle de bains, une petite pharmacie pour les médicaments usuels, les instruments et le matériel d'une salle d'opérations sans luxe, mais à peu près pareille aux installations de cette époque. On mit en état à l'étage supérieur des salles plus claires et plus aérées réservées aux malades atteints d'affections aiguës, qui ne devaient pas séjourner longtemps. Les chroniques restaient en bas, où ils étaient du temps de Kaddour.

Il est juste de dire que les Habous firent un effort sérieux. Il faut surtout remarquer qu'ils acceptaient de rompre avec les traditions anciennes et de suivre les voies du progrès. Ce fut difficile à obtenir, mais le tout était de commencer : les résultats immédiats devaient leur prouver qu'ils n'avaient pas fait fausse route.

Malgré tout, je n'obtins pas toujours tout ce que j'aurais voulu. Ils donnaient si peu antérieurement pour l'hôpital, que mes demandes paraissaient toujours excessives et que je dus toujours me contenter d'installations très modestes, mais à la rigueur suffisantes. On avait bien confiance en moi, mais les fonds manquaient. Le Gouvernement ne donnait rien et les revenus des habous n'augmentaient guère. Aussi, dans la suite, il me fut impossible d'obtenir quoique ce soit pour des améliorations de bâtiments ou de matériel, l'augmentation considérable des malades faisant absorber pour leur entretien tous les fonds disponibles. Tout allait avec une économie excessive au point que le budget total annuel y compris les frais d'entretien du bâtiment, du personnel, de la nourriture et des médicaments pour 250 malades hospitalisés, ne dépassait pas 118.000 francs et qu'à la fin de mon séjour à l'hôpital, lorsqu'il y en eut 300, il ne dépassait pas 150.000 fr. La transformation de l'hôpital avait fait beaucoup de bruit. En plus de mes premiers succès chirurgicaux à l'hôpital, la guérison en ville par une opération

d'une très haute personnalité religieuse musulmane alitée depuis six ans, fut connue partout et provoqua en ma faveur une confiance absolue. Ainsi, mon installation s'était faite sans le moindre incident dans un milieu où aucun Européen n'avait pénétré, milieu religieux essentiellement fermé.

C'était un succès dont on ne peut aujourd'hui s'expliquer l'importance. L'état d'esprit de la population musulmane, il y a 40 ans, n'avait rien de comparable à celui d'aujourd'hui. Il avait fallu vaincre des résistances ataviques presque insurmontables. Petit à petit, sans brusquerie, avec des exemples indiscutables, le résultat avait été acquis.

Aussi, moins de six mois après mon entrée en fonctions, le nombre de malades aigus dépassait-il déjà la centaine ! La mauvaise réputation antérieure, qui s'attachait au mot hôpital, avait complètement disparu. L'entrée dans cet établissement, qui jusqu'alors était déshonorante, ne tarda pas à devenir chose toute naturelle, comme une découverte à laquelle on s'habitue vite après le premier étonnement.

Il arriva rapidement des malades de partout et à Tunis, même des riches venaient prendre la place des pauvres. Il y étaient amenés d'autant plus que pendant mon séjour à l'hôpital, il n'y eut pas de malades payants. Les malades de l'intérieur arrivèrent presque aussitôt que ceux de Tunis. Puis il en vint d'Algérie, particulièrement de Sétif et surtout de Blidah; un grand chef Senoussite, venu de Rhat et retourné guéri, fut un exemple suivi dans toute sa région. L'Egypte elle-même envoya une douzaine de malades.

A partir de la troisième année les salles étaient toujours pleines et, par suite de la grande affluence, je dus faire mettre des brancards entre les lits, ce qui était à la rigueur possible par l'aération permanente des salles dans un climat toujours tempéré. Ultérieurement je dus n'hospitaliser que les étrangers et les malades, qui ne pouvaient marcher. Les opérés, tels les amputés de bras, qui pouvaient circuler, étaient évacués dès que les effets du chloroforme avaient disparu et revenaient se faire panser à la visite.

Forcément le nombre des opérations augmenta considérablement. Pour y suffire je dus avoir une séance tous les deux jours, avec chaque fois une moyennede 6 à 8 grandes opérations et parfois douze.

J'étais seul Européen à l'hôpital et n'avais comme personnel que des infirmiers ordinaires, que j'avais spécialisés. Deux parlaient un peu français. Le chloroforme était donné par le pharmacien de l'hôpital et sur 7.000 anesthésies je n'eus jamais d'accident grave. Les infirmiers étaient tous anciens et ne changeaient jamais de service.

Pour gagner du temps j'avais installé trois tables d'opérations. On endormait et préparait le malade sur la première qu'on apportait devant la table des instruments, qui était immobile.

Pendant qu'on opérail sur une table, on endormait et préparait le malade suivant sur la deuxième table et simultanément sur la troisième table on faisait le pansement et laissait le malade se réveiller. Le malade n'était pas changé de table, il était changé de place avec sa table.

Avec les opérations, les pansements, les visites dans les salles et la consultation externe, le service journalier du matin durait environ quatre heures.

Je n'ai pas parlé jusqu'ici d'une section d'aliénés dangereux pour le public et pour eux-mêmes, incurables et qui étaient gardés à l'hôpital faute d'établissement spécial. Leur situation avait été notablement améliorée et ils étaient visités régulièrement.

Il y avait des salles pour prisonniers envoyés des établissements pénitentiaires. Leur traitement ne différait pas de celui des autres malades, mais ils ne pouvaient sortir de leur salle.

Il y avait aussi un petit service de femmes. Pendant les premières années il n'y avait que des incurables sans ressources et sans parents, mais petit à petit elles suivirent l'exemple des hommes. On leur permit de venir se faire soigner, mais ce service était loin d'avoir l'activité du service des hommes. Il fallait du temps pour faire admettre que les femmes pouvaient sortir de leur domicile pour aller se faire soigner. Cependant elles venaient le jour à la consultation externe, mais refusaient souvent de se faire hospitaliser. Au point de vue hygiénique leurs salles étaient beaucoup moins bien disposées que celle des hommes.

La consultation externe était très suivie. On y faisait la petite chirurgie et souvent les pansements des opérés non hospitalisés. Les malades de médecine recevaient des médicaments gratuits qu'on leur faisait avaler sur place, lorsque c'était possible. Dans les

dernières années il y avait chaque matin de cinquante à cent consultants.

Je signale que certains médecins de Tunis français et étrangers et particulièrement des médecins militaires avaient pris l'habitude de venir assister aux séances d'opérations et même de suivre les malades. Beaucoup ont déjà disparu, mais il subsiste encore, même à Tunis, quelques témoins de cette époque lointaine.

D'autre part, Madame Millet, femme du Résident Général, avait installé à Sadiki une société de dames de France, qui fonctionna pendant quatre ans jusqu'à son départ de Tunis. Il y a encore quelques survivantes de cette société.

À cette époque je reçus la visite de nombreux collègues et professeurs de Paris de passage à Tunis, notamment de M. le Professeur Pierre Delbet, qui ayant trouvé des choses intéressantes, revint à trois reprises dans les années suivantes.

Ces notes sur l'Hôpital Sadiki ne s'appliquent que jusqu'au 1^{er} février 1902, date à laquelle j'en ai quitté la direction sur la demande de Son Altesse le Bey Ali, pour remplir auprès de lui les fonctions de premier médecin.

Hôpital Sadiki en 1902-1903

par le D^r Charles COMTE

—(0)—



Chargé par l'excellent confrère le docteur Broe de faire une note rappelant quelques vieux souvenirs sur les transformations faites à l'Hôpital Sadiki au début de ce siècle par le docteur Brunswic dont je fus par hasard, le collaborateur, j'ai cherché si j'avais, à ce sujet, quelques documents. J'ai retrouvé et relu de vieilles lettres du professeur le docteur Marey, dont j'étais le préparateur, d'autres de Gaston de Paris, l'administrateur du Collège de France et d'Abel Lefranc, le secrétaire, qui tous, en regrettant de me voir renoncer à ma situation au Collège de France, m'encourageaient à poursuivre mes projets en Tunisie. « Votre dévouement à cette œuvre ne peut qu'être utile et fécond et je vous félicite bien sincèrement. » — A. Lefranc. Ces grands Maîtres des lettres et de la Science connaissaient par Guy de Maupassant cet Hôpital indigène de Tunis, ils comprenaient l'œuvre que nous voulions entreprendre.

Je quittais le Collège de France et devenais tunisien pour un temps encore plus indéterminé. Il existe d'autres pièces concernant l'Hôpital Sadiki de cette époque lointaine, sans pouvoir les consulter je trouve comme référence :

Correspondant Médical 1902, N° 186-187.

Hôpital Sadiki — Comte et Collombar avec dessins (pseudonyme St-Palais).

Une bonne description fut faite aussi dans la « Dépêche Tunisienne » par M. Tridon et plus tard une autre par le docteur Brunswic dans un journal médical de Paris; page aussi de Myriam Harry : Hôpital sans odeur.

Dans les rapports au Président de la République, 1902 et 1903, sur la situation de la Tunisie, on trouve trois notes concernant Sadiki. Il est intéressant de les reproduire :

1902. — Les locaux et les services de l'Hôpital Sadiki ont reçu des améliorations très importantes. On peut dire qu'ils ont été complètement transformés. Ce résultat a été obtenu dans des conditions d'économie remarquables. Il fait honneur au médecin de l'établissement et au Président de l'Administration des Habous.

1903. — Assistance médicale — Hôpitaux.

Pour les Musulmans, l'assistance médicale est assurée par l'Hôpital Sadiki créé par le décret du 20 janvier 1870, réglementé par le décret du 13 décembre 1885.

Son fonctionnement est assuré par les fondations Habous. Son budget s'élève à 150.000 francs environ par an. Il comprend 200 lits. En dehors du service médical assuré par des médecins et des internes français, les indigènes remplissent tous les emplois : infirmiers, garçons de salle, employés, gardiens.

L'arrêté du Premier Ministre en date du 12 octobre 1903 a créé un corps d'auxiliaires médicaux sous le nom d'élèves stagiaires de l'Hôpital Sadiki. Ces auxiliaires sont chargés d'assister les médecins dans les différents établissements hospitaliers de la Régence dépendant du Gouvernement tunisien.

Un concours a été ouvert pour ces emplois d'auxiliaires médicaux indigènes le 12 janvier 1904. Les candidats reçus à ces épreuves ne sont définitivement acceptés qu'après un stage de trois mois pendant lequel ils auront donné la mesure de leurs aptitudes. La durée des études est fixée à trois ans au minimum.

Autre note — même rapport, 1903.

La création des auxiliaires médicaux (arrêté du 12 octobre 1903) mérite d'être signalée. Depuis plusieurs années déjà l'assistance publique des indigènes est assurée en Tunisie soit par des institutions privées fonctionnant sous le contrôle de l'administration soit par des médecins de colonisation payés par l'Etat et donnant leurs soins aux arabes comme aux colons.

Le Gouvernement du Protectorat a cru devoir compléter cette organisation par l'institution d'auxiliaires médicaux indigènes capable de seconder le médecin européen là où il est installé ou de le suppléer dans certains cas déterminés, là où il n'est pas encore venu. Cette innovation soulevant des questions délicates a été réalisée avec prudence. On s'est borné pour l'instant à régulariser ce que l'initiative privée avait créé spontanément dans l'Hôpital indigène de Tunis. »

Un concours de circonstances fortuites a présidé à cette transformation de Sadiki, telle qu'elle fut faite en 1902.

Le docteur Brunswic, chirurgien expert et anatomiste distingué, s'était installé en Tunisie tout d'abord à Nabeul et après bien des démarches il était arrivé à fonder la première petite infirmerie-

dispensaire de la Régence; l'Administration des Habous voulut bien payer le loyer de la modeste maison arabe choisie dans ce but et le Gouvernement tunisien généreusement octroya en 1901 un crédit de 500 francs pour cet Hôpital, crédit qui fut même porté à 700 francs l'année suivante. Nommé ensuite médecin chef de l'Hôpital Sadiki, le docteur Brunswic reçut la visite d'un de ses anciens camarades de lycée, de salle de garde et du Collège de France où ensemble ils avaient travaillé pour le professeur Marey.

Ce camarade, l'auteur de ces lignes, crut devoir donner quelques conseils sur les modifications possibles à faire à Sadiki. Il se laissa convaincre par Brunswic de retourner à Paris, demander un congé de quelques mois et de venir l'aider à organiser cet hôpital. Venant depuis des années en Tunisie passer mes congés à la campagne chez mon frère, j'avais déjà eu à soigner nombre de fellahs et avais été tristement impressionné par mes visites faites à l'Hôpital indigène de Sousse, où de malheureux atteints de typhus étaient entassés à peu près nus dans un réduit sans air, et le médecin, vieil algérien trouvait que c'était inutile de les soigner car ils mourraient tous. Ce même manque de soins existait dans bien des régions.

On était tous les deux jeunes, remplis d'ardeur, ayant une certaine expérience mais ne se doutant pas de la lutte qu'il y aurait à engager contre la routine et les vieilles traditions; heureusement la méfiance première des autorités indigènes fut de courte durée et se transforma en une bonne volonté évidente malheureusement très limitée par les crédits dont on pouvait disposer. Nous avions tous deux été à une bonne école pour apprendre à faire beaucoup avec peu, c'était le cas surtout au Collège de France où l'on versait le tiers de son traitement modeste pour subvenir aux frais de laboratoire; d'autre part avec mes amis Carrion et Hallion avec moins que rien on était arrivé à monter un laboratoire privé d'analyses, de stérilisation, d'opothérapie, Kefir, le laboratoire de biologie appliqué qui a bien prospéré. Le concours bienveillant du Président des Habous, Si Béchir Star nous fut vite acquis, mais il avait toujours peur pour son budget et ne pouvait disposer que de maigres crédits. Pas moyen d'avoir un architecte pour nous faire des plans, en faire soi-même était un problème insoluble avec des murs obliques et d'épaisseur variable, le meilleur procédé consistait à se promener sur les terrasses et de tirer ainsi les plans. On découvrit où il était possible de construire le logement de l'interne fran-

gais qu'on espérait avoir, de même on trouva une ruine qui fut transformée en salle de femmes — on jetait un œil de convoitise sur une medersa voisine et ne pouvant l'adjoindre on commença tout d'abord à en occuper la terrasse en y construisant les pièces destinées au service des femmes.

D'un fondouk voisin, acquis maintenant par l'Hôpital on s'adjoignit, mais clandestinement, une pièce qui permit à l'interne de recevoir discrètement la visite d'amis, dont certain colon aujourd'hui vénérable, sans avoir pour cela à traverser la nuit tout l'hôpital.

Le cimetière voisin nous semblait tout indiqué pour que les malades puissent aller y jouir de l'air et de la lumière, on perça dans le mur une porte pour y pénétrer, mais il fallut attendre de longs jours avant d'obtenir l'autorisation d'y laisser passer les malades. Ce fut une belle journée de triomphe le jour où cette porte leur fut officiellement ouverte.

Une butte dans ce cimetière gênait tout éclairage de quelques pièces; on finit par en obtenir la suppression; cette butte disparue, le terrain se transforma en un petit jardin à l'usage des infirmiers et des auxiliaires médicaux.

Pour toutes ces modifications qui exigeaient de longues discussions avec les indigènes et des palabres sans fin nous avions le concours de deux aides précieux, un jeune confrère, Si Hassin Bouhageb, l'agent de persuasion par excellence et le vieux Si Brahim, déjà fixé dans l'histoire par Guy Maupassant, qui nous montrait comment tourner maintes difficultés. C'est par lui qu'on apprit que les Habous faisaient reconstruire la Tékia. Une visite des lieux permit de constater que le plan adopté était contraire à tout principe d'hygiène — on en profita pour faire arrêter les travaux et affecter à Sadiki les crédits ainsi disponibles.

Ce ne fut que plus tard qu'une nouvelle Tékia fut construite sur un plan tout différent, en bordure du Boulevard Bab-Benat où se trouvait un cimetière dont la Direction de l'Agriculture prit la moitié. Guy Maupassant n'avait vu de Sadiki que ce qui était visible et accessible, il nous fut nécessaire de nous livrer à une véritable exploration pour en connaître tous les recoins et c'est ainsi que sous la pièce choisie pour salle d'opération on découvrit un local où, depuis des années, s'entassaient tous les vieux panse-

ments destinés à chauffer un jour le Hammam. Dans la cour d'entrée se trouvaient de longues pièces sans air ni lumière : on eut l'audace de les transformer en salles de malades après avoir percé à l'autre extrémité des fenêtres, vraies cheminées qui assuraient pourtant une bonne ventilation. Notre exploration des locaux fut cependant incomplète, ce n'est que bien plus tard que furent découvertes, au rez-de-chaussée, près de l'entrée, des citernes qui sont aujourd'hui transformées en bureaux.

C'est ainsi que l'Hôpital Sadiki fut transformé avec une économie remarquable; il fallait à la fois soigner les malades, aider pour les opérations, dresser tout le personnel indigène, surveiller et diriger les maçons. Dans le personnel infirmier il y avait des sujets dévoués mais leur nombre était insuffisant; aussi dès qu'un malade ou un blessé provenant de la prison était capable de travailler, était-il embauché; on choisissait de préférence les assassins dotés de longues peines. On eut ainsi à bon compte un lot d'infirmiers auxiliaires.

La création des auxiliaires médicaux se fit avec cette même liberté de décision. Il était nécessaire d'avoir des assistants indigènes, instruits, dévoués, pouvant nous servir d'interprète. Le premier lot de jeunes gens qu'on put obtenir fut un choix des plus heureux, la situation qu'on leur offrait n'était pas brillante, elle était même incertaine par suite des objections nombreuses qu'on élevait contre cette création. Quand même ce corps d'auxiliaires médicaux fut reconnu par arrêté. Cette initiative spontanée avait sa raison d'être comme les faits l'ont prouvé, les services rendus et que rendent tous les jours ces auxiliaires à l'Hôpital Sadiki, à la Rabta et dans de nombreuses épidémies à l'intérieur, ont prouvé que ce corps d'auxiliaires était une création utile et nécessaire. Beaucoup de ces aides de la première heure n'existent plus, étant la plupart morts encore jeunes de maladies; l'un des plus anciens, devenu un aide parfait pour les chirurgiens et un anesthésieur habile occupe toujours son poste. La croix de la Légion d'honneur décernée à Sadok ben Amar est non seulement une digne récompense de ses services dévoués mais aussi un hommage de l'Etat à ses camarades trop tôt disparus.

Les frais d'opérations pesaient lourd sur le pauvre budget de l'Hôpital avec toutes les dépenses pour les pansements; aussi sem-

bla-t-il possible de créer dans cet Hôpital indigène un laboratoire de stérilisation où seraient traités — gaze, cotons, catgut, crins, reçus directement de fabrique. Un jeune, très jeune indigène, fut mis à la tête de ce laboratoire qu'il sut conduire avec autorité et conscience, ayant pour ces stérilisations et l'entretien des instruments, de bons détenus qui avaient des instruments un tel soin qu'ils paraissaient toujours neufs dans les vitrines. Il est très probable que Sadiki devançait à cette époque, avec ce laboratoire, la plupart des hôpitaux de France, il surprenait tout médecin étranger qui en touriste venait visiter l'hôpital. Ali Materi est encore aujourd'hui à la tête de ce service qui s'est bien amélioré depuis.

On eut enfin le premier interne français, Ballez. Il se mit tout de suite à la page, son service fut pénible dans ce grand hôpital où il y avait toujours quelque nouvelle réforme à entreprendre. Cet interne, puis ses camarades Cardaliaguet, Vermeil et Marquer ont tous contribué à améliorer les services. Les malades étaient nombreux, car la vieille prison civile envoyait à chaque instant des détenus atteints de typhus, aucun isolement n'était possible et on dispersait ces malades dans les lits disponibles — s'il n'y eut pas de cas de contamination ni dans le personnel médical ni parmi les infirmiers ou les malades voisins, on le doit au fait qu'avant d'être hospitalisé, tout entrant passait au Hammam de l'Hôpital où il était dépouillé de ses effets, lavé et rasé, puis vêtu d'effets propres avant d'être porté à son lit. Ce hammam tout rudimentaire qu'il était à cette époque était d'une grande utilité et cette tradition ancienne mérite d'être notée, sans elle ces cas de typhus auraient pu avoir de tristes conséquences. Pendant longtemps on ne put obtenir une étuve pour désinfecter les effets des entrants qui, mis en paquet sur des étagères, avaient parfois des frémissements par suite du nombre de poux qui s'y promenaient. On y remédia en créant une petite souffrière où étaient stérilisés tous les effets des entrants, et à cette époque seul l'homme chargé de ce service fut, parmi tout le personnel, contaminé par le typhus exanthématique; par contre un infirmier couchant dans une salle fut atteint du typhus récurrent. Il y avait aussi la grande cour à épais grillage sous lequel vivaient les fous dans de petites cabanes; il fut décidé un jour qu'ils n'étaient pas fous et en effet il suffisait de leur promettre quelques cigarettes pour faire cesser leurs cris, on apprit un beau jour qu'on leur avait ouvert à tous la porte de l'Hôpital; ils nous abordaient

avec joie ensuite dans les rues, et dans les souks, où certains faisaient quelques excentricités, encore aujourd'hui on peut rencontrer l'un d'eux qui ne paraît pas plus fou que bien de ses concitoyens, et gagne honnêtement sa vie en travaillant.

Ainsi l'ami Broc m'a amené à me pencher sur mon passé, à me rappeler ces temps héroïques où il fallait faire preuve d'une patience à toute épreuve, parfois mener une attaque brusquée, tantôt conduire une sappe savante pour faire tomber une position; tantôt enfin on lançait contre une opposition trop forte, notre camarade Testivint, médecin militaire, qui, en vrai breton, ignorait tout obstacle et finissait par détruire toute objection. Il est difficile de dire si on aurait pu faire mieux à cette époque lointaine avec les faibles crédits dont on disposait; en tous les cas, tout regret et toute désillusion disparaissaient quand, en parcourant aujourd'hui l'Hôpital Sadiki, on voit dans tous les recoins de cet établissement devenu trop petit, une activité médicale intense et si bienfaisante dont profitent tant d'indigènes des deux sexes. Ils trouvent aujourd'hui pour les soigner le dévouement de tant de bons confrères spécialistes et experts avec une organisation de tous les services que Brunswic et ses collaborateurs de la première heure n'auraient pu espérer dans leurs rêves au milieu de ces vieux murs.

L'Hôpital Sadiki de 1902 à 1915

sous la direction de Brunswic-le-Bihan

par G. GRANDSIRE,

Chef des Services Administratifs des Hôpitaux Sadiki et E. Conseil

—«0»—

Le Docteur Brunswic-le-Bihan naquit à Paris, en 1867. Après de brillantes études au Lycée Louis-le-Grand, il suivit les cours de la Faculté de Médecine de Paris. Il fut reçu au concours de l'Internat des Hôpitaux et exerça les fonctions d'interne de 1892 à 1896; il était également licencié en droit et ès-sciences.

Venu en Tunisie en 1899 pour raison de santé, il s'installa à Nabeul où il se créa très vite une sérieuse clientèle.

Il y organisa la première infirmerie-dispensaire indigène.

Dans la « Presse Médicale » du 19 février 1902, il montra comment avec des ressources très modestes, avec des moyens matériels rudimentaires, il était possible d'obtenir des résultats remarquables.

C'est dans ce premier établissement qu'il fit preuve de ses qualités exceptionnelles d'administrateur et d'organisateur.

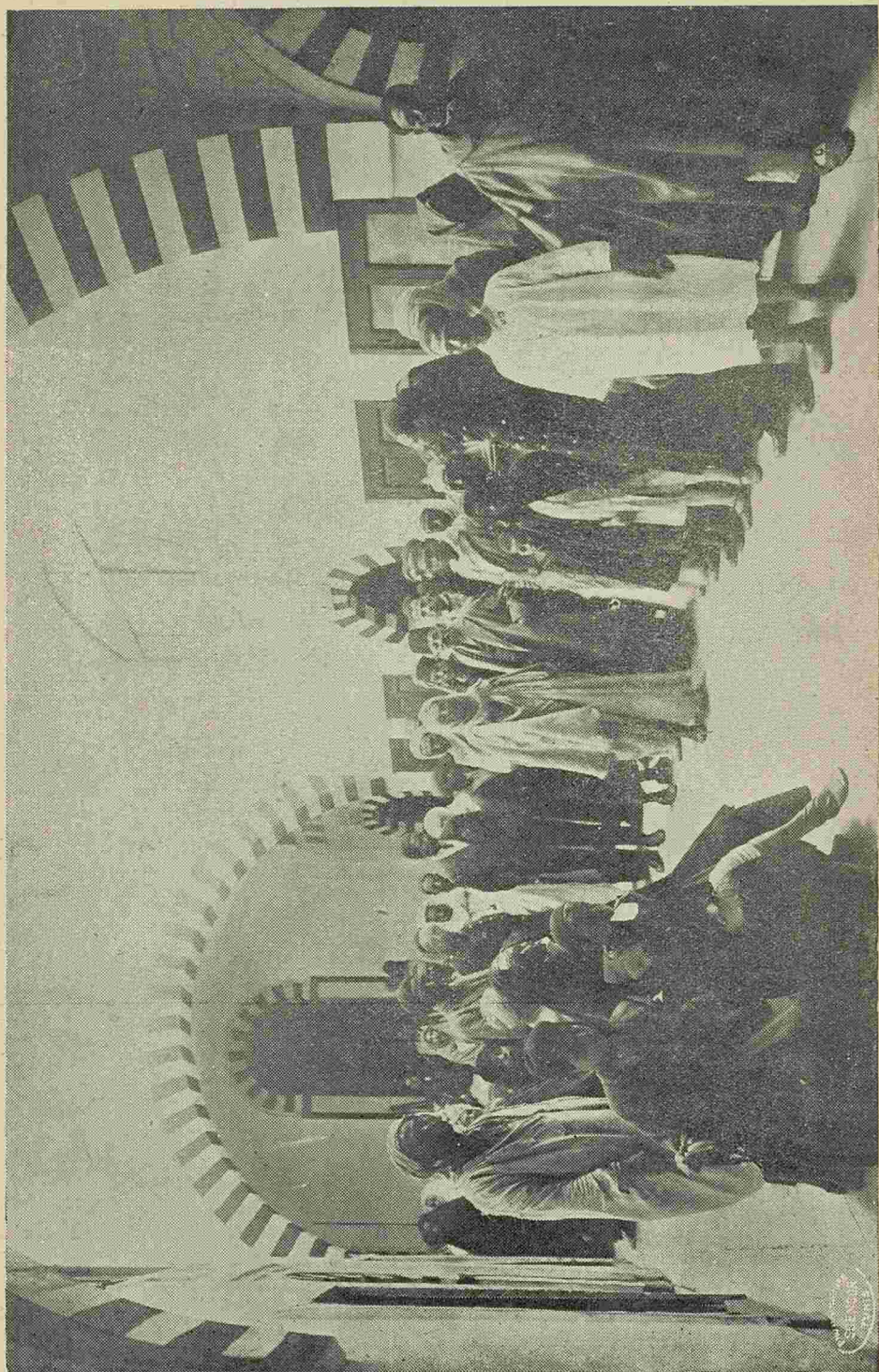
Il obtint aussi quelques belles guérisons qui lui valurent grande réputation chez les Indigènes et il fut appelé auprès de Tahar Bey, l'un des fils du Bey Mohamed qui régnait alors. Si Tahar Bey, très gravement malade, s'éteignait doucement lorsque le docteur Brunswic-le-Bihan entreprit son traitement; en quelques mois il fut remis sur pied.

Sur ces entrefaites, le poste de médecin-chef de l'Hôpital Sadiki étant devenu vacant, S. A. Mohamed Bey le lui fit attribuer.

Sur l'hôpital à cette époque il a publié ses impressions en juin 1905 dans la « Presse Médicale »; nous en extrayons quelques passages :

«L'Hôpital Sadiki, ainsi désigné du nom de son bienfaiteur le Bey Sadok, est installé dans une vieille caserne de jannissaires; primitivement réservé aux aliénés, il a été peu à peu agrandi et modifié, mais bien peu cependant, car, lorsque j'en pris la direction au début de 1902, l'installation en était assez médiocre.

Qu'on se figure une vaste construction massive dont le rez-de-



CONSULTATIONS DES HOMMES A L'HOPITAL SADIKI

五言古詩 卷之四

登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠

登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠

登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠

登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠

登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠

登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠

登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠

登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠

登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠 登樓望遠

chaussée comprenait une cour sur laquelle s'ouvraient des salles obscures et inhabitées, sortes de caves au sol de terre battue; le premier étage maigrement dallé de carreaux branlants se composait de pièces peu éclairées où blessés et fiévreux se confondaient, entassés.

.....

.....

Je ne veux pas allonger cette pénible description : j'imagine que mon prédécesseur dans cet hôpital des mille-et-une nuits avait dû se heurter vainement à l'inertie musulmane. En effet, l'Hôpital Sadiki dépend exclusivement d'une administration des Habous. On entend par Habous un bien inaliénable, légué par son possesseur, sorte de bien de main-morte dont les revenus sont affectés à des œuvres de bienfaisance et au culte musulman. L'assistance publique indigène n'a pas d'autres ressources en Tunisie; encore n'a-t-elle qu'une maigre part de ces revenus habous.

Il fallait, pour transformer Sadiki, faire comprendre au Conseil supérieur de cette administration l'utilité absolue d'une réforme. La tâche était malaisée et je n'aurais peut-être pas pu y parvenir sans un singulier concours de circonstances. Il ne manque pas de couleur locale : mon prédécesseur touchait un très appréciable traitement; or, au moment où j'allais lui succéder, un confrère, déjà installé à Tunis, se trouvant en concurrence avec moi, s'offrit avec instance et proposa en dernier argument, d'assurer le service gratuitement. L'administration, étonnée et ravie, voulut bien me réserver la préférence, mais par esprit d'équité sans doute me la donna... aux mêmes conditions. Ce sacrifice pénible devait avoir les résultats les plus féconds. Je fis observer au Président des Habous, M. Béchir Sfar, homme intelligent et éclairé, que cette fraction devenue disponible, de son budget, devait légitimement être employée au mieux de l'intérêt des malades; il en convint avec moi. Devant les premiers résultats obtenus par l'installation d'une salle d'opérations convenable, sa conviction se précisa : les libéralités augmentèrent et, peu à peu, je pus obtenir un hôpital tout à fait moderne dans un cadre resté oriental et pittoresque. »

Ce que fut la période de début, on peut s'en douter. Il fallait vaincre ce qu'on me permettra d'appeler la force d'inertie tunisienne, et, à cette époque, ce n'était pas chose facile. Le nom d'hô-

pital inspirait à la population une véritable terreur; malgré tous les efforts du docteur Lovy, on ne consentait à s'y faire admettre que contraint et forcé.

Donc, il fallait inspirer confiance et, pour cela, offrir aux malades des locaux spacieux et propres, des soins éclairés, un matériel chirurgical convenable, un personnel hospitalier ayant reçu la formation nécessaire et, enfin, les médicaments indispensables avec une nourriture appropriée.

Pour réaliser tout cela, le docteur Brunswic-le-Bihan joignait à ses qualités de médecin expert des facultés remarquables d'administrateur.

La première question qu'il eut à résoudre était celle des locaux. Il fallait choisir : ou accepter tous les malades qui se présenteraient et, puisque les bâtiments étaient insuffisants, les entasser sans se préoccuper des règles de l'hygiène et de l'impossibilité de leur donner les soins nécessaires, vu le budget très restreint dont il disposait; ou ne recevoir que strictement ce que pouvaient contenir les chambres réservées aux malades, en tenant compte, d'abord de la gravité de leur état, puis des ressources de l'établissement. Il opta résolument pour la seconde solution, mais il ne faut pas croire que ce lui fut aisé de faire admettre sa manière de voir. C'était, en effet, une modification complète de l'orientation de l'établissement lequel n'avait été plutôt considéré jusqu'alors que comme un asile d'aliénés et un hospice d'ineurables.

Certainement, le docteur Lovy était parvenu à soigner et à opérer de véritables malades, mais il n'avait pu le faire qu'en continuant à admettre toutes les autres catégories.

Pour faire accepter son point de vue, le docteur Brunswic dut engager des luttes véritablement épiques. Mais sa tenacité vint à bout de toutes les résistances.

Il trouva un collaborateur précieux autant que bienveillant dans un de ses anciens camarades d'études à Paris, le docteur Comte, qui avait déjà fait des séjours fréquents en Tunisie et qui s'y fixa définitivement à cette époque.

Malheureusement pour l'établissement, il quittait, en 1904, ses fonctions pour celles de chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

Le docteur Hassm Bouhageb, d'origine tunisienne, qui avait fait ses études aux Universités de Bordeaux et de Paris, fut également

nommé, en 1902, médecin-adjoint et plus spécialement chargé des services de médecine.

A cette époque, les partisans de la journée de 8 heures auraient été bien mal reçus à l'Hôpital Sadiki; il n'était pas rare de voir les médecins arriver à 7 heures du matin, s'échapper vers deux heures pour déjeuner et revenir bien vite pour terminer entre 6 heures et 7 heures du soir.

Mais les progrès marchèrent à pas de géant et la population arabe s'accoutuma à venir se faire traiter et soigner à l'hôpital.

Sur les propositions du docteur Brunswic-le-Bihan, par arrêté du Premier Ministre du 12 octobre 1903, il fut créé un corps d'auxiliaires médicaux. Recruté parmi les jeunes indigènes de bonne moralité, possédant le certificat d'études primaires, il était destiné à seconder les médecins de colonisation et à être employé dans les divers hôpitaux et infirmeries-dispensaires de Tunisie.

En 1903, deux postes d'internes furent créés et affectés plus spécialement aux services de chirurgie.

Mais la pierre d'achoppement à tous progrès sérieux, c'était la nécessité de recevoir les aliénés, gâteux et incurables. Il existait bien Rue Sidi Bou Krissan un petit établissement appelé « Tékia », lequel recevait quelques gâteux arrivés à leur dernière période, mais il était tout à fait insuffisant. A force de démarches et de réclamations, le docteur Brunswic-Le-Bihan obtint de la Djamaïa des Habous qu'elle fit construire, boulevard Bab-Benat, un bâtiment plus vaste où la Tékia fut transférée, en mars 1906, et qui put recevoir tous les incurables et aliénés. C'est également là que furent distribués les secours en nature aux indigents.

C'est à partir de cette date que Sadiki devint véritablement et exclusivement un établissement purement hospitalier.

Il fut aménagé trois principales salles d'opérations : la première pour le service aseptique, la deuxième pour le service septique et la troisième pour le service des femmes. Un arsenal chirurgical très complet leur fut attribué.

A partir de ce moment, la réputation de l'Hôpital Sadiki alla grandissant dans la population indigène. Les succès opératoires obtenus par le docteur Brunswic-Le-Bihan firent affluer de nombreux malades. La renommée, d'ailleurs, passait la Méditerranée, car ses communications annuelles à la Société de Chirurgie avaient

attiré l'attention du monde savant et, nombreuses étaient les visites faites à l'hôpital par les hautes personnalités de la médecine.

Il était parvenu à faire admettre, malgré la répugnance des autorités religieuses, la nécessité de procéder aux autopsies, jugées nécessaires par les médecins traitants. Point n'est besoin d'insister sur l'énorme importance qu'il y a pour le praticien à pouvoir contrôler son diagnostic et il avait fallu l'autorité et la tenacité du docteur Brunswic-Le-Bihan pour obtenir ce résultat.

Les services de médecine générale furent agrandis et placés sous la direction du docteur Broc, ancien interne des Hôpitaux de Paris. Un laboratoire avait été installé et mis à sa disposition.

Une consultation spéciale pour les femmes fut confiée à la doctoresse Gordon.

Là encore il avait eu à vaincre une énorme difficulté. A cette époque les femmes ne sortaient guère de chez elles que pour les visites au cimetière du vendredi.

Le fait que les consultations se donnaient dans des locaux complètement séparés des services des hommes, qu'elles étaient faites par une doctoresse, secondée par un personnel féminin, firent qu'elles devinrent assez rapidement très suivies.

Un service de radiographie fut installé, son fonctionnement fut assuré par un jeune électricien indigène, Si Mohamed Tebourbi.

Il restait encore un point noir, c'était l'administration. Il fallait engager de véritables batailles avec la Djamaïa pour obtenir les choses les plus indispensables. De plus, la gestion des oukils était loin d'être parfaite et contre cela, le médecin chef était à peu près désarmé.

Mais, en 1908, M. Urbain Blanc fut nommé Secrétaire général adjoint du Gouvernement Tunisien. Le docteur Brunswic-Le-Bihan trouva chez lui la compréhension de l'œuvre à accomplir et l'appui indispensable pour sa réalisation.

Aussi, lorsqu'il fut promu Secrétaire général, en 1910, M. Blanc fit signer un décret accordant à l'Hôpital Sadiki la personnalité civile. Une commission administrative était nommée et l'établissement allait fonctionner dans des conditions se rapprochant de très près de celles des hôpitaux de France.

Un budget régulier était établi avec, comme principale recette 220.000 francs provenant de la Djamaïa des Habous. Ce chiffre

correspondait très approximativement (car il était impossible d'obtenir des chiffres précis) aux dépenses supportées par les Habous dans les dernières années. A cette somme s'ajoutaient le prix de la journée d'hospitalisation pour les non-indigents et le remboursement de vivres et de médicaments divers. Les recettes prévues formaient un total de 244.000 francs.

Pour la gestion, il était créé un emploi de receveur-économiste français et l'établissement était placé sous le contrôle de la Direction Générale des Finances; M. Surrel fut nommé receveur-économiste et Si Hamida Kaddour, fils de l'ancien médecin-chef, lequel parlait et écrivait purement le français, fut nommé surveillant général.

Les progrès furent alors incessants. L'eau de Zaghouan fut installée dans tout l'hôpital. Le remplacement progressif de l'éclairage au pétrole par l'électricité fut décidé. Une bibliothèque médicale avait été créée en 1902. Elle fut pourvue des publications et des œuvres les plus modernes et reçut les principaux périodiques spéciaux.

M. Surrel étant décédé, le signataire de ces lignes fut nommé pour le remplacer à la date du 15 février 1912. Nous conserverons toujours le souvenir de cette période de début où, malgré les améliorations déjà réalisées, il y avait encore tant à faire.

Mais le docteur Brunswic-Le-Bihan était véritablement un animateur. Sous son impulsion, les difficultés, les obstacles semblaient disparaître.

Résumons rapidement tout ce qui fut fait en 1912; les divers services se rattachant à l'administration étaient disséminés dans des locaux éloignés les uns des autres, ne permettant aucun contrôle. Ils furent rassemblés à proximité de l'entrée et organisés à la moderne. Les magasins d'économat et ceux de pharmacie et objets de pansement furent installés de façon pratique et claire, les distributions régularisées et une comptabilité-matières créée. On agença également un magasin pour les objets usagés et un autre pour les matières dangereuses et inflammables.

On réfectionna la façade de l'entrée et le vestibule; un petit jardin fut planté à la rue Sidi ben Ziad.

Un dortoir pour les auxiliaires médicaux et élèves fut installé ainsi qu'un réfectoire pour le petit personnel. La buanderie était lamentable, elle fut réorganisée d'une façon pratique, ainsi que le

hammam. Il fut créé une salle d'urgence permettant de recevoir les cas graves lorsque l'hôpital était au complet.

Des sources d'économies importantes furent trouvées en modifiant le mode de chauffage de la cuisine et du hammam et en utilisant la gaze à pansements usagée, après lavage et stérilisation.

Par arrêté du Secrétaire général du Gouvernement Tunisien, le lazaret de la Rabta fut rattaché en annexe à l'Hôpital Sadiki à la date du 1^{er} avril 1912. Cet établissement était destiné à recevoir et à isoler les malades de toutes nationalités atteints d'affections épidémiques. Il lui fut attribué un budget distinct alimenté par une subvention du Gouvernement. Le docteur Brunswic-Le-Bihan en était nommé Directeur et le docteur Conseil chargé du service médical.

Par une convention en date du 17 août 1912, la Municipalité de Tunis céda à l'Hôpital le cimetière musulman désaffecté Esel-sela, contigu à l'établissement. Il y avait une trentaine d'années qu'il n'était plus utilisé. Il contenait environ 350 tombes dont beaucoup étaient en mauvais état, mais plusieurs recouvertes de pierres remarquablement décorées. L'administration de l'Hôpital procéda à des recherches qui permirent de retrouver un certain nombre de familles possédant des sépultures dans cet emplacement. Les exhumations furent faites d'accord avec ces familles et les tombes furent reconstituées au cimetière du Djallaz. Cette opération fut effectuée pour une moitié en 1913 et pour l'autre moitié en 1916.

Les restes contenus dans les tombes dont les ayants-droit ne purent être retrouvés furent transportés et réinhumés également au Djellaz. Les plus intéressantes des pierres tombales non réclamées ont été remises au service des Antiquités qui les a transportées au Musée du Bardo.

Des travaux effectués ultérieurement pour les fondations de bâtiments du service de chirurgie ont permis de constater ce fait curieux : il y a eu, consécutivement à cet endroit, trois cimetières superposés. La date du plus ancien a pu être fixée par la découverte d'une pierre tombale revêtue d'une inscription en caractères kouffiques et portant une date du XI^{me} siècle (nos souvenirs ne nous permettent pas de préciser, mais cette dalle est au Bardo).

Sur l'emplacement laissé libre, un jardin fut dessiné et planté. On y construisit, en 1913, un bâtiment à usage de dépôt mortuaire et qui servit en même temps de morgue indigène. Il comprenait

une salle d'autopsie, une salle de dissection et un laboratoire pourvu d'un matériel très complet, une salle rituelle pour le lavage des corps et, au-dessous, en sous-sol, une salle contenant un appareil frigorifique fonctionnant à l'électricité et permettant de conserver dix cadavres.

Sur l'emplacement où se trouvait auparavant le service des morts, on installa d'une façon pratique (autant du moins que le permettaient les locaux) une salle d'attente, une salle de consultations externes, une salle de pansements externes et un service pour les maladies des yeux comprenant une salle de consultations et d'opérations, une chambre noire et une chambre de six lits pour les opérés. Le docteur Blutel, ancien interne de l'hôpital, fut nommé à ce poste en 1913.

Les services de chirurgie avaient été installés aussi bien que possible, mais la configuration du bâtiment ne se prêtait pas à une installation parfaite. En 1914 les fonds en réserve le permettant, on décida la construction d'un grand pavillon organisé selon les données modernes. La construction en fut commencée en juin; interrompue à la déclaration de guerre, elle fut reprise et terminée en 1915. L'hôpital était ainsi doté d'une très belle salle d'opérations affectée au service aseptique; les services de stérilisation y furent également transférés. Au rez-de-chaussée, on transporta la bibliothèque, trop à l'étroit dans son ancien local.

Lorsque la guerre éclata, le docteur Brunswic-Le-Bihan ressentait déjà les premières atteintes de la maladie qui devait causer sa mort. Il appartenait au cadre des médecins-majors de la marine et était placé hors-cadre. Il fut maintenu dans ses fonctions de médecin-chef de Sadiki.

La plupart des médecins et les trois internes de l'hôpital furent mobilisés. Il fallait cependant assurer le fonctionnement de l'établissement; heureusement, le docteur Moreau, médecin de colonisation qui accomplissait son stage à ce moment, fut affecté à Sadiki pour y remplir l'emploi d'assistant.

Les fonctions d'internes furent confiées aux trois plus anciens auxiliaires médicaux : Si Sadok ben Ammar, Si Ali el Mourali et Si Abd el Kader Marzouki. Ils s'acquittèrent de leur tâche, jusqu'en 1921, à la satisfaction de tous les chefs de service qui les employèrent.

A Sadiki, comme ailleurs, commença alors une période difficile. Les prix montaient, le nombre des malades, des opérations augmentaient dans des proportions très sérieuses, mais les subventions ne pouvaient suivre le même mouvement. On s'ingénia à trouver de nouvelles sources d'économies; heureusement, obéissant aux suggestions du docteur Brunswic-Le-Bihan, nous avons accumulé les approvisionnements et cette prévoyance eut son effet jusqu'en 1916.

Le 10 mai 1915, l'hôpital recevait les premiers blessés de guerre qu'il eut à soigner; ils étaient au nombre de 57 et provenaient du débarquement des Dardanelles. Est-il nécessaire de dire avec quelle ferveur le personnel les accueillit et quels soins dévoués leur furent prodigués ?

Entre temps, le docteur Brunswic-Le-Bihan, miné par la maladie, ne connaissant plus le sommeil, s'était embarqué pour la France, le 6 juin 1915. Il n'en devait plus revenir...

Le 16 juin, jour fixé pour la fête de nos blessés, un télégramme nous apprenait son décès et l'hôpital prenait le deuil.

Il ne s'agit pas là d'une formule banale : le docteur Brunswic-Le-Bihan savait recouvrir sa main de fer du gant de velours. Quoique très ferme, il avait fait beaucoup pour le personnel et celui-ci perdait en lui un protecteur qui savait obtenir ce qu'il voulait; il exigeait énormément, mais savait récompenser. Nous sommes heureux d'avoir ici l'occasion de dire, au nom de ce personnel et au nôtre, les sentiments d'admiration et de reconnaissance que nous avons tous voués à celui qui fut à la fois notre chef et notre bienfaiteur.

L'Hôpital Sadiki depuis la guerre

par G. GRANDSIRE,

Chef des Services Administratifs des Hôpitaux Sadiki et E. Conseil

—(0)—

L'intérim de la direction de l'Hôpital Sadiki, après le décès du docteur Brunswic-le-Bihan, fut exercé par le docteur Moreau, médecin de colonisation stagiaire; au début de 1919, celui-ci fut nommé médecin chef de l'Hôpital de Sousse.

La direction de l'Hôpital Sadiki fut alors confiée au docteur Braquehaye, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux et de Paris, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de Bordeaux, chirurgien titulaire de l'Hôpital Civil Français de 1898 à la guerre. A la mobilisation, il avait, en qualité de médecin principal de 2^{me} classe, été employé dans les hôpitaux du front, puis nommé médecin chef de l'Hôpital Militaire du Belvédère.

Le docteur Braquehaye cumulait ses fonctions de directeur avec celles de chirurgien chef du Service des femmes. Le docteur Brun, ancien interne des hôpitaux de Paris, était nommé chirurgien-chef du Service des Hommes.

Un laboratoire plus complet fut organisé et confié à M^{me} la doctoresse Romme-Brun, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui eut également dans ses attributions le Service de médecine Femmes.

Le Gouvernement Tunisien ayant créé un service pour la lutte antisiphilitique, les docteurs Jamin et Deleuil, chargés de ce service, ouvrirent leurs consultations dans les locaux de l'établissement; elles prirent immédiatement un développement important.

En 1919, M. Piaux, Secrétaire général du Gouvernement Tunisien, obtint de la Djemaa des Habous qu'elle fit cession gratuite à l'Hôpital d'un local inclus dans l'établissement et qui servait de Médersa (logement des étudiants de la Grande Mosquée). Ce local fut adapté du mieux possible à sa nouvelle destination. Dans les chambrettes, sans air et sans lumière, on ouvrit des portes et des fenêtres.

On y installa les services de Médecine-Femmes, des lits pour l'ophtalmologie, une maternité, une salle de pansements, les consultations-femmes et les filles soumises. En tout : 20 lits en plus.

On créa un service d'oto-rhino-laryngologie qui fut confié au docteur Houdart, en aménageant des locaux situés au rez-de-chaussée du pavillon de chirurgie.

Comme les autres créations de spécialités : ophtalmologie, dermatologie, syphiligraphie, plus tard stomatologie, ce nouveau service se révéla insuffisamment doté aussi bien en personnel qu'en locaux pour la foule des consultants qui s'y pressent.

Il en fut de même pour un service de traitement des teignes par la radiothérapie, organisé peu après.

En 1922, on installa un quartier pour loger d'une façon plus confortable les infirmières du Service des Femmes.

L'Hôpital fut doté également du chauffage central.

Comme contre-partie du récit de la visite du professeur Variot en 1881, le professeur Comby a publié dans la *Presse Médicale* du 4 juin 1922 le compte-rendu de la visite qu'il fit au début de 1922. Nous en extrayons ce passage :

Sadiki est l'hôpital musulman modèle, le plus beau et le plus important de toute l'Afrique du Nord; on y vient de partout. Outre son élite médico-chirurgicale qui ferait honneur aux plus grands hôpitaux d'Europe, Sadiki forme des assistants et auxiliaires indigènes qui prêtent aux chefs de service un concours précieux. C'est un centre d'enseignement pratique où devraient faire un stage tous les médecins qui viennent s'établir en Tunisie, soit comme médecins de colonisation, soit comme médecins libres. C'est là aussi que devraient compléter leur instruction, prendre contact avec les Arabes, apprendre leur langue, les infirmières-visiteuses recrutées en France et qu'on réclame à cor et à cris.

A la fin de l'année 1922, l'Hôpital Sadiki, pour la deuxième fois, perdit son Directeur : le docteur Braquehayé, après quarante jours de lutte contre la maladie, s'éteignit le 28 décembre. Il a laissé le souvenir de sa bonté, de sa droiture et de sa haute conscience professionnelle. Malgré la brièveté de son passage dans l'établissement, il avait su inspirer l'affection à ses collègues, à ses collaborateurs et à ses subordonnés.

La Direction de l'Hôpital fut alors confiée au docteur Brun.

Nous ne pouvons mieux faire que de transcrire ici les termes dans lesquels M. Ponsot, Directeur général de l'Intérieur, a an-

noncé cette nomination aux membres de la Commission administrative :

Les services déjà rendus par le docteur Brun à la population musulmane dans ses fonctions de chirurgien-chef, ses hautes qualités morales et professionnelles me sont un sûr garant que je remets en de bonnes mains la Direction de l'Etablissement.

Les statistiques qui formeront la conclusion de cet article exprimeront mieux que je ne saurais le faire combien étaient justifiées les paroles de M. Ponsot.

Toutes les sources d'améliorations furent recherchées : la cuisine fut entièrement reconstruite et pourvue d'un matériel perfectionné, on installa un pont-bascule pour les grosses livraisons, une buanderie mécanique fut créée, permettant un meilleur rendement et des économies sérieuses.

Un service de stomatologie fut confié au docteur Patricot.

Le docteur Jamin, chef des Services annexes, étant décédé, M. le docteur Cassar fut nommé au poste créé de médecin consultant pour la dermatologie et la syphiligraphie.

Le Lazaret de la Rabta avait été rattaché en annexe de l'Hôpital Sadiki en 1912. On aménagea un de ses pavillons pour y recevoir les tuberculeux pulmonaires. On construisit deux nouveaux pavillons où l'on compléta les traitements des malades atteints de tuberculose chirurgicale, envoyés par Sadiki.

Le Lazaret prit le nom d'Hôpital des Contagieux. On fit l'acquisition d'une automobile pour en assurer l'approvisionnement.

Depuis longtemps, l'Hôpital Sadiki avec ses 268 lits, s'est révélé insuffisant pour répondre aux besoins de la population musulmane de la Régence, car il ne faut pas perdre de vue que les $\frac{3}{5}$ des lits sont occupés par des malades de l'intérieur qui ne peuvent être soignés sur place.

On mit à l'étude l'extension de l'établissement. On envisagea l'expropriation et la démolition d'un certain nombre d'immeubles qui l'enclavaient et sont une cause d'insalubrité pour le rez-de-chaussée.

En décembre 1927, le docteur Cuénod qui avait remplacé le docteur Blutel à la tête du service d'ophtalmologie, demanda à cesser ses fonctions. Il fut nommé médecin spécialiste honoraire et il

fut remplacé, à la suite d'un concours, par M^{me} la doctoresse Raymond de Gentile.

En 1928, les services de chirurgie furent dotés d'appareils de stérilisation très perfectionnés et permettant le grand rendement exigé par les opérations de plus en plus nombreuses.

Le programme d'agrandissement de l'Hôpital Sadiki recevait également un commencement de réalisation par l'acquisition d'une oukala du Souk Sekagine suivie de sa démolition.

Le poste de pharmacien de l'Hôpital avait été laissé vacant par le décès de Si Brahim ben Hassen qui l'occupait depuis plus de trente années. La Direction Générale de l'Intérieur, après un concours sur titres, procéda à la nomination de M. Bouquet comme pharmacien des Hôpitaux de Tunis.

Les opérations d'acquisitions des immeubles entourant l'Hôpital furent continuées. Une seconde oukala du Souk Sekagine fut cédée par la Djemaa des Habous. Par les soins du Cheikh El Médina des pourparlers ont été engagés avec le propriétaire de la troisième. Sur l'emplacement ainsi rendu libre, sera construit le nouveau service des femmes.

La procédure d'expropriation des immeubles de la rue Sidi-ben-Ziad, a été entamée afin de permettre l'édification d'un bâtiment pour les services externes.

A la Rabta, deux pavillons de 44 lits ont été construits, en 1928-29. On a édifié également en 1929-30 un bâtiment contenant la cuisine et ses annexes, les bains, le vestiaire et la désinfection.

Une étuve à formol pour ce dernier service fut commandée à une maison spécialisée.

La construction d'un appareil appelé Septik-Tank fut entreprise pour assurer l'épuration biologique des eaux usées de l'Hôpital. A la sortie de l'appareil, les eaux seront utilisées pour l'irrigation du parc projeté.

On procéda à l'agrandissement provisoire de la buanderie qui était insuffisante pour assurer le fonctionnement des nouveaux pavillons. Mais il a été envisagé de construire un bâtiment contenant buanderie, séchoir, lingerie, matelasserie, où l'on traitera tout le linge des deux hôpitaux, ce qui créera une source d'économies appréciables.

Dans les locaux de l'ancienne cuisine, a été installé un matériel de radiographie du dernier modèle.

Dans sa séance du 14 juin 1930, sur la proposition de son président, la Commission a décidé de modifier la dénomination de l'Hôpital des Contagieux qui ne répond plus à sa nouvelle destination et de perpétuer le souvenir des éminents services rendus à la population tunisienne par le docteur Ernest Conseil, en donnant son nom à l'Hôpital de la Rabta.

Très prochainement les services de médecine générale de Sadiki seront transférés à la Rabta et fonctionneront dans d'excellentes conditions tant au point de vue matériel qu'au point de vue hygiénique.

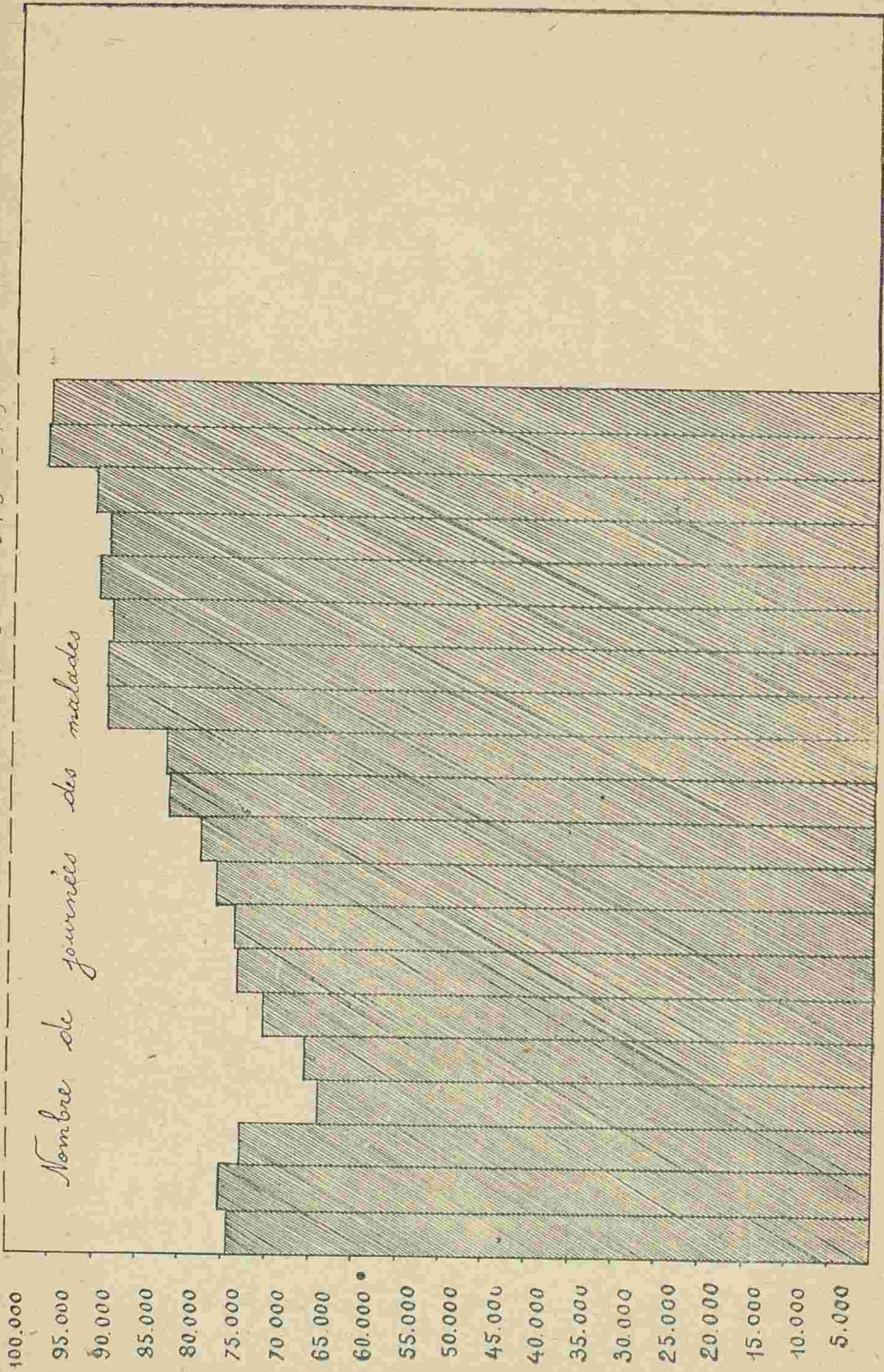
Lorsque tous les projets en cours d'exécution seront réalisés, la Tunisie et, plus spécialement la ville de Tunis, seront en possession de deux établissements en état d'assurer d'une façon convenable l'assistance hospitalière de la population musulmane.

Il restera encore à faire, beaucoup à faire, mais ce sera la part de demain de continuer à perfectionner l'œuvre admirable qui s'appelle l'Hôpital Sadiki.

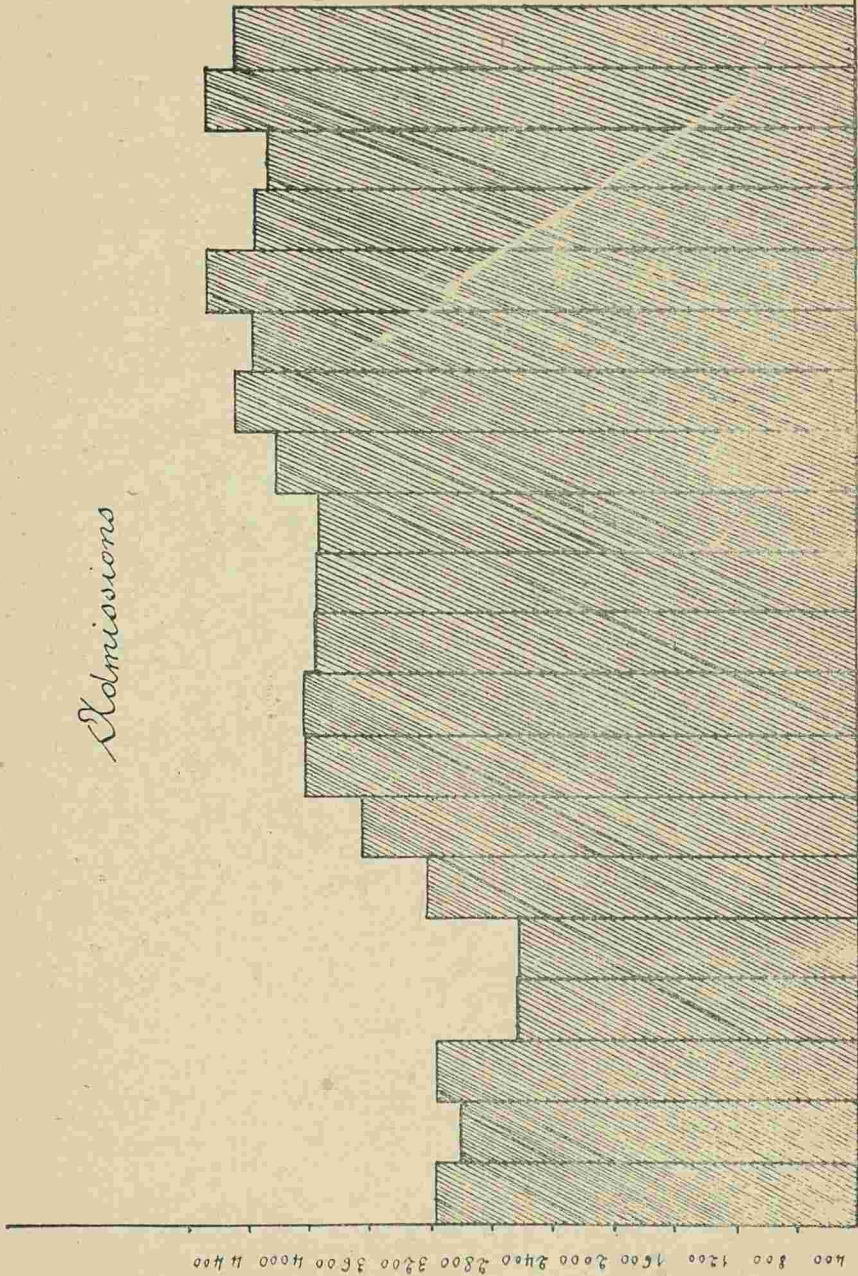
ANNÉES	NOMBRE DE MALADES ADMIS	NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION	NOMBRE DE CONSULTATIONS ET DE PANSEMENTS DES SERVICES EXTERNES	NOMBRE D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES
1911	2.756	74.174	20.542	1.047
1912	2.595	75.650	32.390	1.135
1913	2.730	73.030	39.905	1.445
1914	2.201	64.366	41.114	1.414
1915	2.260	65.120	43.187	1.503
1916	2.926	70.971	54.681	2.420
1917	2.376	73.505	92.559	2.624
1918	3.695	75.346	73.135	2.789
1919	3.670	76.431	83.640	3.647
1920	3.540	73.262	75.516	4.493
1921	3.521	81.531	52.673	4.437
1922	3.495	83.306	82.933	3.772
1923	3.876	89.647	52.716	3.906
1924	4.099	89.037	115.921	4.678
1925	3.931	88.810	107.076	5.061
1926	4.296	90.507	102.746	7.350
1927	3.974	88.784	112.162	10.342
1928	3.906	90.666	118.521	7.591
1929	4.519	96.558	143.878	8.001
1930	4.122	96.346	199.121	9.780

1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930

Nombre de journées des malades



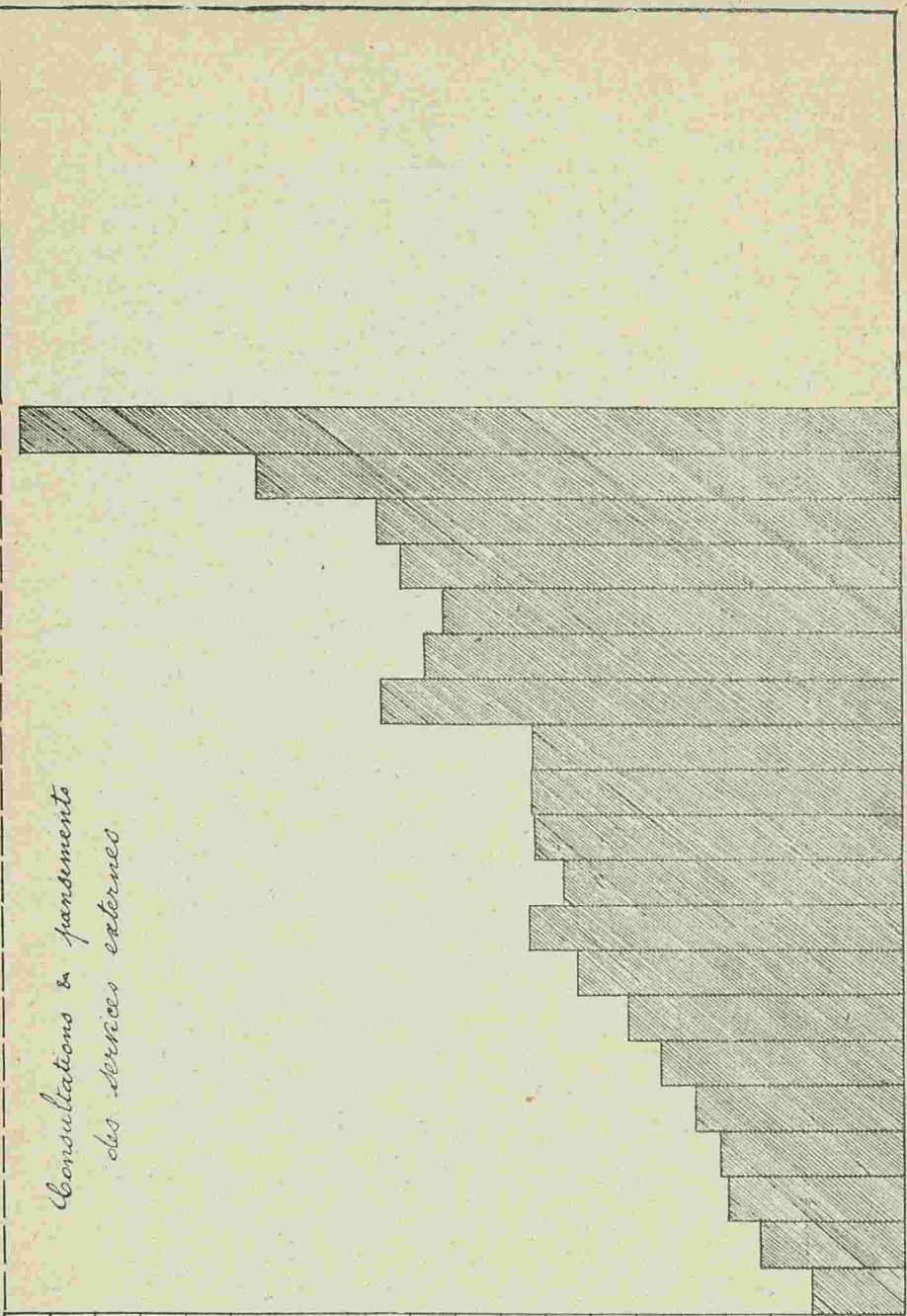
Admissions



1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930

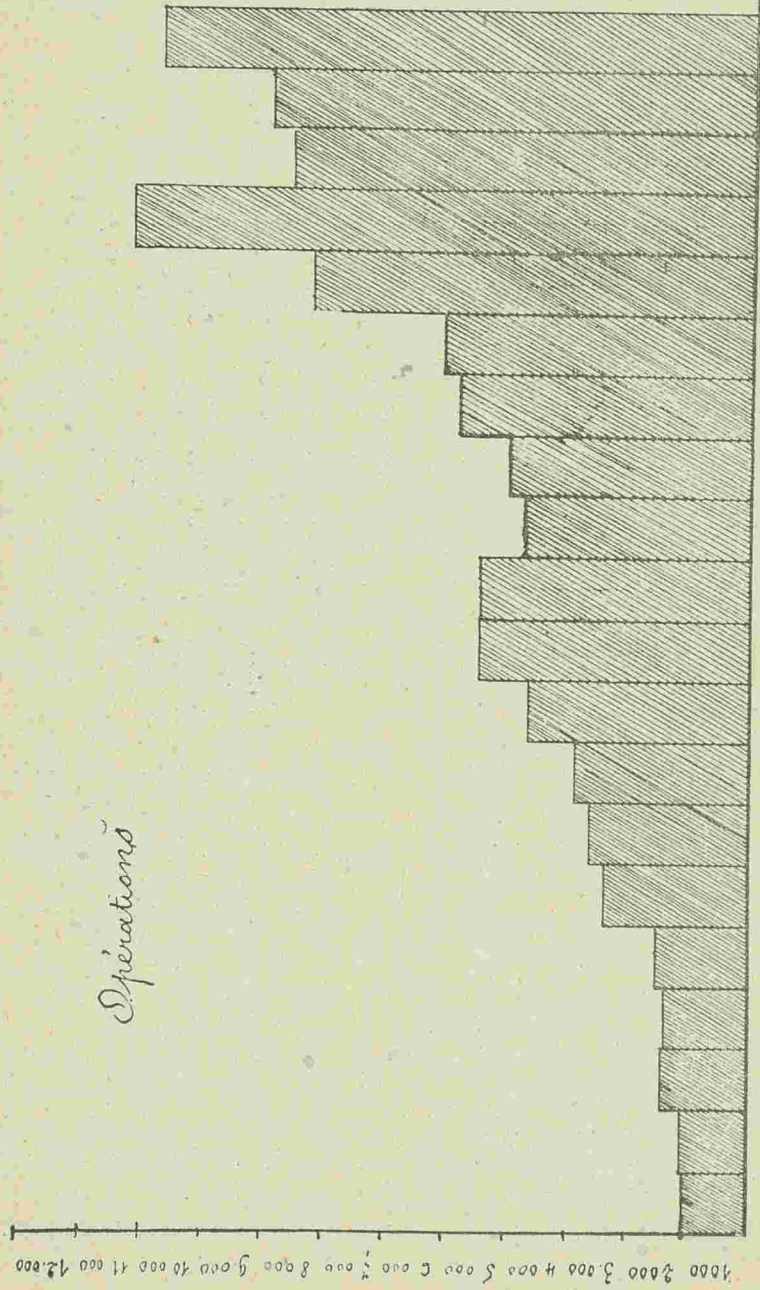
*Consultations & paiements
des services externes*

200.000
190.000
180.000
170.000
160.000
150.000
140.000
130.000
120.000
110.000
100.000
90.000
80.000
70.000
60.000
50.000
40.000
30.000
20.000
10.000





Opérations



Historique de l'Hôpital Ernest Conseil

par G. GRANDSIRE,

Chef des Services Administratifs des Hôpitaux Sadiki et E. Conseil

—(0)—

La colline de la Rabta est située à l'Ouest de Tunis. Ses pentes viennent mourir au pied du mur d'enceinte entre les portes Babel-Allouche et Bab-bou-Saâdoun.

Il existe à son sommet un vieux fort espagnol utilisé actuellement comme annexe de la Prison Civile. Sur le plateau contigu se trouvait autrefois le grenier des Beys de Tunis, constitué par une multitude de silos; nous avons relevé l'emplacement de 80 d'entr'eux.

Au pied de la colline, le long des remparts, on a construit l'Hôpital Civil Français, le dépôt de la Direction de l'Hygiène et la Prison Civile; plus haut sur la face Est, on peut admirer la superbe installation de l'Institut Arloing.

Enfin, sur le plateau, se trouve l'Etablissement appelé autrefois Lazaret de la Rabta, puis Hôpital des Contagieux et actuellement Hôpital Ernest Conseil.

Sur l'origine de cet Etablissement, avant qu'il ait été rattaché à l'Hôpital Sadiki, le Docteur Conseil voulut bien nous communiquer les renseignements en sa possession.

Dès que l'on entreprit de réorganiser l'assistance aux malades à Tunis, le problème de l'hospitalisation des contagieux se posa avec acuité.

En temps normal, les malades de cette catégorie étaient soignés dans les hôpitaux existants au milieu des non-contagieux, ce qui était déjà fâcheux, mais lorsque la maladie prenait un caractère épidémique, cela devenait impossible.

En 1905 une violente poussée de variole sévissant à Tunis, on dut chercher en hâte un endroit susceptible d'abriter les malades qui se trouvaient sans asile ou dans les fondouks.

On eut l'idée d'utiliser deux vieux bâtiments, de construction arabe, qui se trouvaient sur la colline de la Rabta. On les aménagea en hâte et on les meubla avec du matériel emprunté aux hôpitaux de Tunis. Pendant plusieurs mois, sous la direction du Docteur Plancke, on y traita les varioleux.

L'épidémie terminée, les locaux furent fermés et les malades des épidémies de typhus en 1906 et de variole en 1907 durent être soignés dans les hôpitaux.

Mais en novembre 1907, plusieurs cas de peste ayant été constatés au port, l'opinion publique s' alarma et, pour la rassurer, on décida d'utiliser à nouveau les bâtiments délabrés de la Rabta. On y isola les malades et les suspects, et ils y furent traités sous la direction du Docteur Conseil, chef du Bureau d'Hygiène de la Mu-



Dr ERNEST CONSEIL

nicipalité de Tunis. Médecins et infirmières durent coucher sous la tente et prodiguer leurs soins dans des conditions déplorables.

En 1909 éclata à Tunis et dans sa banlieue une sérieuse épidémie de typhus, les malades soignés au début à l'Hôpital Sadiki durent être évacués sur la Rabta. Autour des anciens locaux on édifia rapidement des baraquements et des tentes qui abritèrent jusqu'à 160 malades en même temps et qui virent défiler 550 cas. En août,

l'épidémie terminée, ce qui était devenu le Lazaret de la Rabta fut fermé.

Il fallut l'ouvrir à nouveau en 1910, une nouvelle poussée de typhus étant survenue au début de l'année. Puis la variole et quelques cas de peste s'étant déclarés, on dut laisser le Lazaret ouvert jusqu'au début de 1911. On soigna, durant cette période, 83 typhiques, 5 pesteux et 220 varioleux.

Quelques mois plus tard, août 1911, une très sérieuse épidémie de choléra exigea la réouverture du Lazaret où, heureusement, on avait maintenu un matériel d'attente.

Mais les installations précédentes devinrent très vite insuffisantes. Il fallut à nouveau édifier en hâte des pavillons et des tentes. On y isola en quatre mois 413 malades et 1.149 suspects. Le Lazaret abrita parfois en même temps jusqu'à 350 personnes et les entrées, certains jours, dépassèrent 60. Comme le terrain n'était pas clos, pour permettre l'isolement, il fallut avoir recours à l'Armée qui établit tout autour un cordon de sentinelles et ce n'est pas sans peine qu'on parvint à empêcher tout contact avec les proches des isolés.

Mais l'organisation, rudimentaire et improvisée, donna lieu à beaucoup de plaintes, hélas, trop justifiées et, pour en éviter le retour, le Secrétaire général du Gouvernement Tunisien décida de laisser le Lazaret ouvert en permanence, avec un personnel restreint, de le compléter dans son installation et de le doter d'un matériel suffisant pour faire face à un nouveau retour d'épidémie sérieuse.

Le terrain, d'une superficie d'environ quatre hectares et demi, fut entouré d'une clôture, on construisit des bâtiments en bois, car une servitude militaire interdisait l'usage de la brique ou de la pierre. On y logea des magasins d'approvisionnements, un service de bains, de désinfection, etc..... et de nouveaux pavillons de malades.

Un réseau d'égout fut construit et les eaux usées après avoir traversé six bassins de décantation (on avait aménagé à cet usage d'anciens silos) étaient filtrées sur un dernier bassin contenant des couches de charbon et de sable et se déversaient sur un terrain d'épandage utilisé pour la culture de certains légumes.

A cette époque, les locaux auraient pu recevoir en même temps

environ 100 malades. Mais des tentes de réserve permettaient de doubler et tripler ce chiffre très rapidement en cas de besoin.

Les services fonctionnèrent à cette époque sous la direction du Bureau de l'Hygiène de la Municipalité de Tunis.

Le Lazaret fut rattaché administrativement à l'Hôpital Sadiki le 1^{er} avril 1912, mais il était doté d'un budget spécial alimenté entièrement par une subvention de l'Etat.

Son installation fut complétée par la construction d'un pavillon des services généraux comprenant : le cabinet du médecin-chef, la pharmacie, la cuisine, la lingerie, les logements des internes et d'une partie du personnel. Une buanderie avec séchoir couvert fut également aménagée.

Le personnel permanent était composé d'un interne, d'un commis d'administration, d'une surveillante, d'un auxiliaire médical et de garçons et filles de salle.

On compléta les approvisionnements en matériel, lingerie, médicaments, de façon à éviter le renouvellement des pénibles surprises d'autrefois.

Depuis cette époque, les mesures prophylactiques et l'isolement sur place des malades et de leurs proches, organisés par le Service d'Hygiène de la Direction Générale de l'Intérieur, ont empêché le retour fréquent des fléaux qui autrefois ravageaient périodiquement la Tunisie.

Le Lazaret a cependant rendu de très grands services en permettant l'isolement des malades de la Région de Tunis, atteints ou suspects d'affections à caractère épidémique qui existent dans la Régence à l'état endémique ou amenée par les bateaux relâchant à Tunis, citons la peste, le typhus exanthématique, la variole, le paludisme, la lèpre, la fièvre récurrente, etc... On en trouvera le détail dans le tableau joint à cette étude.

Entre temps, il avait été reconnu que l'emplacement du Lazaret, situé sur le haut d'une colline aérée et bien orientée, le rendait propre à y soigner la tuberculose. Plusieurs employés de Sadiki suspects de cette maladie, y avaient été mis au repos et en étaient revenus remarquablement améliorés.

En 1923, l'un des pavillons de l'établissement fut agrandi et complété, sur sa face Sud-Est, par une galerie couverte pour les traitements héliothérapiques. Il fut affecté aux malades

tuberculeux que jusqu'alors il avait bien fallu traiter à l'Hôpital Sadiki dans des conditions défectueuses et malgré les risques de contagiosité.

Les excellents résultats obtenus firent décider la construction de deux nouveaux pavillons de vingt lits chacun.

Au cours de la guerre, la Direction du Génie avait proposé et obtenu la suppression des servitudes militaires qui pesaient sur le terrain du Lazaret, en conséquence ces pavillons purent être édifiés en maçonnerie.

Leur modèle, conçu par l'Administration de l'Hôpital Sadiki, était très simple, en raison de la nécessité où l'on se trouvait de recourir à l'économie, mais il était parfaitement adapté au but poursuivi.

Chaque pavillon comprend : à une extrémité, une chambre de garçon de salle, une tisanerie, une salle de pansements et une chambre d'isolement pour deux malades; la partie centrale comporte une grande salle pour 20 lits; l'autre extrémité contient les lavabos, les w.-c. et une resserre. Sur la face Sud-Est, il existe une galerie couverte pour les cures d'insolation.

Ces pavillons furent mis en service pendant l'année 1924 et leur création a permis de ne plus conserver à Sadiki que les tuberculeux exigeant une intervention chirurgicale. Ces derniers eux-mêmes sont dirigés sur la Rabta dès qu'il est possible et y complètent leur traitement.

On trouvera dans le tableau statistique le nombre des malades traités dans ce nouveau service.

Le Lazaret de la Rabta prit à cette époque le nom d'Hôpital des Contagieux, puis lors du décès du docteur Ernest Conseil, qui fut l'âme de cet Etablissement, la Direction Générale de l'Intérieur lui rendit un hommage mérité en lui donnant son nom.

MALADIES	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Peste	2								1			4			6	4	1	18	25
Variolo	6	2	16	17	66	116	4	2	40	83	6	3	67	201	6	5	9	48	28
Typhus	9	2	4	21	3	7	195	22	137	7	7	4	7	122	23	16	5	3	2
Fièvre récurrente	140	25	11	15	27	2	1				2	1	2						
Rage						1	2	4	6	7	3	10		4	1	1	2	10	3
Erysipèle							35						8	11	10	22	26	27	14
Oreillons							40	21	1			2	1	13	2	1	1	6	1
Grippe							41	9	34				4	2	2				
Fièvre Typhoïde								1	2	3	1	13	4	12	9	5		12	20
Rougeole										164		7	25	5	6		38	37	1
Paludisme												57	82	49	139	193	157	208	145
Tuberculose chirurgicale												29	99	88	242	223	241	253	206
Tuberculose médicale																			
En observation ou autres ma- ladies	219	113	109	100	113	98	95	35	136	114	70	68	67	88	89	78	97	391	679
TOTAUX...	376	142	140	153	209	214	297	203	353	418	101	203	380	612	548	564	622	1020	1126

Notes sur l'Hôpital Colonial Italien

par le D^r E. MARA

—(10)—

L'Hôpital Colonial Italien a été fondé en 1891 par un comité composé par le docteur Busacca actuellement directeur honoraire, le docteur Converti, docteur Molco, docteur Morpurgo, docteur Cassanello, docteur Campaniolo et docteur Sbrana et avait son local à l'Halfaouine dans le palais Ben Haied. Etaient admis à l'Hôpital tous les Italiens indigents pour lesquels le Gouvernement italien payait une pension de 2 francs par jour et tous les malades payants de n'importe quelle nationalité et religion.

Avant cette époque les malades indigents italiens étaient soignés dans une infirmerie privée tenue par le docteur Stresino.

L'Hôpital Colonial Italien où les médecins donnaient gratuitement leur concours prit tout de suite une importance très grande et le local de l'Halfaouine étant inapte à l'usage d'hôpital, celui-ci a été transféré le 15 mars 1900 dans les bâtiments qu'il occupe actuellement hors de la Porte Bab-El-Fellah sur la colline de Djebela.

Les frais d'installation furent recueillis par souscription parmi la colonie italienne avec une contribution partielle et très limitée du Gouvernement italien en échange de l'admission gratuite des malades indigents italiens. Les mêmes ressources et les pensions payées par les malades payants en assurent aujourd'hui son fonctionnement.

Deux conseils sont préposés à l'œuvre :

1° Un Conseil d'Administration dont le Président est M. le Consul Général d'Italie et le vice-président le Directeur de l'Hôpital.

2° Un Conseil Sanitaire dont le Président est le Directeur de l'Hôpital et qui est composé de tous les médecins qui prêtent ou qui ont prêté service gratuit à l'Hôpital.

Le service médical est assuré par les médecins italiens avec les titres de chefs de services, chefs de services suppléants et adjoints.

Les médecins adjoints font un stage de six mois dans chaque service et ce n'est qu'après la troisième année qu'ils peuvent passer par concours chefs de service suppléants dans les services spécialisés.



Docteurs : VARESE, ORTONA, BUSACCA, LEVI, SORIA, VALENSI, FERRINI, STRESINO, GUGLIELMO, FUSARO, MOLEO, CARDOSO, CAMPAGNOLO,
MORPHERGO, BRIGNONE, BRIGNONE, FUSARO, CARLO, FERRELLI, LOMBARDO, COSTESI



Tous prêtent service gratuit.

Voici le tableau des services avec les médecins préposés :

Médecine Femmes et Pédiatrie. — Chef de service : Docteur Debbach; chef de service suppléant : Docteur Ruggiero; adjoint : Docteur Burgarella.

Médecine Hommes. — Chef de service : Prof. Nalli; chef de service suppléant : Docteur Levi Guido; adjoint : Docteur Di Vittorio Adriano.

Chirurgie Hommes Pavillon A. — Chef de service : Docteur Salmieri; chef de service suppléant : Docteur Salvo; adjoint : Docteur Giglio.



D^r EUGENIO BUSACCA

Chirurgie Hommes Pavillon B. — Chef de service : Docteur Soria; chef de service suppléant : Docteur Salvo; Adjoint : Docteur Spata.

Maternité et Gynécologie. — Chef de service : Docteur Marà Emilio; chef de service suppléant : Docteur Moschiano; adjoint : Docteur Scialom.

Chirurgie Femmes et Chirurgie Infantile. — Chef de service : Docteur Cortesi; chef de service suppléant : Docteur Moschiano; Adjoint : Docteur Costantino-Greco.

en a souffert. Au début, l'Hôpital Civil Français comprenait un service de chirurgie et deux services de médecine générale. Un pavillon d'hommes et un pavillon de femmes, auprès desquels avait été construite une salle d'opérations, étaient réservés à la chirurgie. Les deux services de médecine avaient chacun un grand pavillon d'hommes; l'un avait un grand pavillon de femmes; l'autre un pavillon plus petit destiné aux filles soumises et deux autres bâtiments réservés aux contagieux et aux aliénés.

On avait nommé en même temps que le chirurgien titulaire un chirurgien adjoint. Vers 1900, on créa pour ce dernier un service autonome comprenant une maternité, installée provisoirement dans un petit local, qui est devenu actuellement le laboratoire, et un service mixte pour enfants, médical et chirurgical, que l'on dut installer dans une salle primitivement destinée à être le réfectoire du personnel : ce provisoire dure encore... Une grande maternité a été édifiée depuis : elle a été inaugurée en 1908, par M^{me} Alapetite, la femme du Ministre Résident Général de France.

Une seconde salle d'opérations et un service de radiographie ont été construits et ouverts en 1910. En 1912, sur l'initiative du docteur Porot, un pavillon mieux outillé était inauguré pour la mise en observation des délirants aigus et des aliénés. Le local qui les abritait était transformé et devenait un pavillon mixte pour l'hospitalisation des isolées de la maternité et des filles soumises envoyées par le service des mœurs. La grande salle que ces dernières immobilisaient, devint un nouveau service de médecine générale pour femmes. Depuis la guerre, elle a subi une nouvelle transformation : elle est devenue un service de médecine infantile, des boxs y ont été installés et des enfants atteints d'affections diverses peuvent y être mis en observation sans risque de contagion.

A la même époque, un des pavillons de médecine générale pour hommes a été transformé : il hospitalise maintenant les tuberculeux des deux sexes. Enfin un pavillon réservé en principe aux malades israélites des deux sexes a été ouvert en août 1930 : il comprend cinquante lits, répartis pour la plupart en petites chambres; les grandes salles communes ont tendance à disparaître.

L'Hôpital Civil Français, tel qu'il est actuellement, demande encore de nombreuses modifications : les services de consultations externes ont pris un grand développement et il est de toute néces-

sité de créer des services d'hospitalisation pour l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie. L'administration s'en préoccupe et ce sont des bâtiments à créer en première urgence.

Le pavillon des contagieux s'est écroulé l'an dernier, un nouveau tout à fait moderne sera incessamment construit. L'administration centrale a du reste tout un plan d'agrandissement pour moderniser l'hôpital actuel et le placer dans les meilleures conditions pour soigner les malades. Le personnel hospitalier est logé dans des locaux insalubres; la direction a l'intention d'élever un pavillon pour le personnel infirmier et un autre qui sera réservé aux internes. Ensuite viendront les pavillons de chirurgie infantile et de médecine infantile. La maternité insuffisante sera agrandie par la construction d'un nouvel isolement, car celui qui existe actuellement ne répond plus du tout aux exigences modernes.

L'Hôpital Civil Français comprend quatre services d'hospitalisation, à côté desquels existent des consultations externes générales et spécialisées : ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, etc... Le service de radiographie est tout à fait moderne, il possède les derniers perfectionnements, entre autres une installation de radiothérapie profonde intensive.

L'Hôpital Français est doté de la personnalité civile depuis le 17 juillet 1899, par un décret de S. A. Ali Pacha Bey. Il est dirigé par un directeur administratif et une commission administrative. Cette dernière est présidée par le Directeur Général de l'Intérieur et elle comprend de hauts fonctionnaires des Directions Générales de l'Intérieur, des Finances et des Travaux Publics, un représentant de la Municipalité de Tunis et du Grand Conseil et des notables français. La Commission Administrative se réunit toutes les fois qu'il est nécessaire et c'est elle qui établit le budget de l'Hôpital. Celui-ci est passé de 352.751 fr. 22 en 1910, à 4.103.233 fr. 52 en 1930.

Les médecins et le pharmacien de l'Hôpital Civil se réunissent et forment un conseil de santé, qui est chargé d'éclairer la Commission administrative sur toutes les questions techniques. Le conseil de santé délègue un de ses membres, qui assiste, avec voix consultative, aux séances de la Commission administrative.

En 1898, l'Hôpital Civil Français avait 190 lits, au 1^{er} janvier 1931, il en compte 504; les statistiques des premières années man-

quent; en 1910, 2.266 malades ont été admis. En 1930, le nombre des malades a été de 4.413. Le nombre des journées d'hospitalisation est passé de 78.057 en 1910 à 124.574 en 1930. Cette même année, les services de consultation externe ont examiné 74.771 malades.

La pharmacie de l'Hôpital assure le service des analyses chimiques: depuis plusieurs années, un laboratoire de recherches biologiques a été créé : un préparateur y travaille sous la surveillance de l'Institut Pasteur, qui s'est toujours obligeamment chargé des analyses et des recherches, dont les malades de l'Hôpital Civil pouvaient avoir besoin.

Tel est depuis sa fondation l'Hôpital Civil Français de Tunis : de nombreux perfectionnements devront être apportés, des bâtiments nouveaux devront être construits... mais, si l'on songe que le Protectorat Français n'a que cinquante ans d'âge, et qu'il a fallu tout créer dans ce pays, cet établissement fait honneur à l'Administration Centrale et les malades y reçoivent des soins, que beaucoup de villes de la Métropole pourraient leur envier.

L'Hôpital Israélite de Tunis

APERÇU HISTORIQUE (1893-1920)

par le D^r HAYAT

—(0)—

C'était en 1893, à l'époque de l'avènement de l'Aseptic et du début héroïque de la chirurgie abdominale. Partout en Europe, sous l'influence de Terrier, la chirurgie faisait des merveilles : laparotomie, hystérectomie, ablation de tumeurs abdominales, et toutes opérations faites en chair saine et non infectée, étaient exécutées sans grand danger pour le patient, et les résultats obtenus par les chirurgiens de la Nouvelle Ecole suscitaient l'admiration du monde entier.

A Tunis, de jeunes médecins frais émoulus de l'Université Italienne, — Juifs italiens originaires de ce pays, — constataient avec peine, au cours de leurs tournées dans les quartiers de la Hara, les conséquences désastreuses des moindres interventions chirurgicales ou obstétricales exécutées, dans ces milieux, par leurs aînés dans la carrière et qui rappelaient la « période noire », la période terrible, où même en Europe, tout opéré était un candidat à la mort !

En effet, à cette époque-là, à Tunis, la chirurgie se limitait aux opérations septiques sur les membres et à la confection des appareils plâtrés. Le plus coté des chirurgiens, le docteur Beussasson, se flattait d'extraire des calculs vésicaux par la taille périnéale. Mais nulle part dans les formations sanitaires existantes, on n'avait songé encore à aménager des installations spécialisées dans le traitement chirurgical des maladies. L'Hôpital Sadiki, vieille caserne de janissaires dirigée par Si Kaddour, recevait surtout les aliénés et les infirmes incurables de la population musulmane. A l'Hôpital Saint-Louis, réservé aux Français et dirigé par M. Bastide, simple officier de santé, on abandonnait les moindres interventions manuelles aux médecins de l'Armée. Enfin, l'Hôpital Italien, qui était alors dans le quartier Halfaouine, réservait son activité à la chirurgie des accidents de travail dont était si souvent victime sa nombreuse clientèle, composée surtout d'ouvriers siciliens.

La méthode de Terrier avait trouvé de fervents adeptes parmi ces jeunes médecins juifs, nouvellement débarqués en Tunisie et qui étaient sous l'influence des belles cures chirurgicales constatées

dans les services de leurs maîtres. Ils rêvèrent donc de faire bénéficier leurs malheureux coreligionnaires du ghetto des bienfaits de la chirurgie nouvelle.

Il fallait — au préalable — arracher les malades atteints d'affections chirurgicales à la malpropreté de leur milieu, à l'encombrement de leurs chambres souvent mal éclairées et mal aérées, à la promiscuité dangereuse avec d'autres malades souvent contagieux, et enfin à l'influence de parents ignorants et hostiles.

Pour arriver à leurs fins, un seul moyen s'offrait à eux : créer un « centre » suivant l'expression employée aujourd'hui, et dans ce centre recueillir les malades relevant de la bienfaisance israélite et atteints d'affections nécessitant une intervention chirurgicale.

Cette idée fut à l'origine de la création de la « Société de l'Hôpital Israélite de Tunis ».

Or, en 1893, la Tunisie était peut-être le seul pays civilisé où l'assistance publique était en dehors des attributions de l'Etat. Tous les Européens : Français, Italiens, Maltais, confiaient alors à l'initiative privée le soin de faire fonctionner leurs œuvres d'assistance aux malades, et cela en dehors du concours de l'Etat et suivant une formule de ressources partout uniforme : cotisations volontaires des adhérents, fêtes, dons, quêtes... Cette formule fut adoptée par la nouvelle Société de l'Hôpital Israélite dont les fondateurs furent, en dehors des médecins précités, quelques jeunes gens de la bourgeoisie juive, épris de progrès et soucieux du bien-être de leurs coreligionnaires. Parmi les promoteurs de l'idée nouvelle, il importe de rappeler les noms de MM. Abraham Bokobza et Houga Bessis, deux bijoutiers de la rue de l'Eglise, que leurs affaires appelaient alors à faire de fréquents séjours à Paris. Au début, ils ne purent s'adjoindre qu'un nombre très restreint d'adhérents ; à leur première réunion ils étaient à peine une douzaine. Et cette première réunion eut lieu un soir après diner dans... le salon du plus sélect coiffeur de l'époque, chez M. Elie Timsit, à la rue des Maltais. Le hasard réunit ce soir-là, comme dans l'Histoire, chirurgiens et barbiers !

Les statuts de la Nouvelle Société furent, par la suite, fixés quand les adhésions, malgré les difficultés, devinrent plus nombreuses. Ces statuts firent l'objet d'une petite brochure à couverture rose éditée

par la vieille imprimerie juive polyglotte des fameux Uzan et Castro, deux intellectuels de haute envergure qui contribuèrent beaucoup à l'évolution de la masse juive en ce pays.

La lecture de cette brochure, à une distance de 40 ans environ, est tout à fait suggestive. En dehors du souci plusieurs fois exprimé de faire les choses conformément aux principes sacrés de la religion juive, on y retrouve le désir des jeunes fondateurs de la Société de l'Hôpital Israélite d'assurer, à la nouvelle organisation, le concours des hommes influents de la Communauté.

Créer en effet à cette époque-là un hôpital juif à Tunis, c'était choquer les mœurs ancestrales du ghetto et faire violence à la sentimentalité grégaire de toutes les familles juives. Faire quitter à un malade sa maison pour le faire soigner en dehors de chez lui, dans une salle commune, loin de ses parents, loin de ses amis, le soumettre là à une discipline de caserne si incompatible avec le caractère mobile et capricieux de cette catégorie de malades, tout cela constituait un projet qui sentait la révolution,... aussi bien pour le pauvre de la Hara que pour le riche bourgeois encroûté dans le passé. D'ailleurs le seul nom d'« hôpital » n'éveillait-il pas dans le public une véritable terreur ?...

Il fallait donc, pour réussir le projet d'un hôpital israélite, amadouer les puissants du jour. Et c'est pour eux que fut créé — dans l'organisation de la Société de l'Hôpital Israélite — tout un état-major, fort décoratif divisé en Conseil d'Administration, en Conseil Supérieur de surveillance et en Conseil sanitaire. Ne fallait-il pas donner un titre à tous les personnages qui pouvaient prêter l'appui de leur nom ou de leur prestige à cette jeune Société qui — dès ses débuts — semblait porter ombre à l'autorité des dirigeants officiels de la Communauté : les Gozbarim, seuls détenteurs — en vertu d'une tradition multiséculaire — du pouvoir de venir en aide aux malades indigents ?

Ces dirigeants de la Communauté furent les premiers, en effet, à combattre le projet de ces jeunes médecins italiens et de leurs amis, les jeunes hommes évolués qui, contrairement aux traditions, voulaient implanter dans la « Kahila » des institutions calquées sur des modèles... bons pour l'Europe !

Ils furent d'ailleurs aidés dans leur hostilité par les vieux praticiens les plus en vue de ce temps-là, pour qui le bistouri était

resté une arme de mort, et qui ne voyaient pas sans une appréhension sincère, ces jeunes confrères décidés à ouvrir des ventres et... prêts sans doute à les éclipser. Ce fut, au sein de la Communauté, la querelle renouvelée des Anciens et des Modernes !

Malgré toutes ces difficultés, l'Hôpital Israélite fut enfin installé à la rue du Pacha, au rez-de-chaussée d'un vieux palais arabe qui avait appartenu au fameux Mustapha Ben Ismaël, cet ancien ministre de Sidi Sadok Bey, dont la politique antifrançaise avait déclanché l'expédition contre les Khroumirs...

L'Hôpital fut solennellement inauguré au mois de février 1894. Il y eut, à cette occasion, dans les locaux même du nouvel établissement, une fête de charité, une kermesse dont les comptoirs furent tenus presque exclusivement par les dames les plus en vue et les plus élégantes des colonies européennes, heureuses de manifester à la Communauté juive leur solidarité et de contribuer au succès d'une entreprise privée essentiellement humanitaire.

La fête fut brillante, l'affluence considérable et les résultats financiers encourageants : une dizaine de mille francs-or fut recueillie et cette somme servit de fonds de roulement à l'administration de cet hôpital qui ne disposait — comme revenus fixes — que de la cotisation d'un franc par mois payée plus ou moins régulièrement par un millier d'adhérents !

Cet hôpital se composait alors d'un vaste patio surmonté d'une belle et haute coupole, et autour duquel s'ouvraient cinq ou six pièces qui furent affectées aux malades et aux parents qui toujours les accompagnaient. Ces parents touchaient quelquefois une prime, en espèces, pour accepter à faire soigner les leurs en dehors de chez eux et s'empressaient de leur faire quitter l'hôpital dès qu'un décès se produisait.

Dans cet hôpital, la salle d'opérations était modeste et simple : une pièce aux murs simplement enduits à la chaux avec — au plafond — un ciel ouvert pour l'éclairage, et pour tout ameublement une table de bois ripolinée pour les malades à opérer, et tout autour, des guéridons de café sur lesquels étaient disposées de fortes lampes à alcool qui servaient à faire bouillir les instruments et les compresses enfermées dans des casseroles en aluminium.

Pōint d'arsenal appartenant à l'Hôpital ! Pas de personnel spécialisé ! Les chirurgiens apportaient leurs instruments et mettaient

en commun leur propre matériel : ce qui manquait à l'un était rapporté par l'autre. Un médecin se chargeait du soin de préparer l'opération et de faire l'anesthésie, un autre assurait les fonctions d'infirmier bénévole... Une solidarité de bon aloi unissait ces jeunes praticiens dont l'action était dominée par le souci de réussir une tâche qui devait être anonyme et gratuite.

Ces jeunes praticiens — qui firent ainsi œuvre désintéressée de pionniers de la Chirurgie Nouvelle — s'appelaient Molco, Santilana, Morpurgo et Guglielmo Levi !

Molco assurait déjà un service de chirurgie à l'Hôpital Italien aux côtés de notre vénéré doyen actuel, Pietro Brignone, qui fut un chirurgien hardi, épris des méthodes nouvelles. Molco fit sa première laparotomie à l'Hôpital Israélite, en 1894, pour un énorme kyste de l'ovaire : sa malade fut guérie. Symphyséotomie, hystérectomie, cures radicales de hernies, suivirent avec succès... Et les premiers résultats obtenus dans ce petit et modeste hôpital de la rue du Pacha affirmèrent à la fois les bienfaits de la nouvelle entreprise et la victoire du progrès sur la routine, dans la Communauté Israélite de Tunis.

L'année suivante, un service de médecine fut installé, par suite de l'admission de certains malades dont l'état nécessitait des soins spéciaux, tels les typhiques devant être traités par la balnéation. Ce service fut confié à Morpurgo, dont l'esprit spéculatif et le tempérament timide s'accommodaient mal des fonctions chirurgicales — pourtant modestes — qu'on lui avait confiées au début.

Un service de consultations d'oto-rhino-laryngologie fut créé et confié au seul médecin de Tunis spécialisé alors en cette matière. Maurizio Cardozo, qui nous arrivait de Turin.

Ainsi, à une époque où — en ville — la spécialisation n'existait pas, et où — comme dans les campagnes et les bourgades — tous les médecins de Tunis étaient à la fois médecins-chirurgiens-accoucheurs (*medico-chirurgo-ostetrico*), les services de l'Hôpital Israélite étaient déjà partagés en spécialités : c'était une innovation heureuse pour ces temps-là !

Aussi, cet hôpital connut-il la faveur du public et la confiance de toute la Communauté juive !

De sorte qu'au bout de quelque temps, les locaux de l'établissement de la rue du Pacha devinrent insuffisants. D'où la nécessité

de transférer l'Hôpital Israélite dans un immeuble plus vaste et en rapport avec l'extension de ses services et l'augmentation du nombre de ses malades. Les vieux palais arabes délaissés par leurs propriétaires, n'étaient pas rares à Tunis et ces palais étaient grands, très grands et souvent très beaux. Or, à cette époque-là le Lycée Italien — Le Convitto — venait d'abandonner les locaux qu'il occupait à la Place Halfaouine, dans un palais qui fut magnifique — et qui avait appartenu autrefois à Si Mohamed Kasnadar, cet ancien Ministre du Bey Sadok, dont les malversations systématiques devaient amener la faillite de la Tunisie et l'intervention de la France.

Ce palais — qui était déjà en fort mauvais état et nullement préparé, par sa destination primitive, à servir d'hôpital, devait abriter les services de l'Hôpital Israélite pendant plus d'un quart de siècle !

Au vieux personnel médical italien vinrent s'adjoindre de nouveaux médecins formés dans les Universités françaises, les Cattaneo, les Cassuto, etc...

Pendant près de dix ans, tout marcha bien. La régularité du service médical, le dévouement désintéressé des médecins, l'heureuse gestion des administrateurs, le succès des appels répétés faits régulièrement à la charité publique, la confiance des malades et la sympathie de la population juive, tout cela contribua au bon fonctionnement de cette entreprise privée qui — malgré le manque d'aide de l'Etat et malgré la carence de ceux qui pouvaient disposer de la « Caisse de Secours de la Communauté » — rendait à la classe si nombreuse des Juifs indigents des services inappréciables.

C'étaient les beaux temps de l'Hôpital Israélite !

N.-B. — Dans un prochain article — qui aura un caractère d'actualité — j'exposerai, dans la Tunisie Médicale, la question de la suppression de l'Hôpital Israélite et de la prise à la charge de l'Etat, de l'hospitalisation des Juifs indigents de nationalité tunisienne.

L'Assistance des psychopathes en Tunisie

par le D^r PERRUSSEL

—(0)—

C'est en l'an 1663 (1073 de l'Hégire) que Hamouda Pacha, par la création de « Morstane », inaugura en Tunisie l'assistance des malades mentaux. Cet établissement fonctionna jusqu'en 1880, date de la fondation de l'Hôpital Sadiki, qui à son tour hospitalisa les aliénés dans un quartier spécial dont une description saisissante est due à Guy de Maupassant (1889, *La Vie Errante*). En 1896 Auguste Voisin fit part à la Société Médico-Psychologique en sa séance du 1^{er} juin, d'une visite à ce quartier.

En 1905, lors de la réorganisation de l'Hôpital Sadiki, les aliénés furent mis à la rue, quelques uns moururent de façon tragique, d'autres errèrent lamentablement sur la voie publique.

En 1906 la nouvelle Tékiâ, asile de vieillards et d'incurables, fondation habous, fut inaugurée. Elle remplacait l'ancienne Tékiâ fondée en 1775 (1188 de l'Hégire) par Ali Bey fondateur de la dynastie hussénite. Dans la Tékiâ des femmes s'ouvrant sur la rue Dabdaba, deux pièces donnant sur le patio central furent munies de cellules grillagées où furent enfermées les aliénées femmes. Les aliénés hommes furent recueillis dans une annexe rue Bir el-Hodjar, puis successivement deux nouvelles annexes d'hommes furent ouvertes : en 1919 celle de la rue du Réservoir en 1922 celle de la rue Ras-el-Derb. Tous ces quartiers sont cellulaires, cellules de 3 à 6 mètres carrés, demi-obscurcs, humides, fermant d'une grille de fer ouvrant sur une cour intérieure, une natte à même le sol. Certaines cellules gardent encore scellés au mur quelques mailons des chaînes qui servaient autrefois à entraver leurs malheureux occupants.

Le Docteur Henri Bouquet dans sa thèse « Les Aliénés en Tunisie » (Lyon 1909) a décrit cette géhenne.

∴

Le sort des Aliénés Israélites ne fut pas plus heureux. Chassés aussi de Sadiki, quelques uns furent recueillis par la Société de Bienfaisance Israélite. Nous ne citerons que pour mémoire les maisons particulières du quartier de la Hara où des aliénés furent mis en dépôt dans des familles qui les soignaient, les nourrissaient,

moyennant une somme infime. La Communauté Israélite installa ensuite une « Garderie d'Aliénés » à l'Ariana. Celle-ci fut l'objet de telles critiques, à juste titre, qu'elle fut supprimée en 1925; à partir de cette époque les aliénés israélites furent admis au Pavillon des Nerveux de l'Hôpital Civil Français et évacués sur les Asiles Métropolitains.

∴

Les aliénés européens (1) dont quelques uns furent autrefois hospitalisés dans le quartier de Sadiki trouvèrent un lieu d'asile dans l'Hôpital St-Louis fondé en 1882 et qui ne ferma ses portes qu'en 1898 lors de l'ouverture de l'Hôpital Civil Français. Le Docteur Henri Bouquet nous dit quel était le sort de ces malheureux : « Tranquilles, les aliénés étaient soignés dans les salles de médecine avec les autres malades; agitées, les femmes étaient placées dans une sorte de petite pièce contenant deux lits, et la camisole de force les maintenait.

Pour les hommes, il y avait deux cabanons et une salle commune. Cette dernière, de quatre à cinq mètres de long sur trois de large, était éclairée en haut par un vitrage mobile permettant l'aération. A chaque coin de la salle étaient des chaînes rivées au sol auxquelles on attachait les malheureux aliénés. On mettait un peu de coton à la cheville du malade et l'on cadenassait la chaîne par dessus. Les lits étaient voisins des coins de la chambre et les malades gardaient leur chaîne nuit et jour. Le matin seulement on les détachait pour les conduire, soit à la douche, soit au bain. Dans cette salle c'était un vacarme effrayant... ». Heureusement le docteur Bastide ne tarda pas à faire disparaître ces instruments de torture.

Dès 1898, dans l'enceinte de l'Hôpital Civil on réserva un quartier dit « des aliénés », contenant 12-lits. Nous n'insisterons pas sur ce qu'il était, le docteur Bouquet l'a décrit. Qu'il suffise de savoir qu'on n'avait même pas prévu la séparation des sexes !

Le docteur Porot, médecin de l'Hôpital Civil Français, qui inspira la thèse du docteur Bouquet, s'employa avec grand cœur à

(1) Nous ne parlerons pas des aliénés Italiens qui après observation à l'Hôpital Italien, sont dirigés rapidement sur les manicomies de Sicile ou de la Péninsule.

remédier à ce lamentable état de choses. Grâce à M. Blanc, secrétaire général du Gouvernement tunisien, il put, sur ses données, faire bâtir par M. Guy, architecte, le Pavillon des Nerveux de l'Hôpital Civil Français qui fut ouvert le 10 août 1911. Nous emprunterons au docteur Porot la description qu'il fit de son service dans le rapport sur l'Assistance des Aliénés aux Colonies présenté par le docteur H. Reboul et le professeur E. Régis à la XXII^{me} session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes qui tint ses assises en 1912 à Tunis, Congrès dont le docteur Porot était secrétaire général.

Ce pavillon « réunit dans un même bâtiment trois sections pourtant bien séparées.

« A l'arrière sont reportées les chambres pour les grands agités : deux pour les hommes, deux pour les femmes; une chambre avec lit scellé, une autre avec varech; fenêtres haut situées, portes à coulisse sans développement; en face de chaque chambre communiquant par des baies largement ouvertes, une baignoire pour balnéation prolongée; water-closet et petite cour avec préau complètent chaque moitié de cette section.

« Les services généraux (cabinet du docteur, parloir, lingerie, cuisines, office), séparent cette section des grands agités des deux grandes sections hommes et femmes.

« Les deux sections principales, une pour hommes, une pour femmes, sont construites de façon semblable mais symétrique.

« La caractéristique de ces sections est la disposition des lits : ils sont rangés sur les trois faces d'une vaste pièce rectangulaire; chaque lit est dans un box; chaque box prend jour et air par une fenêtre propre; on a en outre aménagé trois chambres également sur les faces de ce même quadrilatère; les dimensions ont été calculées de telle façon que le malade alité dans son box ne puisse voir ses voisins ni être vu d'eux, tandis que de la partie libre de la pièce le personnel embrasse d'un coup d'œil tous les lits.

« Dans un des angles, élargi, a été disposé une salle de jour avec de très larges baies ornées à l'orientale de grands moucharabiés; cette salle de jour est en communication large avec la salle de traitement et d'alitement; elle sert de réfectoire.

« Des bains, des water-closets et des lavabos complètent l'aménagement de chaque section.

« Une cour jardin est en communication directe avec la salle de traitement. Toutes les portes soit vitrées. Fenêtres et portes ont des carreaux en verre de huit millimètres. Il n'y a pas d'étage, tout est au rez-de-chaussée et de plain-pied.

« Le chauffage est central, par vapeur à haute pression; les radiateurs sont dans des gaines perforées ou encastrées dans le mur.

« Ce service est organisé pour recevoir 25 malades, soit 10 à la section des hommes, 10 à la section des femmes, 4 grands agités, plus une chambre de malade indépendante. »

Il convient de préciser qu'au cours de la guerre, en 1916, on fut obligé d'agrandir la section des hommes pour la porter à 18 lits.

Le Pavillon des Nerveux ne pouvait être qu'un lieu d'observation avant l'envoi des Aliénés en France.

Dès 1899 le Gouvernement tunisien avait passé une convention avec l'Asile St-Pierre de Marseille pour se réserver 10 lits dans cet établissement. En 1913 ce chiffre fut porté à 13. Puis St-Alban, St-Pons, Toulouse, Montpellier, Pierrefeu, Montdevergues, Aix, Blois, etc., reçurent des malades Français et Israélites. A l'heure actuelle 182 malades sont disséminés dans les Asiles de la Métropole.

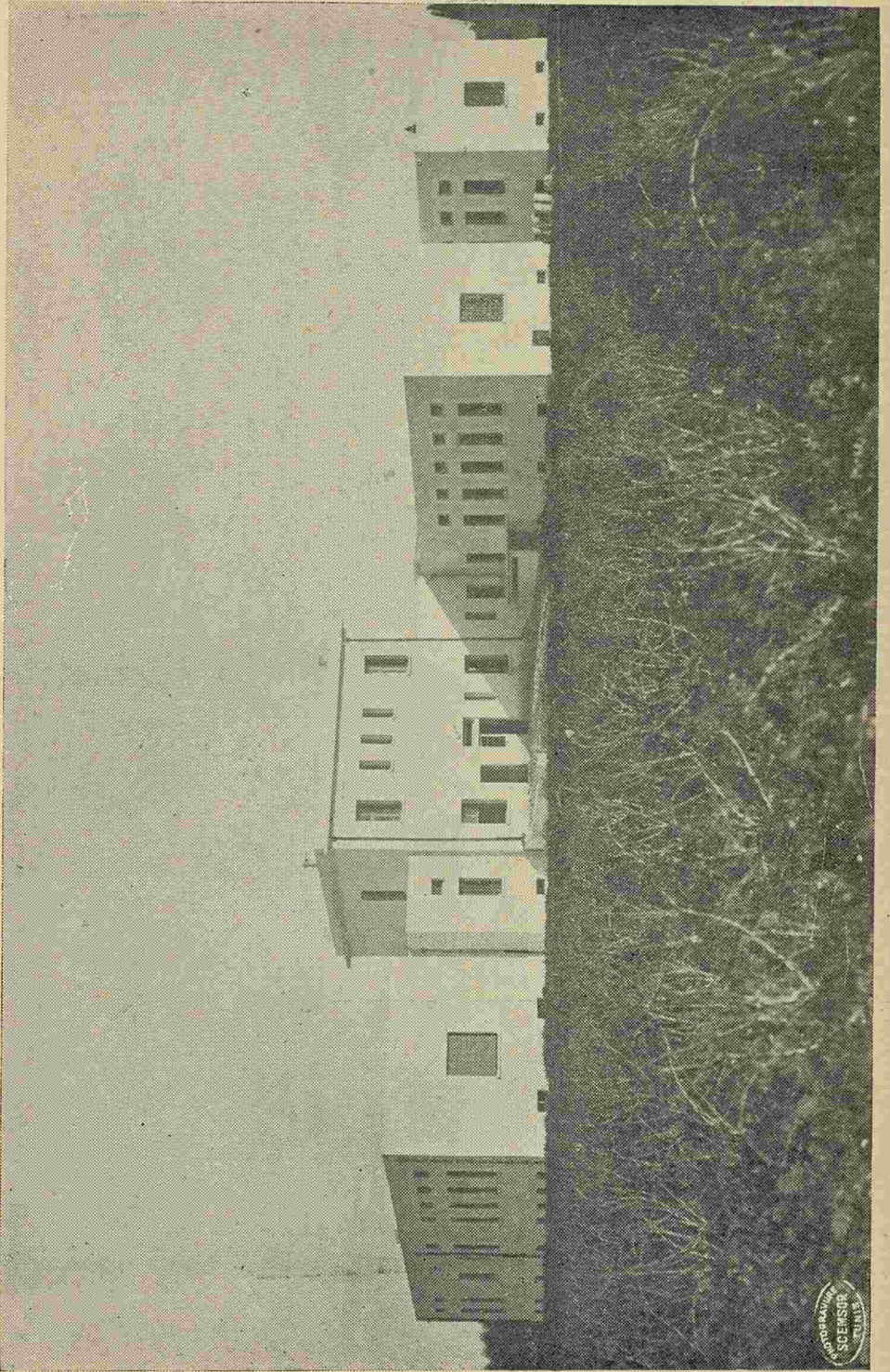
Que dire de cet exil, loin du milieu familial !

Les efforts de nombreux médecins tels que Porot, Bouquet, Plancke, Lemanski, Gérard, Bouhageb, Scialom, Domela, les vœux formulés par le Congrès des Aliénistes de 1912 aboutirent enfin à concevoir une assistance rationnelle des malades mentaux en Tunisie. M. le Résident Général de France Alapelite et M. Blanc, Secrétaire général du Gouvernement tunisien, dès 1912 envisagèrent la création d'un asile. Des études furent entreprises, mais la guerre survint.

Le projet fut repris par M. le Résident général Saint, M. Ponsot, Directeur général de l'Intérieur et le docteur Gobert, Directeur de l'Hygiène, conseillés par le docteur Dagonet, médecin honoraire de l'Asile Clinique Sainte-Anne à Paris, habitant Tunis.

En 1922, le Grand Conseil affecta une première somme de 1.200.000 francs à cette création. Une propriété de 11 hectares, sise à La Mabouba, fut acuisée.

— En 1923 le docteur Paul Sérieux, médecin de l'Asile Clinique



Sainte-Anne à Paris, spécialiste des questions d'assistance des aliénés, ayant déjà accompli à ce sujet de nombreuses missions en Suisse, Allemagne, Russie, Maroc, fut appelé pour tracer le programme de l'œuvre à entreprendre. Dans deux rapports très détaillés en août et novembre 1923 il conclut à la construction d'un hôpital-asile international de 440 lits.

En 1924, le Ministre Résident Général demanda aux Affaires Etrangères que l'on mit à sa disposition un médecin du cadre des Asiles publics d'aliénés. Le médecin-chef de l'Asile de Prémontre (Aisne) fut détaché à la disposition du Résident Général. Un décret beylical du 20 mai 1924 créa l'Hôpital pour les Maladies Mentales de la Manouba.

En octobre 1924 furent déposés les plans et devis établis par M. Resplandy, sur mes données, issues des directives du docteur Sériveau que j'avais assisté sur place en 1923. L'hôpital devait être réalisé en trois tranches, la première comportant trois pavillons de malades de 40 lits chacun, soit au total 120 lits (80 hommes, 40 femmes), réservés aux Musulmans et aux Israélites.

Ce projet, discuté, repris sous une autre forme, en collaboration avec M. Joss Ellul, architecte, après la mort du regretté M. Resplandy, aboutit finalement en 1926 à la conception de 180 lits en trois pavillons de 60 lits, étant entendu à l'époque que seuls les aliénés tunisiens devaient être hospitalisés à La Manouba, les Européens devant toujours être dirigés sur les établissements métropolitains.

Il importait toutefois au spécialiste que le plan primitif réservant l'avenir put être poursuivi normalement si le besoin s'en faisait sentir. Ce qui put être obtenu.

En septembre 1927 la première pierre de l'asile fut enfin posée, grâce à M. Ristelhueber, Directeur général de l'Intérieur.

La propriété primitive fut successivement agrandie au cours de ces années par l'achat de propriétés adjacentes si bien que l'ensemble à l'heure actuelle couvre une superficie d'environ 32 hectares complantée en grande partie d'orangers, mandariniers, citronniers, et oliviers.

Pendant toute cette longue période d'attente, on s'efforça de centraliser sous la même direction médicale les différentes organisations hospitalières recevant les aliénés. En 1924, le docteur Bou-

hageb remit le service des aliénés de la Tékia entre les mains du psychiatre; pendant de très longues années il s'était efforcé de le rendre le moins inhumain possible.

Le 25 mai 1927 le Pavillon des Nerveux de l'Hôpital Civil Français fut rattaché par décret à l'Hôpital des Maladies Mentales de la Manouba. Depuis le départ du docteur Porot en 1915, la direction de ce pavillon avait successivement été assurée de 1915 à 1917 par le docteur Lemanski, de 1917 à 1921 par le docteur Plancke, et depuis 1921 par le docteur Gérard.

Depuis de longs mois l'embouteillage de tous ces services est complet. Dans l'année 1930 on a dû refuser 269 demandes d'hospitalisation, faute de place. 208 malades ont été assistés à domicile.

Depuis près de 18 mois la Métropole est dans l'impossibilité de recevoir nos malades.

En juillet 1930 le vieux Bordj de la Rabta fut occupé par 40 malades musulmans pour permettre de décongestionner la Tékia. Ces différents services (Tékia et Pavillon des Nerveux) ont hospitalisé en 1930, 305 malades représentant un total de 42.278 journées d'hospitalisation.

Voilà ce qui fut. Voici ce qui est ou sera.



L'Hôpital pour les Maladies Mentales de la Manouba va ouvrir ses portes. La dépense totale a été de l'ordre de 8.000.000.

Conçu dans un esprit très moderne, du type asile village dont les pavillons sont bien isolés les uns des autres, il comporte à l'heure actuelle trois pavillons de 60 lits chacun, réservés aux Tunisiens : un pavillon de femmes (admission et surveillance continue, deux pavillons d'hommes, agités et admission — surveillance continue).

Chacun de ces pavillons est segmenté en deux sections, une de 20 lits, (Israélites), l'autre de 40 lits (Musulmans). Entre ces deux sections se trouvent les services généraux du Pavillon (cabinet médical, cabinet du surveillant, office, débarras, etc...), au-dessus desquels les logements du personnel infirmier occupent le premier étage.

Chaque section comporte un nombre variable de dortoirs (maximum 16 lits), largement ensoleillés, et de chambres d'isolement

suivant sa destination; un service de bains, douches et une vaste cour jardin.

Toutes les fenêtres sont à verres incassables du type Hitzig en menuiserie métallique pour empêcher les défenestrations et munies de stores Bauman.

Le chauffage central est à air chaud sous pression, renouvelant constamment l'air des habitats sans aucun appareil apparent.

Des vastes salles de jour et réfectoires communiquant avec le jardin sont à la disposition des malades. La vue s'étend au loin.

Tous ces pavillons sont élevés sur de vastes caves largement aérées.

Les services généraux construits l'ont été comme s'ils devaient desservir un hôpital de 700 lits. Ils comportent à l'heure actuelle :

une conciergerie,

un pavillon d'administration,

une dépense,

une buanderie mécanique,

un bâtiment d'ateliers (menuiserie, peinture, mécanicien) avec désinfection,

une ferme-laiterie,

une morgue,

un château d'eau,

un bâtiment de logement de personnel,

un septik tank (permettant de traiter journallement 200 m³ d'eaux usées, récupérées pour la culture maraîchère).

Enfin il existe dans l'enceinte de l'Etablissement deux anciennes maisons arabes servant de logement au Médecin-Directeur et au Receveur Economé.

Tous ces pavillons sont implantés de telle sorte que les services généraux (cuisine, buanderie, ateliers) sont au centre des pavillons qui s'étaleront en éventail autour. L'axe central sépare la partie tunisienne (à droite) de l'emplacement de la future partie Européenne. Les pavillons réservés aux femmes devant se trouver de part et d'autre de l'axe central, les pavillons d'hommes étant vers la périphérie.

Le domaine est suffisant pour qu'on ait pu prévoir l'emplacement d'un potager d'environ 4 hectares. Le reste des jardins per-

mettra largement d'assurer un travail thérapeutique aux hospitalisés.

Le développement rationnel de l'hôpital pourra donc s'accomplir facilement, chaque pavillon affecté à telle ou telle catégorie de malades ayant dès à présent sa place réservée. De même dans une partie du jardin bien située, on a prévu la construction d'un Pensionnat.

∴

Dans un avenir très proche de nouveaux pavillons seront construits. Dès maintenant il a été prévu au budget une somme permettant l'amorce de la section européenne. C'est certainement sur un rythme accéléré que les nouveaux pavillons viendront se grouper autour du noyau existant. Les renseignements recueillis au cours de ces longues années d'études permettant d'affirmer que le nombre des psychopathes devant être assistés en Tunisie atteint au minimum le chiffre de 700.

Comme prolongement urbain de l'Hôpital de la Manouba, qui sera sectionné en trois parties : Hôpital - Hospice - Colonie Agricole, il était nécessaire de prévoir un organisme permettant les consultations urbaines et l'assistance des « petits mentaux » dans un dispensaire de prophylaxie mentale. C'est pourquoi le Pavillon Porot de l'Hôpital Civil Français a été rattaché à la Manouba. Dans ce dispensaire pourra être rapidement fait un triage des psychopathes permettant de les assister : soit dans le milieu familial (avec intervention d'infirmières visiteuses) soit au Pavillon Porot, soit à la Manouba.

Cet ensemble réalisera les exigences d'une assistance moderne des psychopathes.

L'Institut Pasteur de Tunis

par le D^r Jean TREMSAL

— « 0 » —

De tant de créations dont la France a doté la Régence depuis le début du Protectorat — et que l'échéance du cinquantenaire met heureusement en lumière — l'Institut Pasteur apparaît comme une des plus bienfaitantes, tant par les directives qui ont présidé à son institution que par les résultats admirables qui en ont consacré le fonctionnement.

HISTORIQUE

M. René Millet, Résident Général en Tunisie, préoccupé des difficultés de la vinification dans ce pays au climat si rude, avait demandé à Pasteur d'envoyer un de ses élèves. Un décret beylical en date du 7 septembre 1893 créait un laboratoire que le docteur Adrien Loir reçut, d'Émile Duclaux, alors Directeur de l'Institut Pasteur de Paris, mission d'organiser.



D^r CHARLES NICOLLE

Ainsi naquit, modestement, dans une dépendance du Contrôle Civil de Tunis, ce laboratoire de vinification, service embryonnaire et doté de très faibles moyens.

Dès l'année suivante, un service de traitement antirabique y était adjoint — puis successivement un centre vaccino-gène et un laboratoire d'analyse. En 1900, ces divers organismes furent groupés

sous le nom d'Institut Pasteur, auquel un décret du 14 février accordait la personnalité civile. Tunis était ainsi, après Paris et Saïgon, la troisième ville à posséder un Institut Pasteur.

En 1903, sur l'initiative de M. S. Pichon, Résident Général, et lors de la nomination à sa tête du Docteur Ch. Nicolle, l'Institut fut réorganisé dans des bâtiments construits à son intention à l'entrée du Jardin d'Essais. Le 1^{er} octobre 1904, les nouveaux locaux étaient prêts à être utilisés. L'activité de la Maison qui, faute de moyens avait connu une phase critique, reprit de plus belle. De nouveaux services furent créés et furent bientôt à l'étroit.

La grande guerre retarda l'agrandissement des bâtiments. Mais, dès qu'elle fut terminée, un plan de reconstruction sur une plus vaste échelle fut mis à l'étude et son exécution, commencée en 1925, est actuellement achevée.

Depuis l'arrivée de Ch. Nicolle, le personnel passait de quatre agents à plus de trente, le budget de 36.000 francs à plus d'un million 200.000 francs.

Ainsi que le disait un Directeur général de l'Intérieur, « l'Institut Pasteur est devenu la pierre angulaire de notre édifice sanitaire tunisien. C'est sur lui que repose notre système de défense contre les maladies contagieuses. »

Le Service antirabique traitait 274 personnes en 1903

1.666 personnes en 1924

Contre la variole, 45.000 doses étaient distribuées en 1903, 1 million 207.000 francs en 1927.

OEUVRE SCIENTIFIQUE

Ces progressions suffiraient à elles seules pour attester les éminents services rendus à ce Pays par l'Institut Pasteur. Mais, à côté des laboratoires d'analyses, travaillaient les laboratoires de re-tré le Maître et auréolé la Maison d'une gloire mondiale.

Ce n'est pas aux lecteurs avertis de la *Tunisie Médicale*, nos confrères de la Régence, qu'il y a lieu de retracer les multiples découvertes qui ont valu à l'Institut Pasteur de Tunis et à son illustre Directeur l'unanime considération du monde savant et la reconnaissance du pays. Elles ont fait en leur temps l'objet de communications officielles à l'Académie de Médecine et d'études détaillées dans la presse médicale et scientifique.

On nous excusera toutefois de donner, ci-dessous, sous forme d'aide-mémoire, la liste de ces travaux, avec l'indication des Auteurs qui y ont été associés et que nous citons indistinctement sans avoir la vaine intention d'établir un palmarès entre tous ces bons ouvriers de la Microbiologie et de la Médecine.

L'œuvre scientifique de l'Institut Pasteur s'est réduite à l'origine à la constatation dans la Régence de maladies animales, dont l'existence n'y avait pas été jusque-là officiellement constatée (piroplasmose du bœuf, spirochètose des oies).

La réorganisation de l'Institut en 1903 a été le point de départ d'une activité féconde et de multiples découvertes dont quelques-unes d'une importance considérable.

Parmi les travaux qui y ont été poursuivis en étroite collaboration avec le Corps Médical Tūnisien, nous rappelons les principaux :

Découverte de l'agent de transmission du typhus (Ch. Nicolle, Ch. Comte et Conseil).

Rôle du pou dans la transmission de la fièvre récurrente et mécanisme de la transmission (Ch. Nicolle, Conseil, L. Blaizot et Ch. Lebailly).

Etudes sur les fièvres récurrentes à liques. — Généralités sur les spirochètoses sanguines (Ch. Nicolle, Ch. Anderson, J. Colas-Belcour, Le Chuitton).

Séroprophylaxie de la rougeole (Ch. Nicolle, Conseil, Ch. Anderson et F. Gérard).

Etude des infections inapparentes, notions nouvelles introduites en pathologie (Ch. Nicolle, Ch. Lebailly).

Nombreuses études sur la fièvre méditerranéenne; son diagnostic; son traitement (Ch. Nicolle, Et. Burnet et Huddleson).

Travaux sur la grippe (Ch. Nicolle et Ch. Lebailly).

Travaux sur la fièvre boutonneuse et son mode de transmission (Ch. Nicolle, Connor, Bruch, Burnet, Conseil, Durand).

Etudes sur le kala-azar humain, culture de son parasite. — Découverte de la leishmaniose canine. Etudes sur son mode de transmission (Ch. Nicolle, Ch. Comte, Ch. Anderson).

Culture de la Leishmania du bouton d'Orient et de la Leishmaniose américaine (Ch. Nicolle, Chatton, G. Catouillard, Ch. Anderson).

Etudes sur le trachome, sa reproduction expérimentale chez le singe. . . Travaux sur le Bacterium granulosus de Noguchi (Ch. Nicolle, A. Cuénod, Trapetzontzewa, U. Lumbroso, H. Van Sant).

Etude du chancre mou. — Culture du bacille du Ducrey. — Vaccination (Ch. Nicolle, Reenstierna, Durand).

Etudes sur la scarlatine, la lèpre, les conjonctivites, la peste, les oreillons, la spirochétose iétérohémorragique, la vaccine, la rage, l'érythème noueux, le cancer, le choléra, les coccobacilles des sauterelles.

Etudes sur la vaccination préventive dans des infections microbiennes diverses. — Vaccination par voie digestive. — Vaccination contre la coqueluche, la blennorrhagie (Ch. Nicolle, L. Blaizot et Conor).

Etudes sur les maladies à champignons (Ch. Nicolle, G. Blanc, E. Pinoy, Ch. Anderson, G. Catouillard, Bouquet, Broc, Brun M^{me} Brun).

Etudes sur les maladies diverses à protozoaires (Ch. Nicolle, L. Manceaux, E. Chatton, G. Catouillard, L. Caillon, Ch. Anderson, Cowdry, Sparrow).

Etudes sur les infections helminthiques, ankylostomiase, échinococcose, bilharziase (P. Sonsino, Ch. Nicolle, Weinberg, F. Dévé, Ch. Anderson, Gobert, Diacono).

Etudes de parasites divers (A. Weiss, F. Larrousse, J. Colas-Belcour, Roubaud, Ch. Anderson, S. Mazza, Langeron, Joyeux, Espié, Villain).

Travaux sur les venins, toxines et poisons (Catouillard, Bouquet Perrusse).

Etudes sur les fermentations, les eaux, les laits (Boselli, Conor, Catouillard, J. Bance).

Pharmacodynamie (P. Nicolle).

Techniques nouvelles (Ponction du cœur chez le cobaye, la poule, ponction de la rate chez l'enfant, trépanation du tibia chez le chien, milieu de culture divers).

SERVICES

Sous la direction du docteur Charles Nicolle, assisté de deux sous-directeurs, le docteur Charles Anderson (services médicaux) et le docteur Lucien Balozet (services vétérinaires) et de trois chefs

dé laboratoire, les docteurs Paul Durand, Jean Laigret et M. J. Bance; la maison comprend un personnel de dix-neuf agents, répartis entre quatre services :

Services médicaux : Neuf préparateurs et aides-préparateurs;
Services vétérinaires : Trois préparateurs et aides-préparateurs;
Service de la chimie : Deux préparateurs;
Services administratifs : Cinq agents.

Sont attachés également à l'Institut, à titre de membres associés :
M. le Docteur Ernest Gobert, directeur de l'Hygiène de Tunisie;
M. Hector Diacono, directeur du Service sérologique, à Sousse,
M. A. Espié, directeur du Service sérologique, à Sfax;
M^{lle} Marcelle Nicolle, chargée du service des nouvelles vaccinations;

M. le professeur A. Wassilieff, chef du laboratoire de l'hygiène;
M. le docteur Reynal, chef du Bureau municipal d'hygiène;
M. le docteur Ugo Lumbroso.

Parallèlement à son œuvre proprement scientifique, l'Institut Pasteur de Tunis étend de plus en plus son action bienfaisante en se mettant quotidiennement à la disposition du public et des médecins pour des analyses, pour la préparation et la distribution des sérums et vaccins, etc.

Une brève statistique, établie pour l'année écoulée, permettra de se rendre compte de l'activité déployée dans ces divers domaines :

Traitement antirabique (1.345 personnes traitées en 1930).

Vaccination antivariolique (1.058.346 doses de vaccin jennérien préparées et délivrées en 1930).

Analyses médicales (27.063 en 1930, ainsi que 2.804 opérations).

Fermentations (528 préparations de levures diverses en 1930).

Vaccins microbiens et filtrats (86.000 doses préparées et délivrées en 1930).

Sérums (18.567 sérums divers délivrés en 1930).

Médecine vétérinaire (un décret récent vient de rattacher aux services ci-dessus mentionnés les services vétérinaires qui fonctionnaient jusqu'ici à l'Institut Arloing).

Ajoutons que deux laboratoires annexes de l'Institut Pasteur (laboratoires régionaux) fonctionnent l'un à Sousse, sous la direction de M. H. Diacono; l'autre à Sfax, sous la direction de M. A. Espié.

La guerre même n'a pas ralenti l'activité de l'Institut, qui, outre ses travaux normaux, a été amené à jouer un rôle important dans les travaux d'hygiène. Malgré la mobilisation qui avait réduit un moment son personnel supérieur à son seul Directeur, la vie scientifique de la maison n'a pas été suspendue. La production des sérums antidiphthérique et antitétanique a été organisée dès août 1914, la production du vaccin antivariolique a été poussée de manière à suffire aux besoins locaux des armées de terre et de mer.

L'Institut a aussi joué un rôle éminemment bienfaisant dans la lutte contre le choléra, le typhus et les maladies importées par l'armée serbe recueillie à Bizerte et par les réfugiés de la flotte Wrangel.

Bref, en temps de guerre comme en temps de paix, ce foyer de recherches et de prophylaxie s'est montré à la hauteur de sa tâche. Son personnel mobilisé a rempli son devoir sur les divers fronts. Un de ses agents, M. Alfred Jeannot a été tué; un autre, M. E. Chatton, blessé sur le front français.

C'est ici le lieu d'accorder un souvenir pieux à un des plus éminents collaborateurs de l'Institut, au regretté docteur Conseil, qui, mobilisé lui aussi en Serbie, y a rendu de signalés services, et qui, s'il n'a pas été victime de la guerre n'en est pas moins mort au champ d'honneur des médecins succombant à la tâche après la récente épidémie de peste.

CONCLUSION

L'exposé qui précède nous dispense d'une longue conclusion.

Si l'autorité incomparable du docteur Charles Nicolle, fruit de ses admirables découvertes, qui lui ont valu successivement le Prix Osiris, puis le Prix Nobel, a conquis à l'Institut Pasteur de Tunis une renommée mondiale partagée par le maître et ses collaborateurs, il faut rendre hommage en partie de ces résultats au Gouvernement du Protectorat, aux Résidents généraux, aux Secrétaires généraux et Directeurs généraux de l'Intérieur, qui ont compris dès l'origine l'éminente utilité de l'institution et qui lui ont fourni libéralement les moyens de développer et d'étendre son action bienfaisante.

Dans l'introduction d'une thèse inaugurale présentée devant la Faculté d'Alger, nous écrivions naguère, au risque de froisser cer-

taines susceptibilités : « Devant l'utilité considérable de ces découvertes réalisées, parmi tant d'autres, par le docteur Charles Nicolle et ses collaborateurs précieux et fidèles, nous admirons l'œuvre immense de l'homme de science et de bien qui dirige, depuis vingt-cinq ans, l'Institut qu'il plaça parmi les premiers du monde. Sa gestion glorieuse et hautement féconde a provoqué les inestimables découvertes qui ont fait rejaillir sur la Tunisie, sur l'Afrique du Nord et sur la France une renommée universelle. Le rayonnement de ce centre scientifique de Tunis s'étend bien au delà de la mer latine. »

Qu'il nous soit permis de terminer cet exposé sur l'évocation d'un juvénile enthousiasme, qui n'a pas été sans contribuer à nous faire embrasser la carrière médicale.

Le docteur Charles Nicolle et ses collaborateurs, l'Institut Pasteur de Tunis, ont bien mérité de la France et de l'Humanité.

BIBLIOGRAPHIE

Notice sur l'Institut Pasteur de Tunis, avril 1926. — Imprimerie Barlier et C^{ie}, Tunis 1926.

En l'honneur du 25^{me} Anniversaire de Direction de l'Institut Pasteur de Tunis, du Docteur Charles Nicolle (1903-1927), Tunis, 28 avril 1928. — Imprimerie J. Barlier et C^{ie}, Tunis.

D^r JEAN TREMSAL. — Un siècle de Médecine Coloniale Française en Algérie, 1830-1929. — Imp. J. Aloccio, Tunis, 1929.

L'Hygiène et la Médecine en Tunisie en 1806

d'après le Docteur Louis FRANK

ancien médecin du Bey de Tunis, du Pacha de Janina et de l'Armée d'Egypte (1)

—(0)—

Rappeler, à propos d'un cinquantenaire, ce qu'étaient l'hygiène, la médecine et les médecins en 1806 à Tunis, paraîtra peut-être à bien des lecteurs remonter trop loin dans le passé. Après nous avoir lu, peut-être conclueront-ils comme nous, que la mentalité du Tunisien, en ce qui concerne la médecine, et les médecins, a moins évolué entre 1806 et la signature du Traité du Bardo, qu'entre 1914 et l'époque actuelle.

C'est en effet la guerre de 1914, qui agissant sur des individus, sans doute déjà préparés, a profondément modifié les idées et les mœurs de la population indigène. Le séjour prolongé en France d'un grand nombre d'entre eux, soit comme militaires, soit comme ouvriers, les soins qu'ils ont reçus dans les hôpitaux des grandes villes, ou dans les formations sanitaires de l'armée, ont plus vite agi pour modifier les masses populaires que trente ans de Protectorat.

C'est depuis la guerre que nous voyons venir du fin fond de la Tunisie, des malades qui se font faire une (tesouira) (radiographie). Ils la portent dans le capuchon de leur burnous, pêle-mêle avec de nombreuses spécialités aux étiquettes multicolores, et la présentent triomphalement à l'avant-dernier médecin qu'ils consultent. Ils la présentent, la tête en bas et les pieds en l'air, si l'on peut dire, ils n'y comprennent rien du tout, c'est entendu; mais la plupart d'entre eux n'accepteraient plus d'être soignés sans cet examen.

Avant la guerre, le seul radiologiste que possédait Tunis, le regretté docteur Adda, le jeune, m'avait raconté qu'il avait toutes les peines du monde à faire comprendre aux clients qu'il était autre chose qu'un photographe; un jour un client refusa de le payer, estimant trop chère l'épreuve qu'on lui remettait; il s'en alla, en faisant claquer les portes, déclarant que pour un prix très inférieur, son photographe ordinaire, lui en donnerait bien une douzaine de pareilles !

(1) L'Univers MDCCCLXII.

L'évolution a d'ailleurs été bien moins rapide dans l'élément féminin, de sorte qu'on retrouve dans le peuple, une foule de préjugés, habitudes, croyances ou superstitions signalées par Frank en 1806.

C'est d'ailleurs une curieuse figure que celle de ce confrère, né en Belgique d'une famille originaire de France, et qui faisait ses études de médecine à l'Université de Pavie, quand les armées françaises pénétrèrent en Italie en 1794-95. Il quitta l'Université pour suivre les armées françaises, fit la campagne d'Égypte, visita Tunis, partit en Épire, devint médecin du Pacha de Janina, s'échappa clandestinement de ce pays peu sûr, revint à Tunis, y fut médecin particulier du Bey et alla finir ses jours à Alexandrie (d'Italie) où il avait été nommé directeur du grand Hôpital Militaire.

C'était un très bon observateur, qui cherchait à acquérir, ainsi qu'il le dit lui-même, la « certitude oculaire » même quand les faits lui étaient rapportés par des personnes dignes de foi. C'est ainsi qu'il s'en va au marché des Nègres, parce que beaucoup d'habitants de Tunis, et même quelques nègres, lui avaient assuré qu'on rencontrait quelque fois parmi les esclaves exposés en vente au Marché, des noirs d'une caste vraiment anthropophage, et qu'on les reconnaissait à ce qu'ils avaient une petite queue, ou une prolongation de l'os du coccyx.

Les marchands d'esclaves, les Gellâbys, lorsqu'ils s'en apercevaient en faisaient faire l'extirpation; aussi, avant d'acheter, était-il essentiel d'examiner soigneusement si l'on ne découvrait aucune cicatrice à l'endroit où cette excision devait avoir eu lieu. Il se donne beaucoup de peine, pour en acquérir la certitude oculaire et il déclare que non seulement il n'a pu l'obtenir personnellement, mais encore qu'il n'a pu recueillir de tous ceux qu'il a consultés à ce sujet que des réponses insuffisantes. Je crois qu'après un tel exemple, nous pouvons nous fier à un observateur aussi scrupuleux et tenir pour vrai tout ce qu'il déclare avoir vu par lui-même.

Les pouvoirs publics se souciaient alors fort peu de l'hygiène; l'article du docteur Comte nous montre que cette mentalité avait presque entièrement disparu à sa première visite en Tunisie; cependant il existait déjà un service de santé maritime; il n'était pas dirigé par un médecin; le Bey tenait à la Goulette un aga, qui avait l'ordre de ne laisser descendre personne à terre, quand un

navire venait d'un pays suspect de peste. Il était aussi chargé d'interdire l'entrée du vin, eaux de vie et liqueurs. La petite île de Chikly, avec le vieux fort, qui tombait déjà en ruine, servait de lazaret aux marchandises prohibées, ainsi qu'à quelques personnes atteintes de la peste.

C'était d'ailleurs la seule organisation sanitaire officielle, la ville était dans un état de saleté repoussante, et le lac El Bahira servait depuis toujours de dépotoir aux immondices des rues et des latrines.

Les bas-fonds du lac se trouvant entièrement à sec pendant les fortes chaleurs, laissaient à découvert un limon fangeux et infect, d'où s'exhalaient des gaz à odeur de latrine. Frank note d'ailleurs que ces exhalations très fétides n'influent que très rarement sur la salubrité de l'air et sur la santé des habitants. La même remarque a été faite en 1885 par Guy de Maupassant, et elle peut être malheureusement encore renouvelée de nos jours.

Comme médecin, Frank se demande comment cet air corrompu, et par les émanations du lac, et par la corruption des charognes d'animaux morts, qu'on trouve souvent aux coins des rues, et dans les impasses peu fréquentées n'a jamais provoqué de maladies épidémiques. Il cite l'opinion du docteur Shaw qui avait fait la même réflexion avant lui, mais nous serions bien étonnés s'il admettait l'explication de son confrère, qu'il juge trop peu scientifique.

Shaw pensait que les miasmes étaient neutralisés par les émanations salutaires de la grande quantité de broussailles aromatiques qu'on brûle journellement dans les fours nombreux qui servent tant à calciner la chaux, qu'à cuire le pain. Explication ingénieuse mais que la science du docteur Frank repousse avec dédain; pour peu qu'on soit versé dans les sciences physiques, on sait que le feu en lui-même, peut vicier l'atmosphère en consommant une trop grande quantité d'oxygène ! Le gaz qui donne cette mauvaise odeur spéciale à Tunis, c'est l'hydrogène sulfuré, car l'or et l'argent, s'ils ne sont pas scrupuleusement enfermés, noircissent très rapidement (1). Or, l'hydrogène sulfuré est un gaz de la plus grande légèreté, il est entraîné par les vents qui agitent continuellement l'atmosphère, c'est donc aux vents seuls qu'il faut attribuer la salu-

(1) Le même fait a été observé en 1930 par un de nos amis habitant l'extrémité de la Rue de Colmar.

brilé de l'air à Tunis, malgré les obstacles qui sembleraient devoir s'y opposer.

Il trouve une nouvelle preuve du rôle salulaire des vents, dans le fait suivant : les bassins d'eau dans les patios, surtout à la campagne qui sont rarement vidés et rarement nettoyés, dégagent à l'approche de l'automne, une grande quantité de gaz hydrogène; ce gaz, quoique léger, n'étant pas chassé par les vents, s'accumule et occasionne les ophtalmies ou même des fièvres ataxiques ou pernicieuses.

L'observation est juste, la relation entre les eaux stagnantes et les fièvres paludéennes, car c'est évidemment d'elles dont il s'agit, parfaitement bien indiquée, l'explication scientifique, conforme aux théories miasmiques de l'époque est fausse, quoiqu'elle trouve encore d'ardents défenseurs en Algérie, et la suppression des eaux stagnantes dont il recommande la suppression, reste toujours un des buts principaux de la lutte anti-paludéenne.

D'après Frank, les Tunisiens, moins partisans du café que les autres peuples orientaux, étaient tous adonnés au vin et à l'eau-de-vie, la surveillance du Directeur du Service de Santé Maritime devait de temps en temps se relâcher; en tout cas, on ne pourra plus accuser les pays civilisés d'avoir apporté aux populations indigènes, l'alcoolisme, comme principal bienfait de la civilisation européenne, l'opium non plus, car notre confrère a connu des clients qui en consommaient depuis un quart d'once, jusqu'à un demi-once par jour. Les buveurs de boukha, les fumeurs de kif, et de chira, sont toujours nombreux en Tunisie comme aux temps jadis. Nombreux aussi sont les clients qui se plaignent de bonne heure d'un épuisement et d'une impuissance plus ou moins complète; nombreux sont les confrères consultés par les indigènes pour connaître les moyens efficaces pour rétablir leur vigueur primitive, quand ils ont épuisé tous les remèdes des sorciers, et des vendeurs de cantharide, (debana El Hend). On pouvait en acheter, il y a quelques années encore, chez les épiciers du Souk El Belat, qui les livraient sans être réduites en poudre (1).

Quant au vice honteux, qui outrage à la fois la nature et les lois morales, et dont la plume de Frank se refuse à écrire le nom, et

(1) Un décret a paru en mars 1913 réglementant la vente des produits pharmaceutiques.

qui était trop répandu, les chroniques judiciaires nous montrent de temps en temps, qu'il n'a pas complètement disparu.

Chez les femmes, il a signalé l'embonpoint qui leur donne des formes plus que potelées, et qui fait ressembler leur marche à celle des cannes de nos basses-cours. Malheureusement, il lui paraît inutile d'indiquer les moyens assez étranges qu'emploient les femmes pour engraisser, car il est persuadé que cette mode n'obtiendra jamais de faveur parmi les femmes européennes.

Il conseille simplement d'user des aliments les plus nourrissants et de leur associer l'emploi fréquent des médicaments de la classe des confortatifs. D'après le docteur Bouquet, pharmacien des hôpitaux de Tunis, on désignait alors sous ce nom les médicaments susceptibles d'accroître l'activité vitale; il y avait les stimulants excitants : poivre, muscade, piment, cannelle, etc.; les excitants diffusibles, les stimulants carminatifs : cumin, carvi, anis; les stimulants nervins : thé, café, safran; les stimulants aphrodisiaques : musc, cantharides, et les stimulants spiritueux : vin, alcool, etc. De nos jours, bien des Arabes et des Européens aussi, usent, sans le savoir, des médicaments de la classe des confortatifs.

Les femmes musulmanes pour les mêmes raisons qu'aujourd'hui consultaient souvent le médecin sur les moyens qu'elles pouvaient employer pour devenir enceintes, et déjà, les femmes mauresques avaient réussi à accréditer une opinion aussi déraisonnable que ridicule : l'enfant «ragued fi el kerch» : cet enfant, spécial à la pathologie tunisienne, une fois conçu, qui dort plusieurs années dans le sein de sa mère, et n'en sort qu'à son réveil, après une gestation prolongée, contre les lois de la nature. Notre confrère a vu des femmes attestant que leur enfant avait dormi plusieurs années, et prétendant que l'accouchement avait été séparé de la conception par un intervalle de six à huit ans.

Il a de suite saisi l'intérêt qu'avaient les femmes à répandre cette croyance, mais il comprend beaucoup moins la naïve confiance de l'élément masculin. Le fœtus endormi existe toujours, et probablement comme autrefois, certaines y croient fermement, et d'autres, font semblant d'y croire, mais c'est une croyance si utile, si providentielle dans certains cas, qu'elle résistera encore longtemps avant de disparaître devant les progrès de la civilisation.

Les maladies les plus fréquentes à Tunis, étaient les diarrhées

provoquées par les fruits mangés avant leur parfaite maturité, et causées surtout par l'abricot qui jouit encore d'une mauvaise réputation chez les Arabes, la dysenterie, les coliques, les fièvres intermittentes, putrides et les ophthalmies. Comme maladies chroniques: l'asthme, l'hydropisie, l'apoplexie, la paralysie, les scrofules, la gravelle, les catarrhes, les affections cancéreuses, etc. Il est curieux de voir que dans cette énumération les maladies vénériennes et surtout la syphilis ne soient pas spécialement signalées, cette dernière devait cependant exercer ses ravages parmi les populations indigènes et ses mutilations caractéristiques du nez et du voile du palais ne pouvaient passer inaperçues d'un aussi bon observateur. Elle était peut-être si fréquente et si banale, aussi bien en Europe qu'en Afrique, qu'il ne lui a pas paru utile de la signaler; et puis à cette époque, elle ne passait pas pour un fléau social. Le typhus, non plus n'est pas spécialement désigné, il devait cependant le connaître, ayant suivi les armées en Italie et en Egypte. Il a, par contre, signalé l'éléphantiasis qu'on retrouve de nos jours, et contre laquelle nos moyens thérapeutiques sont aussi inopérants que ceux d'autrefois.

La seule maladie sur laquelle il insiste particulièrement c'est la peste, les autres étant trop connues et leur traitement trop banal sans doute pour qu'il croie devoir en parler, et c'est bien malheureux pour nous, car nous aurions été curieux de savoir, ce que faisaient les malades et les médecins.

Pour la peste, importée en 1785 par un bateau de Constantinople, le Bey, qui paraissait, en temps normal, se soucier fort peu de l'hygiène, avait fait placer dans la salle d'audience une barrière qui empêchait qu'on ne pût l'approcher, abolit le cérémonial du baise-main, et ne recevait plus de papiers sans les avoir trempés dans du vinaigre. Sur les conseil des consuls, il avait défendu d'inhumér dans les cimetières de la ville, et ordonné de creuser les fosses des sépultures à six pieds au moins.

Frank avait remarqué l'immunité dont jouissaient les porteurs d'huile, ainsi que les porteurs d'eau dont les épaules nues sont continuellement en contact avec des outres fortement imprégnées d'huile; mais dès qu'ils quittaient leurs habits imbibés d'huile et qu'ils se purifiaient au bain, ils contractaient la contagion aussi facilement que les autres habitants. Il conseille les frictions d'huile sur tout le

corps comme moyen préservatif de la contagion, et même comme un puissant moyen curatif des pestiférés. Il recommande à celui qui opère les frictions, de s'oindre auparavant, le corps tout entier d'huile, de prendre les précautions usitées, vêtements de toile cirée, chaussures de bois, etc., et d'éviter avec soin le souffle des malades et surtout de conserver beaucoup de sang-froid et de courage.

Ses observations l'avaient donc amené à penser que la contagion se faisait par la peau dont les pores absorbaient le contagé. L'observation est parfaite puisqu'il s'agit de la peste bubonique, mais notre confrère n'a pas beaucoup de chances avec ses explications pathogéniques. Il est vrai que le rôle du rat et de la puce n'est guère connu que depuis 1894.

La médecine était exercée, à cette époque, par des Européens, des Juifs ou des Maures. Il ne cite qu'un de ses confrères européens son compatriote et ami Zehler, natif de Strasbourg, qui, pendant un certain nombre d'années, a suivi en qualité de médecin et de chirurgien du corps expéditionnaire les troupes qui allaient recueillir les impôts jusqu'au Beled El Djerid.

Il est bien malheureux pour nous qu'il n'ait pas passé individuellement en revue les membres de la Faculté Tunisienne, qui, en général, étaient des anciens courtiers interprètes des médecins européens. Ce cornac médical, en général Juif, qui dans le fond n'était qu'un domestique, marchait devant son maître, lui indiquait les rues, servait d'interprète et d'intermédiaire, achetait les provisions du jour, préparait sous les yeux du docteur, les tisanes, infusions, décoctions, médecines, etc. Au bout d'un certain temps, les Maures le confondaient avec le médecin qui l'employait, et souvent préféraient les consultations du valet médecin aux consultations du docteur, parce qu'elles étaient d'abord gratuites, puis ensuite payées par quelques légers cadeaux, puis finalement par une rétribution fixe, avec un tarif au rabais.

Il est probable que la situation devait être assez lucrative malgré le tarif au rabais, puisque le fils succédait à son père, et transmettait le titre à ses descendants (sans besoin d'études ni d'instruction).

Je crois que de nos jours, si l'on ne voit plus beaucoup de confrères flanqués d'interprètes, on assiste encore à l'éclosion spontanée en Tunisie de dentistes et sages-femmes tolérés dont la science empirique égale celle des anciens médecins juifs.

On comprend que Frank blâme la tolérance d'un prince ignorant l'importance qu'il devrait mettre à surveiller une classe d'individus dont l'ineptie peut occasionner des maux incalculables à ses sujets. (1)

Il y avait, opposée à la faculté juive, une faculté maure, qui comptait au moins vingt-cinq soi-disant médecins, et cette faculté avait un chef appelé El Hakim Bâchy, aussi ignorant que ses collègues, et avec lequel les médecins européens avaient tout intérêt à avoir de bons rapports.

Les médecins maures ne connaissaient guère comme remèdes que le cautère. La faculté maure a disparu, mais la confiance de la population dans le cautère a subsisté jusqu'à nos jours. Tous les médecins sortis de cette faculté ne connaissaient guère qu'un seul livre celui d'Avicenne, heureux âge pour les étudiants ! Certains d'entre eux avaient, outre cela, quelques manuscrits sur la matière médicale, mais la teneur en était toujours basée sur les théories de cet ancien auteur. Leur pathogénie était aussi simple que leurs études, deux grandes divisions, maladies occasionnées par l'excès de la chaleur ou d'échauffement, maladies dues à des causes froides.

Quant aux maladies chroniques elles étaient causées par la pituite ou l'acreté du sang.

Les malades du bled ont gardé cette division des maladies, *merd el chems* pour les affections aiguës, *el oukhenn*, pour les affections chroniques.

Déjà les malades chrétiens, maures ou juifs aimaient à faire des consultations avec un grand nombre de médecins, « cette habitude d'ailleurs ne s'est pas perdue », et ces consultations ressemblaient bien plus à une assemblée populaire, qu'à une société de gens instruits réunis pour l'avantage du malade. Plusieurs médecins y parlaient à la fois, l'un proposait des corroborants, l'autre des déboustruants, sans que ni l'un ni l'autre motivât d'une manière raisonnable des prescriptions aussi opposées; le troisième opinait pour une multiplicité de remèdes compliqués dont il expliquait les vertus par les théories les plus absurdes et les moins logiques; un autre enfin prétendait qu'on administrât exclusivement les remèdes

(1) Nous croyons savoir qu'un décret sur l'exercice de l'art dentaire en Tunisie est à l'étude.

qu'il proposait, sans daigner donner la moindre explication ni soumettre aucun raisonnement au jugement de ses confrères.

Ces consultations n'avaient qu'un seul mérite, leur modicité, leur prix ordinaire était de 7 fr. 50. Les visites simples coûtaient 3 fr. 50 et sur cette somme, le médecin qui était en même temps pharmacien, droguiste, devait fournir les médicaments nécessaires, et même faire une seconde visite, s'il le jugeait indispensable. Le forfait existait pour les maladies chroniques; je crois bien qu'il existe encore en Tunisie; et il y avait aussi de mauvais payeurs; il était prudent de faire payer d'avance la moitié du prix convenu. Si on n'insistait pas sur cette dernière condition on avait fréquemment les plus grandes peines à obtenir le paiement de ses soins.

Au reste, dit Frank, comme les malades se lassent quelquefois du traitement, ou quand ils viennent à mourir, il est bon que le médecin ait quelque paiement d'avance en main, d'autant plus qu'il éprouve souvent les plus grandes difficultés pour retirer après la cure le restant de ses honoraires; car il arrive souvent qu'un maure délivré de son mal, n'en rapporte la guérison qu'au secours de la divinité, et non aux soins qu'il a reçus du médecin. »

Je pense que bien des confrères trouveront que ces paroles n'ont rien perdu de leur actualité, et que sur ce point particulier, l'exercice de la médecine n'a pas beaucoup changé en Tunisie et justifie la publication de notre étude de la médecine il y a cent ans dans ce numéro du cinquantième.

Toujours actuels aussi, et jouissant d'une grande réputation chez les indigènes, les moyens curatifs, annulettes, papiers avec versets du Coran; on voit encore venir à la consultation de Sadiki, des malades atteints de phlegmons, abcès, érysipèles, sur lesquels un descendant de la faculté maure a tracé des versets du Coran.

Les talismans par prières gravés ou non gravés ont perdu de la faveur populaire; je n'ai jamais entendu parler de la turquoise comme spécifique souverain contre la jaunisse et les affections bilieuses, ni du jaspé sanguin et de la gemme rouge coralline ou sardoine, contre les flux de sang et les hémorragies, ni des propriétés de la turquoise, qui augmentait autrefois la qualité et l'abondance du lait.

Il y avait à Tunis quatre hôpitaux pour les Musulmans, mais le docteur Frank n'en dit pas plus et paraît les avoir rarement fre-

quentés. Ils devaient être réservés aux médecins et chirurgiens juifs ou maures dont le rôle nous paraît maintenant bien extraordinaire. Le Bey faisant ordinairement couper le poignet aux voleurs, ceux-ci, la sentence prononcée, étaient conduits, pour être opérés !!! à l'Hôpital Maure, où un Juif exécutait le jugement, et amputait tant bien que mal la main dans l'articulation avec un mauvais couteau.

Autrefois on trempait le moignon dans du goudron chaud, il en résultait ce qu'il pouvait au mutilé, mais aujourd'hui, dit Frank, on fait quelquefois une ligature aux grosses artères, ou bien on les tamponne avec de la charpie, sans s'inquiéter aucunement des suites de l'opération. La main coupée est attachée à une ficelle et suspendue au col du voleur, qui, ainsi châtié, est promené par la ville, assis à rebours sur un âne, au milieu des huées générales.

Et maintenant nous allons comprendre pourquoi, sans fréquenter intimement le doyen de la Faculté des médecins maures, El Hakim Bachy, il était prudent d'avoir avec lui de bonnes relations. El Hakim Bachy, profitait souvent de l'occasion de ces supplices pour se venger du dédain des chirurgiens européens, il les faisait appeler par des soldats et les contraignait à pratiquer cette opération ? Il fallait s'exécuter ou verser quelque argent entre les mains de l'Hakim Bachy, qui faisait faire l'amputation par un Juif. Quand les hasards de la clientèle amenaient les médecins ou chirurgiens européens dans les parages des quatre hôpitaux, ils devaient faire de savants détours pour arriver chez leurs clients sans être aperçus par leur tout puissant confrère.

Si Frank nous décrit avec indignation cette opération répugnante, il ne semble pas s'émouvoir beaucoup de la façon simpliste dont on exécutait les Turcs condamnés à la strangulation. On envoyait prendre dans la ville quelques chrétiens ou des taverniers grecs transformés par force pour la circonstance en bourreaux : deux d'entre eux enlacent au col du patient une corde bien frottée de savon, deux autres saisissent la corde, qu'ils attachent également à chacun de leurs pieds, et tous les quatre tirent de concert des pieds et des mains, jusqu'à ce que la mort s'ensuive.

L'étranglement avait été remplacé par la pendaison, les taverniers grecs avaient cédé la place aux patrons des maisons de prostitution indigène, mais la pendaison était toujours une strangula-

tion lente, pendant laquelle le malheureux supplicé continuait à vivre et à souffrir, quelquefois pendant plus d'un quart d'heure. Quelques années avant l'article du docteur Nicolle et Brunswic-Le-Bihan (1), un pendu décroché de la potence, et livré à la famille, s'était relevé, pendant qu'on procédait aux ablutions rituelles. Grâce à cet article qui laisse transpercer sous des flots d'ironie l'indignation de nos deux confrères, l'Administration a modifié ses procédés et donné satisfaction à l'opinion locale qui protestait contre la lenteur du bourreau et l'imperfection du matériel.

(1) Presse Médicale, 1904, N° 7, page 50 : une pendaison à Tunis.

La Société Française de Bienfaisance de Tunis

au point de vue médical et assistance publique

par le D^r A. ROUQUIE

—(0)—

La Société Française de Bienfaisance de Tunis a été fondée le 5 octobre 1882, et reconnue d'utilité publique par un décret du 5 février 1898.

Elle est due à l'initiative de MM. Roustan et Cambon, ministres plénipotentiaires à Tunis, secondés par un groupe de Français qui avait en vue de venir en aide aux familles nombreuses, aux miséreux et aux sans-travail, souvent venus de France cherchant à se créer une situation dans ce pays neuf de Tunisie, où la France venait d'étendre son aile protectrice.

En présence d'une multiplicité extrême de devoirs et d'une grande diversité de races et d'intérêts, l'Etat français s'ingéniait à organiser en faveur de ses nationaux et avec le minimum de frais, une œuvre analogue à celle que remplissent en France les « Bureaux de bienfaisance » relevant en général des Municipalités et où, en dehors des attributions de secours, il existe en même temps des dispensaires pour les soins médicaux aux malades ou accidentés. Mais il y avait alors plus urgent. Aussi, tout entier occupé en première ligne aux questions du relèvement des indigènes et à l'assistance hospitalière obligatoire pour toutes les races vivant sur le sol de Tunisie, le Gouvernement français s'était forcé à créer à la Résidence Générale un bureau de secours dont les fonds étaient attribués, soit aux miséreux, soit à l'œuvre du rapatriement, car un certain nombre de Français venus en explorateurs pour chercher du travail, se trouvaient réduits à solliciter leur retour en France en raison des difficultés de la situation et du manque de travail.

La Société Française de Bienfaisance, d'initiative privée, vint combler la lacune, et par une organisation hardie devint un fragment de l'Assistance publique; celle-ci était presque tout entière à créer, mais nécessitait une dépense considérable à laquelle il était impossible de faire face sous peine de voir plier le pays sous le poids impopulaire des impôts.

Heureusement, le régime du Protectorat est un régime très sou-

ple qui a permis à la longue de donner satisfaction à presque tous les desiderata des races et des religions et de solutionner un à un les multiples problèmes de la Régence.

Le Gouvernement comprit l'utilité que l'on pouvait tirer de l'initiative privée de cette création de Société Française de Bienfaisance et lui octroya immédiatement les fonds nécessaires pour l'organisation de consultations internationales gratuites avec délivrance de médicaments et pour devenir l'assistance publique relative à l'Enfance abandonnée et aux vieillards indigents ayant besoin d'être secourus.

Cette Société n'a donc pas d'équivalent en France, et depuis près de 50 ans qu'elle fonctionne on a pu étudier comment le mécanisme s'est comporté et pourquoi elle reste encore plus que jamais fraction de l'assistance publique d'Etat.

Comment toutes les conditions requises pour l'organisation d'un dispensaire et sa tâche relative à l'Enfance abandonnée et aux vieillards ont-elles pu être remplies, c'est là l'historique de la Société; elle a su profiter de circonstances favorables au début et continuant cette œuvre avec persévérance et tenacité, elle s'est imposée à l'opinion publique et au Gouvernement Français qui lui a constamment témoigné toute sa sollicitude.

Dans la rue Sidi-Ali-Azouz, il existait en plein quartier arabe un vieux palais abandonné qui avait servi de caserne aux janissaires turcs. Le Gouvernement Français l'avait transformé en Hôpital St-Louis pour ses nationaux, l'Hôpital Militaire du Belvédère ayant été réservé uniquement aux soins et au traitement des militaires de la Division d'Occupation de Tunisie.

Le Résident général M. Millet, frappé par l'importance de la colonie française et l'étroitesse des locaux affectés aux malades civils à Tunis décida l'abandon de la vieille caserne où l'on pouvait soigner une quarantaine de malades et où il n'existait aucune chambre préventive ni d'isolement. Le docteur Bastide, alors médecin et directeur de l'Hôpital Saint-Louis, avait fort à faire pour tenir tête avec des moyens extrêmement réduits aux nombreuses épidémies qui ravageaient la Régence : le Paludisme, la Typhoïde, le Typhus régnaient à l'état endémique; et le Choléra parfois avec la Peste faisaient des apparitions imprévues qui inquiétaient sérieusement la population, l'hygiène étant complètement

inexistante parmi les Indigènes, sauf peut-être chez les Israélites où les lavages à grande eau étaient pratiqués assez souvent et où la mortalité était de beaucoup la plus faible.

A l'Hôpital Saint-Louis existait un embryon de pharmacie où l'on préparait quelques ordonnances, les autres étant fournies par la pharmacie Chabert. Le nom de M. Chabert, décédé, vice-président de la Municipalité de Tunis, est un de ceux auxquels la France doit le plus en Tunisie; c'est un hommage posthume bien légitime rendu à celui qui fut également président de la Société Française de Bienfaisance de Tunis.

Le Résident général M. Millet trouva une solution de choix pour le problème difficile de l'Assistance publique en Tunisie. Il décréta la construction de l'Hôpital Civil Français actuel à la Porte de Bab-el-Allouche, l'attribution de l'Hôpital Saint-Louis à la Société Française de Bienfaisance pour y installer ses services et la création d'une Direction de l'Hygiène à Tunis dont le docteur Bastide, président de la Société Française de Bienfaisance, devint le premier directeur.

Les locaux de l'Hôpital Saint-Louis furent affectés aux orphelins de la Société Française de Tunis; un service de consultations internationales gratuites avec délivrance de médicaments accessible à tous les malades de n'importe quelle nationalité fut créé sous la direction de Chabert, et un médecin de l'Hôpital Civil Français le docteur Bruch fut chargé des consultations médicales au petit dispensaire de la Société, les ordonnances médicales étant effectuées par un aide pharmacien attaché à la Société Française de Bienfaisance; le service des orphelins était assuré par M^{me} le Docteur Gordon.

Telle était au point de vue médical la situation de la Société Française de Bienfaisance en 1900.

Il est facile de comprendre que si la Société Française de Bienfaisance n'avait pas été toujours encouragée par les Résidents généraux et fortement aidée par la Conférence Consultative représentant les élus de l'opinion publique d'alors, elle n'eût pu aboutir à réaliser ce vaste programme de l'assistance aux vieillards, à l'Enfance abandonnée et orphelins de père ou de mère, au service de consultations dans son dispensaire, de visites à domicile, à l'attribution de bons de vivres et de secours et à l'assistance par le travail.

Une subvention nécessaire et indispensable est donc accordée tous les ans à la Société Française de Bienfaisance pour assurer ce programme.

Sous les présidences successives du docteur Bastide, Chabert, Curtelin, aujourd'hui encore vice-président de la Municipalité de Tunis, Bignens et Giroud, président actuel, le champ d'action de la Société s'est constamment élargi, et l'on sent venir la crise d'étroitesse dans une armature trop petite pour satisfaire aux exigences de l'avenir; la vieille caserne menace ruine, l'air y est trop confiné pour les pauvres petits et le nombre d'enfants ne peut plus guère être augmenté, alors que les demandes d'admission deviennent de plus en plus pressantes.

Ce fut sous la présidence de M. Curtelin qu'on organisa les visites à domicile et le service médical fut amplifié sous la direction des docteurs Eichmuller et Naamé.

Pendant plus de dix ans, le service international de consultations gratuites fut presque seul existant à Tunis, exception faite des consultations particulières aux indigents effectuées dans les différents hôpitaux de Tunis; malheureusement, dans ces divers hôpitaux s'il y avait consultation, il n'y avait pas toujours délivrance de médicaments de la dite consultation, de telle sorte que le service de la Société où l'on délivrait en même temps les médicaments était le plus actif et le plus chargé. Il était chargé à en craquer et n'aurait probablement pu supporter longtemps un tel poids, si la création de nouveaux dispensaires n'était venue le soulager au moment opportun. C'est la venue de la Croix-Rouge Française en Tunisie, la création des dispensaires de l'Union des Femmes de France, de la Société de Secours aux Blessés, de l'OEuvre Villemin et d'un service spécial à l'Hôpital Civil Français qui ont amené la dérivation et déchargé le dispensaire de la Société de Bienfaisance d'une clientèle surabondante.

Aujourd'hui ce service est devenu celui des orphelins logés dans l'immeuble de la Société pour les soins hygiéniques et préventifs, pour l'examen des malades et la délivrance de médicaments et enfin surtout, il est resté un dispensaire de quartier, quartier populeux habité par un grand nombre d'italiens pauvres, venant consulter en raison des facilités qu'ils y trouvent et de l'accueil qu'ils y reçoivent; même les Français porteurs d'ordonnances d'un docteur

quelconque, non attaché à l'établissement, sont admis, après visa du gérant, à la délivrance des médicaments.

Le service est actuellement présidé par M. Bloch et assuré par le docteur Nicolas pour les consultations au dispensaire de la Société; les consultations à domicile ont lieu sur demande spéciale des intéressés à l'Administration de la Société.

En réalité, le Service de Médecine et Pharmacie de la Société — par suite de la création de nombreux dispensaires — n'a pas vu son ampleur s'accroître dans la même proportion que celle des autres services de la Société; le budget du service des consultations est resté le même que celui d'avant-guerre, soit 12.000 francs environ, comprenant le traitement des médecins, de l'aide pharmacien, de l'infirmière, des médicaments délivrés au Dispensaire et aux Petites Sœurs des Pauvres.

C'est donc avec un extrême minimum de dépenses que le Dispensaire de la Société Française fonctionne au bénéfice des malades secourus; il est certain que si le budget était plus élevé, le service des consultations gratuites internationales et à domicile pourrait être davantage amplifié.

Voici les résultats pour 1930 :

Nombre de consultations pour l'année 1930 : 4.067, se répartissant ainsi :

Visites à domicile	275	Hommes	419
Français	468	Femmes	1.033
Etrangers	3.324	Enfants	2.615
	<hr/>		<hr/>
	4.067		4.067

et comportant plus de 6.000 francs de médicaments distribués + 6.000 francs pour le personnel.

Des consultations gratuites ont en outre été données à des indigents par MM. les docteurs Cuénod, Houdard, Brugairolles et M. Richard, dentiste.

Les Services de la Société de Bienfaisance sont répartis en quatre sections : la première comprend l'Assistance générale et les secours aux vieillards; la deuxième comprend tout ce qui touche à l'Administration de la Société; la troisième comprend le service de consultations internationales gratuites et à domicile; la quatrième comprend la Pouponnière et tout ce qui concerne les Pupilles de la Société.

On se fera une idée très exacte de l'importance de la Société relativement aux services confiés à elle par l'Etat et si l'on songe que vers 1910, le Gouvernement Tunisien avait étudié la reprise par l'Etat des services confiés et que le docteur Bastide dans un rapport documenté avait demandé une subvention de plus de un million pour la réalisation de cette transformation, tandis que la Société de Bienfaisance assurait les mêmes services pour une somme bien inférieure de 10 à 15 fois plus faible. Et ceci se passait avant guerre; que serait-ce aujourd'hui ?

Aujourd'hui la subvention totale de l'Etat s'élève à près de 340.000 francs pour permettre, avec les cotisations des membres, la vie de la Société et la réalisation de ses offices qui restent concentrés sur l'entretien des pupilles, la vieillesse indigente et les secours en vivres accordés aux sans-travail ou à ceux dont le travail ne peut nourrir la famille.

Ce chiffre de 340.000 francs en apparence élevé est plutôt minime, car il n'assure aux vieillards secourus à partir de 60 ans qu'une faible somme de 30 à 40 francs par mois, bien dérisoire aujourd'hui pour les exigences actuelles, mais il témoigne de la sollicitude de M. Manceron, Résident général, de l'appui bienveillant de M. le Directeur de l'Intérieur ainsi que des membres du Grand Conseil que tous ont apprécié les services rendus par la Société à l'assistance publique.

On voit donc l'utilité de la Société Française de Bienfaisance, mais là ne se bornent pas les efforts du Président et du Comité dirigeant.

Elle a en outre créé un Bureau de Renseignements indispensables à connaître par les Sociétés philanthropiques et humanitaires qui attribuent des secours aux malheureux pour éviter les double et triple emplois — les miséreux se présentant à toutes les portes, c'est humain, mais se jouant parfois du manque de lien et de cohésion existant entre les diverses sociétés donatrices. Ce Bureau de renseignements est également chargé d'enquêtes discrètes pour savoir si l'intéressé est véritablement indigent et a droit à la gratuité absolue à l'hôpital, dans le cas où il est obligé de faire un séjour à l'hôpital.

La Société recueille dans son local les petits orphelins ou abandonnés au-dessus de 2 ans, dans le cas d'enfants de moins de 2

ans, elle les confie à des nourrices ou des personnes sur lesquelles elle exerce une surveillance permanente.

Elle prend en charge les enfants dont le père ou la mère sont admis à l'hôpital pendant la durée du traitement des parents à l'hôpital; elle assure l'existence des familles dont certains membres ont été mordus par des chiens ou chats enragés et qui suivent un traitement à l'Institut Pasteur de Tunis.

Au point de vue social elle a organisé l'OEuvre des chaussures aux Petits Français et elle collabore à l'œuvre des Colonies Scolaires de Vacances, ce qui permet un séjour à la montagne ou à la mer pour un certain nombre d'orphelins élevés par la Société et reconnus aptes à bénéficier de cette faveur.

Par cette multiplicité d'œuvres et d'efforts incessants vers le mieux-être, la Société s'est fait une place de choix à Tunis et d'autres Sociétés sont en voie de formation dans l'intérieur de la Tunisie.

Il faut retenir qu'elle décharge l'Etat d'une tâche écrasante qui nécessiterait un accroissement de fonctionnarisme et par suite une forte dépense.

En 1930 elle a assuré l'existence de 60 enfants au siège social, de 21 enfants secourus à domicile et placé 17 pupilles; la Pouponnière a accueilli 43 enfants pendant la durée du séjour des parents à l'hôpital et le nombre d'enfants au siège de la Société a varié entre 56 et 65; elle a secouru plus de 200 vieillards.

Quant à la crise de croissance de la Société en raison de l'insuffisance des locaux actuels, voici un projet permettant d'y parer : les services centraux administratifs resteraient au siège de la Société, et tout l'orphelinat serait transformé à la campagne dans la banlieue de Tunis en un bâtiment érigé sur la propriété du Bardo mise par la Direction de l'Agriculture à la disposition de la Société de Bienfaisance; cette propriété était affectée par la Société à l'Assistance par le Travail.

Pour la continuation de cette œuvre, tous les Français jouissant d'une situation aisée devraient faire partie comme membres de la Société, et en particulier tous les médecins français; la tâche d'un médecin n'est-elle pas de se pencher, pour les diminuer, sur toutes les tares et souffrances de l'humanité et c'est là précisément le beau rôle de la Société Française de Bienfaisance de Tunis.

L'effort de la Municipalité de Tunis en faveur de l'hygiène

—(0)—

Le bureau municipal d'hygiène de Tunis

par le D^r J. REYNAL,

Directeur du Service d'Hygiène de la Ville de Tunis

—(0)—

L'étude rétrospective des documents relatifs à la population de Tunis avant 1881 montre que les populations de la Régence et de sa capitale étaient fréquemment décimées par des épidémies meurtrières.

La fréquence et le développement de ces épidémies tenaient d'une part à la situation géographique de la Tunisie et, d'autre part, aux habitudes des populations qui, ignorantes des mesures prophylactiques, n'opposaient la plupart du temps, aux fléaux qui les frappaient, qu'un fatalisme inagissant.

L'administration centrale et l'administration municipale, dès le début du Protectorat français, se préoccupèrent du problème si important pour la collectivité, de la protection de la santé publique.

La lutte fut entreprise dès la première heure contre le retour et le développement de ces fléaux dont les vieux Tunisiens n'évoquent pas sans terreur le souvenir : variole, peste, typhus, etc... et à la disparition desquels deux Français ont attaché à jamais leur nom pour la plus grande gloire de la science française : le docteur Nicolle, Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis et le docteur Conseil, Directeur du Bureau d'Hygiène de Tunis.

L'Administration Centrale avait dès 1893 prévu d'organiser pour la ville de Tunis un service spécialisé d'hygiène.

En effet : le rapport au Président de la République sur la situation de la Tunisie porte au chapitre VI, parag. II — « Police sanitaire : Le Gouvernement a mis à l'étude la création d'un Bureau municipal d'hygiène auquel ressortiraient notamment, en cas d'épidémies l'élaboration et l'application des mesures prophylactiques. »

Le 15 février 1902 la loi sur la protection de la santé publique était promulguée en France et le 23 mars 1906, paraissait la circu-

laire ministérielle sur les Bureaux municipaux d'hygiène : (art. 19, 26 et 33 de la loi du 15 février 1902).

Le 17 septembre 1906 le Président de la Municipalité de Tunis rappelait à M. le Secrétaire général du Gouvernement Tunisien le rapport de 1893, à l'occasion de l'élaboration du règlement sanitaire pour Tunis; le 5 juillet 1908, le règlement sanitaire de la ville de Tunis était promulgué; l'arrêté du 2 août 1908 créait aussitôt le Bureau d'Hygiène municipal de Tunis et le regretté docteur Conseil fut appelé à diriger ce nouveau Service. Pendant 22 ans, ce distingué praticien dont la science n'égalait que la modestie veilla sur son fonctionnement.

Le docteur Conseil a défini le Bureau d'Hygiène municipal de Tunis et précisé le domaine de son activité dans la plaquette éditée par la Municipalité de Tunis (Exposition de Lyon 1912).

Le Bureau Municipal d'Hygiène a été institué pour l'application du règlement sanitaire.

Ce service a pour attributions :

1° *L'application des mesures sanitaires concernant les immeubles :*

- a) exécution du règlement sanitaire;
- b) avis sur les permis de construire au point de vue de l'hygiène;
- c) assainissement des immeubles insalubres;
- d) surveillance des fosses d'aisances, puisards (bétons, etc...);
- e) casier hygiénique des immeubles;
- f) désinfection; dératisation;
- g) surveillance des hôtels et logements loués en garni, des fondouks, des bains;
- h) surveillance des établissements insalubres, dangereux ou incommodés.

2° *Application des mesures sanitaires concernant les individus :*

- a) surveillance de l'exécution du règlement sanitaire;
- b) réception des déclarations des cas de maladies transmissibles ou contagieuses; contrôle de la prophylaxie et de l'isolement;
- c) vaccinations et revaccinations;
- d) statistique démographique et sanitaire;
- e) service médical de l'état civil;
- f) protection de l'enfance;
- g) hygiène scolaire (crèches, garderies, etc...);

h) hygiène alimentaire (surveillance des abattoirs, inspection des denrées alimentaires, contrôle de la qualité du lait, surveillance des halles, des fabriques de glace alimentaire);

i) surveillance de la prostitution au point de vue de la prophylaxie des maladies vénériennes;

j) ambulances urbaines.

3° *L'application des mesures sanitaires concernant les localités :*

a) assainissement général de la localité et de la voie publique;

b) surveillance des distributions d'eau potable, des puits et citernes;

c) surveillance des égouts et de l'épuration des eaux usées.

Le Bureau d'Hygiène est chargé de la surveillance quotidienne de l'état sanitaire de la ville. Il réunit les statistiques et tous autres renseignements concernant les cimetières, abattoirs, l'hygiène alimentaire et établit les tableaux de statistique périodique. Il consigne chaque jour sur un registre spécial les observations météorologiques ainsi que toutes les observations démographiques et médicales.

Il reçoit aussi les déclarations des maladies transmissibles ou contagieuses faites en conformité de la loi. Aussitôt la réception d'un avis de cette nature, il s'assure si toutes les mesures prescrites par les règlements en vigueur sont observées au point de vue de l'isolement, des précautions prises pour éviter la propagation du mal, de la désinfection des locaux contaminés, des linges et objets utilisés par le malade et en cas de transport à l'hôpital d'une personne atteinte de maladies épidémiques, des moyens employés pour l'y conduire.

Le docteur chargé du Bureau d'Hygiène propose à l'Administration les mesures qui lui semblent nécessaires pour enrayer les épidémies. Les statistiques sur les maladies épidémiques ou transmissibles recueillies, annotées et classées par le Bureau d'Hygiène sont tenues à la disposition des membres du corps médical de la ville, qui veulent les consulter, de telle sorte qu'eux-mêmes, en ce qui les concerne, puissent donner aux habitants, avec lesquels ils sont en rapport constant, toutes les indications qu'ils jugent utiles pour se préserver des maladies.

Lorsqu'un cas de maladie épidémique ou contagieuse se déclare dans un garni, hôtel garni, auberge ou fondouk, le chef du Bureau

d'Hygiène se rend pour constater la nature de la maladie et provoquer les mesures propres à en prévenir la propagation.

Chaque année est établi un rapport destiné au Conseil Central d'Hygiène sur la marche et les particularités du service.

Donc, la surveillance sanitaire de la ville et le contrôle de toutes les mesures de salubrité et de prophylaxie sont confiés au Bureau Municipal d'Hygiène.

Cet organisme est placé sous la direction scientifique d'un docteur en médecine. Un personnel permanent (inspecteurs de salubrité, secrétaires, agents de police, désinfecteurs et dératiseurs) un personnel adjoint (médecins chargés du contrôle des décès, médecins du service de la surveillance de la prostitution au point de vue de la prophylaxie des affections vénériennes, sages-femmes municipales, infirmières visiteuses, inspecteurs des denrées alimentaires) assurent la marche du service.

La salubrité et l'hygiène communales sont réglées par un règlement sanitaire de 1908 complété récemment (août 1930) et par des règlements et arrêtés de voirie.

Casier sanitaire : Le Bureau d'Hygiène a établi le casier sanitaire des immeubles.

Chaque fois qu'un nouvel immeuble est construit ou qu'une modification est apportée à un immeuble ancien le plan des travaux doit être soumis au visa du Bureau d'Hygiène qui établit le casier sanitaire de l'immeuble avec tous les renseignements qu'il lui est possible de recueillir (plans, destination des locaux, distribution d'eau, évacuation des matières usées, etc...). L'histoire de l'immeuble est ensuite continuée dans le dossier sanitaire où sont consignés tous les faits relatifs à cette habitation (décès, maladies contagieuses, désinfections, vidanges de fosses, blanchissement, correspondance échangée, causes d'insalubrité, etc.).

Surveillance des hôtels, logements garnis, fondouks, bains et établissements insalubres, habitations salubres à bon marché.

La plupart des hôtels de 3^{me} catégorie font l'objet d'une surveillance suivie ayant surtout pour but d'empêcher le surpeuplement des locaux et de découvrir les cas de maladies contagieuses. Pendant certaines épidémies tous les garnis et fondouks des quartiers infectés sont visités au moins une fois par semaine.

Assainissement des immeubles : Les immeubles sont visités régu-

lièrement par quartier. En outre, tous les locaux signalés soit par les plaintes des locataires ou des voisins, soit par les médecins municipaux, sont l'objet de visites détaillées.

Les causes d'insalubrité rencontrées sont signalées au propriétaire et une démarche amiable est d'abord tentée pour obtenir les améliorations nécessaires. En cas de non exécution, l'assainissement est poursuivi par les moyens légaux prévu au règlement sanitaire.

Désinfection : Dans une ville comme Tunis où la population très dense est confinée surtout dans le quartier indigène dans des espaces restreints et le plus souvent insuffisamment pourvus d'air et de lumière, l'organisation de l'hygiène et de la désinfection joue un rôle des plus importants.

C'est grâce à la désinfection en effet que l'on arrive à enrayer rapidement la propagation des maladies contagieuses en temps d'épidémies.

Les vêtements, le linge, la literie, l'air des chambres même, sont les véhicules ordinaires des microbes sournois et l'arsenal des engins et des produits de désinfection a été créé pour les combattre.

Le service municipal de désinfection de Tunis est installé dans les conditions habituelles, dans un bâtiment situé à l'Ouest de la ville (Bab-el-Allouch).

Ce bâtiment est pourvu du matériel (étuves à vapeur Geneste-Hercier, à formol Gonin, chambres de sulfuration, voitures spéciales pour le transport du linge souillé et du linge désinfecté, etc...) et du personnel nécessaire : deux équipes de désinfecteurs. Ce service municipal assure les désinfections en cours de maladies et en fin de maladies à la demande des médecins praticiens ou des familles ainsi que dans tous les cas de maladies dont la déclaration est obligatoire.

Ce service des plus utiles pour la protection de la santé publique de la ville, mérite même d'être ultérieurement développé par l'adjonction de bains-douches populaires.

Ambulances Urbaines — Transports des malades. — La Municipalité possède un service d'ambulances. Ce service d'ambulances réuni au service de désinfection est, comme lui relié par le téléphone et possède un poste de garde permanent lui permettant de répondre à toute heure du jour et de la nuit à tout appel.

En dehors du service municipal une société privée de bienfaisance, internationale, « La Croix Verte », assure le transport des blessés ou des malades *non contagieux* pour lesquels elle est alertée.

Dératisation : Les moyens de protection de Tunis contre la peste sont renforcés par une équipe de surveillance de la morbidité murine. Des prélèvements de rats sont assurés quotidiennement, dans les divers quartiers de la ville et les rats capturés examinés bactériologiquement aussitôt au laboratoire spécialement affecté à ces recherches. Ce laboratoire municipal est placé sous la direction technique de l'Institut Pasteur.

Le personnel de l'équipe de capteurs de rats participe également à la destruction des rats dans le périmètre communal, chez les particuliers qui en font la demande au Bureau Municipal d'Hygiène.

Constatation des décès. — Tous les décès de la ville sont contrôlés par trois médecins de l'état civil.

Cette institution a permis de lutter avec efficacité contre les diverses épidémies qui ont sévi à Tunis et qui pourraient sans ce contrôle rester longtemps ignorées notamment dans la population indigène qui n'a pas recours au médecin aussi fréquemment que la population européenne.

Service de prophylaxie antivénérienne de la prostitution : Les femmes reconnues se livrant notoirement à la prostitution sont tenues de se faire inscrire ou sont inscrites d'office, sauf recours devant le Juge de paix, sur le Contrôle des mœurs.

Elles sont astreintes à des visites médicales périodiques passées au dispensaire municipal.

Les femmes reconnues suspectes ou malades sont envoyées en traitement jusqu'à disparition des symptômes contagieux à l'Hôpital Civil Français ou Musulman selon qu'elles sont européennes ou indigènes.

La visite de prophylaxie au dispensaire municipal est mise à profit pour l'application gratuite aux prostituées des traitements dits d'entretien (lutte antisyphilitique).

Sages-femmes municipales : Les sages-femmes municipales ont été instituées pour apporter aux femmes enceintes dans les milieux indigents les secours de leur compétence et lutter contre l'ignorance et les préjugés cause de nombreux décès de femmes en couches et de nouveaux-nés.

Elles assistent les femmes en couches à domicile pour les accouchements normaux lorsque celles-ci ne veulent pas ou ne peuvent pas profiter des avantages qu'offrent les maternités. Usant de leur force persuasive dirigent sur les services spécialisés des hôpitaux les parturientes ayant besoin d'une intervention chirurgicale ou obstétricale.

Le Bureau Municipal d'Hygiène, en liaison avec l'œuvre de la Protection de la Mère et de l'Enfant, seconde par l'intermédiaire des sages-femmes municipales l'œuvre de bienfaisance de cet organisme : consultations prénatales, fournitures de layettes aux nouveaux-nés, indication aux familles des consultations de nouveaux-nés et des Gouttes de Lait.

Les sages-femmes municipales qui assurent quotidiennement le service des vaccinations visitent les familles à domicile et, donnant des conseils de puériculture, sont de très précieuses infirmières-visiteuses polyvalentes.

Lazaret de la colline de la Rabta : Pour lutter efficacement contre les maladies pestilentiennes ou contagieuses dont l'invasion est toujours à redouter dans les pays orientaux il a été créé à Tunis un lazaret permettant l'isolement immédiat et complet de tous les malades contagieux.

Ce lazaret construit sur une colline voisine de Tunis, comprend 180 lits groupés en 9 pavillons isolés, distribués en 21 pièces d'isolement.

L'installation tout à fait modèle de ce lazaret (laboratoire, études, réseau d'égouts spécial avec épuration des eaux usées, etc.) a permis de lutter contre toutes les épidémies importantes pour lesquelles le Bureau d'Hygiène de Tunis a eu à intervenir : choléra, peste, typhus, variole, etc...

Ce lazaret construit depuis le 1^{er} avril 1912 à l'Hôpital Sadiki porte depuis 1930 le nom de son ancien médecin fondateur : Docteur Ernest Conseil.

Les graphiques ci-joints établis d'après les documents recueillis par le Bureau d'Hygiène de Tunis pendant vingt années (1908-1929) fournissent les éléments d'appréciation sur la santé publique à Tunis et permettent d'en tirer les déductions qui en découlent pour l'organisation de la lutte en faveur de la protection de la santé publique.

La caractéristique de l'œuvre de demain sera la continuation de la lutte contre les maladies infectieuses et contre les fléaux sociaux par l'assainissement progressif des milieux et l'application et la vulgarisation de toutes les méthodes thérapeutiques que la science médicale nous offre pour la protection des individus.

La mise au point de l'Hygiène et de la prophylaxie dans un vieux pays comme la Tunisie où tout était à créer ou à modifier profondément ne pouvait être l'œuvre de quelques années.

Dans ce domaine, où il faut obtenir la collaboration tacite de l'individu et des collectivités, on ne peut avancer que lentement pour des raisons sociales, politiques, administratives et financières.

L'Hygiène est une denrée chère, la plus chère peut-être des denrées, elle est la résultante d'efforts continus et progressifs. Les campagnes prophylactiques demandent un outillage, un personnel, des mesures administratives d'une importance considérable; mais les dépenses engagées en faveur de la protection de la santé publique sont aussi les plus économiques.

En résumé, d'une part l'action ferme et bienveillante de l'Administration secondant les efforts et le dévouement des Services techniques éprouvés de l'Hygiène municipale — d'autre part la prévision et l'organisation des moyens aptes à intervenir à toute alerte d'ordre sanitaire : personnel, matériel, locaux d'isolement et de mise en observation — sans négliger l'éducation prophylactique de la population ayant pour but d'obtenir la collaboration constante et nécessaire des divers éléments — peuvent permettre d'espérer dans l'avenir la disparition des épidémies ou tout au moins leur limitation et leur extinction rapide...

L'œuvre réalisée dans le domaine de la protection de la santé publique par la Muniaplité de Tunis et son Bureau d'Hygiène est suffisamment importante pour que nous regardions le passé avec fierté et l'avenir avec confiance dans ses possibilités de développement et d'amélioration.

Le Service Sanitaire Maritime

au début de l'occupation française

par le D^r DURAND

Directeur du Service de Santé Maritime

—(0)—

Avant l'occupation française, le Service sanitaire maritime de la Régence, était presque inexistant. Une Direction de ce service fonctionnait à La Goulette, seul port important où s'opéraient les débarquements et embarquements des passagers et des marchandises, avant que la création du port de Tunis, ne permit aux navires d'arriver jusqu'en pleine Capitale. Le décret beylical du 20 février 1885, réglementant la police sanitaire maritime, marque effectivement l'institution organique du Service, dont le premier Directeur fut M. le docteur Gariel, qui exerça ses fonctions de 1885 à 1897. Il fut remplacé par M. le docteur Bastide, comme Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques.

Le décret du 20 février 1885, comportait 115 articles et prévoyait notamment des mesures quaranténaires applicables aux navires arrivant avec patente de santé brute. La quarantaine se distinguait en quarantaine d'observation et en quarantaine de rigueur. La première consistait à tenir en observation pendant un temps déterminé l'équipage et les passagers. La quarantaine de rigueur, s'appliquait aux navires ayant eu à bord, soit au port de départ, soit au cours de la traversée, soit depuis son arrivée, des accidents certains ou seulement suspects de maladies pestilentielles. Elle ne pouvait être purgée que dans un port à lazaret.

Les lazarets étaient au nombre de trois : La Goulette, Carthage et Kélibia. Leur installation sommaire, l'exiguïté des locaux en faisaient des bâtiments peu adaptés aux services pour lesquels ils avaient été créés.

Les agences ou stations sanitaires ne possédaient presque pas de matériels et ne pouvaient que très difficilement appliquer aux navires les mesures de prophylaxie que leurs conditions d'arrivée nécessitaient.

Les rigueurs de la quarantaine étaient excessives et hors de

proportion avec la sécurité qu'elles offraient et la gêne qu'elles apportaient à la navigation et au commerce.

Les droits sanitaires comprenaient les taxes suivantes :

A. — Droits de reconnaissance et de phares, payables par tous les navires venant de l'étranger et fixés ensemble à 30 centièmes de piastre, par tonneau de jauge nette, pour les navires de 550 tonneaux et au-dessous et uniformément à 150 piastres pour ceux jaugeant plus de 500 tonneaux.

B. — Droit de station ou quarantaine, par tonneau : 0 piastre 05

C. — Droit de séjour au lazaret, par jour et par personne :

1^{re} classe 4 piastres

2^{me} classe 2 piastres

3^{me} classe 1 piastre

D. — Droit de désinfection des marchandises :

Marchandises emballées par 100 kilos..... 1 piastre

Cuir les 100 pièces 1 piastre 50

Peaux non emballées, les 100 pièces..... 1 piastre

CIRCONSCRIPTIONS SANITAIRES

Le littoral tunisien était divisé en circonscriptions sanitaires, dont le nombre et l'étendue étaient fixés par un arrêté du Premier Ministre, en date du 21 février 1885 (7 djoumadi-el-aoual) dont ci-après copie.

ARRETE

Le Général Mohamed El Aziz bou Atour, Premier Ministre de S. A. le Bey,

Vu l'article 84 du décret du 6 djoumadi-el-aoual 1302 (20 février 1885);

ARRETE

Le littoral de la Régence est divisé en treize circonscriptions sanitaires, ainsi qu'il suit :

1^o Circonscription de TABARKA

S'étendant du Cap Roux au Ras-el-Ducara et comprenant les Iles de La Galite.

2^o Circonscription de BIZERTE

S'étendant du Ras-el-Ducara au Cap Zebib et comprenant l'Île des Chiens.

3° *Circonscription de PORTO-FARINA*

S'étendant du Cap Zebib au Cap Gamart et comprenant l'île Plane.

4° *Circonscription de LA GOULETTE*

S'étendant du Cap Gamart au Cap Bon et comprenant les îles Djamour.

5° *Circonscription de GALLIPIA*

S'étendant du Cap Bon au Ras Mahmoud.

6° *Circonscription d'HAMMAMET*

S'étendant du Ras Mahmoud au Ras Hergla.

7° *Circonscription de SOUSSE*

S'étendant du Ras Hergla à la pointe de Monastir.

8° *Circonscription de MONASTIR*

S'étendant de la pointe de Monastir au Ras Dineas et comprenant les îles Egdemsi et Kuriat.

9° *Circonscription de MEHDIA*

S'étendant du Ras Dineas au Ras Kadidja.

10° *Circonscription de SFAX*

S'étendant du Ras Kadidja à la pointe de La Skira et comprenant les îles Kerkennah.

11° *Circonscription de GABES*

S'étendant de la pointe de La Skira à la falaise d'Edjirf.

12° *Circonscription de DJERBA*

S'étendant sur la côte, de la falaise d'Edjirf au Ras Mamor et comprenant tout le littoral de l'île de Djerba.

13° *Circonscription de ZARZIS*

S'étendant du Ras Mamor aux Biban.

Le Premier Ministre,
MOHAMED EL AZIZ BOU ATOUR.

CONSEIL SANITAIRE

Un Conseil sanitaire pour toute la Régence, composé de divers éléments administratifs, scientifiques et commerciaux se réunissait périodiquement pour traiter les questions maritimes concernant la santé publique. Faisaient partie de droit du Conseil Sanitaire, dont le Consul de France était président :

- 1° Le Directeur de la Santé;
- 2° Le Président de la Municipalité de Tunis;
- 3° Le Major de la Garnison de Tunis;
- 4° Le Directeur du Service de Santé de la Division d'Occupation;
- 5° Le Chef de la Police des Ports de la Régence;
- 6° Le Secrétaire général de la Direction des Travaux Publics;
- 7° Deux Sous-Directeurs du Ministère Tunisien.

En outre, le Conseil Sanitaire renfermait huit membres désignés par élection, savoir :

Deux consuls, nommés par le Corps consulaire;

Deux membres nommés par le Conseil Municipal de Tunis;

Deux membres nommés par la Chambre de Commerce ou, à son défaut, nommés par décret et choisis parmi les notables commerçants;

Deux membres nommés par le Conseil d'Hygiène et de salubrité de Tunis, ou à défaut, deux médecins nommés par décret.

Le décret du 16 février 1909 apporta une nouvelle réglementation du service, qui devint un service autonome.

Actuellement, le Gouvernement Tunisien ayant ratifié par décret du 1^{er} mars 1928, la Convention sanitaire Internationale de Paris, du 21 juin 1926, cette charte est à la base de la réglementation en vigueur, en matière sanitaire maritime. Deux ports : La Goulette et Sfax, sont pourvus de l'outillage moderne pour la désinfection et la dératisation des navires et comme tels, ouverts aux provenances contaminées ou suspectes. La Station sanitaire de La Goulette est spécialement aménagée pour l'organisation des pèlerinages aux Lieux Saints de l'Islam.

La liquidation des droits sanitaires, accuse une progression constante. Leur montant annuel, atteint actuellement, plus de 1 million et demi de francs.

La surveillance sanitaire du littoral est exercée dans les grands

ports par des agents titulaires secondés par les pilotes et dans les autres ports, par des agents sanitaires-auxiliaires.

Deux mécaniciens, en résidence à La Goulette et à Sfax, assurent le service technique des appareils (2 Claytons sur chaland à moteur, 1 sur chariot, plusieurs à main, 3 étuves à désinfection), ainsi que des embarcations du service (5 dont 3 à moteur). Ils sont aidés par 8 mariniers, choisis de préférence parmi les indigènes ayant accompli leur service militaire dans la Marine Nationale.

VARIÉTÉS

Statistique comparative de la consommation annuelle en Tunisie
des boîtes de Lait et Farine lactée NESTLÉ.

ANNÉE	LAIT CONCENTRÉ SUCRÉ	LAIT CONCENTRÉ NON SUCRÉ	FARINE LACTÉE
1920	338.500	105.000	14.100
1921	523.000	95.000	17.800
1922	651.000	70.000	18.500
1923	703.500	60.000	17.500
1924	640.000	41.000	17.900
1925	743.000	40.000	19.500
1926	820.500	58.000	20.100
1927	995.000	71.500	27.000
1928	1.112.000	97.500	34.200
1929	1.375.000	147.000	41.500
1930	1.540.500	223.000	42.200

La Société Nestlé est orgueilleuse de ce résultat dû à la collaboration loyale et précieuse du Corps Médical Tunisien.

Les Alcalins dans le traitement de l'hyperchlorhydrie

On sait que l'emploi des alcalins à haute dose dans le traitement de l'hyperchlorhydrie est, du moins quand il est prolongé, une cause d'hyper-sécrétion réactionnelle qui fait que leur action thérapeutique n'est pas seulement nulle mais encore agressive. Les médicaments neutralisant pèchent par l'excès de leurs propriétés. Leur présence suffit à ramener très rapidement l'acidité du suc gastrique à zéro, ce qui trouble la digestion. Aussi leur utilisation même occasionnelle, est-elle soumise à des précautions formelles et un contrôle sérieux.

Le carbonate de chaux et la magnésie, dont on imaginait l'action moins brutale que celle du bicarbonate, arrivent cependant à des résultats identiques, quant à la neutralisation complète de l'acidité libre de l'estomac. D'autres médicaments (talc, kaolin, terre d'infusoire), qui ont été aussi proposés ont uniquement une action topique locale, nous ne nous y attarderons pas; le bismuth s'apparente à ces derniers, mais du fait de l'action constipante et séditive propre, qu'il doit à sa nature chimique, il ne saurait être employé indifféremment et comporte certaines contre-indications.

Il n'en est pas de même de l'Alucol, hydroxyde d'alumine colloïdal que l'on ne doit plus considérer aujourd'hui, comme un nouveau venu dans la thérapeutique. Au XVI^e Congrès Français de médecine qui se tenait à Paris en 1922, le Professeur Roch n'hésitait déjà pas à dire de cette préparation : « l'hydrate d'alumine colloïdal, absorbe l'acide chlorhydrique. Il s'est révélé comme un antiacide par excellence, de beaucoup supérieur au bicarbonate de soude, à la magnésie, au sous-nitrate de bismuth, etc.. (1).

L'absorption des acides et en particulier celle de l'acide chlorhy-

(1) M. Roch. — Comptes rendus du XVI^e Congrès de la médecine française, Paris 1922. Tome II p. 101.

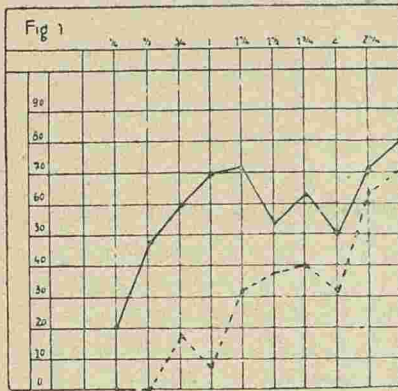


Fig. 1. — Courbe de contrôle d'un cas d'hyperchlorhydrie. Acidité totale - trait plein, acidité libre - en pointillé

seul l'ex-cès nuisible est éliminé. Bien plus, dès que la concentration acide vient à faiblir, par suite de l'équilibre qui s'établit, le complexe colloïdal peut libérer l'acide chlorhydrique précédemment fixé si celui-ci redevient nécessaire.

Le Professeur Surmont et J. Cauvin ont publié sur la fixation des acides par l'Alucol des résultats extrêmement intéressants (1). Ils ont montré en outre que l'Alucol est parfaite-

ment capable d'absorber, non seulement l'acide chlorhydrique, mais encore les acides de fermentation lactique, butyrique, acétique, et ceci dans des proportions importantes. Les courbes d'observation publiées récemment par B. B. Crohn, ne sont pas moins suggestives (2). Nous reproduisons ci-contre les trois plus importantes d'entr'elles. Le Fig. 1 représente la courbette de contrôle (acidité totale en trait plein, acidité libre en pointillé), détermination faite de quart d'heure

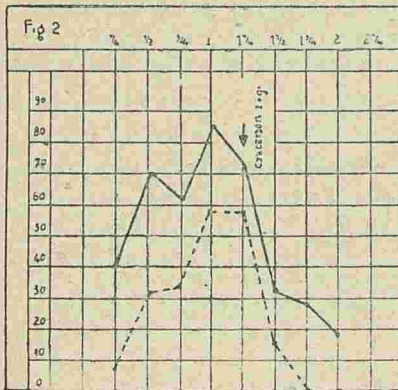


Fig. 2. — Neutralisation trop complète obtenue avec le carbonate de chaux (2 grammes).

(1) H. Surmont et J. Cauvin. — Echo médical du Nord, 1925, N° 41, p. 479.

(2) B. B. Crohn. — Journ. of laboratory and clinical medicine, 17929, 14 p. 610.

en quart d'heure d'un cas d'hyperacidité avec forts symptômes de brûlures et malaises après les repas. La fig. II montre l'action excessive d'un alcalino-terreux, en l'espèce le carbonate de chaux, qui neutralise aussi complètement l'acidité libre qu'un alcalin véritable. La fig. III enfin établit parfaitement le rôle joué par l'Alucol, la régression des acidités libre et totale est immédiate, mais il reste un maximum suffisant d'acide libre

pour permettre une bonne digestion.

Ajoutons que l'Alucol, par son action gastrique favorise secondairement la cicatrisation des lésions et des ulcérations. Son action s'étend d'ailleurs dans l'intestin (1).

Pour ceux qui n'auraient pas encore utilisé ce médicament, nous en rappelons le posologie; l'Alucol se présente sous trois formes différentes : poudre (paquets de 3 grammes), cachets et comprimés. L'Alucol en paquets est indiqué dans les hyperchlorhydries intenses ou très

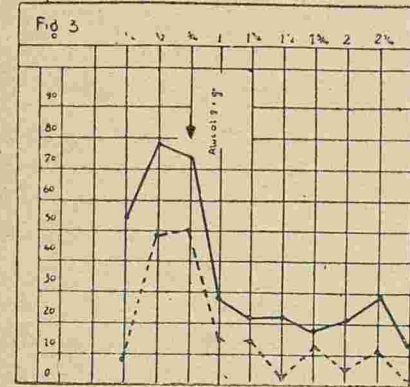


Fig. 3 — Neutralisation ménagée obtenue avec l'ALUCOL (2 grammes).

douloureuses. Plus commodes à transporter, les cachets et les comprimés conviennent mieux aux hyperchlorhydries moyennes, plus répandues.

L'Alucol se recommande à jeun ou avant les repas toutes les fois qu'il y a de l'hypersecretion ou de la stase. Dans les autres cas, il est préférable de faire prendre l'Alucol 10 à 15 minutes avant l'heure habituelle de l'apparition de la douleur, ou, faute d'indications précises, deux heures après les repas. De fortes doses peuvent être prises sans inconvénient, l'Alucol n'ayant pas de contre-indication.

(1) A. Delarra. — Thèse doctorat en médecine, Lille, 10 novembre 1925.

Congrès Médical en 1932 à Vichy

Parmi les grands travaux d'extension qui doivent s'échelonner à Vichy pendant les prochaines années, un nouvel et vaste Etablissement thermal est en voie d'achèvement.

Pour mieux célébrer son inauguration, la Société des Sciences Médicales vient de prendre l'initiative d'organiser sur place, pour les derniers jours de septembre 1932, un *Congrès International de la Lithiase biliaire*.

Cette manifestation sera la première d'une série de réunions médicales analogues qui seront périodiquement consacrées, dans cette station, aux maladies du foie et aux affections qui s'y rattachent.

Notice bibliographique

Les Éditions Diététiques Heudebert viennent de faire paraître le 3^e fascicule des brochures de régime consacré au « Régime des Maladies du Rein ».

Conçu dans le même esprit pratique que les brochures précédentes « Le Régime des Maladies du Rein » sera bien accueilli à la fois par le Médecin auquel il évitera de longues et fastidieuses énumérations et par le malade auquel il permettra de suivre sans monotonie les prescriptions médicales.

On y trouve des tableaux analytiques des aliments courants, des exemples de menus, de nombreux conseils pratiques et plus de cent recettes culinaires spécialement étudiées pour le « Régime des Maladies du Rein ».

Le Régime des Maladies du Rein

est en vente au prix de 3 fr. 50 dans les Pharmacies, Herboristeries, Maison de Régime, mais les Laboratoires Heudebert l'adressent gracieusement à Messieurs les Docteurs qui leur en font la demande.

Ecrivez donc pour recevoir « Le Régime des Maladies du Rein » aux Laboratoires Heudebert 85, Rue Saint-Germain à Nanterre (Seine).

laboratoires
fournier frères
26, boulevard de l'hôpital
— paris —

les
endocrisines

(extraits opothérapiques totaux)

se prescrivent en :

Cachets, Comprimés, Ampoules

En Cachets : toutes glandes, organes, tissus.

En Comprimés : Thyroïde. Ovaire. Orchitine.

Surrenale. Hypophyse Pluriglandulaires M. et F.

En Ampoules : les mêmes

et Lobe postérieur d'Hypophyse

et S. H. A. (surrenale, hypophyse, adrenaline).

Les dosages répondent à l'emploi de 3 cachets ou comprimés
par jour.

Dans la prescription faire précéder le nom de la
glande du mot : Endocrisines.

le biolactyl (ferment lactique
Fournier).

le bileyl (globules Keratinisés de
sels biliaires).

les pelospanines (sulfates
de terres rares).

les vaccins Bruschetti :
Antipyogène et antigonococcique.

La Tunisie Médicale

JUIN 1931



TRAVAUX ORIGINAUX

Un an de consultation spécialisée pour la tuberculose à l'Hôpital Sadiki

Ses résultats - Ses indications

par le D^r Anne LAVAULT

—«0»—

On a beaucoup discuté depuis cent ans sur la fréquence de la tuberculose chez les Arabes. On s'est demandé si la tuberculose existait chez eux depuis la conquête, ou bien si les Arabes en étaient atteints avant notre arrivée.

Les médecins français venus en Algérie avec les troupes vers 1830 s'étonnaient, paraît-il, de ne pas rencontrer la tuberculose ou du moins de ne la rencontrer que rarement.

Beaucoup avaient cependant remarqué que les Arabes connaissaient la phthisie et qu'ils avaient des mots pour la désigner : jéid, meurdh, eldhaf, — maladie de faiblesse.

De même les premiers médecins qui vinrent en Tunisie semblent d'accord pour dire qu'autrefois la tuberculose était, sinon tout à fait inconnue, du moins vraiment rare chez les Musulmans.

Le médecin belge Franck, qui fut médecin du Bey vers 1806, fit paraître dans la publication l'Univers, un article d'une centaine de pages très documenté, consacré à la Tunisie. Cet observateur, si intelligent et si perspicace, ne nous parle pas de tuberculose pulmonaire dans le tableau qu'il nous fait des maladies qui ravagent le pays.

Il nous signale cependant que les Tunisiens sont fort sujets aux maladies saisonnières, aux bronchites, à l'emphysème, à l'asthme, mais il ne nous paraît pas être effrayé par le nombre de décès consécutifs à ces maladies, sans doute parce qu'en général elles n'étaient pas mortelles.

Comme il arrivait beaucoup d'esclaves noirs du Soudan, et qu'ils vivaient dans des conditions précaires, ils auraient dû, au contact des Tunisiens, contracter rapidement des formes aiguës de tuberculose si celle-ci avait été aussi répandue que maintenant. Les nègres que nous voyons actuellement font, en effet, des formes aiguës de tuberculose à évolution très rapide.

M. Broc nous a rapporté également l'opinion du docteur Funaro venu dans la Régence bien avant le traité du Bardo. Il avait circulé dans toute la Tunisie comme aide-major des troupes beylicales chargées de lever les impôts. Il déclarait que la tuberculose pulmonaire était très rare à son arrivée chez les Musulmans et presque inconnue chez les Israélites. Certains médecins israélites considéraient encore en 1907 la race juive comme réfractaire à cette maladie.

Il semble donc bien qu'autrefois la tuberculose pulmonaire ait été moins répandue que de nos jours.

Il faut cependant faire une restriction et ne pas oublier que tous les renseignements de date ancienne sont un peu sujets à caution. Les personnes les plus compétentes et les plus autorisées devaient avoir de grandes difficultés pour obtenir des renseignements et l'absence d'état civil rendait toutes précisions impossibles. C'est seulement depuis le 1^{er} janvier 1903 que les déclarations de naissance et de décès sont obligatoires pour les Musulmans.

Actuellement, la tuberculose fait de grands ravages chez les Musulmans. L'examen des chiffres officiels de décès de la Municipalité de Tunis que M. Reynal a bien voulu nous laisser consulter, montre qu'en 1930, à Tunis, 18,9 Français sur 10.000 sont morts de tuberculose, et 51,5 Musulmans sur 10.000.

Le médecin qui suit régulièrement la consultation de Médecine de l'Hôpital Musulman de Tunis est, dès l'abord, frappé du très grand nombre de tuberculeux avancés qui sont amenés par des parents ou des amis dans un état de profonde misère.

Un petit essai de statistique montre qu'en 1930, à l'Hôpital Musulman, sur 14.000 consultants on a découvert 509 malades atteints de tuberculose, soit 3,63%.

Ce petit calcul a été fait uniquement pour la consultation des hommes. Il sera certainement possible de le faire dans l'avenir pour la consultation des femmes qui vient d'être réorganisée par Made-moiselle Nicolle; quand le personnel plus nombreux ne sera pas

débordé par un nombre extravagant de consultantes qui ne sont pas encore assez disciplinées pour conserver un numéro permettant de retrouver leur fiche d'observation, on aura certainement là un nouveau et très riche champ d'études qui permettra d'établir d'intéressantes statistiques.

Parmi les 509 tuberculeux hommes, on relève 377 tuberculoses médicales et 132 tuberculoses chirurgicales, dont 87 maux de Pott, coxalgies, tumeurs blanches, 30 adénites, particulièrement adénites cervicales et 15 péritonites.

Nous allons exposer le peu qui a été fait en 1930 pour les tuberculeux Musulmans atteints de formes médicales, venus à l'Hôpital Sadiki, et tenter d'envisager tout ce qu'il serait souhaitable de faire dans l'avenir.

Sur les 377 tuberculoses médicales à forme pulmonaire qui se sont présentées à la consultation, on a complé 207 tuberculoses bilatérales dont 175 ont été envoyées aux pavillons de la Rabta réservés aux Musulmans tuberculeux, et 30 y sont mortes dans l'année.

Les autres furent invitées à faire, autant que possible, une cure d'air et de bonne alimentation, ce qui est très illusoire étant donné leur misère souvent effroyable. On a distribué automatiquement du sirop iodotannique et des paquets récalcifiants à ceux qui fréquentaient la consultation.

Il est presque décourageant de songer que 207 malades sur 377 — c'est-à-dire presque les $\frac{2}{3}$ —, présentaient déjà dès le premier examen des formes de tuberculose pulmonaire trop avancée pour qu'on puisse songer un seul instant à une guérison possible.

Le premier pas de la lutte antituberculeuse serait donc d'habituer les malades à venir trouver le médecin précocement dès les premières atteintes du mal.

156 malades seulement semblaient présenter des tuberculoses unilatérales, à la première auscultation faite dans un local assez bruyant; et, après un examen radioscopique pratiqué, comme la consultation elle-même, assez rapidement et en série, à cause du très grand nombre de consultants.

Dans ces cas de lésions unilatérales, tout particulièrement intéressantes à cause de la possibilité de traitement par pneumothorax, on ne s'est pas contenté de ces premiers examens et l'on a pratiqué un nouvel examen radioscopique et une nouvelle auscultation.

Après cette deuxième radioscopie, M. Broc a retenu 56 malades qu'il lui a paru intéressant de radiographier, pour être bien certain que les lésions pulmonaires observées étaient vraiment unilatérales.

En effet, il est indispensable d'avoir une bonne radiographie avant toute tentative de pneumothorax pour déceler les lésions disséminées du côté soi-disant sain à l'examen radioscopique.

Sur ces 56 radiographies, 23 seulement ont été favorables à l'essai d'une tentative de traitement par le pneumothorax artificiel; 33 autres radiographies ont montré, soit des lésions bilatérales, soit des poumons clairs avec des hiles marqués.

Ces 33 malades, dont les uns étaient trop atteints pour être justiciables d'un pneumothorax, et les autres pas assez, furent, ou bien expédiés au Pavillon des tuberculeux de la Rabta, ou bien rendus à leurs familles et invités à fréquenter la consultation pour qu'on puisse les surveiller.

Voici le détail de quelques comptes-rendus d'un certain nombre de ces radiographies appartenant aux 33 malades qui, finalement ne furent pas jugés favorables au pneumothorax. Elles furent, comme toutes les radiographies de l'Hôpital, pratiquées par M. Jaubert de Beaujeu, dont nous connaissons tous la science et le dévouement.

Voici tout d'abord des malades chez lesquels la radiographie contre notre attente nous a montré des poumons clairs :

- 1) Amor : Poumons clairs.
- 2) Hassen : Poumons clairs. Hile marquée à droite.
- 3) Lahmi ben Sadok : Poumons clairs. Hiles un peu marqués.
- 4) Fradj ben Hadj Salah : Poumons clairs. Hiles un peu marqués.

Beaucoup de ces pauvres malades, très frustes, ne savent pas respirer : ou bien ils ne respirent pas du tout, ou bien ils ont une expiration bruyante, prolongée indéfiniment, avec une inspiration très courte qui simule l'emphysème ou la bronchite. Certains autres malades toussent continuellement croyant ainsi aider le médecin.

Faute d'arriver à leur faire comprendre ce que l'on désire, le mieux est encore de les radiographier, mais on comprend ainsi que l'on ait parfois des surprises d'examen.

En voici un bel exemple :

Sadok : Poumons clairs. Elargissement du médiastin par ombre fusiforme. Abscès Pottique.

alors que l'on songeait à une tuberculose pulmonaire.

Parfois aussi chez des malades ayant présenté de petites hémoptysies et des signes de poussées congestives, la radiographie nous a montré des kystes hydatiques.

Dans d'autres cas, la radiographie nous a montré des lésions bilatérales chez des malades que nous croyions encore peu atteints et seulement d'un côté.

- 1) Sahui Salah : Infiltration bilatérale; Taches; Marbrures.
 - 2) Mahmoud : Petites taches floconneuses et fins tractus opaques dans les régions moyennes et inférieures des deux poumons.
 - 3) Abd El Hafid : Condensation sous-claviculaire gauche; Marbrures sous-claviculaires droites; Infiltration bilatérale.
 - 4) Salah ben Aïssa : Taches floconneuses très confluentes dans les deux poumons.
 - 5) Taïeb : Infiltration bilatérale.
 - 6) Aïssa : Infiltration complète gauche avec spéléonque; Taches floconneuses dans la région moyenne droite.
 - 7) Habiba : Infiltration complète à gauche; Réaction hilare à droite; Marbrures dans la région moyenne droite.
- 713-15 : Fines taches miliaires disséminées dans les deux champs pulmonaires; Infiltration bilatérale.

Ce grand travail de consultations et d'examens successifs à la radio est parvenu à nous donner ce résultat qui paraît assez piètre et mesquin de 25 pneumothorax nouveaux seulement, tentés en 1930 sur les 509 tuberculeux qui se présentèrent à la consultation.

Il est à remarquer que 25 malades traités par le pneumothorax artificiel sur 377 cas de tuberculose pulmonaire examinés, nous donnent une proportion de 6,66 %. Cette proportion n'est guère différente de celle de Dumarest, comme nous l'avons constaté avec étonnement. Les Français sont certainement dans de meilleures conditions sociales que les Arabes et viennent sans doute consulter le médecin plus tôt. Ce qui n'empêche pas Dumarest, dans son livre sur le pneumothorax, de déclarer que 5 à 6% seulement des tuberculeux sont justiciables de la méthode de Forlanini.

Cette remarque nous montre qu'en France où l'on a tant travaillé ces dernières années pour organiser la lutte anti-tuberculeuse, la proportion de pneumothorax possibles est aussi faible qu'à Tunis où n'existe encore ni dispensaire, ni sanatorium, et où les Musulmans ne sont pas encore généralement avertis des règles les plus élémentaires de l'hygiène.

Le pneumothorax ambulatoire, en « cure libre », — ou du moins avec de légères modifications de la méthode de Gaston Boisnières paraît au point de vue social la meilleure façon de traiter les Musulmans tuberculeux.

Gaston Foix et Boisnières ont exposé leur méthode dans la Presse Médicale, le 8 novembre 1930.

On procède sans hospitalisation quand l'état général du malade n'est pas trop touché, ou bien avec un séjour minimum à l'hôpital d'un mois environ pour pratiquer les premières insufflations quand la tuberculose est aiguë et ne permet pas au malade de se déplacer pour venir faire son traitement.

Au bout d'un mois ou deux, quand le pneumothorax est constitué, le malade peut être rendu à sa famille, ce qui est un très grand avantage chez les Musulmans Tunisiens qui acceptent difficilement l'hospitalisation et qui, même dans ce cas, n'ont à leur disposition, à l'hôpital musulman, qu'un nombre fort restreint de lits.

Enfin, la possibilité d'améliorer suffisamment le malade pour qu'il puisse travailler et continuer de nouveau à subvenir à son entretien et à celui de sa famille est un des plus grands avantages du mode de traitement par le pneumothorax chez les indigents.

Le malade peut se suffire. C'est un immense avantage moral et social pour les pauvres et même pour la collectivité.

Nous allons exposer quelques réflexions que nous suggère l'examen des observations des malades que nous avons traités par le pneumothorax en cure libre, en 1930.

Ces malades ont été au nombre de 34 : 25 venus de la consultation externe et neuf par les médecins de la ville et admis directement dans le service de Médecine.

Nous ne comptons pas les malades en cours de traitement depuis une ou même plusieurs années et dont nous avons pratiqué les réinsufflations.

Nous ne disposions jusqu'à présent que du vieil appareil de Von Muralt; c'est l'appareil de Forlanini modifié. Il est partout abandonné aujourd'hui, et cependant, tel qu'il est, il nous a donné des résultats intéressants. L'appareil de Kuss que nous avons depuis peu à notre disposition nous a permis de créer quelques pneumothorax avec plus de sécurité peut-être. Nous avons l'assurance de pratiquer toujours l'insufflation en pression négative et par conséquent de courir moins de risques d'accidents. Enfin, cet appareil,

plus précis, permettait de mieux mesurer la pression avec un manomètre plus perfectionné et de mieux apprécier la quantité d'air introduite avec plus de lenteur qu'en utilisant le vieil appareil très encombrant de Von Muralt.

Nous devons d'abord signaler que nous n'avons jamais eu d'accidents à déplorer et que nous n'avons jamais occasionné d'éclampsie pleurale ou de syncope chez nos malades, pas plus en faisant une première insufflation qu'en faisant un entretien de pneumothorax déjà ancien.

Sur ces 34 malades il y en a 18 chez lesquels nous n'avons pas pu obtenir de décollement suffisant, et auxquels nous avons dû renoncer à pratiquer un pneumothorax dès les premières insufflations, c'est-à-dire 52%.

Ces échecs étaient dus, le plus souvent, à des adhérences pleurales — des symphyses.

Dans ces cas, il serait intéressant de pratiquer une phrénicectomie. En général, le mot « opération » effraie les Arabes, mais celle-ci est simple.

Elle peut aisément assurer une bonne immobilisation du poumon, même quand le pneumothorax s'est montré impossible. Le résultat cherché — c'est-à-dire le repos du poumon — est obtenu d'emblée, en une seule fois et non pas après de nombreuses séances comme dans les cas de pneumothorax, ce qui est fort appréciable pour de pauvres gens ou des malades indisciplinés comme les Arabes.

On a souvent incriminé leur insouciance et leur incurie, mais il est à remarquer qu'elles comptent parmi les raisons les moins fréquentes de notre insuccès.

Un chaouch ne vint qu'au bout de neuf jours faire la deuxième insufflation, alors qu'il lui avait été spécifié de revenir le surlendemain mais il est le seul qui ait eu cette négligence.

En revanche, nous avons eu affaire à quatre malades pusillanimes qui firent des réactions nerveuses telles qu'après une première piqûre sans succès, nous avons mieux aimé abandonner notre tentative que de risquer un accident.

Tout échec de la méthode pouvant la discréditer considérablement et nuire à la propagande, il faut agir avec la plus grande circonspection dans ce milieu où les insuccès se répandent aussi vite que les fausses nouvelles.

Nous devons attribuer, dans la majorité des cas, notre impossibilité à faire un décollement, vraisemblablement à des lésions anciennes et scléreuses ayant créé des adhérences, rendant le collapsus impossible.

Il est en effet à remarquer que les formes aiguës, avec des lésions caséuses jeunes, en pleine activité, se décolent facilement d'habitude.

Donc, nos malades étaient probablement venus trop tard à l'hôpital et leur organisme avait eu le temps de créer une symphyse qui pouvait, en diminuant l'amplitude de leurs mouvements respiratoires, assurer un certain repos à leur poumon et diminuer l'activité de leurs lésions. La nature avait, dans une certaine mesure, joué le rôle de pneumothorax.

Parmi ces malades chez lesquels il nous a été impossible de passer, nous allons citer l'observation d'un jeune homme qui nous a particulièrement frappé :

Rezgui ben Mezian ben Moussa : 20 ans, de Tunis, étudiant à la Grande Mosquée, malade depuis un mois environ, crachats hémoptoïques, à l'auscultation : râles crépitants fins à la base droite.

Radioscopie : Infiltration à la base droite, hile gauche très marqué.

Le 14 octobre 1930. Première insufflation : - 5.350 - 2.

Nous avons pratiqué chez ce malade onze insufflations. Nous avons toujours eu une pression négative, sans quoi nous n'aurions pas insufflé de gaz; nous avons toujours vu ce malade aspirer l'air avec une très grande rapidité, et, néanmoins, il a toujours été impossible de constater le moindre décollement pleural.

C'était là ce que certains auteurs ont appelé un pneumothorax insatiable.

Mais l'état général s'était beaucoup amélioré depuis le début du traitement. Le malade a augmenté de cinq kilos bien qu'il n'ait pas été hospitalisé un seul jour et qu'il ait poursuivi ses études comme si de rien n'était.

Cette observation montre qu'il est toujours utile de tenter un pneumothorax et même de persévérer quand il n'y a pas de décollement si l'état général semble s'améliorer.

Le mode d'action du pneumothorax est encore très obscur et l'on ne sait pas encore exactement par quel mécanisme cette simple in-

jection gazeuse répétée dans la plèvre peut bien agir sur l'organisme.

Voici le cas d'un autre malade chez lequel nous n'avons pas pu obtenir de décollement. Nous n'avons eu cependant qu'à nous louer de notre tentative de pneumothorax.

Ali ben Salah ben Mohamed, âgé de 17 ans, alité depuis quinze jours, entre à l'hôpital le 17 septembre avec température à 40°.

Auscultation : Craquements fins à la base droite.

Poids : 40 kg. 300. *Radio* : Taches et marbrures à la base droite : légère rétraction de ce côté.

Première insufflation à droite le 30 septembre 1930, - 6.350 - 2.

Quatre insufflations ne montrent pas de décollement.

Le 17 octobre 1930, poids du malade : 43 kg. 600; le malade a augmenté de 3 kg. 300 en dix-sept jours depuis le début du pneumothorax et sa température est tombée.

A partir de la 4^{me} insufflation, le malade est tout à fait apyrétique. On l'envoie à la Rabta.

Dans huit seulement des pneumothorax que nous avons réussi à constituer de façon durable, c'est-à-dire dans juste la moitié des cas, le collapsus fut total. Dans les huit autres cas, il ne fut que partiel.

Ces huit cas de collapsus total ne sont pas du reste nos meilleurs. Une jeune fille de 22 ans qui faisait une bacillose aiguë avec température à 40°, ne fut nullement améliorée malgré un pneumothorax total. L'élévation thermique, l'amaigrissement et la présence de B. K. ne furent en rien diminués.

Il sembla même, sous l'influence du pneumothorax, se faire une bilatéralisation des lésions.

De même, un jeune élève de l'École d'Agriculture, âgé de 20 ans, présentant depuis quelques mois de l'amaigrissement, de la toux, des B. K. dans les crachats, et pas de température.

On obtient rapidement un très bon décollement, le 23 avril 1930. Le malade poursuit régulièrement son traitement jusqu'au 2 août 1930. Cependant, il maigrissait, conservait des B. K. dans les crachats, mais pas de température. A partir de cette date, il reste trop longtemps sans revenir et l'on est obligé d'abandonner le pneumothorax.

Un troisième malade vit également ses lésions s'aggraver sous

l'influence d'un pneumothorax total. C'était, comme la première jeune fille que nous avons citée, un malade grave chez lequel le pneumothorax avait été tenté en dernier ressort. Ce malade, jeune noir de 16 ans, était venu à l'hôpital avec des signes de pneumonie caséuse à gauche. Le pneumothorax n'eut aucune action sur la fièvre qui était hectique, ni sur l'amaigrissement. Le décollement fut très rapidement total. Deux mois après le malade fit un épanchement pleural abondant à gauche qui causa une telle aggravation des symptômes que le malade, considéré comme désespéré, fut envoyé à la Rabta.

Deux autres de nos pneumothorax totaux ont présenté également des épanchements pleuraux très abondants, mais immédiatement après la deuxième insufflation ou la troisième.

Sur huit pneumothorax avec décollement complet, nous n'avons eu en somme que trois cas favorables. Cela tient sans doute à ce que nous avons voulu traiter des cas graves. Les lésions récentes avaient laissé le poumon se décoller en bloc, les adhérences n'ayant pas encore eu le temps de se constituer. Malgré une quantité de gaz peu considérable qui n'a jamais dépassé 250 cmc. d'air pour la première insufflation, le décollement d'emblée est certainement responsable des épanchements pleuraux, si gênants pour nos malades, que nous avons vu se produire.

Trois de ces malheureux malades sont morts dans un délai très rapide; mais ils étaient condamnés et seraient morts malgré tout s'ils avaient été abandonnés à eux-mêmes.

Dans trois cas seulement de décollement total, le résultat a été tel qu'on avait pu le souhaiter. La température est tombée dès les premières insufflations, l'état général et le poids se sont relevés. Cette amélioration se maintient encore, bien qu'il se soit formé chez ces trois malades des adhérences qui empêchent actuellement de continuer les insufflations.

Le résultat semble à proportion avoir été meilleur dans les huit cas de pneumothorax partiels.

Parmi ces huit cas de décollement partiel, nous avons compté deux tentatives de pneumothorax bilatéraux, les deux seules que nous ayons tentées sur un total de 34 malades, et qui nous ont donné d'ailleurs des résultats peu encourageants.

Chez l'un, nous avons obtenu aisément un décollement bilatéral.

Nous avons eu juste le temps de faire une très jolie radiographie avant que le malade, découragé par la lenteur du traitement, ne disparaisse pour toujours de l'hôpital.

Chez l'autre, nous avons eu un bon décollement à droite. A gauche, il y eut de l'emphysème sous-cutané, bien que le manomètre ait montré quelques oscillations et que nous n'ayons injecté que 75 cmc. d'air. C'est le seul cas où nous ayons observé de l'emphysème sous-cutané après une insufflation.

Malgré son pneumothorax, l'état général de ce malade ne s'améliora pas et il mourut au bout d'un délai de quelques mois.

Un autre de nos pneumothorax partiels mourut au bout de quelques mois, — mais de broncho-pneumonie grippale.

Les six autres sont encore de ce monde et cinq d'entre eux furent très améliorés. Ce mieux persiste encore.

Sur 34 pneumothorax, nous n'avons observé que trois épanchements pleuraux, c'est-à-dire une proportion de 9%, alors que Dumarest en signale 70%, Léon Bernard 60%, Rist 52%, Foix et Boisnières 29%, chez les malades traités en cure libre, et 26 chez les malades hospitalisés.

Il est juste de dire que nous ne comptons pas les épanchements fugaces et peu importants, quelques centimètres de liquide dans le sinus costo-diaphragmatique.

M. Broc et M^{me} Duplenné avaient constaté en 1927 que les épanchements pleuraux apparaissaient avec une plus grande fréquence chez les malades hospitalisés ayant quitté prématurément l'hôpital.

Les trois épanchements très abondants et très graves que nous avons observés en 1930 avec M. Broc, se sont produits chez des malades hospitalisés ayant des lésions jeunes et aiguës, et chez lesquels on avait obtenu d'emblée un collapsus total avec une faible quantité de gaz : 22,250, et jamais supérieur à 350 cmc, la première fois.

Les malades traités en cure libre, c'est-à-dire présentant des formes moins graves puisqu'ils pouvaient continuer à aller et venir, n'ont pas présenté d'épanchement, mais peut-être sommes-nous tombés sur une bonne série ? M. Broc nous a d'ailleurs déclaré que les épanchements pleuraux lui avaient toujours paru ici, à Tunis, dans son service, une complication beaucoup moins importante qu'en France dans les différents services de Phtisiologie, du moins à en

juger par leurs statistiques. Il ne s'en expliquait pas la raison. Serait-ce parce qu'il injecte de l'air atmosphérique, filtré sur du coton, alors qu'habituellement on injecte de l'azote ou de l'oxygène ?

Dumarest nous signale que les complications pleurales sont souvent tardives. Nos pneumothorax de 1930 étant d'institution récente, ces complications n'ont peut-être pas eu le temps d'apparaître.

Dumarest a observé 8 cas de perforation pulmonaire ayant entraîné la mort sur 100 malades. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en voir en 1930.

En revanche, nous avons observé 8 décès dont 7 dus à la bilatéralisation des lésions, et 1 de maladie intercurrente. Nous ne pouvons naturellement compter les malades chez qui nous n'avons pas pu réussir à constituer un pneumothorax et qui ont vu leurs lésions évoluer.

Donc, 7 bilatéralisations sur 16 pneumothorax constitués, ou du moins 7 formes graves non influencées par le traitement, nous donnent une proportion de 43,75% d'aggravation, alors que Dumarest en signale 27,3% environ.

Nous n'avons pas pu faire d'examen de crachats à chaque insufflation toutes les semaines ou tous les quinze jours comme il est recommandé de le faire. Nous ne possédions ni l'installation, ni le personnel nécessaires. Nous avons fait cette recherche, mais sans la régularité qui la rendrait vraiment intéressante. Dans la moitié des cas, les malades avaient cessé de cracher. Chez nos malades hospitalisés, nous avons constaté, dans les cas favorables, une diminution ou même une disparition de l'expectoration.

Foix et Boisnières ont constaté une bacilloscopie négative dans 75% des cas. Dans l'avenir, quand Tunis possèdera un dispensaire anti-tuberculeux spécialisé, il sera possible d'établir ici aussi des statistiques identiques.

De même, nous n'avons pas pu étudier la courbe thermique des malades qui n'étaient pas hospitalisés, car ils n'avaient pas en général l'instruction nécessaire pour établir un graphique de leur température. Nous avons dû nous en tenir aux indications subjectives qu'ils nous fournissaient à ce sujet. Chez les malades hospitalisés, nous avons observé des chûtes merveilleuses et définitives de température, dès la première insufflation.

Tels sont les résultats que nous ont donné les 34 pneumothorax entrepris en 1930 chez des Musulmans Tunisiens.

Nous avons eu un total de 10 malades, soit 29% améliorés, c'est-à-dire présentant une apyrexie permanente, ayant augmenté de poids, et ne toussant plus au bout de quelques mois ou d'un an, et ayant pu reprendre leur travail.

Dumarest nous dit avoir obtenu en France, à Hauteville, une proportion de 47% de malades améliorés par le pneumothorax, après un an. Il a d'ailleurs vu ce pourcentage tomber de 37,6% après 3 ans à 30,61% après 5 ans, et à 20% au bout de 7 ans.

Nous devons avouer que nous n'avons jamais vu ici d'Arabes ayant poursuivi leur traitement pendant d'aussi longues années.

M. Broc nous a parlé d'un notaire Arabe qui, après avoir eu un pneumothorax à gauche pour lésions qui guérirent par symphyse après deux ans de soins, fut soigné également par pneumothorax du côté droit. Il eût la patience de venir à Tunis toutes les 3 semaines, d'un pays éloigné, pendant 2 autres années, pour ses réinsufflations. Nous eûmes même, plusieurs fois, l'occasion de les lui faire. Il s'est marié, il y a quelques mois, et reste en excellente santé. Mais il est une exception et un encouragement.

A Hauteville, les malades bénéficient de la cure hygiéno-diététique sanatoriale, en même temps que du traitement collapsothérapie. Aucun de nos malades ne se trouvait, fort malheureusement, dans des conditions d'hygiène aussi favorables que celles de France, pas même les malades hospitalisés, ce qui explique peut être que nos résultats n'aient pas été très brillants, d'une part, et que, d'autre part, nos malades aient interrompu précocement leur traitement après apparition de symphyses.

En effet, de tous nos pneumothorax commencés en 1930 il n'y en a qu'un seul, élève du Lycée Carnot, en excellent état actuellement, à qui nous faisons encore des insufflations, un seul sur 34.....

En résumé, sur 34 pneumothorax tentés en 1930, nous avons eu 18 échecs dès les premières insufflations et 16 décollements, 8 complets, 8 incomplets, et 8 décès sur les 16 pneumo, après quelques mois de traitement collapsothérapie.

Nous avons eu 10 améliorations, 2 chez des malades dont nous n'avons pas pu décoller le poumon, et 8 chez des malades que nous avons pu décoller. Dans 7 cas, nous avons abandonné le traitement. Dans un seul, nous le poursuivons encore.

Les bons résultats persistent encore chez ces 7 malades, après

un traitement dont la durée a varié de 2 à 10 mois suivant les cas. L'apparition d'une symphyse nous a forcés à interrompre les insufflations.

Nous ne pouvons pas attribuer les interruptions précoces de traitement à la négligence des malades, comme M. Broc et Mme Duplenne dans la Revue Tunisienne des Sciences Médicales de 1927, au mois de mars. Si nous consultons les observations, nous constatons que nos malades ont fait preuve, au contraire, d'une docilité très encourageante et qu'ils sont venus régulièrement faire entretenir leur pneumothorax, à très peu d'exception près.

Seulement, plusieurs de ces malades travaillaient : l'un d'eux avait même repris un métier très fatigant après 4 mois seulement de repos. Plusieurs poursuivaient leurs études à la Grande Mosquée ou bien au Lycée. Aucun n'a fait de cure d'immobilité prolongée. On peut expliquer l'apparition précoce de symphyse pleurale obligeant à abandonner le traitement par des mouvements, de l'exercice entraînant une résorption trop rapide de l'air.

Au total, les résultats obtenus en France, à Hauteville ou bien à Paris par Foix et Boisnières, à la clinique Laënnec, pour ne citer que ceux-là, sont plus encourageants que les nôtres.

Dans 8 cas seulement sur 55, Foix et Boisnières n'ont pas réussi à créer de pneumothorax, tandis que nous avons échoué 18 fois sur 34.

D'autre part, le pourcentage des cas favorablement influencés par le traitement a été de 29% pour nous au lieu de 47% pour Dumaresi.

L'explication de ceci doit, à notre avis, être cherché dans la misère ou du moins la très grande pauvreté des Arabes qui ne leur permet pas de suivre chez eux un traitement hygiénique favorable et l'absence de service hospitalier spécialisé qui puisse les héberger pendant de longs mois ou même plusieurs années et leur assurer la tranquillité morale en même temps que le bien-être matériel pendant la durée de l'entretien de leur pneumothorax.

Nous n'avons institué de pneumothorax nouveaux en 1930 que dans des cas bien sélectionnés, chez des individus habitant Tunis, et capables, par conséquent, de revenir régulièrement pour leurs insufflations. Nous avons choisi des individus assez riches pour avoir les moyens de se reposer, au moins momentanément, et as-

sez intelligents pour comprendre les avantages du traitement que nous voulions essayer chez eux.

Nos malades étaient donc relativement riches, étant donné notre mode de recrutement : employés de la Municipalité, employés du chemin de fer, quelques étudiants à mentalité déjà un peu évoluée au contact européen et disciplinée par leurs fonctions.

Ce nombre pourrait s'étendre petit à petit, faire tâche d'huile, un malade en traitement et amélioré ou bien un malade guéri en amenant un autre.

On pourrait même envisager dans l'avenir le traitement des malades venus de l'intérieur par création de centres de pneumothorax dans certains hôpitaux de l'intérieur.

Les misérables ont dû être éliminés pratiquement, car les plus pauvres avaient, à part deux ou trois exceptions, trop attendu pour venir nous consulter et leurs lésions bilatérales ne permettaient plus de les soigner. C'est grâce à cette sélection que nous n'avons guère eu à nous plaindre de l'insouciance ou de la négligence de nos malades.

Malgré les cas très peu nombreux où cette méthode peut être instituée, 6,66% des cas et malgré 29% seulement d'amélioration chez ceux-là, nous pensons cependant qu'il faut continuer le traitement collapsothérapique chez les Musulmans de la classe pauvre, à cause de ses nombreuses commodités.

Il donne parfois des résurrections merveilleuses et, dans le seul espoir de rencontrer quelques cas semblables sur des centaines de malades désespérés, il doit toujours être tenté.

Voici l'observation du plus beau cas de guérison que nous ayons observé en 1930 :

Mohamed ben Senoussi : 23 ans, Gadamsi, mulâtre, chauffeur, hospitalisé pour tuberculose évolutive aiguë depuis 3 semaines, fièvre en plateau à 40°, amaigrissement, prostration.

A la radioscopie : grosse lésion et caverne sous claviculaire droite, début d'infiltration à gauche.

Devant l'intensité des phénomènes généraux, on décide de tenter malgré tout un pneumothorax, bien que les lésions ne soient pas absolument unilatérales. Il est très difficile d'obtenir un décollement. Au cours des 5 ou 6 premières tentatives, on ne passe que 50 cm³ d'air environ. Avec beaucoup de patience on obtient un décollement complet.

La température est tombée dès la première insufflation, si peu importante que soit la quantité d'air injectée. Le malade a retrouvé de l'appétit et a repris une dizaine de kilogs. En octobre 1930, après 4 mois de traitement régulier, le malade se sentait si bien qu'il a voulu reprendre son dur métier de conducteur de camion.

Le 3 mars 1931, on abandonne le pneumothorax car il est impossible de passer même de très petites quantités d'air. Il s'est formé une symphyse. Néanmoins, le malade est toujours actuellement en très bon état et travaille toujours comme chauffeur.

Nous avons envisagé précédemment la nécessité de créer un établissement spécialisé pour hospitaliser les Musulmans tuberculeux qui ne sont pas justiciables du pneumothorax : les 207 du début à lésions bilatérales et les malades traités par pneumothorax qu'il est nécessaire d'hospitaliser. Il existe bien, il est vrai, les Pavillons de la Rabta où sont reçus des tuberculeux osseux plâtrés qui font une cure d'air et d'héliothérapie, et des tuberculeux pulmonaires bilatéraux. Mais l'installation de ces derniers est fort sommaire. Ces tuberculeux, trop avancés pour être soignés avec quelques chances de guérison, meurent tous, ce qui donne une très mauvaise réputation à ces Pavillons de tuberculeux auprès des indigènes qui refusent d'habitude avec la plus grande obstination d'y être hospitalisés. Les malades du Bled, ignorants de cette réputation fâcheuse auprès des habitants de Tunis, acceptent souvent l'hospitalisation dans les Pavillons des Tuberculeux pulmonaires, mais ils les quittent après quelques jours avec effroi parce qu'ils voient tous les autres mourir autour d'eux.

Il serait idéalement intéressant de créer un grand Etablissement spécialisé qui pourrait recevoir différentes catégories de malades :

1°) des tuberculeux très avancés dont la présence est un danger pour leur famille quand celle-ci comprend de jeunes enfants;

2°) des bacillaires à lésions unilatérales, chez lesquels il serait possible d'instituer un pneumothorax, parce qu'ils sont susceptibles d'être rendus un jour à la collectivité.

Si les Musulmans Tunisiens, parfois assez indépendants de nature, arrivent à se discipliner suffisamment pour supporter une hospitalisation prolongée, le pneumothorax donnerait certainement, nous l'avons vu, de meilleurs résultats.

3°) des malades chez lesquels le pneumothorax s'est montré im-

possible par suite d'adhérences et d'autres chez lesquels ce traitement serait peut-être dangereux à cause de lésions bilatérales encore peu avancées, mais dont l'état général bénéficierait grandement d'une alimentation saine et bien comprise et d'une cure d'air qui pourrait peut-être les guérir. On pourrait, autant que faire se peut, apprendre à ces malades souvent frustes à se soigner une fois qu'ils seraient rentrés chez eux, à se laver, à ne pas coucher à 4 ou 5 dans le même lit, cachés sous les draps, à vivre les fenêtres ouvertes et à ne pas cracher par terre.

Il faudrait sans doute longtemps pour arriver à les transformer sur ce point, car, même à l'hôpital, les crachoirs distribués aux malades leur servent à mettre de vieilles allumettes, des mégots de cigarettes, des peaux d'orange et des noyaux de fruits.

Le jour où les infirmières visiteuses iront à domicile, elles verront peut être un crachoir généreusement distribué par le dispensaire servant de verre à boire pour toute la famille, ou bien un autre relégué au sommet d'un rayon et jamais utilisé.

Les malades dont nous venons de parler deviendraient moins dangereux pour leur entourage quand leur état, suffisamment amélioré, leur permettrait de reprendre une vie normale.

Il faudrait créer pour eux un établissement spécial à la campagne, analogue aux maisons de convalescence de Vincennes.

4°) Il serait intéressant d'hospitaliser également, dans cet établissement, les pleurésies séro-fibrineuses, les péritonites tuberculeuses à forme curable, les adénites tuberculeuses si nombreuses que l'on pourrait guérir avec plusieurs mois de repos.

En 1930, M. Broc avait hospitalisé certains de ces malades et envoyait les autres à l'Hôpital Français faire un traitement par rayons ultra-violet. L'Hôpital Musulman ne possède pas cette installation, très peu coûteuse pourtant, et qui pourrait rendre tant de services. Le trajet de l'Hôpital Sadiki à l'autre Hôpital était fatigant pour les malades et beaucoup y renonçaient pour cette raison avant d'en avoir senti les bienfaits.

Il serait donc indispensable que notre Etablissement idéal possédât non seulement un bon appareil radiographique, mais encore une installation pour rayons ultra-violet.

5°) Il serait indispensable également de créer des pavillons pour

enfants tuberculeux pour isoler les petits malades rencontrés dans une famille et préserver leurs frères et sœurs de la contagion.

Madame Bourge a dû reste, à cet effet, créé au Kram un préventorium, mais on a de grandes difficultés à y faire entrer des enfants arabes, à cause de leur mentalité et de celle de leurs parents.

On pourrait créer aussi pour ces enfants des Centres marins, des centres de montagne, des colonies scolaires de vacances.

La préservation de l'enfance par l'hygiène préventive donnerait peut-être les meilleurs résultats.

Quant aux enfants de tuberculeux qui sont indemnes, il conviendrait de les confier à des œuvres qui pourraient les faire élever et les surveiller.

Le placement familial de l'œuvre Grancher, tel qu'il est réalisé en France, paraît difficile à introduire en Tunisie, faute de pouvoir trouver des milieux convenables parmi les indigènes qui pourraient se charger d'élever des enfants de tuberculeux.

6° Cet établissement devrait comprendre, en même temps que des Pavillons pour malades, d'autres pour convalescents et pour malades guéris qu'il s'agirait de rééduquer avant de les rendre à une vie normale.

Autrement dit, on leur adjoindrait une sorte d'école professionnelle et de colonie agricole. On pourrait ainsi apprendre un métier aux Arabes qui trop souvent n'en ont pas.

On peut envisager tout le bénéfice qui résulterait de telles écoles professionnelles, analogues aux ateliers de travail de Leysin : réconfort moral du malade qui ne sera plus inutile et pourra subvenir à son entretien et à celui de sa famille; diminution de la misère.

Les malades travaillant dans les colonies agricoles, imitées de la colonie agricole anglaise de Papworth, mèneraient une vie saine et utile.

Mais nous sommes actuellement dans le domaine de la pure utopie. Notre vaste établissement destiné à éviter la contagion ou du moins à la diminuer en recevant les malades dangereux pour leur entourage, à tenter de les guérir et de les rééduquer, semble impossible à créer dans les conditions présentes. Cette création serait extrêmement lourde pour le budget de l'Etat. Il ne semble pas non plus possible de recourir, dans ce pays aux souscriptions privées.

Enfin serait-il possible pécuniairement de le créer, les Musulmans indigènes ne consentiraient peut-être pas toujours à la longue

hospitalisation qui s'accorde mal avec des tempéraments parfois nomades ou demi nomades.

Il convient donc d'envisager également d'autres moyens de lutter contre les ravages que fait chaque année la tuberculose chez les Musulmans (51 décès pour 10.000).

En France, la mortalité par tuberculose est tombée de 40 pour 100 en 1880 à 23 pour 10.000 en 1923, sous l'influence des nombreux efforts faits pour instruire la masse des dangers de la contagion et de la nécessité de soigner la maladie.

Ces résultats sont assez encourageants pour que l'on tente d'implanter en Tunisie le meilleur instrument de lutte anti-tuberculeuse que possède la France depuis 1916, c'est-à-dire le Dispensaire.

Calmette définit le Dispensaire : un établissement d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, un organe d'éducation et de prophylaxie.

Au point de vue médical et pharmaceutique, le Dispensaire donne gratuitement des consultations et distribue des médicaments, mais aux seuls indigents. Pour les malades non indigents, les consultations et les fournitures de médicaments sont payées.

Après la visite présidentielle et au moment de l'Exposition Coloniale, quand l'attention du grand public français est attiré sur les Colonies et plus particulièrement sur la Tunisie, l'occasion semble fort propice pour demander à la Métropole les capitaux nécessaires pour créer un Dispensaire et organiser la lutte anti-tuberculeuse à Tunis.

Il faut bien se rendre compte que toutes les dépenses pendant une très longue période (peut-être 50 ans) seront une perte *sèche* pour la collectivité, Calmette déclare qu'il n'est pas nécessaire d'admettre au sanatorium un individu dont la vie représente un capital de moins de 75.000 francs.

La logique commanderait presque de ne soigner que ceux qui représentent une certaine valeur sociale et d'héberger les autres dans de vastes établissements comme l'on fait en Norvège, pour éviter que la contagion se répande et pour ne pas perdre inutilement de l'argent à soigner des individus qui, une fois guéris, sont incapables de payer les sacrifices consentis pour eux.

Un dispensaire dont la création ne demande pas d'immenses capitaux semble mieux convenir aux faibles ressources dont paraît disposer la Tunisie que la création d'un sanatorium.

En outre, le Dispensaire entraîne moins de contrainte que le Sanatorium. En Tunisie, il ne faut pas de contrainte qui irait à l'encontre du but recherché. Les malades ne viendraient plus se faire soigner, par crainte d'être enfermés.

Il vaut mieux prendre les mesures les plus simples pour éviter la contamination de l'entourage, faire le vide autour du tuberculeux, enlever les enfants, faire la désinfection des locaux. Tout cela ressort du dispensaire.

C'est un centre de dépistage de la tuberculose.

Il diffère de l'Hôpital car il n'hospitalise pas les malades et d'une consultation ordinaire par son action extérieure, à domicile, grâce aux infirmières-visiteuses.

Le Dispensaire est également un centre de renseignements :

1° médicaux, diagnostic s'aidant des examens radiographiques et radioscopiques;

2. sociaux, situation sociale du malade, de sa famille, logement, ressources, renseignements qui sont recueillis par l'infirmière-visiteuse.

Le Dispensaire est un centre de triage qui envoie les malades au sanatorium ou à l'hôpital spécialisé.

Le Dispensaire s'occupe aussi du placement des enfants dans des œuvres anti-tuberculeuses.

Le Dispensaire est également un centre d'assistance par voie directe — bons de médicaments, vêtements, literie; — par voie indirecte — liaison avec des œuvres privées.

Le Dispensaire est enfin un organe d'éducation prophylactique des malades et de leur entourage, enseignement familial de l'hygiène par l'infirmière-visiteuse.

L'organisation matérielle d'un dispensaire ne réclame pas d'installations vastes ni onéreuses. Il peut être aménagé dans un local quelconque que l'on peut toujours adapter à l'installation d'un Dispensaire. Il est suffisant mais nécessaire pour constituer un Dispensaire de prévoir :

une salle d'attente pour les malades;

un cabinet de consultations pour le médecin;

une petite pièce pour l'enquêteur;

une salle de radiographie avec un bon appareil qui permette,

non seulement de faire des radioscopies, mais encore des radiographies;

une pièce bien éclairée pour le laboratoire;

une pièce servant de magasin pour les ustensiles et produits hygiéniques et pour la pharmacie.

On y joint parfois une buanderie et une lingerie, constituées par deux pièces bien séparées, l'une pour le linge septique, l'autre pour le linge désinfecté.

Cette nouvelle organisation, du reste, semble, à priori et théoriquement, devoir rendre d'incommensurables services.

En réalité, le Dispensaire, suivant la formule française précisée dans la loi Léon Bourgeois du 15 avril 1916, est difficile à transplanter en Tunisie et à Tunis plus particulièrement.

Il semble tout d'abord qu'il faudrait plusieurs dispensaires, et ceci pour diverses raisons tenant à la population trop nombreuse et trop cosmopolite de Tunis.

Léon Bernard est d'avis qu'un Dispensaire bien organisé — c'est-à-dire auquel sont rattachées quinze infirmières-visiteuses — ne peut pas s'occuper de plus de 900 familles tuberculisées.

Voici le détail des calculs de Léon Bernard qu'il est amusant de reproduire ici où le personnel est toujours en nombre restreint :

« Un dispensaire peut donner six consultations par semaine; les infirmières devant y accompagner leurs malades, il est malaisé d'y rattacher plus de cinq infirmières par séance; si chaque infirmière assiste à deux séances par semaine (elle ne peut guère plus car elle n'aurait pas assez de temps pour les visites à domicile), cela donne quinze infirmières pour un Dispensaire. Chaque infirmière, au taux de 200 visites par mois, peut se charger de 60 familles. En multipliant 60 par 15, on aboutit au chiffre de 900 familles. »

On a enregistré 559 décès par tuberculose, chiffre officiel de la Municipalité, en 1930 à Tunis. On admet que pour avoir le nombre de malades il faut habituellement multiplier le nombre de décès par 6. Nous aurions donc un total de 3.354 tuberculeux à Tunis, c'est-à-dire beaucoup plus de 900 familles tuberculisées. Il y aurait tout près de 1.800 familles en admettant que l'on compte deux individus atteints par famille, simultanément.

Done, si Tunis ne peut posséder qu'un seul dispensaire pour des raisons financières, il faudrait doter ce Dispensaire de trente infir-

nières au moins pour qu'il puisse fonctionner comme le Dispensaire idéal de Léon Bernard. Il faudrait même certainement un nombre d'infirmières-visiteuses supérieur, car leur tâche à Tunis, dans les milieux musulmans pauvres serait autrement ardue que celle des infirmières-visiteuses de la région parisienne qui vont visiter des malades plus instruits, plus dociles et plus compréhensifs également.

Il paraît urgent de créer à Tunis un corps d'infirmières-visiteuses diplômées naturellement, et qui irait voir à domicile les malades atteints de tuberculose qui se seraient présentés dans les différentes consultations d'hôpitaux.

Cette question des infirmières-visiteuses est très difficile à résoudre. Ces infirmières devraient être diplômées, par conséquent suffisamment instruites pour remplir leur rôle avec profit. Un certain nombre d'entre elles devraient venir de grands services de Paris pour être au courant des méthodes de travail les plus modernes. Mais comme la science ne suffit pas ici si l'on est incapable de se faire comprendre des habitants, il faudrait aussi qu'elles sachent les langues du pays et qu'elles en connaissent les mœurs. Il est indispensable qu'elles puissent comprendre les indigènes et se faire comprendre d'eux. Elles sont chargées de donner aux malades et à leur famille des conseils précis qui doivent être exprimés en arabe correct pour être compris. Enfin, les infirmières-visiteuses doivent circuler dans les différents milieux sans choquer les préjugés de race et de classe.

C'est-à-dire qu'au fond, des Tunisiennes instruites seront plus aptes que les autres à remplir ce rôle si important d'infirmière-visiteuse. Connaissant le caractère arabe, elles auront sans doute plus de patience et de tact pour amener progressivement les malades à accepter l'hospitalisation et le traitement, dans les cas indispensables. Elles seront averties de la grande misère des Musulmans pauvres et sauront, à l'avance, qu'elles doivent avoir une extrême patience et une extrême bonté pour ne pas se laisser rebuter par les milieux parfois sordides où elles évolueront.

L'éducation des Musulmans peut se faire, non seulement par le dispensaire et les dames-visiteuses, mais encore, et d'une façon fort importante, par l'école, par les conseils du maître sur les dangers de vivre avec les malades, sur la nécessité de les isoler, par l'exposé

quotidiennement répété des différents principes d'hygiène, et enfin, par la distribution de tracts à la manière américaine, où ces principes sont résumés de manière frappante.

Il est certain qu'avec les progrès de l'hygiène, on verra décroître dans une proportion appréciable, les ravages de la tuberculose.

Si la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. avait fait ses preuves de manière irréfutable, l'hôpital spécialisé et le Dispensaire dont la création rendrait tant de services à Tunis deviendraient, dans un temps donné, parfaitement inutiles. On dit, en effet, que la Municipalité songe à vacciner par le B. C. G. tous les enfants nés à Tunis. Ce projet part d'une excellente intention, mais cette application aussi généralisée du vaccin de Calmette nous semble un peu prématurée. Les grands spécialistes ne sont pas d'accord à ce sujet. On a rapporté des cas de morts indiscutables à la suite de cette vaccination. Autant elle paraît intéressante, quand les enfants sont issus de parents tuberculeux, parce que vivants en milieu contaminé ils ont des chances de devenir facilement tuberculeux à leur tour, autant elle nous paraît risquée en milieu sain.

Les maternités de Paris qui avaient adopté cette pratique en 1926-27 et l'avaient rendue obligatoire pour les enfants sans distinction, l'ont abandonnée après en avoir reconnu les dangers; et, pour ne citer qu'un exemple, notre ancien maître, le professeur Le Lorier ne vaccine plus actuellement que les enfants nés de parents tuberculeux et ceux dont les parents le demandent formellement par écrit et en pleine connaissance de cause.



SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 8 Mai 1931

—«O»—

La séance est ouverte à 17 h. 50 sous la présidence du D^r Scialom, vice-président.

Sont présents : MM. les D^{rs} Rogalski, Nalli, Cohen-Boulakia, Tremsal, Lévy Guido, Sôlal, Lumbroso Isaac, Finzi, Moatti, Maruani, Ganem, Scialom E., H. Scemama, Pérez, Santillana, V. Cohen, H. Bonan, M. Uzan, Ghouila-Hourri, Hadjouj, Boulakia, Guez, Saffar, Broc, Hababou-Sala, Ronchot, Guttières, Dirats, J. Scemla, Gandolfo, Lumbroso, Soria, Bruguairolles, Cherouvrier, Veillet (de la Bourboule), Laloum.

En ouvrant la séance, le président prononce l'éloge funèbre du docteur Varese et rappelle ses qualités de cœur et d'esprit. Il s'est fait un devoir de représenter la société à ses obsèques, et propose une suspension de séance en signe de deuil.

A la reprise, le docteur Scialom exprime au nom de la Société et du Bureau les regrets de l'absence du président et lui renouvelle ses souhaits de prompt rétablissement.

∴

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

∴

COMMUNICATION DU BUREAU

Le D^r GANDOLFO est élu à l'unanimité membre de la Société.

∴

Le secrétaire général donne lecture d'une note du professeur Netter, dont voici le texte :

« Avez-vous eu l'année dernière ou au cours des années précédentes un certain nombre de poliomyélite. Je vous pose la question parce que l'Académie a jugé bon de se préoccuper de l'approvisionnement en sérum d'anciens malades et que je serai probablement chargé du rapport. Il y a lieu de redouter au retour de l'été

et de l'automne, l'apparition de nouveaux cas dans les départements infectés en 1930. »

Le D^r BROC fait observer que la poliomyélite est moins fréquente en Tunisie qu'en France.

Le D^r RONCHOT observe cependant à Sadiki de nombreuses sequelles de poliomyélite.

Le D^r SCIALOM en connaît de nombreux cas chez les Israélites.

Le D^r M. UZAN rappelle un cas observé récemment par le docteur Benmussa.

Le D^r HABABOU-SALA en connaît actuellement un cas à Sousse.

Le D^r BOULAKIA, ayant eu besoin de sérum de Petit, a pu s'approvisionner très facilement.

∴

D^r ROGALSKI. — *Mélitococcie et hémoptysie.*

(Paraîtra dans un numéro prochain consacré à la Fièvre Méditerranéenne).

Discussion :

Pour le D^r GUIDO LÉVY qui a observé plusieurs cas semblables à l'hôpital italien, l'hémoptysie résulterait d'un état hémorragipare qui se complète parfois de stomatorrhagie, d'épistaxis et d'hématurie.

Le D^r UZAN MAURICE profite de cette circonstance pour signaler que la fièvre méditerranéenne présente des formes cliniques très diverses et que son domaine épidémiologique s'étend.

Répondant à une observation du D^r MONTEFIORE, le D^r SCIALOM précise que la séro-réaction de Wrigt est considérée comme positive à partir de 1/200.

Le D^r NALLI présente alors un malade atteint de fièvre mélitococcique, où il a pratiqué des cutiréactions à la mélitine en solution hypertonique. Il insiste sur l'évolution différente de ces cuti-réactions chez l'individu sain et chez l'individu sensibilisé.

Le D^r HABABOU-SALA voudrait voir l'évolution simultanée de ces cuti-réactions et des cutis-témoins sans présence d'antigène mélitique.

∴

D^r BROC. ... *Fièvre Méditerranéenne avec adénopathie trachéo-bronchique très marquée.*

(Paraîtra dans un numéro prochain consacré à la Fièvre Méditerranéenne).

Lait virginal

par le D^r ROGALSKI

—(O)—

La sécrétion lactée survenant chez une vierge, sans être un phénomène morbide, ni sans précédent, n'en est pas moins d'une grande rareté et mérite d'être citée comme curiosité scientifique; aussi est-ce à ce titre que je me permets de relater l'observation suivante:

OBSERVATION :

A... T..., âgée de 40 ans, non mariée, opérée dix ans auparavant d'un rein tuberculeux, et depuis atteinte de cystite probablement tuberculeuse, vient me consulter pour une infirmité qui l'ennuie. Depuis une huitaine de jours, ses seins sécrètent un liquide blanc, salissant sa chemise. A l'examen je trouve une poitrine peu développée, seins plutôt petits, non douloureux à la pression, pas de mammite, mamelons tout petits; ventre souple, très maigre; organes génitaux externes normaux, pas de leucorrhée, présence de l'hymen. En pressant les seins je recueillis une dizaine de c. c. de liquide blanc que je reconnus, au microscope être du lait.

Je revis la malade au bout d'une dizaine de jours, la sécrétion continuait et cette fois-ci je pus facilement remplir un tube à essai. Le docteur Burnet, à qui je remis le tube, examina le contenu en ma présence et le reconnut comme étant du lait.

Vu les antécédents de la malade, le liquide fut examiné au point de vue de la tuberculose. Absence de B. K. dans le lait et le cobaye inoculé, sacrifié plus tard fut reconnu indemne de tuberculose.

Réflexions. — Dans les ouvrages de physiologie et d'anatomie sont décrits de rares cas de sécrétion lactée chez des femmes âgées, en dehors de l'époque de l'allaitement et même chez des hommes et sont expliqués par des sollicitations de la glande; femmes ou hommes offrant leurs seins à des nourrissons privés de lait; mais dans l'observation que je viens de vous relater, la sécrétion lactée est spontanée, sans provocation aucune et de ce fait me semble être tout à fait exceptionnelle.

PRESENTATIONS DE MALADES

Fongus du testicule

par le D^r René BROG et M^{me} LAVAUT

— (0) —

Messaoud ben Romdan, âgé de 11 ans, originaire de Mateur, vient le 4 mars 1931 à la consultation de l'Hôpital Sadiki, porteur d'une tumeur des bourses ulcérée et saillante formant un gros champignon du volume d'un œuf apparu il y a un an et demi environ.

Il serait, à cette époque tombé à califourchon sur une caisse, aurait eu le testicule coincé contre le bois dans sa chute, et a vu se développer à l'endroit contus, une tumeur non douloureuse, qui s'est ulcérée, et par la plaie est sortie une masse bourgeonnante et suintante, recouverte de croûtes brunâtres quand il se présente pour la première fois à notre examen.

A l'examen on constate que l'enfant est circoncis et ne présente pas d'écoulement à la pression de la verge. Les bourses paraissent augmentées de volume. Sur la bourse droite, à la partie inférieure on constate, en dehors de la peau des bourses, une masse ulcérée de la grosseur d'un œuf, suintante, suppurante, dégageant une odeur fétide et nauséabonde, prenant son insertion par un pédicule large sur une zone indurée entourée par la peau du scrotum ulcérée non décollée, de couleur normale.

A la palpation on sent le testicule gauche normal, libre dans la vaginale.

Le testicule droit est augmenté de volume, dur, ligneux et paraissant servir de base d'implantation au fongus.

La palpation n'est pas douloureuse mais il n'est pas possible de délimiter l'épididyme du testicule.

Le cordon spermatique est épaissi, infiltré et dans l'aîne et le triangle de Scarpa gauche, on constate l'existence de nombreux ganglions petits, durs, et douloureux.

La prostate et les vésicules séminales sont normales.

L'état général est bon, l'enfant se plaint seulement de douleurs nocturnes dans les genoux. Ce symptôme faisant songer à la syphilis, nous recherchons s'il existe des signes d'hérédo-syphilis et nous trouvons des dents crénelées et surtout une kératite ancienne de

L'œil droit, pupille irrégulière, iritis ancienne, avec adhérence au cristallin, qui présente lui-même des opacités; l'œil gauche présente une déformation de l'iris en coup d'angle sur sa circonférence externe.

Réaction de Wassermann positive.

Nous sommes donc en présence d'un fungus du testicule, affection qui se rencontre maintenant assez rarement, peut-être parce que les malades n'ont pas la patience du nôtre, et n'attendent pas un an et demi avant de venir consulter. Peut-être aussi, parce qu'ils prennent des soins élémentaires de propreté, tandis que notre petit malade, qui n'avait pas de pantalon, encore moins de pansement, laissait sa plaie exposée aux poussières et souillures de toutes sortes, et avait dû se traiter, avant de venir nous voir, par toutes sortes de « doua el arab », d'une antisepsie douteuse. Il a suffi en effet de quelques pansements propres, pour transformer cette masse nauséabonde et fétide, en une plaie inodore avec un chou-fleur recouvert de bourgeons charnus, rouges et vifs, comme on en voit sur les plaies bourgeonnantes bien traitées.

Mais ce résultat obtenu, reste à connaître la cause du fungus et à entreprendre un traitement rationnel.

De l'observation du malade nous retenir deux choses, le traumatisme et les signes d'hérédosyphilis.

L'enfant est très affirmatif, il n'avait rien avant sa chute à califourchon; mais il est rare que le fungus du testicule se produise après des hématocèles suppurées ou des abcès traumatiques du testicule. Aussi rare est la syphilis du testicule chez l'enfant hérédosyphilitique.

Pour notre part, nous n'en avons jamais rencontré à la consultation de l'Hôpital Sadiki.

Le traumatisme a-t-il été un adjuvant, aidant à la localisation de la syphilis? est-il survenu sur un testicule déjà malade?

Il est bien difficile dans l'état actuel de donner une réponse catégorique.

Que faire dans ces conditions?

Nous pensons ne rien perdre en essayant un traitement anti-syphilitique et nous allons nous adresser au sulfarsénol qui nous paraît bien supporté par les enfants. Si ce traitement, joint à des pan-

sements propres, ne donne aucun résultat, il sera toujours temps, de faire faire l'exérèse du fongus, et notre traitement de fond chez un hérédito, ne pourra qu'aider à la cicatrisation post-opératoire.

∴

Deux cas de Myopathie

par les D^{rs} GUEZ et M^{me} LAVAULT

—(O)—

Nous vous présentons deux malades du service du Docteur Broc atteints de deux formes différentes de myopathie primitive progressive.

Le premier, Mohamed Ben Amor, âgé de 12 ans, originaire de Teboulba, est venu à la consultation le 1^{er} mai 1931. Il vient consulter pour des troubles moteurs et une atrophie musculaire apparus progressivement depuis un an. Ses parents sont bien portants, il a deux frères vivants, normaux, deux autres sont morts de cause indéterminée, et dans la famille, on n'a jamais observé de cas analogue. La gêne dans la marche et la station debout datent d'il y a un an.

Actuellement le malade se présente avec une démarche de canard et le ventre très proéminent, les épaules rejetées en arrière; déséquilibré, on note une forte ensellure lombaire; pour marcher l'enfant lance les pieds en avant et ne prend appui que sur le tarse antérieur.

On constate une atrophie complète des muscles de la région scapulo-humérale, des pectoraux, grand dentelé, rhomboïde; une atrophie moins marquée du trapèze et du deltoïde; le grand dorsal n'existe pour ainsi dire plus, et les muscles des gouttières vertébrales sont très atteints, le sterno-mastoïdien est très atrophié, tandis que les muscles de la nuque sont peu touchés.

Au membre supérieur, l'atrophie est plus marquée au bras qu'à l'avant-bras, plus au biceps qu'au triceps, la main semble normale.

Au membre inférieur les muscles de la ceinture pelvienne et de la cuisse sont atrophiés, tandis qu'il existe une hypertrophie marquée des muscles des mollets.

Pas de fibrillation musculaire.

Le malade ne peut se baisser pour prendre un objet à terre. Etant couché dans le décubitus dorsal, l'enfant ne peut s'asseoir

sans s'aider de ses mains, se couchant sur le ventre, puis sur le côté, et prenant point d'appui par ses bras sur ses jambes, cuisses, etc.

Hypotonie très marquée.

Réflexes rotuliens, tricipital abolis; pas de troubles de la sensibilité.

L'examen électrique pratiqué par le docteur Jaubert de Beaujeu montre que les réactions sont normales. Réaction de Wassermann négative.

Il s'agit en somme d'un type de myopathie progressive à forme pseudo-hypertrophique au niveau des membres inférieurs, type le plus souvent rencontré chez l'enfant.

Le second malade Amor Ben Amar, âgé de 18 ans, originaire de Sbeïlla, est entré le 24 mars 1931, pour atrophie des membres supérieurs survenue il y a un an. Ses parents sont vivants; a un frère bien portant; un frère atteint de surdité; une sœur morte en bas âge. Il a eu une pneumonie.

Il raconte que depuis un an il a constaté une perte progressive des forces du membre supérieur et une atrophie considérable des muscles. Actuellement, il est incapable de travailler.

Le malade est grand, maigre, anémique, avec une atrophie manifeste au niveau des muscles de la ceinture scapulo-humérale. Les pectoraux paraissent inexistant, les rhomboïdes sont atrophiés, les muscles des gouttières vertébrales et les muscles lombaires sont atrophiés.

Au bras, l'atrophie est plus marquée qu'à l'avant-bras, et plus marquée dans la loge antérieure que dans la postérieure.

L'avant-bras gauche est plus touché que l'avant-bras droit; la main gauche présente une légère atrophie de l'éminence thénar.

On commence à apercevoir des dépressions au niveau des espaces intercostaux.

L'atrophie des membres inférieurs est peu marquée, la cuisse cependant est amincie, la jambe et le pied semblent normaux.

Démarche de femme enceinte.

Pas de contractions fibrillaires.

Réflexes très diminués, crémasterien normal.

L'examen électrique pratiqué par M. le docteur Jaubert de Beaujeu montre que les réactions sont normales.

Troubles vaso-moteurs assez marqués aux membres inférieurs qui sont violacés.

Réaction de Wassermann légèrement positive.

Le traitement préconisé par le docteur Tinel, a été commencé chez ces deux malades.

Il y a quelque temps, le docteur Broc avait présenté à la Société trois malades atteints de myopathie primitive chez lesquels il avait institué le traitement précité. Deux des malades n'ont pas voulu rester à l'hôpital, le troisième, qui avait été hospitalisé plus longtemps, avait obtenu un résultat favorable. Alors qu'à son entrée à l'hôpital, il ne pouvait pas lever les bras au-dessus de l'horizontale, il était arrivé à mettre les mains sur la tête, et ce résultat l'encourageant, il est revenu plusieurs fois pour continuer son traitement. Malheureusement, ce traitement est assez délicat à faire, et ne peut guère être réussi que chez des malades hospitalisés.

Si nos deux malades ont la patience d'attendre, nous espérons pouvoir vous les montrer améliorés dans quelques mois.

∴

PRESENTATIONS DE PIEGES

Le D^r NALLI présente un ulcus gastrique de la petite courbure.

∴

La séance est levée à 19 h. 30.

Molière et les Médecins

(d'après René Benjamin)

par le D^r J. PLANGKE

Les personnes qui doivent à un aimable amphitryon la faveur d'avoir entendu la conférence que R. Benjamin devait faire au théâtre de Tunis « Le dernier rire de Molière; le malade imaginaire », conserveront de ces deux heures un souvenir exceptionnel.

Je ne veux pas m'essayer à un compte-rendu. Pour aider une mémoire peu fidèle, il m'aurait fallu crayonner des notes. C'eût été du temps pris sur le plaisir de seulement écouter.

Une conférence sur un tel sujet ne pouvait manquer de comporter d'originales observations sur les rapports entre Molière et les médecins qui ont servi d'aliment à sa verve comique. Il était intéressant de retenir ces observations.

Dans plusieurs de ses comédies, Molière s'est copieusement moqué de la médecine et des médecins. C'est l'opinion qui a généralement cours. Ce n'est pas l'opinion de R. Benjamin.

Molière était un malade, et les médecins ne l'avaient pas guéri. Ayant mesuré leur impuissance, il les a écartés, et il s'est abandonné aux mains de la Providence. Il n'a pas eu de rancune. Il ne s'est pas vengé. Il s'est trouvé en face de ceci : une science vaine, et des hommes masquant leur totale ignorance sous l'étalage d'un fatras emprunté aux très vieux livres d'Hippocrate, d'Aristote et de Galien.

Sans doute, les médecins mis par Molière à la scène font rire. Mais il n'a pas voulu, dans les caricatures des Purgon et des Diafoirus, dessiner tous les médecins de son temps.

Dans son théâtre, ce grand homme sincère a surtout pris à partie un type toujours et partout antipathique, et qui lui était particulièrement odieux : les Vaniteux. Les vaniteux de la naissance, de la noblesse, de la bourgeoisie, de la fortune, de la littérature, de la mode, du demi-savoir. Sa pensée entière, il la fait exprimer par Cléonte, dans le « Bourgeois gentilhomme » :

« Je trouve que toute imposture est indigne d'un honnête homme, et qu'il y a de la lâcheté à déguiser ce que le ciel nous a fait naître, à se parer aux yeux du monde d'un titre dérobé, à se vouloir donner pour ce qu'on n'est pas. »

C'est la vanité bouffonne, la prétentieuse suffisance des ignares que Molière a raillées. Relisons ce modèle parfait des lettres de recommandation, la tirade où M. Diafoirus présente à Argan Thomas Diafoirus, son fils : « Monsieur, ce n'est pas parce que je suis son père... ». Voilà bien le portrait — éternellement actuel — du garçon berné, arrivé péniblement à obtenir ses diplômes, lent à comprendre, attaché aveuglément aux quelques connaissances qu'il a acquises, et conservant à travers la vie ses grands airs supérieurs et son petit cerveau d'abruti.

Ce sont ceux-là, les cancre vaniteux, grotesques et malfaisants, que Molière a ridiculisés. Il était d'esprit trop droit et trop juste pour livrer à la malignité de ses contemporains les médecins dignes de ce nom, qui faisaient peu de chose, c'est vrai, pour guérir leurs patients, car ils savaient peu de chose, mais qui faisaient ce peu de chose avec leur conscience et leur cœur.

Il est bien possible que R. Benjamin ne croie pas beaucoup à la médecine, et il le laisse entendre. Au siècle de Molière, le premier argument du médecin, son arme, dont on a fait des armoiries symboliques — était la seringue solennelle de M. Fleurant « accoutumée à regarder autre chose que les visages ». Elle est remplacée par la minuscule seringue de verre, chargée de vaccins et de sérums. Autrefois, la science était le balbutiement d'un empirisme hésitant. De nos jours, elle s'érige en une religion qui impose à la misère et à l'expérience humaines sa mystique, ses dogmes, ses temples et ses prêtres.

Qu'adviendra-t-il de cette religion orgueilleuse ? Quelles théories, quelles doctrines nouvelles offrira-t-elle à nos petits-fils ? Et le scepticisme de R. Benjamin résiste à accepter tout ce qui se donne l'aspect du définitif dans les affirmations d'une science, laquelle par définition sera toujours incomplète.

Cependant ce sceptique n'est pas autre chose qu'un homme, un pauvre homme qui, terrassé par la maladie, appellera un médecin ! « Que vaudra celui-ci ? » se demande notre conférencier.

Aux temps passés comme à cette heure, les médecins se classent dans deux catégories :

Le médecin imbu de ses devoirs, n'exagérant ni la valeur de ses connaissances, ni la valeur des services qu'il rend ; celui auquel on livre sans crainte ses confidences, ses secrets, ses faiblesses... et sa

guenille; le praticien cultivé, probe et modeste auquel on peut appliquer le qualificatif d' « honnête homme ».

Et un autre médecin. Celui qui, affichant en réclame sa mission bienfaisante, transforme en une sorte de commerce louche une profession qui n'est belle et digne que si les rapports entre le malade et son médecin restent basés sur une confiance libérée de tout soupçon. Je dis, tout de suite, que ce médecin est, parmi nous, une exception.

C'est au premier, praticien obscur ou maître réputé, que R. Benjamin souhaite d'abandonner, quand il le faudra, son corps douloureux et sa volonté défaillante. Nous comprenons et nous partageons ses préférences.

J'ignore si R. Benjamin consacrera jamais une étude aux médecins modernes. S'il écrit ce livre, ce sera avec sa conviction et son honnêteté, mais aussi, s'il reconnaît en cela son devoir, avec son tempérament de polémiste et sa virulence combative qui ne mâche ni les idées ni les mots. A coup sûr, son âpreté ne rappellera pas l'amertume plus mesurée et plus légère dissimulée sous le rire de Molière. Mais R. Benjamin n'est pas Molière. Et c'est, au surplus, que les âmes du XX^{me} siècle, auxquelles son observation s'accroche, différent, sans doute, des âmes du XVI^{me}, autant qu'une effigie barbouillée par Van Dongen diffère d'un portrait peint par Mignard.

Si ce livre est écrit, stigmatisant les mauvais médecins, je doute que le corps médical se soulève, indigné, pour exiger de l'auteur une rétraction et des excuses.

Pour ma part, après une juste satire des travers de certains praticiens, petits ou grands, un peu désaxés, et de la laideur des bas-fonds où sévissent les médecins marrons guettés par la Justice, je ne lirais pas sans déplaisir, dessiné par la même main, le milieu qui constitue actuellement le champ d'action du médecin : les malades et leur entourage.

Si le progrès s'avère formidable dans l'ordre matériel, dans l'ordre social, il n'en est peut-être pas de même dans l'ordre moral, et beaucoup parlent plutôt de régression. C'est possible.

Dans le cadre qui se prête à son observation, il n'est pas donné au médecin de vérifier un accroissement du ressort moral. Au contraire.

Les uns attribuent ce fléchissement à l'abandon de l'idéal religieux, si sain, si reconfortant. Les autres l'imputent à cette préde-

minance moderne des préoccupations matérielles, qui n'élèvent pas l'âme, mais la dépriment. Nous pourrions illustrer de multiples exemples cette constatation un peu désabusée. Elle ne s'oppose pas, du reste, — car elle n'est pas du même ordre — aux éloges dont on célèbre les énergies physiques et les audaces des jeunes générations.

Quelle qu'en soit la cause, il semble qu'aujourd'hui, en face de cet ennemi brutal ou sournois qu'est la maladie, la résignation et le courage ne soient plus de même qualité.

Quelle époque a vu s'organiser autant de coalition contre les maux présents ou à venir ? Chaque journal prodigue ses conseils. Chaque maison, presque, possède son infirmière diplômée. Chaque ménage consulte, pour tout et pour rien, son « Larousse médical ».

Jamais l'on n'a vu, aussi générales et naïvement étalées, l'apprehension, l'horreur de la douleur physique. Notre siècle est le siècle des « anxieux ».

Quel chapitre à écrire encore que celui des rapports établis entre médecins et malades par l'évolution des idées et des mœurs ?

A peu près oublié, le médecin de la famille, traité comme un vieil ami, respecté à l'égal d'un directeur de conscience !

Plus on prête à la Science une perfection et une infailibilité qu'elle n'a pas, plus on mesure sa foi dans le savoir du praticien. On a trois, quatre médecins — il y a tant de concurrence ! — On les connaît peu ou prou. On les écoute d'abord. Puis on les critique, ou on les fait critiquer par de bienveillants confrères. Et on se tient quitte, les honoraires réglés.

Bientôt, on aura affaire à une sorte de fonctionnaire de la Santé ne sachant pas, lui-même, s'il est chair ou poisson, aussi dépourvu de prestige que d'activité. On ne sera plus un malade vis-à-vis d'un médecin choisi pour sa valeur, par ses qualités d'esprit et de cœur. On sera un numéro, et on aura sa fiche dans un casier de l'Etat !

Le public ne connaîtra que le marchand de soins, — à l'encontre duquel il s'adjuge déjà le droit aux revendications mesquines, voire aux vengeances les plus injustifiées et les plus lâches.

On a écrit « Défends-toi contre ton médecin ».

Le jour est peut-être proche où un R. Benjamin dira au médecin : « Défends-toi contre ton malade ».

Revenons au « Malade imaginaire », à propos duquel R. Benjamin trouve encore autre matière à nous intéresser.

Molière, nous a dit le conférencier, a détesté et bafoué les vaniteux. Avec autant de verve il a ridiculisé les Peureux.

Ceci nous fait comprendre pourquoi il a écrit cette dernière pièce, qui fait rire mais qui n'est pas gaie; et pourquoi il a livré au parterre son dernier rire, qui s'est éteint dans un spasme mortel.

Nous sommes en 1672. Molière a cinquante ans. Il n'a pas de soucis d'argent. Les pièces des autres, bien plus que les siennes, lui ont donné une petite fortune.

Mais il a d'autres tracas. Des auteurs intrigants ont réussi à le desservir près du Roi, parce qu'il se voit préférer ces médiocres rivaux. Il est épuisé par ses multiples occupations d'auteur, d'acteur comique et tragique, de directeur d'une troupe de comédiens, ces « animaux » au cœur d'or, mais au caractère exécrationnel.

Les deuils ont assombri son foyer. Il avait perdu un fils. A la fin de 1672, un second fils lui naît, qui, comme le premier, ne vit pas. Il ne lui reste qu'une fille, Madeleine.

Et surtout, il est le plus malheureux des hommes, parce qu'il est torturé par la jalousie. Il a épousé, en 1662, Armande Béjard, plus jeune que lui de vingt ans. Il l'aime. Elle est coquette et légère, et « elle rit de sa faiblesse ».

Molière est triste. Et il est malade, très malade. Il est tuberculeux, il tousse, il crache, il maigrit.

Un jour, il regarde son miroir... et il y distingue la grimace de la mort. Alors, il a peur; il a peur de la mort. Et, avec le peu de force qui lui reste, il écrit une comédie, pour y ajouter, à la galerie des peureux dont il a ri, encore un peureux — lui-même. »

Argan, c'est Molière, tremblant devant la maladie et la mort, dominé par ses terreurs, obsédant les siens de ses plaintes puériles et de ses exigences égoïstes.

Mais le frère d'Argan, Béralde, qui tente de le raisonner, de lui prouver que ses craintes sont vaines, qu'il se porte bien, et qu'il n'a que faire des médecines de M. Purgon, c'est encore Molière qui veut s'illusionner sur son mal, qui reprend courage, serre les poings et pousse un cri d'espérance vers la nature. « La nature, d'elle-même, quand nous la laissons faire, se tire doucement du désordre où elle est tombée. »

Il arrive même qu'un rayon de soleil éclaire les ombres de sa triste misère. A certains moments il croit à la guérison, il se sent vigoureux, il se retrouve gai. C'est encore lui, Molière, qui parle

par la bouche de Toinette, et qui rit à pleines lèvres, comme elle, à la santé et à la vie.

Trois personnages qui n'en font qu'un : le malade peint par lui-même, avec ses états d'âme successifs, variables comme les phases de sa maladie.

Molière a toujours travaillé de la même façon. Lorsque, dans ses comédies, il n'était pas son propre modèle, il ne faut pas oublier qu'avant de les fixer dans son œuvre, il a fait passer par son cerveau et par son cœur les grands types d'humanité qu'il a rendus immortels. Et tous les grands écrivains ont agi de même. On demandait à Flaubert qui lui avait servi de modèle pour Madame Bovary : « Madame Bovary, c'est moi ! »

Le « Malade imaginaire » fut joué, pour la première fois, au Palais-Royal, le 10 février 1673.

Le 17 février, jour de la quatrième représentation, Molière était tellement souffrant que sa femme et Baron le supplièrent de ne pas jouer. Il leur répondit : « Il y a cinquante pauvres ouvriers qui n'ont que leur journée pour vivre; que feront-ils si je ne joue pas ? »

Il joua donc, et, au Juro de la Cérémonie, il eut une crise de toux. On le porta à son logement de la rue Richelieu. Il toussa de nouveau et vomit du sang. Armande n'était pas là. Il avait à ses côtés deux religieuses qui ne le quittèrent pas. Il ne fit pas appeler de médecins. Il envoya Baron chercher un prêtre. Mais les comédiens étaient excommuniés, et le prêtre refusa de venir. Un second prêtre refusa également. Un troisième prêtre que, sur les instances du moribond, Baron était encore allé quêrir, accepta de se déranger. Quand il entra dans la chambre, Molière, étouffé par le sang, était mort.

Molière est mort en très grand homme.

**La technique "tunisienne"
pour l'opération des kystes Sébacés**

En lisant le livre de Clément Simon (1) qui, dans un style alerte, clair et simple met à la portée du praticien des questions assez ardues de dermatologie, nous avons eu la surprise d'y trouver une lettre, la cinquième, consacrée à la technique de l'extirpation des kystes sébacés, que nos chirurgiens tunisiens ignorent probablement.

Et cependant la priorité a été revendiquée par un des premiers anciens internes de l'Hôpital Sadiki au profit des... Barbiers Tunisiens :

Voici le procédé tel qu'il est décrit par Clément Simon :

« Quelque simple que soit la cure radicale, il existe un procédé plus simple encore. Il n'exige ni rasage des poils, ni pansement consécutif. Faites d'abord au thermocautère sur le centre de la tumeur une perforation lenticulaire pénétrant dans la poche. Par cet orifice, videz complètement le kyste en pressant dessus comme sur un tube de pommade. Lorsque le ruban sébacé s'est complètement évacué et que la poche est tout à fait plate, passez une sonde cannelée, un fort stylet entre la poche et la peau, de façon à décoller la poche et à défaire les adhérences qui sont assez fréquentes. Une fois le plan de clivage trouvé, ce temps opératoire est vite effectué. Ensuite saisissez la poche en passant une fine pince par l'orifice cutané et attirez en une partie au dehors.

Quelquefois ce temps est plus facilement réalisé en introduisant une petite curette dans la poche et en faisant basculer une partie de celle-ci au dehors. Prenez cette partie avec une pince à forcipressure plus forte et tirez doucement. La poche s'enuclée d'une seule pièce si votre décollement a été bien fait. Vous aurez eu soin de badigeonner votre peau à la teinture d'iode. Remettez-en un peu sur l'orifice et l'opération est terminée. Il est prudent cependant, surtout s'il s'est produit une petite hémorragie, d'introduire dans l'orifice une petite mèche de gaze qu'on enlèvera le lendemain. De cette façon on évite la formation d'un hématome. La cicatrisation se fait en quelques jours, et le résultat esthétique est parfait. Si le patient a un peu de courage, l'opération peut se faire sans anesthésie. Sinon une injection de novocaïne préalable est facile à pratiquer.

(1) Clément Simon : Lettre à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. — Masson et C^{ie}, éditeurs.

Cette petite opération m'a été enseignée par Sabouraud à qui je l'ai vu jadis exécuter avec beaucoup d'habileté. La répétant moi-même récemment à l'Hôpital St-Michel, je me suis rendu compte qu'elle n'était pas très connue et qu'elle pouvait vous intéresser, comme elle a intéressé ceux qui m'entouraient. Elle n'est cependant pas neuve, comme je l'ai appris de l'un d'eux, le docteur Marquer, qui a fait un séjour prolongé en Tunisie. Les barbiers tunisiens la pratiquent couramment. Ils font leur petite incision au rasoir et ils remplacent la sonde cannelée par une épingle à cheveux, qui est un instrument fort bien approprié pour le décollement de la poche, mais peut-être plus difficile à trouver, avec les modes actuelles, qu'une sonde cannelée. Je ne sais où Sabouraud a appris la technique « tunisienne ». Si ces lignes passent sous ses yeux, peut-être, nous le dira-t-il. S'il l'a imaginée lui-même, ce qui est fort possible, j'aurai le chagrin de lui apprendre qu'il a eu des précurseurs. »

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Avantages, indications et résultats d'une médication mixte analgésique et sédative

par le **D^r S. Camredon**

« Courrier Médical », N° 47, Paris, 23 novembre 1930, p. 657

—(0)—

Dans les multiples cas où il faut juguler le symptôme douleur, l'allonal, qui n'est pas toxique aux doses thérapeutiques, qui n'a aucune action nocive sur le cœur, les reins et les poumons, qui ne contient aucune substance du tableau B (ni opium, ni morphine, ni scopolamine, ni hyoscine) permet de remplacer ces substances toxiques pour obtenir, comme avec elles et mieux que par elles, ce triple résultat : calmer les algies, apaiser l'excitation et donner ensuite un sommeil calme et paisible ayant toutes les apparences, toutes les qualités et tous les bienfaisants effets du sommeil physiologique normal.

TRAITEMENT DU LUMBAGO

Le lumbago relève le plus fréquemment d'un effort lombaire. La maladie intéresse une et même plusieurs jointures et peut s'irradier à l'articulation sacro-iliaque. Il y a lieu de ne pas confondre cet état avec l'arthrite de la colonne vertébrale, la maladie sacro-iliaque, ou les abcès profonds. Toute la région sacro-iliaque est excessivement douloureuse à la pression et il est très pénible au malade soit de se retourner, soit de se baisser. On constate également souvent des épaisissements à l'extérieur de la substance musculaire, que la radiographie révélera.

Le traitement le plus efficace de cet état consiste dans le repos au lit, pendant huit à quatorze jours, dans une chambre bien chauffée, et l'emploi de révulsifs cutanés.

Les médecins estiment que les applications à chaud d'antiphlogistine, sur la région lombaire, pendant deux ou trois heures chaque jour, pour environ deux semaines, ont pour effet d'apporter un grand soulagement dans cette affection douloureuse. Il faut éviter de prendre des bains chauds complets. Une bande de flanelle doit être portée au cours de l'attaque; le port de cette bande étant recommandé pendant un mois après la crise afin d'en prévenir le retour.

Les Pyrèthrines contre les punaises

A. GUILLAUME

Bulletin Sciences pharmacologiques — Février 1931

Compte-rendu d'essais effectués dans les salles de deux hôpitaux de Rouen, en vue de la destruction des punaises.

Biologie de la Punaise des lits (*Cimex lectularius* ou *Acanthia lectularia*). Cet insecte hémiptère pond de juin à septembre — (sous le climat de France) —, environ 120 œufs gris perle, de la grosseur d'une tête d'épingle, par pontes d'une vingtaine, accolés les uns aux autres le plus souvent. Les mâles meurent peu après l'accouplement. Les femelles, après la ponte, vont sucer le sang des donneurs et, après s'être repues, retournent à leurs œufs, en des refuges soigneusement dissimulés. Là, elles dégorgent le sang qu'elles ont sucé, au centre du cercle formé par les œufs, de façon à constituer une sorte de gâteau de sang coagulé qui sera la réserve de nourriture des larves. Celles-ci éclosent après une période de 1 à 3 semaines, variable suivant la température. Les dernières éclosions ont lieu en septembre (en France). La vie future de la progéniture assurée, la femelle meurt à son tour.

En juillet, on commence à trouver de jeunes larves blanchâtres qui, dès la fin du mois, suceront le sang humain pour s'en nourrir.

L'évolution d'une punaise dure de deux à trois mois, les adultes et les jeunes passent l'hiver à l'état de vie ralentie, pour se réveiller et perpétuer l'espèce au printemps suivant.

Il découle de ces considérations que, pour détruire les punaises, il faudra trois offensives :

- 1° une vers mars-avril avant la première ponte;
- 2° une en juillet pour détruire les jeunes larves;
- 3° une en septembre pour tuer les dernières éclosions.

Procédés employés. — 1° *Appareillage* : pulvérisateur à lait de chaux de 200 litres, à air comprimé, du modèle servant habituellement à badigeonner les murs. Il est monté sur roues et comporte un tube-lance.

2° *Liquide insecticide* : solution concentrée dans l'alcool à brûler de Pyrèthrines qu'on mélange au moment du besoin à 25 fois son volume d'eau.

3° *Technique* : on pulvérise le liquide sur les sommiers, les matelas, les tables de nuit (intérieur et dessous), les boiseries, les planchers, le des-

sous de tables et des chaises. Immédiatement après, un ouvrier muni d'une lampe à souder, flambe les sommiers (à la tête et aux pieds surtout) et les tables de nuit (intérieur et dessous).

Résultats obtenus. — Dans certaines salles (par exemple salles d'enfants à l'Hospice général) les punaises étaient en quantités tellement considérables que l'auteur a pu compter, après pulvérisation de pyrèthrine, 480 à 530 cadavres sous les lits. Vers le 25 septembre les punaises avaient presque totalement disparu.

Avantages de la solution de Pyrèthrine : a) non toxique et sans danger pour les manipulateurs et les occupants des salles: l'évacuation des locaux n'est donc pas nécessaire.

b) les Pyrèthrine ne produisent aucune détérioration de la lingerie et du matériel de couchage.

c) le produit, à la dose employée, est ininflammable : on peut donc, en même temps qu'on pulvérise, procéder au flamage pour la destruction des œufs.

Inconvénients de la solution de Pyrèthrine : elle ne détruit pas les œufs.

Conclusions : 1° pour lutter efficacement contre les punaises dans les salles d'hôpitaux, là où l'on peut le faire, employer la nitrosulfuration ou la chloropicrine, après évacuation des locaux.

2° lorsque l'évacuation est impossible, employer les pulvérisations de Pyrèthrine, accompagnées de flamage; l'opération sera répétée deux ou trois fois par an (au printemps surtout, puis à l'automne).

BOUQUET-BRYON.

La poliomyélite
(paralysie spinale infantile
ou
maladie de Hein-Medin)
par le Dr PAUL DUHEM

Excellente monographie publiée par le remarquable électro-radiologiste de l'Hôpital des Enfants Malades, préfacée par le Professeur Nobécourt.

L'auteur étudie tout d'abord l'étiologie de la poliomyélite, affection qui reste mystérieuse par trop de côtés. A ce chapitre fait suite une étude clinique mettant en valeur les modalités si variées de cette maladie « protéiforme et capricieuse ».

M. Duhem étudie longuement les traitements de la polyomélite en formulant son opinion justifiée par une longue expérience.

C'est surtout le traitement des paralysies constituées après la phase aiguë du début qu'envisage M. Duhem. Importance de la physiothérapie: étude détaillée des traitements qui lui ont paru les plus efficaces : la balnéation locale chaude, la diathermie, l'électrothérapie, le massage, la réduction, la radiothérapie contre la douleur et les rayons ultra-violets.

Un dernier paragraphe étudie l'organisation méthodique du traitement de cette redoutable affection.

D^r PÉREZ.

Du rôle de l'entérocoque dans la genèse de certaines réactions cutanées considérées comme eczéma du nourrisson phénomènes de sensibilisation.

Mr et Mme H. MONTLAUR
Le nourrisson — Mai 1931

Les auteurs font une intéressante étude sur le rôle de l'entérocoque dans les eczémas du nourrisson. L'entérocoque provenant des selles provoque d'abord au niveau du siège une dermo-épidermite. Ce n'est que plus tard que loin du foyer initial, sur la partie supérieure du corps, sur les membres supérieurs et sur la face apparaît, lorsque l'affection évolue, une nouvelle modalité éruptive érythémato-squameuse du type des eczématides de Darier. Pour les auteurs ces eczématides sont l'expression d'un phénomène de sensibilisation aux toxines entérococciques.

L'emploi du vaccin entérococcique leur a apporté des résultats si intéressants, qu'ils l'ont adopté comme méthode de traitement par intradermo-injections. Dans les cas les plus favorables la guérison a été obtenue après la 4^{me} injection, plus souvent vers la sixième, dans la majorité des cas à la dixième.

D^r A. SANTILLANA.

L'influence des rayons ultraviolets sur la sécrétion lactée chez la femme

E. LESNÉ et G. DREYFUS-SÉE
Le nourrisson — Mars 1931

M. Lesné et M^{lle} Dreyfus-Sée ont signalé l'influence des irradiations locales quotidiennes et progressives sur la sécrétion lactée chez la nourrice. Ils ont obtenu une augmentation durable de la quantité de lait.

Le lait des nourrices n'est pas modifié dans sa composition chimique mais subit une variation biologique caractérisée par l'apparition du facteur antirachitique en quantité notable.

Cette méthode favorisant la sécrétion lactée peut être utilisée sans aucun risque et présente le double avantage d'exercer une action favorable sur la quantité et la qualité du lait fourni à l'enfant, tout en améliorant l'état général de la mère.

D^r A. SANTILLANA.

Les régimes du nourrisson

E. LESNÉ et R. CLEMENT

Gauthier-Villard et C^{ie}, Éditeurs — Paris — 1930

La question si délicate et si compliquée de l'alimentation du nourrisson normal et du nourrisson malade a été traitée dans ce volume

avec talent.

Les auteurs en effet, en partant de l'étude de la valeur alimentaire du lait et des aliments qui peuvent être introduits dans le régime du nourrisson, établissent des règles précises et pratiques.

Ils insistent sur le fait que le lait n'est pas suffisant à l'alimentation de l'enfant à partir du sixième mois. Le sevrage trop tardif est dangereux, privant l'organisme des aliments nouveaux qui sont indispensables à sa croissance et à son organisation. C'est ainsi que dès l'apparition des canines la viande et le poisson doivent compléter le régime.

Vient ensuite l'étude du régime des diarrhéiques, des constipés, des dyspeptiques, des anémiques, des arthritiques. Chez le nourrisson malade, souvent les laits fermentés comme le babeurre ou modifiés dans leur composition comme le lait albumineux, le lait sec demi écrémé ou complètement écrémé, sont d'une grande utilité.

D^r A. SANTILLANA.

Les Villages-Sanatoria

R. PIERRET

Biologie Médicale — No 5 — Mai 1931

La lutte contre la tuberculose consiste avant tout à dépister les porteurs de bacilles et à les rendre inoffensifs pour la collectivité, en les iso-

lant.

Ces considérations théoriques se heurtent dans la pratique, à des difficultés qui tiennent surtout à la dislocation de la famille et aux restrictions nécessairement apportées à la liberté individuelle.

C'est en Angleterre, où l'individualisme existe à un très haut degré, qu'est né le principe de base pour la création de villages de tuberculeux.

Les tuberculeux non alités et non fébriles doivent être seuls justiciables de la cure sanatoriale.

Il faut que l'effort antituberculeux moderne forme un tout, une « colonie » comprenant :

- l'hôpital;
- le Sanatorium;
- le centre de réadaptation;
- le village des tuberculeux guéris.

L'hôpital-sanatorium est la première étape.

Les fébricitants sont placés dans les salles d'hôpital.

Les non-fébricitants suivent la cure sanatoriale, mais à la moindre rechute, retournent à l'hôpital.

Si la tuberculose est considérée comme guérie — absence de symptômes cliniques et bactériologiques depuis 5 ans — le sujet est placé dans un centre de réadaptation.

Enfin le village est réservé aux anciens tuberculeux qui peuvent supporter six heures de travail par jour, sans fatigue.

Malgré sa « mise en liberté », l'habitant du village antituberculeux reste soumis à une surveillance médicale.

Un des résultats les plus importants de cette communauté entre anciens tuberculeux, est l'éducation qu'ils acquièrent pour la protection des non-tuberculeux et en particulier des enfants.

À Papworth, aucun enfant né de parents tuberculeux n'est devenu tuberculeux lui-même.

Mais il faut remarquer que la proportion des malades guéris, continuant à habiter le village sanatorium, ne dépasse pas 20%.

D'autre part le directeur d'un tel centre doit posséder des connaissances professionnelles et administratives rarement réunies.

Enfin les villages antituberculeux nécessitent un énorme capital financier pour leur fondation et leur entretien. En outre le personnel infirmier est d'un recrutement difficile.

A. H.

LIVRES REÇUS

Précis d'accouchement

par les Docteur Louis Dubrisay, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté; Cyrille Jeannin, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Paris, accoucheur de la Pitié. — 7^{me} édition entièrement revue, mise à jour et augmentée par le professeur C. Jeannin. — Un vol. cartonné de XXVI-848 pages, avec 284 fig., dont un certain nombre, complètement inédites, ne figurent dans aucun ouvrage similaire. — Pris à notre Librairie, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, VI^{me} : 60 francs.

Cette septième édition est l'œuvre du Professeur C. Jeannin qui y a consacré tous ses soins depuis la mort prématurée de son collaborateur. Vingt-trois ans d'enseignement comme agrégé, puis comme professeur, trente ans de pratique hospitalière, dont huit à la clinique obstétricale de la Pitié ont permis à l'auteur de donner à cet ouvrage un caractère essentiellement pratique.

On trouvait dans les éditions précédentes de ce Précis l'ensemble des notions théoriques et cliniques nécessaires à toute personne désireuse de connaître l'obstétrique : l'étudiant pouvait se contenter de ce seul livre pour la préparation de ses examens; il en était de même à fortiori de l'élève sage-femme; le praticien pouvait y puiser les renseignements utiles pour tous les cas de sa pratique. C'est d'ailleurs parce qu'il en était ainsi que ce Précis a connu le gros succès qui ne s'est jamais démenti, malgré l'apparition de livres similaires. Dans cette septième édition, le plan précédent restant le même, tout le côté théorique étant condensé et modernisé, il a été donné une très grande extension au côté pratique. Il a en effet semblé à l'auteur que, tout en gardant une forme et un volume qui avaient conquis la faveur du public, il pouvait, en supprimant bien des notions d'intérêt périmé, en condensant des chapitres qui ne nécessitaient plus les développements jadis indispensables, donner une plus large place à toute la partie essentiellement pratique, c'est-à-dire, avant tout, aux indications sur les techniques opératoires. A cet égard, aucun point n'a été négligé, aucune notion vraiment utile n'a été laissée dans l'ombre, de telle sorte que cette septième édition répond maintenant intégralement aux desiderata de ses deux groupes de lecteurs : d'une part les élèves, étudiants et sages-femmes, qui y trouveront mis à jour ce qui peut leur être demandé à n'importe quel examen; d'autre part, les praticiens qui auront en cet ouvrage un véritable *vade-mecum* où tous les cas seront prévus, ceux de pratique courante aussi bien que ceux qui ne se présentent qu'exceptionnellement.

L'illustration de cette édition a été enrichie d'une quarantaine de figures nouvelles dont chacune est comme précédemment expliquée par une légende détaillée.

L'auteur a été particulièrement soucieux de mettre cet ouvrage au courant des plus récentes nouveautés, des traitements des plus modernes. Voici d'ailleurs les principales améliorations apportées dans cette septième édition :

Le travail de l'accouchement, qui est décrit d'une façon entièrement nouvelle, mettant particulièrement en relief le rôle du segment inférieur. — La pathologie de la grossesse, en particulier l'étude de la tuberculose et des néphrites dans leurs rapports avec la puerpéralité. — La mise au point de la thérapeutique afférente aux maladies de l'appareil génital et de l'œuf : insertion vicieuse du placenta, fibrome, gravidique, môle hydatiforme, chorio-épithéliome. — Il y a été tenu le plus grand compte de l'évolution chirurgicale qui a eu lieu au cours de ces dernières années. — Les infections puerpérales. — Enfin et surtout les opérations et tout spécialement les interventions de chirurgie obstétricale : césarienne suprasymphysaire, extériorisation de l'utérus, pubiotomie par le procédé Zaratte, etc. De même une étude toute nouvelle a été consacrée au forceps à lacs, dont l'emploi est si précieux dans les applications élevées.

En résumé et comme on le voit par ce qui précède, c'est dans son cadre ancien un livre absolument nouveau et qui a le grand avantage d'être plus à jour, plus complet et plus abondamment illustré que tous les ouvrages similaires. Il a en outre été tiré avec le plus grand soin sur papier des Papeteries du Marais.

L'Oto-Rhino-Laryngologie pratique

par Henri Fischer, lauréat de l'Académie de Médecine, de la Société Nationale de Chirurgie, de la Société des Chirurgiens de Paris. Prix Montyon de l'Académie des Sciences (mention). Préface du Dr Dartigues. — Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École de Médecine, Paris. In-8° écu, 146 pages. 15 francs.

Ce nouvel ouvrage du docteur Henri Fischer est le complément indispensable du formulaire d'Oto-Rhino-Laryngologie publié antérieurement. Il contient 58 chapitres consacrés aux questions courantes de la spécialité. La première partie traite : des Maladies des fosses nasales, du naso-pharynx et des cavités accessoires; la seconde : des Maladies du larynx et du pharynx; la troisième : des Maladies de l'oreille. Le lecteur trouvera, résumé dans ce volume, les différents travaux de l'auteur couronnés par diverses sociétés savantes, dont les différentes éditions publiées sont épuisées. Il y trouvera notamment : des chapitres sur les dysmorphies des fosses nasales, les malformations de la cloison, les variations buccales, les conditions morphologiques sur les glandes salivaires, les dysmorphies de l'oreille, le drainage osmotique en otologie.

Le médecin praticien et l'étudiant trouveront dans ces pages, qui sont plus qu'un manuel, traitées schématiquement et néanmoins avec précision, toutes les questions essentielles concernant le traitement de leurs malades.

Le lait envisagé comme aliment complet et biologiquement équilibré

par Raoul Lecoq, pharmacien-chef de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris, une brochure : 5 francs.

Très condensé, très riche de substance, ce mémoire apporte en quelques pages plus de documents et de faits que maints gros volumes. La composition physico-chimique du lait, sa valeur énergétique ainsi que le rôle biologique de ses minéraux, de ses protéines, de ses diastases et de ses vitamines, y sont rapidement étudiés et bien mis en lumière. S'appuyant pour une part sur ses travaux personnels, l'auteur met en relief l'équilibre nutritif propre du lait pris en général et, spécialement, du lait de vache et du lait humain. L'Académie de Médecine a reconnu la valeur de ce mémoire — dont nous conseillons vivement la lecture — en lui attribuant le prix Martin (1930).

Traitement des syndromes hépato-biliaires

par le Dr G. Farturier, ancien interne des Hôpitaux de Paris, professeur d'hépatologie à la Faculté libre de Médecine de Lille. — Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École de Médecine, Paris. In-8° carré, 334 pages. — 30 francs.

Il s'agit non d'un Traité de Thérapeutique, mais d'une Clinique Thérapeutique. L'auteur, reprenant les syndromes hépato-biliaires qu'il a étudiés d'un point de vue exclusivement clinique (Vigot, 1929) les envisage ici sous un angle exclusivement pratique et thérapeutique. Comme devant un film de cinéma, le lecteur est mis en présence des situations cliniques; il assiste aux examens, aux hésitations du médecin, à ses décisions : les unes d'urgence et définitives; les autres ayant un caractère provisoire, qui permet leur correction.

Il semble que l'idée maîtresse de ce livre ait été double : d'une part, on peut avoir à soigner un hépatique pour l'état de son foie. Conduite à tenir dans les ictères; conduite à tenir en cas d'ascite; conduite à tenir en présence d'un gros foie; de tumeurs sous-hépatiques dans les syndromes douloureux aigus ou chroniques, dans les états hémorragiques ou les syndromes nerveux d'origine hépatique.

On peut avoir aussi à soigner une maladie quelconque chez un hépatique et l'auteur insiste avec force et originalité sur le fait qu'on ne soigne pas un hépatique comme un individu dont le foie est sain.

D'autre part, l'auteur se préoccupe des nombreuses circonstances de la vie moderne qui mettent le foie en danger : atmosphère des villes que les émanations des moteurs d'auto transforment en usines malsaines où les autorités sont impuissantes à assurer un minimum d'hygiène et de tranquillité.

Il y a là aussi tout un horizon d'hygiène collective du plus grand intérêt.

La Tunisie Médicale

JUILLET-AOUT 1931



TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

De quelques méthodes modernes d'exploration fonctionnelle du foie

par le Dr Roger CATTAN

Ex-interne des Hôpitaux de Paris — Assistant à l'Hôpital Bichat

—(0)—

Notre intention, est, dans ce court article, non pas d'envisager dans tous ses détails la question de l'exploration fonctionnelle du foie, mais, plutôt, en un résumé aussi clair que possible, d'en indiquer la nécessité, les buts et les principaux procédés.

On a, ces derniers temps, beaucoup écrit sur ce sujet. Des livres, des thèses, des articles innombrables lui sont chaque année consacrés. Chaque année, deux ou trois nouvelles épreuves sont, tour à tour, préconisées par les uns, décriées par les autres, si bien que dans cette accumulation de communications, d'opinions, de controverses, on ne sait à quoi faire confiance. Finalement, on se borne aux indications fournies par la clinique sans essayer d'aller plus loin.

Que de fois, cependant, n'éprouve-t-on pas le besoin d'être renseigné sur la valeur du foie ? Au début des cirrhoses, au cours de ces hépatites latentes où seuls existent quelques vagues signes fonctionnels que l'on ne sait en clinique à quoi attribuer; dans les cas atypiques où le diagnostic hésite sur l'étiologie d'une ascite, le médecin ne serait-il pas heureux qu'un test précis lui dise la valeur exacte du fonctionnement hépatique ? Avant certaines interventions chirurgicales et, chez d'autres sujets avant la mise en œuvre d'un traitement arsenical, le chirurgien et le syphiligraphé n'accueilleraient-ils pas favorablement un procédé qui autoriserait ou interdirait l'usage du chloroforme ou du 914 ?

En pathologie rénale, la recherche de l'urée sanguine si magni-

fiquement mise en valeur par F. Widal et par son école, règle dans la plupart des cas diagnostic et pronostic.

L'évaluation du métabolisme basal est aujourd'hui indispensable pour le pronostic et le traitement de la maladie de Basedow.

On a essayé de faire pour le foie ce que l'on avait fait pour les reins et le corps thyroïde. Mais, là, on s'est heurté aux plus grandes difficultés.

∴

On sait ce qu'est l'insuffisance thyroïdienne, ce qu'est l'insuffisance testiculaire. Les expériences d'ablation, les cas pathologiques nous ont renseigné aussi bien chez l'homme que chez l'animal sur les symptômes qu'engendre la suppression partielle ou totale de ces glandes. On sait également faire régresser ces symptômes en administrant des extraits glandulaires : Ces deux méthodes (d'ablation et de suppléance) nous renseignent parfaitement sur la nature des troubles que l'on observe en clinique.

Faut-il être aussi rigoureux en matière d'insuffisance hépatique et n'admettre (comme voudrait le faire Marcel Garnier) comme signes de cette insuffisance que ceux qui « se justifient d'une expérience qui les provoque par ablation de la glande ou les supprime par l'administration de la sécrétion, ou, tout au moins, d'un extrait de la même glande ? »

Noël Fiessinger et H. Walter ont répondu à cette conception en un prestigieux article de la Presse Médicale. D'une part, il serait vain d'attendre quelque renseignement d'une opothérapie encore aussi embryonnaire que l'opothérapie hépatique.

L'action des extraits de foie est très discutable tout au moins pour ce qui est de la suppléance de l'organe. L'ablation de la glande, d'autre part, si elle a été réussie par quelques auteurs à la suite des célèbres expériences de Maun et Magath, entraîne de tels désordres dans l'économie qu'il est à peu près impossible de savoir à quelle déficience sont dus les symptômes que l'on observe.

D'ailleurs ce n'est pas sur l'insuffisance totale du foie que nous avons besoin d'être renseignés. A cela, la clinique seule suffit. Le syndrome ictère grave qu'il soit primitif ou secondaire, est suffisamment caractéristique pour que tout médecin soit capable, par lui-même, de le reconnaître. Ce sont au contraire les petites insuffisances hépatiques qui causent notre désarroi. Ce sont elles qui se

cachent sous des signes trompeurs, qui sont susceptibles d'amélioration ou d'aggravation, qui gagneraient à être décelées grâce à un test biologique, à être évaluées suivant une quelconque échelle de mesure.

Et c'est ici que se place la notion fondamentale qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit quand on parle d'insuffisance hépatique : celle, si féconde, que Noël Fiessinger et H. Walter ont désigné sous le nom « d'asynergie » fonctionnelle du foie.

Chacune des fonctions si multiples de cette glande peut être atteinte séparément. Tel foie qui fixe insuffisamment les sucres aura sur les albumines une action parfaitement normale. Tel autre, atteint dans sa fonction d'élimination des colorants, aura vis-à-vis de la sécrétion et de l'excrétion biliaire un fonctionnement normal. Il n'y a pas une petite insuffisance hépatique; il y en a plusieurs. D'où la nécessité de procéder parallèlement à une série d'examens, d'où la vanité et l'imutilité, dans de nombreux cas, de l'usage exclusif de telle ou telle épreuve fonctionnelle.

Cependant, parmi toutes les recherches qui nous sont proposées, il convient de choisir. Au cours des hépatites, telle fonction est plus souvent touchée que telle autre. Indiquer quels sont les procédés les plus fidèles, dire quels sont ceux que l'on emploie journellement dans les services hospitaliers spécialisés de Paris, tel sera maintenant le but de ce modeste article.



La *fonction biliaire* du foie est une de celles que l'on étudie le plus volontiers. Qu'il s'agisse d'ictère vrai, de subictère ou même lorsque les téguments et les muqueuses sont de coloration absolument normale, on a intérêt, au cours des hépatites, à doser la quantité de pigments biliaires qui se trouve dans la circulation générale.

Cette bilirubinémie se mesure actuellement par deux méthodes principales :

1° La *diazo-réaction d'Hipmans van den Bergh* se recherche de la façon suivante : on prépare extemporanément un mélange de :

0 cc. 3 de solution de nitrite de soude à 0,5%

10 cc. 3 de solution d'acide sulfanilique à 1 ‰ dans de l'eau acidulée avec une solution d'Hcl à 25%, dans la proportion de 15 ‰.

Quelques gouttes de ce mélange sont ajoutées à quelques centi-

mètres cubes du sérum à étudier. Une coloration violette apparaît, tantôt immédiatement, tantôt après quelques minutes, tantôt seulement après addition d'alcool : réactions directe, retardée, indirecte. Le taux de la bilirubinémie est évaluée grâce à une échelle colorimétrique préparée avec une solution de sulfate anhydre de cobalt à 2,16 % dont la coloration correspond à une concentration de bilirubine à 1 pour 200.000. Normalement la cholémie normale est égale au 1/4 ou à la 1/2 de cette unité colorimétrique.

Le cadre de cet article ne nous permet pas d'aborder au sujet de la réaction d'Hipmans Van den Bergh, toutes les explications qui ont été données pour en expliquer les trois modalités.

2° Plus simples sont les méthodes dérivant de celles que Meulengracht a décrit sous le nom d'*ictems cudex*.

En France on utilise surtout celle que Noël Fiessinger et Henry Walter ont préconisé sous le nom d'*indice biliaire plasmatique*.

Elle consiste à comparer la coloration du plasma sanguin avec un échantillon colorimétrique qui représente l'unité et qui est un mélange de 10 cc. de bichromate de potasse à 1 pour 1.000 avec 2/10 de cc. d'orangé-poirier à 1 pour 10.000. Le taux normal de la cholémie est de 1,5 à 1,8. L'ictère ne devient apparent qu'au-dessus de 6 à 7 unités.

La seule cause d'erreur est causée par l'existence possible de caroténémie. On sait que le carotène est un pigment d'origine alimentaire qui, chez certains sujets se nourrissant surtout de légumes verts et de fruits (en particulier d'oranges), se dépose sous les téguments provoquant l'apparition d'une véritable jaunisse qui se localise avec prédilection à la paume des mains et à la plante des pieds.

Le sérum et le plasma de ces sujets prennent eux aussi une coloration jaune. L'indice biliaire plasmatique peut ainsi se trouver faussé comme dans une très belle et récente observation de N. Fiessinger et Thiébaud. Mais il s'agit là de faits vraiment exceptionnels et, en cas de doute, la non concordance entre P.L.B.P. et la réaction d'H.V.B. est assez caractéristique.

Les méthodes qui s'adressent à la recherche des *sels biliaires* soit dans les urines, soit dans l'intestin (comme le fait indirectement l'épreuve des hémocoanies de Lemierre et Brulé) présentent certes

un réel intérêt scientifique mais sont aujourd'hui un peu délaissées à cause de l'imprécision de leurs résultats.

∴

La *fonction d'élimination des colorants* ou fonction chromagoque du foie est la dernière venue des fonctions hépatiques. Ce n'est, en effet, qu'en 1909 que deux auteurs américains Abel et Rowentier s'aperçurent que certains dérivés de la phénolphtaléine s'éliminaient presque uniquement par les voies biliaires.

L'idée vint d'essayer d'évaluer la valeur du parenchyme hépatique en fonction de son pouvoir d'élimination de ces colorants.

Trois substances ont été employées :

la *phénolphtaléine tetrachlorée* préconisée surtout par Rosenthal.
l'*azorubine S* conseillée par les auteurs japonais.

le *rose Bengale* utilisé en Amérique par Delprat, Epstein et Kerr et dont Noël Fiessinger et Henry Walter ont introduit l'usage en France. Ces auteurs qui ont sensiblement modifié les techniques américaines, ont mis à la portée de tout le monde une méthode simple et inoffensive d'exploration fonctionnelle du foie.

On trouvera dans les publications de ces auteurs et dans la thèse de Jean Villemin les détails techniques et de très nombreuses observations cliniques qui montrent quels très réels services on peut en attendre. Nous nous bornerons, ici, à en indiquer le principe :

On injecte dans la veine du sujet une solution de rose bengale à 2 pour 100 dans du sérum physiologique à la dose de 1 milligr. 5 par kilogramme de poids.

Quarante-cinq minutes après, on prélève, par ponction veineuse quelques centimètres cubes de sang qu'on reçoit dans un tube à centrifuger gradué, contenant 2 cc. d'oxalate de potasse à 2%. On centrifuge et on évalue la quantité de colorant retenue dans le plasma au moyen d'une échelle colorimétrique.

On admet qu'on injecte environ 18 à 20 milligrammes de rose par litre de sang. Normalement au bout de quarante-cinq minutes il n'y en a plus qu'une quantité inférieure à 3 milligrammes.

En cas d'insuffisance hépatique légère, le taux de rétention s'élève de 3 à 6 et ceci, parfois, même en l'absence de tout signe clinique.

Si l'atteinte parenchymateuse est patente en clinique, le taux varie, le plus souvent, entre 6 et 9.

Plus élevé, le chiffre de rétention du rose prend une valeur pro-

nostie. Les chiffres au-dessus de 10 ne sont pas compatibles avec une longue survie.

Pour avoir de la valeur, cette méthode doit être appliquée en dehors de tout ictère. On ne saurait tirer du rose bengale une indication diagnostique ou pronostique quelconque quand l'indice biliaire plasmalique s'élève parallèlement. Par contre, lorsque à un R.B. élevé correspond un I.B.P. normal ou subnormal, les indications formées par cette épreuve sont d'une exactitude surprenante.

Il arrive quelquefois que I.B.P. soit élevé et R.B. normal. Cette éventualité rare se voit surtout au décours des ictères infectieux ou catarrhaux.

Le taux élevé de la cholémie est alors la preuve d'un reflux des pigments biliaires, des tissus où ils s'étaient déposés, vers le sang. Le foie, comme l'indique le R.B., a retrouvé son intégrité.

Positive, l'épreuve du rose bengale a une valeur absolue. Par contre lorsqu'elle est négative, il n'est pas possible d'en tirer une indication précise. Il faut explorer les autres fonctions hépatiques. Une bonne élimination du rose peut, en effet, coïncider avec une altération considérable de l'organe. Il suffit pour cela que la glande ne soit pas touchée dans sa totalité comme au cours des cancers secondaires ou des kystes hydatiques, ou, encore, que, comme dans le cancer primitif, il y ait une sorte d'exagération des fonctions hépatiques normales.

L'existence d'une fonction uréopoiétique du foie est prouvée par les expériences d'hépatéctomie partielle ou totale qui sont suivies, chez le chien, d'un abaissement considérable du taux de l'urée du sang et des urines. L'idée d'essayer par l'examen chimique des humeurs de se rendre compte de la valeur du foie devait nécessairement venir à l'esprit.

On a d'abord essayé de pratiquer ces dosages dans les urines en évaluant le coefficient azoturique :
$$\frac{\text{azote de l'urée}}{\text{azote totale.}}$$

Puis, afin d'éviter les erreurs qui pourraient provenir d'un mauvais fonctionnement du rein, on a recherché le même coefficient dans le sang. Ce rapport azotémique préconisé actuellement en France par le Prof. Marcel Labbé et Nepveux varierait normalement de 40 à 48%. Il s'abaisserait au cours des hépatites.

Le coefficient de Maillard $\frac{\text{azote ammoniacal}}{\text{azote ammoniacal} + \text{azote de l'urée}}$ du sang, est normalement de 6,58%. Il s'élève dans l'insuffisance hépatique. On a montré que ce rapport n'est valable que s'il n'y a ni insuffisance rénale ni acidose. Les mêmes objections sont valables pour le rapport $\frac{\text{azote formol}}{\text{azote hypobromite}}$ que Dorrien et Cloque ont proposé sous le nom de coefficient ammoniacal.

Aussi Fiessinger et Guillaumin, s'inspirant d'Asselbach, ont-ils préconisé le *coefficient ammoniacal corrigé* en fonction du ph sanguin ou C.A.C. Ce coefficient varie normalement entre 4, 5 et 6. Dans les cirrhoses il s'élève au-dessus de 12 jusqu'à 20 et 26. On a avantage à le rechercher après avoir fait ingérer au malade 150 grammes de miel de façon à surmener la fonction glycogénique. De cette façon les résultats donnés par ce dosage sont plus nets.

Tous ces rapports sont, il faut bien le dire, critiquables en théorie et assez variables dans leurs résultats en pratique. C'est pourquoi Noël Fiessinger, Olivier et Herbain ont-ils proposé de doser non plus l'urée mais les polypeptides du sérum dont l'excès serait un témoin d'insuffisance hépatique. L'*indice de protéoclasie* jadis appelé indice de désamination, se formule ainsi :

$\frac{\text{azote polypeptique}}$

$\frac{\text{azote total non protéique}}$

Il est normalement égal à 0,10 ou 0,12. Il s'élève franchement dans les cirrhoses jusqu'à 0,25 et dans l'ictère grave jusqu'à 0,50.

Dans le même ordre d'idées, Puech, Cristol et Privas ont proposé un *indice de dysdésamination* :

$\frac{\text{azote des polypeptides} + \text{azote des acides aminés}}$

$\frac{\text{azote des polypeptides} + \text{azote des ac. aminés} + \text{azote de l'urée}}$

Normalement ce rapport serait de 30 à 35 %. Il s'abaisse dans les néphrites et s'élève dans l'insuffisance hépatique.

Qu'il nous suffise ici d'avoir rapidement passé en revue ces rapports dont chacun a ses détracteurs. On sait que l'imperméabilité rénale, la désintégration tissulaire, l'acidose sanguine peuvent

fausser ceux qui cherchent à juger de l'intégrité hépatique par l'uréopoièse. De même, la principale critique que l'on a adressé à l'indice de protéoclasie de Noël Fiessinger, Olivier et Herbain est justement que cette protéoclasie n'est pas uniquement l'œuvre du foie.

Que faut-il retenir de tout ceci ? Que pratiquement, comme le disaient Marcel Labbé et Nepveux dans une communication récente à la Société Médicale des Hôpitaux, toutes ces méthodes d'appréciation du métabolisme azoté donnent des résultats concordants et dans l'immense majorité des cas amplement suffisants.

∴

Tout dernièrement, notre ami Robert Wallich, dans sa thèse inaugurale, remarque, dans le sérum des cirrhotiques, une perturbation du rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ caractérisée par une diminution des

sérines, une augmentation des globulines avec tendance à l'inversion de ce rapport.

On sait que, normalement, on trouve dans le sang :

de 45 gr. ‰ à 55 gr. ‰ de sérum albumine : S
de 25 gr. ‰ à 30 gr. ‰ de sérum globuline : G

S

Le rapport $\frac{S}{G}$ = normalement 1,4 à 2.

G

Wallich dans 25 cas sur 31 a vu les sérines s'abaisser au-dessous de 30 gr. pour 1.000, tandis que les globulines s'élevaient au-dessus de 35 gr. Aussi cet auteur propose-t-il de suivre l'évolution des cir-

S

rhotiques par l'étude du rapport $\frac{S}{G}$

G

Mais, on sait aujourd'hui que rien n'est plus banal que ces variations des sérines et des globulines du sang. La néphrose lipoïdique, la dégénérescence amyloïde des viscères sont, entre autres, les affections où on les rencontre le plus souvent. Si bien que si les faits décrits par Wallich peuvent dans certains cas avoir une valeur pronostique, on hésite à leur attribuer la même valeur diagnostique.

∴

L'action du foie sur les sucres qu'il emmagasine sous forme de

glycogène est l'une des mieux connues. Une façon simple d'explorer cette fonction est celle qui consiste à faire ingérer le matin à jeun 150 gr. de miel dans une tasse de thé. On recueille ensuite les urines et toutes les deux heures, trois fois de suite, on y recherche le sucre. Normalement rien ne passe. En cas d'insuffisance hépatique on voit le sucre apparaître, dans un ou dans les trois tubes.

Cette épreuve si simple de la glycosurie alimentaire suffit en général. En pratique, il n'est pas nécessaire de recourir à l'épreuve plus complexe que Marcel Labbé et Nepveux ont préconisé sous le nom d'hyperglycémie provoquée et qui consiste à doser la glycémie de demi-heure en demi-heure après l'ingestion de 50 grammes de sucre.

∴

On a décrit beaucoup d'autres méthodes d'exploration fonctionnelle du foie. Mais, certaines, comme la recherche de l'urobilinurie, sont assez connues pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister, et les autres, comme l'épreuve de l'hémoclasie digestive de Widal, quoique présentant un réel intérêt, ne sont pas entrées dans la pratique courante et sans doute n'y entreront jamais.

La recherche du *signe du lacet* de Weill, du *test de transudation* de Fiessinger, Sandor et Olivier mettent en évidence, chez les hépatiques, une fragilité vasculaire, intéressante certes, mais qui est loin d'être caractéristique.

Nous n'avons pas d'ailleurs la prétention d'avoir été complet. Nous avons voulu simplement, parmi toutes les méthodes d'exploration fonctionnelle du foie, décrire sommairement celles qui nous paraissent les plus utiles, en clinique.

∴

En pratique, à quelles épreuves faut-il tout d'abord recourir ? En présence d'une lésion patente ou latente du foie notre préférence va sans hésitation :

1° au *dosage de la bilirubinémie* par la méthode d'Hipmans van den Bergh ou par la recherche de l'indice biliaire plasmatique.

2° à l'*épreuve du rose bengale*.

Dans le service de notre maître Noël Fiessinger ce sont ces deux tests que l'on recherche d'abord. Ensuite et accessoirement on s'adresse aux épreuves de la glycosurie provoquée et à la recherche du coefficient ammoniacal corrigé.

Du reste, la plupart des auteurs professent sur ce point la même opinion.

PRINCIPALES INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

JEAN VILLEMIN. — L'exploration fonctionnelle du foie pour le rose bengale. — Thèse, Paris, 1927, Amette, éditeur.

NOËL FIESSINGER et HENRY WALTER. — L'exploration fonctionnelle du foie et l'insuffisance hépatique (Masson, 1925).

NOËL FIESSINGER et HENRY WALTER. — L'insuffisance hépatique et l'asynergie fonctionnelle en médecine expérimentale et en pathologie humaine. — Presse Médicale, N° 99, 10 décembre 1930.

Diagnostic précoce des maladies du foie. — *Journal Médical Français*, Septembre 1927.

MARCEL GARNIER. — Sèmeiologie fonctionnelle du foie. — *Biologie Médicale*, Août-Septembre 1929.

MARCEL GARNIER. — Semeiologie fonctionnelle du foie in *Nouveau Traité de Médecine*, Roger Widal Teissier, fasc. XVI, p. 29.

HENRI-RENÉ OLIVIER. — Exploration fonctionnelle du foie. — *La Médecine*, octobre 1929, N° 15.

ANDRÉ HIRSCHBERG. — Les rapports azotémiques et leur valeur dans l'exploration de la fonction uréogénique du foie. — Thèse, Paris, 1927.

ROBERT WALLICH. — Contributions à l'étude des rétentions aqueuses de l'organisme. — Thèse, Paris, 1930, Jouve, éditeur.

52

Le B. C. G. a-t-il des éléments filtrables ?

par L. BALOZET

—(0)—

Il semble que la propriété d'avoir des éléments filtrables est commune à toutes les souches de bacilles tuberculeux virulents aussi bien du type humain, que du type bovin et du type aviaire. Il y a donc lieu de se demander si le B. C. G., issu d'une souche de bacille bovin virulent, possède des éléments filtrables. Certains, comme P. Nelis et E. Picard, répondent à priori à cette question par l'affirmative. Ils écrivent en effet (1) : ... l'ultra virus tuberculeux... qui doit exister, nous semble-t-il dans les souches avirulentes comme dans les souches virulentes... ».

Ceci admis, ces auteurs ont recherché le passage du B. C. G. (ou plutôt de son ultra-virus) de la mère du cobaye à son fœtus. Leurs résultats ont d'ailleurs été négatifs.

Nous étant nous-mêmes posé cette question, nous avons cherché à démontrer l'existence de l'ultra-virus du B. C. G.

Dans les filtrats de cultures virulentes, d'humeurs des tuberculeux, et de produits pathologiques, l'ultra-virus se caractérise par trois ordres de phénomènes : 1° le pouvoir pathogène : cachexie, hypertrophie ganglionnaire; 2° la sensibilité à la tuberculine; 3° la présence de granules et de bacilles acido-résistants dans les ganglions trachéo-bronchiques.

On ne saurait attendre que l'ultra-virus du B. C. G., s'il existe, fût plus pathogène que le B. C. G. lui-même. La remarquable tolérance du cobaye, même pour les doses élevées de ce microbe est bien connue : l'injection sous-cutanée n'affecte nullement le poids des animaux d'expérience et ne produit pas d'hypertrophie des ganglions lymphatiques en dehors de ceux dont est tributaire le point d'inoculation.

La sensibilité à la tuberculine des cobayes inoculés de B. C. G. est constante lorsque la dose injectée est égale ou supérieure à 0 mgr. 0001 (A. Boquet et L. Nègre) (2). Il se peut donc que l'ultra-

(1) P. NÉLIS et E. PICARD. — Sur l'inocuité du B.C.G. — C.-R. de la Soc. de Biologie, 24 octobre 1930, t. CV, p. 185.

(2) A. BOQUET et L. NÈGRE. — Sur les caractères de la sensibilité tuberculinique conférée au cobaye par des doses faibles de bacille dilué de Calmette et Guérin. — C.-R. de la Soc. de Biologie, t. CII, 1929, p. 318.

virus du B. C. G., s'il existe, sensibilise moins, ou moins constamment le cobaye que l'ultra-virus pathogène. Il est bon de noter que, pour celui-ci, il y a désaccord entre les auteurs au sujet de la constance de la réaction à la tuberculine chez les animaux inoculés : Boquet, Nègre et Valtis (1) les déclarant irrégulièrement sensibles, tandis que Arloing et Dufourt (2) ont toujours obtenu des réactions positives au bout de 24 heures environ à la condition d'employer des dilutions de tuberculine à 1/25 et à 1/10. On ne saurait donc admettre comme critère de l'inexistence de l'ultra-virus du B.C.G. la non sensibilité à la tuberculine des cobayes inoculés avec les filtrats. Mais cette absence de sensibilité est une forte présomption en faveur de l'inexistence de l'ultra-virus.

Reste donc la troisième caractéristique de l'existence d'un ultra-virus tuberculeux : la présence de granules et de bacilles acido-résistants dans les ganglions des animaux inoculés. C'est la seule sur laquelle il est possible de compter d'une façon certaine.

Voici le résumé de nos expériences :

1° *Filtrat d'exsudat péritonéal.* — Deux cobayes sont inoculés de 10 cg. de B.C.G. dans le péritoine. Dix jours après on injecte dans cette cavité quelques centimètres cubes de sérum physiologique et un quart d'heure après on ponctionne. Le liquide obtenu est trouble et contient des bacilles acido-résistants. Ce liquide est dilué environ 10 fois, filtré sur L 2 en présence d'un test (Pasteurella) et inoculé après épreuve de la stérilité à 4 cobayes : 2 reçoivent 10 cc., 2 autres 20 cc. sous la peau (21 mai). Le 6 juin ils ne réagissent pas à la tuberculine (0,1 de tuberculine au 1/4 dans le derme). Sacrifiés le lendemain, la recherche des bacilles acido-résistants dans les ganglions (qui ont leur volume normal) est vaine.

L'expérience fut renouvelée en provoquant l'exsudat par une injection péritonéal de 10 cg. de B.C.G. émulsionnés dans de l'eau physiologique glycerinée additionnée de tapioca stérile. La récolte de l'exsudat eut lieu 24 heures après. Le produit de la filtration fut

(1) A. BOQUET, L. NÈGRE et J. VALTIS. — Sur l'action sensibilisante et immunisante des filtrats d'exsudats tuberculeux bacillifères. — C.-R. Soc. Biologie, 30 janvier 1926, t. 94, p. 255.

(2) FERNAND ARLOING et A. DUFOURT. — Intradermo-réaction à la tuberculine chez le cobaye infecté avec le virus tuberculeux filtrant. — C.-R. Soc. Biologie, 15 novembre 1926, t. 95, p. 1363.

inoculé à quatre cobayes sous la peau, à quatre autres (après concentration) dans un ganglion lymphatique du cou.

Chez les premiers, réaction à la tuberculine (au 1/4) négative le 25^{me} jour. Absence d'acido-résistants dans les ganglions lymphatiques inguinaux et trachéo-bronchiques. Chez les seconds, il n'a pas été possible, onze jours après l'inoculation, de retrouver d'acido-résistants dans les ganglions inoculés.

2° *Filtrat de liquide d'œdème sous-cutané*. — Notre but était d'obtenir du pus provoqué par des injections de B. C. G. sur un veau. Le 4 avril, il est injecté en trois points voisins sur une face de l'encolure : 100 mgr., 100 mgr. et 70 mgr. de B.C.G. Ces injections sont résorbées presque sans laisser de traces. Le 1^{er} mai, 625 mgr émulsionnés dans 25 cc. sont injectés au centre des inoculations précédentes. Le 14 mai, en présence de la résorption presque complète, 625 mgr. de B.C.G. dilués dans 60 cc. d'eau physiologique contenant un peu de tapioca en suspension sont injectés au même endroit. Cette fois un œdème assez important est provoqué, qui est prélevé chirurgicalement le 22. Le tissu œdémateux est broyé, pressé; le liquide est dilué et filtré sur L 2 et injecté à raison de 20 cc. sous la peau de quatre cobayes qui n'ont pas réagi à la tuberculine le 13^{me} jour et n'avaient pas d'acido-résistants dans leurs ganglions le 14^{me}.

3° *Filtrats de cultures*. — Mêmes résultats négatifs avec 20 cc. de filtrat injectés sous la peau. Cultures jeunes de 7 à 10 jours. Huit cobayes inoculés.

4° *Filtrats de pus*. — Du pus provoqué par des injections sous-cutanées de B.C.G. à des cobayes est dilué dans la moitié du volume d'eau physiologique et placé 48 heures à l'étuve pour être autolysé. Il est alors dilué cinq fois dans l'eau physiologique, filtré deux fois sur L 2, la deuxième fois en présence d'un test, puis concentré par ébullition dans le vide. Huit cobayes sont inoculés suivant le procédé de Ninni dans un ganglion du cou et sacrifiés le 11^{me} jour. Le ganglion inoculé avait son volume normal et ne contenait pas d'acido-résistants.

Quatre autres cobayes ont reçu ce même filtrat concentré dans le rachis suivant le procédé de Sanctis Monaldi. Sacrifiés le 11^{me} jour, la moelle épinière ne présentait aucune zone hyperémiee et des frottis de moelle ne contenaient aucun acido-résistants.

Les résultats de ces expériences n'ont que la valeur relative qui s'attache à des résultats négatifs, et il serait imprudent de conclure à l'inexistence de l'ultra-virus du B.C.G. Il n'est pas sans intérêt cependant de faire connaître que nous n'avons pu par aucune des méthodes connues, mettre en évidence cet ultra-virus. En rappelant également les résultats négatifs de Nélis et Picard concernant le passage du B.C.G. de la mère au fœtus, nous pensons que l'hypothèse de l'inexistence de l'ultra-virus de B.C.G. ne manque pas de vraisemblance, et nous pourrions être autorisés à penser que l'ultra-virus tuberculeux est lié à la virulence du bacille, ou réciproquement.

Indications de la cure de Plombières dans les affections intestinales

Causerie faite à la Société des Sciences Médicales de Tunis, le 13 Mars 1931

par le D^r Roger STIEFFEL

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

—(0)—

L'action essentielle des eaux de Plombières consiste en une sédation extrêmement marquée et rapide du système nerveux en général, et plus spécialement de l'état d'instabilité vago-sympathique. Il ne faut jamais perdre de vue cette action générale pour poser les indications de la cure, pour le traitement des affections intestinales.

Action générale de la Cure de Plombières

Plombières est au premier chef, une station sédative tant par son climat que par les propriétés de ses eaux. Sa situation de demi altitude, dans un site boisé, fait que son climat est extrêmement calmant.

La cure thermale, par les bains tièdes prolongés qui en constituent la base, est un traitement général bien plus qu'une thérapeutique intestinale proprement dite.

Les eaux, enfin, extrêmement peu minéralisées, paraissent tirer leurs propriétés thérapeutiques de leur état physique : elles sont, en effet, hyperthermales (40 à 81°) et possèdent une radio-activité importante qui place la station vosgienne au second rang des stations radio-actives françaises. Cette radio-activité évaluée en radon est de 15 à 80 millimicrocuries, suivant les sources. Les considérations théoriques qui précèdent sont confirmées par les observations cliniques : ce qui frappe, en effet, dès le début de la cure, c'est l'impression de calme, de repos, qu'éprouvent les malades, en même temps, l'état général s'améliore rapidement, le sommeil devient meilleur, l'appétit augmente ainsi que le poids. Cet état de quiétude s'accompagne de sédation de l'éréthisme psychique, d'une diminution de l'émotivité et des phénomènes d'angoisse. Les palpitations, la gêne pré-cordiale, s'amendent rapidement, le pouls devient plus ample, plus régulier et la fréquence des extra-systoles diminue.

Cette action générale sur le système nerveux qui est, à notre sens,

le fait essentiel de la cure de Plombières, explique que ces indications pourraient pour certains auteurs, dépasser de beaucoup le cadre de la gastro-entérologie (Moutier), elle doit, en tout état de cause, permettre de comprendre plus facilement, quelles sont les affections intestinales qui en sont justiciables.

Indications de la cure thermale dans les diarrhées

La diarrhée constitue l'indication majeure de la cure de Plombières. Encore faut-il préciser les formes qui en tireront le bénéfice le plus certain.

Ce sont, avant tout, les diarrhées fonctionnelles et surtout les diarrhées d'origine neuro-endocrinienne. Les diarrhéiques que l'on dirigera de préférence sur Plombières, sont donc surtout des émotifs, des anxieux, qui font une débâcle à l'occasion d'une contrariété, d'un choc moral, ou même d'un ennui très minime.

Ces formes s'observent surtout chez les femmes et le dysfonctionnement ovarien paraît jouer un rôle très important dans leur pathogénie, telles sont, par exemple, les diarrhées de la ménopause, de la castration; mais le plus souvent, il s'agit de petits troubles des règles qu'il faut rechercher avec attention : dysménorrhée, règles douloureuses. Les troubles intestinaux coïncident souvent avec la période menstruelle. Signalons, enfin, que des petits troubles thyroïdiens coexistent parfois avec les troubles menstruels.

A côté de ces diarrhées fonctionnelles à prédominance nerveuse et endocrinienne, la cure de Plombières réussit fort bien dans les séquelles de diarrhées parasitaires : dysenterie amibienne, lamblïase, diarrhées des pays chauds. Le traitement hydro minéral apaise les phénomènes d'irritation recto-colique qui survivent si souvent avec une chronicité désespérante à la disparition des parasites.

Indications de la Cure de Plombières, dans les Constipations

D'après ce que nous venons de voir, la plupart des diarrhées chroniques sont justiciables de Plombières et l'embarras ne commence vraiment que lorsqu'il s'agit de conseiller une cure hydro-minérale à un constipé.

Classiquement, la discrémiation paraît simple : « des atoniques », à Châtel-Guyon, les « spasmodiques » à Plombières. En réalité,

dans la plupart des cas, certaines portions du colon sont atoniques, d'autres sont spasmodiques. C'est dans ces cas que les symptômes fonctionnels accessoires et surtout les réactions générales des malades permettront de s'orienter utilement : on adressera à Plombières, les nerveux, les émotifs, les instables, qui ont une constipation irrégulière, souvent entrecoupée de crises douloureuses et surtout de débâcles de fausse diarrhée, de glaires et de muco-membranes.

On conseillera, au contraire, la cure de Châtel-Guyon, aux malades qui ont une constipation invétérée, sans douleur, ni débâcle de diarrhée. Cette constipation simple constituant, en réalité, un état bien plus qu'une maladie.

Ajoutons, d'ailleurs, que certains malades se trouvent assez bien d'alterner les saisons dans l'une et l'autre station : la cure de Plombières prépare celle de Châtel-Guyon, en diminuant les douleurs abdominales et les spasmes intestinaux, alors que les eaux de Châtel ont une action plus spécialement antispasmodique.

Indications de Plombières chez les douloureux

La cure de Plombières a une action sédative remarquable sur les douleurs abdominales et nous avons vu, chemin faisant, que l'existence de crises douloureuses associées, soit à la diarrhée, soit à la constipation, étaient peut-être le guide le plus sûr pour orienter les malades vers la station vosgienne.

Les phénomènes douloureux qui bénéficient le plus de la cure hydro-minérale sont les douleurs de plexus (douleurs solaires ou mésentériques, surtout quand elles sont liées à un état de déséquilibre neuro-végétatif, à une mauvaise nutrition générale, ou à des troubles endocriniens.

En réalité, quand on examine de près les malades atteints de troubles fonctionnels de l'intestin, on s'aperçoit qu'il existe dans bon nombre de cas, en dépit de la diversité apparente des symptômes, un air de parenté qui tient, non aux symptômes abdominaux, mais à l'état général de déséquilibre du système neuro-végétatif.

Ce sont ces signes d'instabilité nerveuse qui nous paraissent en définitive, le meilleur critérium pour l'indication de la cure de Plombières.

Hématome d'origine traumatique développé dans une poche d'hydronéphrose congénitale simulant une appendicite aiguë

par les D^{rs} LEHUCHER et JAHAN

—(0)—

Le 4 décembre 1930, le jeune B. A..., 12 ans, est envoyé d'urgence à l'Hôpital Civil Français par son médecin et entre dans notre Service de Chirurgie infantile, présentant le tableau clinique suivant :

D'emblée on est frappé par le facies pâle, grippé, péritonéal, les extrémités sont moites et froides.

L'interrogatoire d'un membre de sa famille nous apprend que le petit malade était alité depuis trois jours se plaignant du ventre surtout à droite et que depuis quatre heures du matin il vomissait. Ces vomissements s'étaient répétées au cours de la matinée et on nous présente deux bouteilles contenant : l'une, recueillie la première, un liquide de coloration jaunâtre; l'autre, la seconde, des matières vertes poracées.

L'enfant n'a évacué aucune matière ni émis aucun gaz depuis la veille.

Enfin un interrogatoire plus serré nous permet d'apprendre que l'enfant a fait quatre jours auparavant une chute sur le bord d'un trottoir, chute à laquelle personne n'a attaché d'importance.

L'examen que nous pratiquons à ce moment décèle l'immobilité respiratoire de la moitié droite de la paroi abdominale qui, à la palpation apparaît contracturée réalisant le ventre de bois classique.

Le pouls est à 120. La température à 38°.

Le diagnostic paraît évident et non discutable, nous portons celui d'appendicite aiguë perforée avec péritonite en voie de propagation. L'intervention s'impose, elle est pratiquée d'urgence sous anesthésie générale au Balsoforme.

Après Mac-Burney classique et incision prudente du péritoine, nous sommes surpris de ne trouver ni pus ni liquide péritonéal : le péritoine est lisse, l'appendice sain. On pratique cependant l'appendicectomie suivie d'enfouissement.

On poursuit l'incision verticalement en haut, le long de la gaine

du droit jusqu'aux fausses côtes. Malgré cette incision exploratrice, le bord inférieur du foie n'apparaît pas et la main engagée dans la brèche ne le trouve pas. On arrive à le sentir du bout des doigts à un travers de main sous la paroi thoracique, repoussé, et maintenu dans cette position, par une masse sous péritonéale. Dans cette exploration on constate sur le méso colon transverse une ecchymose qui nous fait souvenir du traumatisme subi par l'enfant quelques jours auparavant et rapporté par le père. Les lésions de toute évidence sont rétro-péritonéales; on songe à une lésion rénale et dans le doute, craignant une inoculation, on préfère refermer le péritoine et on emprunte la voie de Bazy.

On tombe alors sur une volumineuse poche noirâtre qu'on essaie de cliver comme s'il s'agissait d'un rein. Ne parvenant pas, vue l'étendue de la masse, à libérer le pôle supérieur sous diaphragmatique, on se résout à pratiquer une ponction au trocart de Potain.

Un jet de sang noir sous pression fait craindre un moment une plaie de la veine cave ayant constitué un hématome enkysté.

Après avoir fermé le robinet du trocart on constate cependant que la poche ne se remplit pas. Celle-ci est débridée et on achève de vider le sang et les quelques caillots qui y sont contenus.

Libération de la poche, ligature du pédicule rénal, dissection et ligature de l'uretère. On constate alors que l'on se trouve en présence d'une hydronéphrose congénitale transformée en volumineux hématome par contusion du pédicule.

Les suites opératoires sont normales. La mèche est retirée le troisième jour. L'enfant sort guéri un mois après.

Il n'est pas douteux que cette poche d'hydronéphrose n'avait aucune valeur au point de vue urinaire et que son ablation ne pouvait avoir aucun retentissement sur la fonction rénale.

Une urémie pratiquée a donné les résultats suivants : 0 gr. 381.

Cette observation nous paraît intéressante car le sujet présentait au complet les signes d'un état péritonéal aigu : vomissements, contractures, ventre de bois, pouls, température.

Un tel état commande toujours une intervention même s'il y a erreur de diagnostic à la base. Il semble cependant surprenant qu'une lésion hématique juxta-péritonéale puisse reproduire d'une façon si complète les signes pathognomoniques d'une infection péritonéale.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 12 Juin 1931

—«0»—

Présidence du D^r SCIALOM, *vice-président*

—«0»—

Séance ouverte à 17 h. 50 sous la présidence du D^r Scialom, vice-président.

Sont présents MM. les Docteurs : Lehucher, Nataf, Cohen-Boulakia, Guttières, Balozet, Santilana, Ghouila-Houri, Bouquet-Bryon, Cherouvrier, Jahan, Triolo, Guido Lévy, Tremsal, Reynal, Nalli, Cohen V., M. Uzan, Chauvin, Spezzafumo, Ugo Lumbroso, Montefiore, Soria, Brandenbourg, L. Uzan, Bróc, Henry, Nizard, Samama, Hadjouj, Ganem.

Le compte-rendu de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

En ouvrant la séance le D^r SCIALOM informe la Société que la santé du D^r ZAMMIT laisse toujours à désirer. Une délégation du Bureau se rendra auprès du président pour lui porter les souhaits et les vœux de la Société et du Bureau.

∴

Le Président donne lecture d'une lettre du D^r STIEFFEL, de Plombières, qui remercie la Société et le Bureau de l'accueil qui lui fut fait.

Il communique en outre le projet de la fondation d'un prix Gabriel Brun. La Société l'adopte après avoir voté la suppression du mot « inédit » qu'elle remplace par : « Travail paru dans l'année ».

Sur la proposition du D^r Broc, la Société délègue le docteur V. CONEX qui doit se rendre à Genève, à la Conférence Internationale pour l'Enfance africaine.

∴

Candidature de M. JAHAN, interne à l'Hôpital Civil : Elu à l'unanimité.

∴

PRESENTATIONS DE MALADES

D^{rs} LEHUCHER et JAHAN. — *Hématome d'origine traumatique développé dans une poche d'hydronéphrose congénitale simulant une appendicite aiguë.*

(Voir en tête de ce numéro).

Abcès du poumon et pneumo-thorax

par le D^r Guido LEVI

—(0)—

J'ai l'honneur de vous présenter un nouveau cas d'abcès du poumon guéri par le pneumothorax.

Il s'agit d'un homme âgé de 35 ans qui depuis la guerre souffrait d'une bronchite chronique. Vingt jours avant son entrée à l'hôpital il fut pris brusquement d'un fort accès de fièvre avec douleur à la base de l'hémithorax droit et expectoration très abondante (300 gr.) et fétide, teintée de sang.

Il fut admis dans le service de Médecine avec diagnostic de : « Abcès du Poumon ».

∴

La Radio confirma ce diagnostic. L'analyse des crachats révéla la nature fuso-spirillaire de l'affection. Ce malade avait été atteint aussi d'une dysenterie quelque temps auparavant mais on ne réussit à trouver des amibes ni dans les selles ni dans les crachats. La recherche du B. de Koch fut négative.

Malgré la présence des spirochètes dans les crachats, la thérapeutique par le novarsénobenzol et l'émétine ne réussit pas à guérir ce malade. Un essai de traitement par le vaccin Bruschetti anti-pyogène polyvalent parut être plus heureux.

La fétidité diminua beaucoup ainsi que la fièvre et aussi en partie la quantité des crachats.

Mais la Radiographie que je vous présente démontre encore à cette période de la maladie une lésion assez marquée et assez étendue du poumon droit.

Le pneumothorax que je n'ai pas eu besoin de pousser jusqu'à la compression complète du poumon réussit à améliorer ce malade avec une rapidité surprenante et d'une façon tout à fait radicale ainsi que vous pouvez voir dans la deuxième radio qui, deux mois et demi après la cessation des insufflations, vous fait voir à peine une petite trace de l'abcès.

Le malade qui pourtant était atteint depuis la guerre d'une bronchite chronique à l'heure actuelle ne crache plus du tout.

En même temps que ce cas heureux, je dois vous avouer avoir perdu un malade atteint d'abcès du poumon malgré un début de traitement par le P N O.

Il s'agissait d'un homme âgé de plus de 60 ans, malade depuis un mois et demi et qui fut admis à l'hôpital dans de très mauvaises conditions.

Le diagnostic confirmé à la radio était : abcès du poumon gauche.

A l'examen des crachats : flore banale avec bacilles de Loeffler (!)

Le malade qui avait bien supporté les premières insufflations, huit jours après la troisième eut une vomique très abondante, d'odeur horriblement fétide et succomba littéralement suffoqué par une immolation des bronches.

Ce malade avait déjà eu avant son entrée à l'hôpital des périodes de diminution de son expectoration suivies d'abondantes vomiques; ce qui nous fit penser que les bronches de drainage n'étaient pas suffisantes pour vider la poche de l'abcès.

Dans ces cas le pneumothorax est contre-indiqué et il faut recourir d'emblée à l'intervention.

Elle avait été conseillée; notre malade la refusa, et ce n'est qu'en désespoir de cause qu'on tenta le pneumothorax.

Le pneumothorax dans le traitement des suppurations pulmonaires n'est pas seulement contre-indiqué dans les cas d'insuffisance de la Bronche de drainage; lorsqu'à la suite d'adhérences le poumon ne se décolle pas bien, il faut craindre que l'air insufflé en se localisant vers le hile ne comprime fortement les voies de drainage qu'il faut laisser ouvertes à tout prix.

Discussion :

Le Dr CHEROUVRIER rappelle à propos des abcès du poumon, que la méthode bronchoscopique avec aspiration des sécrétions purulentes donne souvent d'excellents résultats. L'introduction du bronchoscope est assez aisée et très facilement tolérée.

On retire par le tube aspirateur une plus ou moins grande quantité de pus et on fait suivre aussitôt par le tube bronchoscope, d'une injection soit de lipiodol, soit de sérum antigangréneux, soit de tout autre produit désinfectant.

Cette technique permet d'apporter bien souvent un soulagement considérable.

D^r TRIOLO. — Il faut féliciter le docteur Guido Levi des beaux résultats obtenus en traitant un autre cas d'abcès du poumon par la collapsothérapie.

Cependant je crois que la chance l'a particulièrement favorisé.

La collapsothérapie, comme tant d'autres méthodes a été essayée un peu partout dans la cure de l'abcès du poumon; elle n'a donné satisfaction que dans un nombre très restreint de cas.

Son indication découle des conditions anatomiques de l'abcès; il faut en effet que la plèvre soit libre d'adhérences, et que la poche soit unique, centrale et largement drainée dans la bronche.

Or, ces conditions étant difficilement réunies chez le même sujet, il ne faut pas s'étonner que les cas traités par le pneumothorax et suivis de succès soient rares.

Le D^r GUIDO LEVI répond qu'à part les cas heureux qu'il a présentés, il a soigné d'autres malades avec des résultats moins bons. Il a constaté que quand on arrive trop tard les adhérences pleurales (qui se forment très précocement) empêchent le décollement du poumon et la guérison rapide. Il conseille donc de recourir au plus tôt à une méthode qui, comme le pneumothorax, ne présente dans une affection aussi grave presque aucun danger et beaucoup d'avantages.

Une autre difficulté dans le traitement des abcès du poumon par le pneumothorax vient du fait que quelquefois l'abcès n'est pas bien drainé. Le docteur Guido Levi a perdu un malade atteint d'un abcès gangréneux grave du poumon qui se vidait mal. L'opération qui était indiquée dans ce cas a été refusée par le malade.

Quant aux opérations, le D^r GUIDO LEVI fait observer que si la simple incision donne de bons résultats dans les abcès qui présentent une cavité unique, elle est insuffisante quand il existe de nombreuses cavités.

∴

Calcul volumineux de l'urètre chez un enfant

Le D^r GUIDO LEVI présente un *calcul volumineux de l'urètre* retiré à un enfant de 4 ans par urétrotomie externe suivie d'urétrorrhaphie. Guérison au 28^{me} jour.

Le calcul très dur était *long 18 millim. sur 10 millim.*

Lupus de la face

par le D^r NALLI

J'ai l'honneur de vous présenter un sujet atteint d'un lupus de la face intéressant le nez, les lèvres et les joues. Ce cas de lupus, qui date d'un an environ et qui avait été traité par tous les moyens habituels, a montré une tendance, malgré tous les moyens employés, à diffuser et à détruire les tissus sur une large étendue.

Le malade est présenté pour montrer les très notables effets de réparation obtenus par l'emploi de la méthode de vaccination tuberculeuse de l'A., dans le temps de 30 mois environ.

L'histoire complète du cas sera présentée avec le malade à la reprise des séances de notre Société avec l'intervention du docteur Di Vittorio qui a examiné ce cas et qui est associé à son observation.

..

Kystes hydatiques du lobe gauche et du lobe droit du foie **Kyste hydatique du poumon gauche**

par le D^r René BROG

— «O» —

Belgacem Ben Lamri, âgé de 25 ans environ, originaire de Mateur, est entré le 1^{er} juillet 1931 à l'Hôpital Ernest-Conseil, venant de la consultation de l'Hôpital Sadiki, pour une tuméfaction du creux épigastrique, survenue depuis quatre mois, saillie à bord inférieur semi-circulaire descendant jusqu'à l'ombilic, et présentant en son milieu une dépression à angle aigu à pointe tournée vers l'appendice xyphoïde; dépression donnant la sensation de deux masses nettement séparées. Cette masse bilobée est mobile avec la respiration, et ses deux extrémités disparaissent sous les deux hypocondres. A la palpation, on a la sensation de deux masses rénitentes, libres sous la peau qui paraissent incluses dans les lobes du foie.

Au-dessus du lobe gauche, on sent une masse kystique arrondie, qui paraît placée au-dessus du foie et dans la paroi, du volume d'un œuf.

Le malade qui a maigri déclare cracher de temps en temps un peu de sang depuis un mois.

On trouve en arrière à droite, à la percussion, une forte matité allant de la base jusqu'à l'omoplate, avec diminution marquée du murmure vésiculaire dans la partie mate.

Etant donné le bon état général du malade, l'absence de douleurs abdominales, et de symptômes fonctionnels on pose le diagnostic probable de kyste hydatique du foie, du lobe gauche et du lobe droit, et on envoie le malade à la radioscopie pour se rendre compte si la matité du côté droit est due au lobe droit du foie, ou à un kyste du poumon. La radioscopie, montre bien en effet que le diaphragme est fortement repoussé en haut par le bord supérieur du foie, mais elle montre en plus un kyste hydatique du poumon gauche siégeant dans l'épaisseur du poumon, gros comme deux oranges et n'ayant donné lieu à aucun signe exact mais étant probablement la cause des hémoptysies observées.

∴

COMMUNICATIONS

Réflexions au sujet d'une ulcération nasale d'origine spécifiquement tunisienne

par le D^r A. CHEROUVRIER

—(O)—

S'il est vrai que les indigènes se soumettent de plus en plus aux modes de traitement que notre médecine moderne leur propose pour les guérir, il arrive parfois que certains sujets européens demandent aux pratiques arabes le soulagement à leur mal dont elles n'ont pu trouver le remède nulle part ailleurs. Et c'est un contraste assez curieux de voir un malade se détourner d'une thérapeutique raisonnée et saine, pour avoir recours délibérément aux vieux remèdes populaires que les arabes conservent avec ténacité et conviction.

L'histoire de notre malade en est un exemple que nous voulons décrire ici. Au surplus ne lui reprochons pas trop de s'être détournée un moment de la science officielle. Il est des cas où il n'est pas possible de triompher du mal et on ne peut en vouloir à ces victimes déçues en quête d'illusions et d'espoirs nouveaux. A elles doit s'appliquer le précepte « Primo non nocere » qu'elles devraient bien méditer auparavant.

M^{me} X..., atteinte de lithiase biliaire chronique depuis de nom-

breuses années avec ictère presque permanent, coliques vésiculaires très pénibles, crises de démangeaisons, se soumit fort longtemps à un traitement médical extrêmement stricte mais judicieux qui amena une certaine amélioration suivie d'ailleurs de rechutes graves lors de tout écart de régime. Elle partit dans un grand centre où soumise à deux avis opposés, elle opta pour le second et se décida pour une intervention chirurgicale rendue fort grave en raison de l'état de déchéance physiologique dans lequel elle se trouvait. Elle s'en tira avec une fistule interminable, et un ictère tout aussi rebelle qu'auparavant.

C'est alors que de retour à Tunis, et ayant perdu toute foi dans notre thérapeutique, elle eut l'idée d'avoir recours à des prises nasales d'un remède dont elle avait vu les indigènes faire un fréquent usage. Il s'agissait en l'occurrence de « faḳkous el Behim (concombre d'âne), remède vendu couramment dans les rues de Tunis.

Elle se procura donc de la poudre du fruit de cette plante finement pulvérisée et commença son traitement sous la forme de prises nasales multiples au cours de la journée. Les effets ne se firent pas attendre. Après une sensation de picotement et cuisson intranasale, apparut une très violente hydorrhée, véritable saignée aqueuse. Le coryza intense s'accompagnant de céphalée, larmolement, persistait plusieurs heures après l'application du médicament, ce qui n'empêcha pas la patiente de poursuivre avec foi cette thérapeutique.

On sait d'ailleurs que cette plante passe chez les arabes pour avoir des vertus multiples, surtout emménagogues, et dans les cas d'ictère, aurait le pouvoir de par le flux abondant qu'elle provoque d'agir à distance sur les sécrétions hépato-biliaires et favoriser la résorption ou l'élimination de la bile.

Quoiqu'il en soit au bout de quelques jours de ce traitement, la malade fut prise d'une violente épistaxis pour laquelle son médecin nous l'envoya.

A l'examen on constatait, à droite comme à gauche au niveau du tiers antérieur de la cloison une ulcération heureusement peu profonde de la muqueuse pituitaire. Cette ulcération d'un diamètre de 1 cm. environ allait jusqu'au périchondre. Il s'agissait d'une nécrose partielle de la muqueuse à bords déchiquetés saignant fort abondamment au moindre éternuement ou à l'occasion du moucher.

Le reste des fosses nasales paraissait sain bien que fortement hyperémifié.

Nous conseillâmes d'abord, quoiqu'il en coûtait à notre malade de supprimer ce singulier traitement qui d'ailleurs ne paraissait pas lui avoir donné un résultat quelconque quant à son ictère. Un léger attouchement igné de bords saignants et des petits vaisseaux ulcérés mit fin à ces rebelles hémorragies et quand nous revîmes notre patiente, la semaine suivante, un tissu cicatriciel solide remplaçait son ancienne lésion.

Il nous a paru intéressant de signaler cette étiologie curieuse d'ulcération nasale chez un européen car on n'en rencontre guère de cette nature que chez les arabes et nous avons eu la curiosité de nous renseigner sur le « fakkous el Behim ».

M. le docteur Broc a bien voulu nous éclairer sur cette plante dont il a remarqué l'usage très fréquent chez les indigènes et M. le docteur Bouquet, pharmacien des Hôpitaux de Tunis nous a fort obligeamment fait part de ses recherches à son propos. Nous les en remercions bien vivement tous les deux et nous prenons la liberté de rappeler ici en quelques mots ce qu'ils ont noté à son propos.

Le « fakkous el Behim » s'appelle de son vrai nom l'Echallium Elatirium. Les arabes le nomment encore « fakkous el Hamar » (concombre d'âne) ou « korsat el Hamar » (testicule d'âne). C'est une plante très répandue, de la famille des cucurbitacées à feuilles entières, à fruits oblongs, réfléchis, se séparant de leur pédoncule brusquement avec explosion à la manière bien connue des cornichons farcis. Presque toutes les plantes de cette famille sont à suc purgatif, à feuilles ordinairement glanduleuses et fétides quand on les froisse.

Outre son action sur l'ictère que les arabes lui attribuent, on doit reconnaître à cette plante certaines vertus emménagogues et purgatives réelles. La syphilis, elle aussi, serait guérie par l'usage de ce médicament vendu d'ailleurs couramment sous l'appellation de « Dova Mta Sultane ».

Leclerc dit que l'emploi de ce produit remonte à l'aurore de la médecine. Hippocrate le mentionne à chaque instant dans ses livres le recommandant comme purgatif ou bien pour purifier certains organes malades. Mais sa violence et sa toxicité l'ont fait progressivement abandonner.

En ce qui concerne la thérapeutique de l'ictère, l'Echallium Elatérium peut-être pris autrement que sous forme de prises de poudre desséchée.

A cet effet, dit Bouquet (1), on fait éclater les fruits mûrs sous le nez du malade de façon à y projeter le liquide. Le malade doit aspirer fortement pour que le suc pénètre profondément. Une humeur jaune s'écoule alors des narines. Quand l'écoulement cesse, avaler un œuf cru, remplir ensuite la coquille d'huile d'olive et boire. Le traitement est à continuer pendant six jours consécutifs.

Si à l'époque du traitement l'Echallium n'est pas en fruit, se procurer des racines fraîches, y creuser un trou qu'on emplit de lait (de chamelle de préférence). On bouche l'orifice avec de l'argile et on place dans les cendres chaudes pour laisser cuire un moment et boire ensuite le lait.

Une pratique analogue est signalée dans certains ouvrages médicaux classiques du moyen-âge, mais pour le traitement de la paralysie. C'est ainsi que l'Antidotaire Nicolas (XIV^{me} siècle) prescrit l'emploi de l'Echallium ou des pilules Diacastoreum de la façon suivante. On prend le suc (ou bien l'on fait ramollir les pilules) et on l'injecte dans les narines avant de se coucher.

Le malade doit se placer un moment devant le feu la bouche ouverte jusqu'à ce que le liquide s'écoule abondamment de ses narines.

Le livre des Simples Médecines de Platearius, (XIII^{me} siècle) signale les fruits d'Echallium sous le nom de Catapuces. Il en conseille le suc contre la goutte (poacre), l'arthritisme, les douleurs du ventre dues à la constipation et les préconise également contre les vers d'oreille et pour « oster les lentilles et tasches de la face ».

Au XVIII^{me}, N. Lemery (in Traité de Drogues) insiste sur l'âcreté de son jus et prescrit les lavages à l'eau de plantain pour soulager l'irritation, la douleur et l'inflammation qu'il provoque. Regrettons de n'avoir pas connu plus tôt cet heureux effet car il aurait été intéressant d'en vérifier sur notre malade le pouvoir neutralisant.

Mentionnons encore le Traité de Chirurgie de Maistre H. de Mondeville, XIV^{me}, la Pharmacopée de Brice Banderon, XVIII^{me} et la Pharmacopée Bateana (Angleterre, XVIII^{me} siècle) ainsi que divers

(1) Voir J. BOUQUET. — Matière Médicale Indigène de l'Afrique du Nord, Paris. — Vigot frères, 1921.

autres traités moins répandus qui semblent ne retenir de l'Echallium que ses propriétés purgatives.

∴

D^r BROC. — *Le traitement du Kala-Azar par le néo-stibosan.*
(Paraîtra dans un prochain numéro consacré au kala-azar).

∴

D^r BALOZET. — *Le B. C. G. a-t-il des éléments filtrables ?*
(Voir en tête de ce numéro).

∴

D^r NALLI. — Présentation d'un travail sur les *Avitaminoses et le Béribéri tunisien.*

(Paraîtra prochainement).

—————«O»—————

Séance du 3 Juillet 1931

—————«O»—————

Présidence du D^r SCIALOM, *vice-président*

Séance ouverte à 18 heures sous la présidence du Docteur Scialom, vice-président.

Sont présents : MM. les docteurs Ghouila-Houri, Guttières, Cohen Victor, Moatti, Mazères, Broc, Nalli, Féré, Cassuto, Ronchot, J. Chemla, Raynal, Hadjoui, Materi, Dirats, Chemla, Brugairolles, Cohen-Hadria, Planke, Pernod, Cassar.

∴

Le D^r SCIALOM informe la Société de la démarche faite par le secrétaire adjoint auprès du D^r ZAMMIT, dont la santé est heureusement meilleure. Le président a répondu par une lettre touchante dont il est donné lecture.

∴

Le D^r SCIALOM souhaite la bienvenue au D^r V. COHEN de retour de Genève. Le D^r COHEN établira un rapport sur les travaux du Congrès de l'enfance africaine auquel il a assisté.

∴

Candidatures :

MM. LEONI et CHAHED, internes à l'Hôpital E.-Conseil, sont élus à l'unanimité membre de la Société.

COMMUNICATIONS

Le D^r NALLI rapporte un cas curieux d'intoxication par la *chira*.

∴

Le D^r REYNAL demande que sa communication soit reportée.

∴

La question de la glace :

Le D^r ROXCHOT signale les inconvénients qui résultent de la pénurie de glace.

Preennent part à la discussion les docteurs Reynal, Cassar, Cohen Hadria, Planke et Trensals.

Le vœu suivant est alors adopté :

« A la suite des incidents provoqués par le manque de glace à Tunis et en banlieue, la Société des Sciences Médicales, tout en rendant hommage aux Services municipaux chargés de la surveillance hygiénique de la fabrication de la glace, émet le vœu que seule soit livrée à la consommation, et sous le contrôle des services compétents, la glace entièrement transparente.

Soucieuse des intérêts de la population, la Société souhaite que la fabrication, la manutention et la revente de la glace soient l'objet de la sollicitude pressante des Services municipaux et leur fait confiance pour l'heureux règlement des difficultés actuelles.

A la demande du D^r CASSAR, ce vœu, avant d'être publié, sera présenté au Conseil municipal, à sa prochaine réunion.

∴

Service médical de nuit :

Vu l'urgence, le D^r CASSAR aurait voulu qu'un service temporaire fût mis à l'essai cette été.

Les docteur Reynal et Planke préfèrent que la question soit mûrement étudiée et que rien ne soit institué avant que des dispositions très précises n'aient été adoptées.

Office International d'Hygiène publique

(Extrait du bulletin mensuel de l'Office International d'Hygiène Publique. Tome xxii, année 1930, fasc. n° 11)

(Suite) (1)

—«0»—

V

Le Comité de l'Office International d'Hygiène publique a pris connaissance des résolutions approuvées par le Comité d'Hygiène de la Société des Nations, dans sa XVI^e session, tenue, à Genève, du 29 septembre au 7 octobre 1930.

D'autre part, de nouvelles propositions relatives à l'application de l'article 8 de la Convention de l'Opium, de 1925, ont été soumises à l'examen de l'Office International d'Hygiène publique, conformément aux stipulations de cette Convention.

VI

Les recherches récentes de laboratoire, consacrées au virus de la *fièvre jaune*, et les faits épidémiologiques observés dans ces dernières années ont apporté ou confirmé diverses notions, qui s'imposent à l'attention du Comité permanent de l'Office International d'Hygiène publique. Voici les principales.

La seule idée positive que nous ayons actuellement sur le virus de la fièvre jaune est qu'il traverse les bougies filtrantes. — Les expériences faites sur les singes ont montré que le sang des sujets inoculés est infectant pendant la période d'incubation, au moins deux jours avant l'apparition de la fièvre. Il en est vraisemblablement de même chez l'homme. Le sang humain cesse rapidement d'être infectant, non pas à cause de la disparition du virus, mais à cause de la production d'anticorps qui neutralisent le virus. Les anticorps se forment moins rapidement chez le singe; au moment où il meurt de la maladie, vers le 3^e ou 4^e jour, le contact direct de ses organes peut encore être dangereux. — L'homme peut, en effet, être infecté par contact direct, à travers la peau intacte. — Le corps entier du moustique qui a piqué un malade est infectant, et no-

(1) Voir numéro de la T. M. janvier 1931.

tamment ses déjections. — Le virus peut être transmis de moustique à moustique, sans passage par l'homme. — Outre l'*Aedes aegypti*, il existe d'assez nombreux insectes (13 espèces différentes) qui sont capables de véhiculer le virus. — Les essais d'obtention d'un vaccin efficace contre la fièvre jaune sont moins encourageants aujourd'hui qu'à l'époque où ils ont été commencés; il y a de grandes différences d'activité entre les échantillons, et les vaccins perdent rapidement leur activité.

Toutefois, certaines de ces constatations nouvelles ne paraissent pas encore présenter d'importance considérable pour la pratique : la contamination de l'homme par contact direct n'est établie que dans des cas d'accidents de laboratoire; la transmission du virus de moustique à moustique, réalisée dans les conditions artificielles d'un élevage, n'est peut-être pas fréquente dans la nature; le seul vecteur qui semble, jusqu'ici, avoir joué un rôle dans une épidémie est l'*Aedes aegypti*.

Il serait de la plus grande utilité, pour la prophylaxie de la fièvre jaune, de pouvoir diagnostiquer les cas frustes, ou atypiques, qui se produisent soit dans les foyers d'endémicité, soit même au début des poussées épidémiques de cas aigus. On peut actuellement utiliser pour ces diagnostics trois éléments : 1° l'élimination du paludisme chez les fébricitants (pour lesquels la fièvre n'est pas expliquée par un autre diagnostic); 2° la recherche de l'albumine; 3° la recherche de la diminution de l'alexine dans le sang des suspects. Ce phénomène, bien étudié par Costra Cruz à Rio de Janeiro, se manifeste dès les premiers symptômes de la fièvre jaune, même dans les cas bénins, et paraît être rigoureusement spécifique.

L'efficacité de la destruction des Stégomyies et de leurs larves pour arrêter ou prévenir une épidémie de fièvre jaune est bien prouvée par les faits récents. Mais les épidémies ont leur origine dans des zones d'endémicité, où le virus est entretenu par des cas non diagnostiqués. La défense sanitaire contre la fièvre jaune devrait, pour l'avenir, être basée sur l'extinction définitive de ces foyers. Les mesures de prophylaxie, qui jusqu'à présent sont déclenchées par la déclaration de cas avérés, devraient être complétées par d'autres très rigoureuses, mais visant seulement les zones d'endémicité. Parmi les nombreuses localités où la fièvre jaune a été signalée au cours des 20 dernières années, il y en a beaucoup dans lesquelles aucun cas n'a été déclaré depuis 1927 en Afrique, depuis 1921 en Amérique. Le virus en a-t-il réellement disparu ? Certaines de ces localités — une centaine — sont situées sur le trajet de lignes aériennes projetées. Il semble nécessaire, pour écarter les craintes de diffusion de la

fièvre jaune par la navigation aérienne, que l'on sache si ces localités sont restées dangereuses, et que l'on prenne à leur égard, le cas échéant, des mesures adéquates de protection. Aussi, le Comité a-t-il repris l'examen d'une proposition qui lui avait déjà été présentée lors d'une session antérieure, celle d'encourager des enquêtes systématiques, au moyen de l'index sérique ou de toute autre méthode appropriée, en vue d'établir une carte de l'endémicité amarillique.

Quelques cas de peste bubonique se sont produits pendant l'été et l'automne 1930 dans le bassin occidental de la Méditerranée : de juillet à fin octobre, 40 à Alger, 33 à Oran; depuis le début de septembre, 6 à Philippeville, 12 à Marseille. Les cas d'Alger et d'Oran concernent des personnes qui fréquentaient les quais et les magasins attenants; quelques-unes avaient quitté Alger dans la période d'incubation et sont tombées malades à distance, mais sans créer des foyers autour d'elles. La chasse aux rats a été intensifiée dans les ports, et des rats pesteux ont été découverts jusqu'à fin août à Alger, jusqu'à fin septembre à Oran; aucun à Philippeville. Le Comité a vu, dans ces circonstances, l'occasion de provoquer une enquête sur la situation actuelle de la peste murine dans les ports de la Méditerranée.

Une courte épidémie de peste pulmonaire avait sévi à Tunis en décembre 1929. Elle n'avait atteint qu'une tribu arabe, originaire du Sud-Tunisien, où se produisent assez régulièrement des cas sporadiques de peste bubonique. Les membres de cette tribu qui séjournent à Tunis y exercent le métier de portefaix. Dès la découverte de l'épidémie, ils furent, eux et leurs familles, tous recherchés et mis en quarantaine, au nombre d'environ 800, dans un établissement unique; 2 ou 3 cas se produisirent encore parmi eux, aucun dans la ville. Deux malades guérirent; ils avaient été vaccinés par pulvérisation de vaccin dans la bouche et les voies respiratoires.

A propos des mesures de précaution prises à Tor après la découverte, chez des pèlerins revenant du pèlerinage de La Mecque en 1930, de vibrions les uns agglutinables, les autres non agglutinables, la question des relations possibles entre les deux groupes de vibrions a été posée. On a suggéré une méthode qui permettrait d'établir si un vibrion non agglutinable dérive d'un vibrion cholérique vrai, méthode dont l'application a donné d'excellents résultats dans l'étude des relations entre le bacille de la dysenterie du type Shiga-Kruse et d'autres bacilles isolés chez des dysentériques. Il s'agirait d'immuniser des animaux avec les vibrions

non agglutinables et de chercher si le sérum de ces animaux possède, ensuite, le pouvoir agglutinant pour les vibrions cholériques vrais. En cas de résultat positif, le vibrion qui aurait servi d'antigène serait classé comme suspect.

En outre, il serait utile que les laboratoires des divers services qui sont appelés à faire la recherche du vibrion cholérique chez des sujets suspects au retour du pèlerinage fussent en possession du même sérum agglutinant. Ce sérum devrait, de toute évidence, être capable d'agglutiner toutes les souches de vibrion cholérigène; la meilleure manière de l'éprouver serait qu'il fut employé, pour la pratique courante, dans un pays où l'occasion d'examiner des vibrions isolés de cas de *choléra* se présente constamment.

Au sujet de la *variole*, il serait intéressant de savoir quels sont les pays qui ont adopté la distinction entre *Variola major* et *Variola minor* ou *alastrim*; et quels sont les rapports constatés entre ces deux types de variole. Des informations seront demandées sur ces points.

Quelques pays, la Belgique, le Canada, le Japon, le Mexique, la Pologne ont envoyé des réponses au questionnaire de l'Office sur la technique de la vaccination antivariolique; elles seront analysées et publiées sous la même forme que celles qui ont été incluses dans le Rapport présenté au Comité, en mai 1930, par la *Commission de la Variole et de la Vaccination antivariolique* (*). Ladite Commission avait tracé un programme d'études sur diverses questions, au sujet desquelles les connaissances actuelles sont manifestement incomplètes: influence du nombre et de l'étendue des incisions vaccinales sur l'intensité de la réaction locale et générale sur le degré de l'immunité obtenue et sa durée; virulence à choisir pour la lymphé employée, etc. Ce programme a été adopté par la Conférence des Directeurs des Instituts vaccinogènes allemands. Des données sur les questions qu'il pose ont été déjà reçues du Mexique, de la Yougoslavie, ainsi qu'une statistique détaillée des réactions observées à l'Office vaccinogène de l'Etat Belge chez les revaccinés, classés d'après le temps écoulé depuis la vaccination antérieure et le nombre des cicatrices vaccinales. Au Japon, un procédé nouveau de purification du vaccin a été élaboré: le virus vaccinal est séparé des tissus et des bactéries par adsorption sur le kaolin, d'où il est extrait par une solution ammoniacale faible.

(*) Supplément au numéro de juillet 1930 du *Bulletin de l'Office International d'Hygiène publique*, t. XXII.

Après neutralisation et dilution, il reste une suspension dont le volume est environ 100 fois celui de la pulpe originale, et qui produit par scarification sur la peau du lapin, à la dose de 0,1 à 0,2 centimètre cube, une éruption confluente semblable à celle que l'on obtient avec la vaccine ordinaire. Des essais de vaccination chez l'homme (34 nourrissons, 62 adultes) ont donné des résultats favorables.

L'encéphalite post-vaccinale a diminué de fréquence en Allemagne : 11 cas en 1930, contre 27 en 1929; pas de décès. Dans 6 cas déclarés comme encéphalites post-vaccinales, l'autopsie a infirmé ce diagnostic. En Suède, il y eut, en 1929, trois cas pour 45.000 primo-vaccinations; en 1930, trois également, dont un encore à l'étude. Dans un quatrième cas déclaré, l'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un gliome cérébral. On voit combien les diagnostics doivent être soigneusement examinés. En Hollande, 5 cas ont été signalés en 1930, dont 2 sont à l'étude; le nombre des vaccinations a été faible, et la proportion d'accidents encéphalitiques ne semble pas avoir varié notablement. Il n'a pas été constaté d'encéphalite chez les vaccinés âgés de moins d'un an; une circulaire ministérielle a recommandé aux médecins de vacciner autant que possible les enfants au premier âge. En Italie, après examen critique d'une douzaine de cas invoqués dans les 3 dernières années, un seul paraît être réellement suspect.

En Pologne, depuis les lois de 1919 prescrivant, l'une, la déclaration obligatoire, l'isolement à l'hôpital et l'institution d'une enquête pour chaque cas, l'autre, la vaccination obligatoire, la variole a progressivement diminué et presque disparu. De 1907 à 1911, il y avait 355 décès par an dans la seule ville de Varsovie; en 1929, 12 cas seulement se sont produits dans toute la Pologne. La léthalité est très faible (1 décès sur 46 cas). La vaccination est obligatoire dans la première année, et la revaccination à l'âge de 7 ans. Il n'y a pas d'encéphalite post-vaccinale; 3 cas, dont la symptomatologie n'était pas nette, ont été signalés en 5 ans, pour plus de 9 millions de vaccinations et revaccinations.

VII

La vaccination contre la *tuberculose* par le B.C.G. a porté actuellement en Roumanie sur plus de 60.000 sujets. Elle a été supportée sans aucun accident. La diminution de la mortalité générale chez les enfants vaccinés, par comparaison avec les non-vaccinés reste frappante. On a pu maintenant constater qu'elle se maintient pendant la seconde et la troisième année de la vie. La vaccination par voie sous-cutanée commence à

être appliquée aux recrues, après deux intradermo-réactions négatives; sur 5.000 vaccinés, on n'a relevé qu'une fois un abcès froid sous-cutané, facilement guéri : l'innocuité de l'injection paraît donc absolue.

Une étude d'ensemble sur la tuberculose dans les Colonies françaises a montré que la maladie était de date ancienne seulement en Indochine. En Afrique, en Océanie, quand le contact des populations indigènes avec les Européens est établi depuis quelques années, des poussées de tuberculose éclatent, présentant des cas aigus à évolution rapide. Après 20 ou 30 ans, lorsque l'imprégnation du milieu indigène est faite, la maladie revêt une allure chronique, comme dans les pays de vieille civilisation. Actuellement, l'index tuberculique atteint de 40 à 60 p. 100 dans les villes, où l'indigène trouve à la fois le taudis et la fatigue du travail; il n'est que de 10 à 12 p. 100 dans les campagnes environnantes. La diffusion de la contagion vers l'intérieur est gênée par les habitudes de vie au grand air et comportant peu d'efforts. Les mesures mises en œuvre pour protéger les populations indigènes sont de trois sortes : 1° examen par un phthisiologue de tous les fonctionnaires et agents avant leur départ d'Europe pour la colonie; dans la mesure du possible, même contrôle sur les commerçants. Renvoi en Europe de ceux qui tombent malades dans la colonie. Surveillance des agents européens et indigènes qui circulent de village en village; 2° amélioration du logement, des cultures vivrières; protection contre le froid des nuits; 3° vaccination par le B.C.G.

Le programme est, dans les grandes lignes, le même au Congo Belge. La déclaration de la tuberculose y est obligatoire depuis 1919. Toute personne européenne reconnue malade à la colonie doit rentrer en Europe dans les six mois; les Indigènes sont envoyés dans un lazaret ou un hôpital pour tuberculeux. Dans les villes — où les femmes et les enfants en bas âge sont rares — on vaccine à l'âge scolaire tous les enfants dont la réaction à la tuberculine est négative. La tuberculose est, en fait, relativement rare : en 1928, 35 cas (32 pulmonaires) chez les Blancs, 344 cas (256 pulmonaires) chez les Noirs.

En Egypte, la tuberculose pulmonaire est en progrès; autrefois, on voyait surtout des formes osseuses ou ganglionnaires. Les Soudanais venus dans la Basse-Egypte sont souvent atteints de formes à évolution rapide. La déclaration, obligatoire d'abord seulement pour les décès, l'est maintenant pour tous les cas.

(A suivre)

Injections sous-cutanées
du vaccin B C G chez les tuberculeux
traités et guéris
par le pneumothorax

F. COULAUD

(Académie de Médecine — 6 mai 1931)

Chez les sujets traités par collapsothérapie bilatérale, la cessation de l'entretien d'un pneumothorax thérapeutique n'est pas sans causer d'appréhension. Alors que l'expectoration est tarie depuis plusieurs années (3 à 7 ans), que les moignons pulmonaires sont clairs à la radioscopie, on peut voir apparaître dans les moignons collabés de nouvelles lésions tuberculeuses.

E. Coulaud a pensé qu'il pouvait être utile, avant l'arrêt du traitement, de pratiquer une injection de B.C.G. et de créer ainsi « une lésion locale, temporaire, bénigne, susceptible d'augmenter la résistance de l'individu à la tuberculose. »

Les essais ont porté sur douze malades du service du docteur E. Rist, à l'Hôpital Laënnec. Tous avaient des pneumothorax bilatéraux depuis dix-neuf mois à sept ans et pouvaient être considérés comme guéris (expectoration tarie depuis plus d'un an et demi, moignons pulmonaires clairs, reprise du travail ou de l'activité normale).

Quatre de ces malades ont reçu une injection sous-cutanée de 1/100 de milligramme de B.C.G.

Trois ont reçu une dose de 1/200 de milligramme et les cinq autres 1/400 de milligramme.

Chez aucun de ces douze malades il n'a été noté de réaction pleurale ou de réaction de foyer au niveau des lésions cicatrisées.

Il s'est produit des abcès locaux et une fois une petite escarre avec les doses les plus fortes. Avec 1/400 de milligramme on n'a observé ni réaction ganglionnaire, ni réaction générale ni abcès local.

L'abcès local produit par le B.C.G. se comporte sans doute comme une source de tuberculine à débit faible et constant, dont l'absorption lente et continue peut être favorable, mais peut dans certains cas produire des réactions de foyer.

Jamais les malades n'ont interrompu leurs occupations. Plusieurs fois il y eut un gain de poids de 2 à 8 kg.

Les injections n'ont jamais présenté d'inconvénients.

Avant de conclure il faut encore attendre, bien que les injections aient été faites depuis cinq à dix-huit mois.

Toutefois, trois malades ont eu une grossesse après l'injection de B. C. G. Dans les trois cas, la grossesse s'est terminée sans incidents, par la naissance d'enfants pesant de 3 kg. 200 à 3 kg. 500. Les mères ont repris leurs occupations six semaines après.

Une quatrième malade a reçu le B. C. G. alors qu'elle était enceinte d'un mois. Elle est au huitième mois de sa grossesse et en bonne santé.

D^r A. H.

La topographie des essaimages
endobronchiques
dans la Tuberculose pulmonaire
de l'adulte

F. CARDIS et A. JEANNETTE
(Sect. d'ét. scientif. de l'Œuvre de la Tuberculose
9 novembre 1929)

Les conditions physiques qui président aux lois de l'aspiration endo-bronchique sont en réalité fournies par l'élasticité pulmonaire et par les dispositions anatomiques de

l'arborisation des canaux aériens. L'aspiration la plus forte se produira où l'élasticité est la plus grande. D'où très grande fréquence des localisations à la marge des lobes et au voisinage des scissures.

Dans 150 cas, 83 essaimages dans le poumon opposé, et 20 fois dans le même poumon, 47 fois les foyers ont été multiples et bilatéraux.

Donc : 55% des foyers d'aspiration sont centro-latéraux (9 fois sur 10 dans le lobe supérieur);

14% atteignent le même poumon.

Les thoracoplasties partielles supérieures (technique de Roux) donnent des résultats excellents dans les cas de T. cavitaire chronique du S. Cette méthode doit se développer au détriment des résections totales.

D'autre part, A. Bernou : De l'extension des lésions tuberculeuses des lobes supérieurs. (id).

arrive à des chiffres analogues.

Il y a 51% de propagation d'un sommet à l'autre.

10,9% de propagation d'un lobe supérieur à la base opposée (formes croisées de Cardis).

10,9% seulement d'un lobe supérieur à la base du même poumon.

5,45% d'essaimage micro-nodulaire disséminé dans toute l'étendue du poumon opposé.

Il faut donc éviter de sacrifier la base, soit par une thoracoplastie trop étendue en hauteur, soit par une phrénicectomie associée.

D^r A. H.

Action de l'antigène méthylique de Nègre et Boquet sur les réactions liquidiennes du pneumothorax artificiel.

A. COURCOUX et P. MERKLEN

(Sect. d'ét. scientif. de l'Œuvre de la Tuberculose
9 novembre 1929)

(1929) ont injecté dans la plèvre des sels d'or.

Depuis 1928, les auteurs ont injecté de l'antigène méthylique dans la plèvre de 44 tuberculeux traités par pneumo avec liquide;

10 liquides purulents;

34 liquides séro-fibrineux.

Dans 73% des cas, le liquide disparaît en moins de trois mois sans séquelle; dans 26 % des cas, pas de modification. Injection intra-pleurale de 3 ou 4 gouttes d'antigène dilué, puis trois jours après 5 à 6 gouttes; puis deux fois par semaine, 10, 14, 18 gouttes, puis 1 cmc, même série pour l'antigène pur.

La durée du traitement est subordonnée à la persistance du liquide.

D^r A. H.

Fonctionnement du Service Public des nouvelles vaccinations

Docteur Marcelle NICOLLE

Archives de l'Institut Pasteur de Tunis
Tome XX - Fascicule 1 - Avril 1931

Depuis sa création jusqu'au 31 mars 1931, le service des vaccinations anti-diphthériques a pratiqué sur 1.351 personnes au moins une inoculation d'anatoxine, ou bien une réaction de Schick. Sur les 303 personnes ayant subi la série complète de trois injections, il n'a été observé aucun accident sérieux.

Depuis l'ouverture du service, deux cas seulement de diphtérie ont été signalés chez les vaccinés.

Service des vaccinations préventives de la tuberculose (B.C.G.). Sur 141 enfants prémunis, il y a eu 21 décès, qui ne sont pas dus à la tuberculose, mais à la mauvaise hygiène infantile si commune dans la population tunisienne, sur 121 vaccinés suivis, il n'y a pas eu de cas avéré de tuberculose mortelle. Dans un cas où l'enfant avait présenté des signes radiologiques de tuberculose, celle-ci a évolué vers la guérison.

LIVRES REÇUS

Annuaire Médical des Stations Thermales et Climatiques Françaises Sanatoriums — Maisons de Santé

L'édition de 1931 de l'Annuaire Médical des Stations Hydrominérales Climatiques et Balnéaires de France, sanatoriums et maisons de santé, vient de paraître.

Cette importante publication, comprenant près de 800 pages, rassemble tous les renseignements d'ordre scientifique et pratique concernant les diverses stations de séjour françaises et les établissements médicaux.

Dans la première partie du volume toutes les stations thermales sont passées en revue, et chacune d'elles une abondante notice illustrée donne les renseignements les plus complets, qui peuvent être de quelque utilité pour le médecin praticien.

La 2^{me} partie du volume est consacrée aux stations climatiques et aux stations balnéaires françaises, ces dernières étant groupées par régions : Régions du Nord, Région de la Manche (Plages de la Normandie, Plages de la Bretagne), Région de l'Océan et Côte Basque.

Au début du volume est publié l'annuaire complet des médecins exerçant dans les différentes stations thermales, climatiques et Balnéaires et enfin à la suite est publiée une note très détaillée sur la Législation, l'Administration et les Groupements scientifiques et techniques intéressant l'hydrologie et la climatologie.

Il est rappelé au corps médical qu'un exemplaire de ce volume est mis gracieusement à sa disposition, et tous les Médecins-Praticiens qui n'auraient pas encore reçu une édition de cet ouvrage ou qui n'auraient en main que l'édition de 1927, sont priés d'adresser leur demande dans le plus bref délai, à la Direction de l'Annuaire Médical des stations françaises, 23, rue du Cherche-Midi, à Paris (6^{me}), un exemplaire de la dernière édition leur sera immédiatement envoyé.

La Tunisie Médicale

SEPTEMBRE OCTOBRE 1931

MOUVEMENT MÉDICAL

Revue critique sur le Kala-Azar

par le D^r BROG

—«0»—

De nombreux travaux récents portant surtout sur le mode de transmission et le traitement du kala-azar ont remis cette question à l'ordre du jour. Ce numéro, publiant quelques observations nouvelles dues à Santillana, Chahed et Broc, nous en profitons pour faire une rapide revue des différents points mis en lumière par les dernières recherches.

Grâce aux travaux de Charles Nicolle, le foyer endémique tunisien est bien connu, et sa marche peut se suivre dans les chroniques du kala-azar, qui paraissent de temps en temps dans les annales de l'Institut Pasteur de Tunis. Ces chroniques permettent de totaliser le nombre de cas observés en Tunisie, leur âge, leur nationalité, mais elles renseignent peu au point de vue clinique, évolution, gravité de la maladie, traitement, toutes choses qui sortent du cadre des annales de l'Institut Pasteur. A ce propos, qu'il nous soit permis d'exprimer le regret, de voir que les bulletins de la *Tunisie Médicale* contiennent si peu d'observations détaillées de kala-azar. Si chaque confrère, observant un cas de kala-azar, en avait recueilli et publié l'observation dans nos bulletins, on pourrait avoir actuellement un tableau d'ensemble de la maladie portant sur une centaine de cas; il est d'ailleurs infiniment probable qu'il confirmerait la description de Charles Nicolle parue dans le nouveau traité de Médecine de Roger et Fernand Widal.

Il ne semble pas que ce soit dans la symptomatologie qu'il faille chercher des différences entre le kala-azar tunisien, méditerranéen et indien. Bensis, pour la Grèce, nous a donné un tableau clinique qui ressemble parfaitement au kala-azar tunisien, le trépied clinique étant formé par l'anémie, la fièvre et la splénomégalie. Il note

la marche irrégulière de la fièvre évoluant par vagues fébriles, et présentant parfois des accès bi-quotidiens, tri-quotidiens. Ce sont des faits qui ont été observés en Tunisie. Deux points nous paraissent dans sa description n'avoir pas été signalés jusqu'à présent dans les observations tunisiennes, la *rétraction de la rate*, dans les cas mortels, qui finit parfois par disparaître sous l'hypochondre gauche, et la *pigmentation* des extrémités supérieures et inférieures qu'on rencontre surtout dans le kala-azar indien. Il ajoute d'ailleurs qu'on la trouve rarement dans le kala-azar européen.

En ce qui concerne le kala-azar chez les adultes, les cas observés en France, dont la plupart ont été contractés autour du bassin méditerranéen, Macédoine, Tunisie, Algérie, Maroc, Grèce, Italie et en France même, publiés par Lemierre, Carnot, Klippel etc., ne présentent pas un tableau clinique bien différent de la description de Nicolle. Nous ne connaissons pas la durée d'incubation chez les enfants, il est peu probable qu'elle dépasse plusieurs mois, et qu'elle atteigne un an, comme semble l'indiquer l'observation de Carnot. Entre les poussées fébriles on n'observe jamais chez les enfants de rémissions d'une très longue durée, alors que chez la malade adulte observée par Burnet et Masselot, il semble y avoir eu deux poussées fébriles séparées par une rémission d'un an.

Giraud, dans son article de la Presse Médicale, n'insiste pas sur l'étude clinique de l'affection à laquelle il ne pourrait, dit-il apporter des notions bien nouvelles; les cas publiés par d'OELSnitz observés à Nice chez des enfants rentrent aussi dans le cadre clinique du kala-azar tunisien.

En Italie, Nino d'Agostino admet qu'il y a une différence entre la symptomatologie de l'enfant et celle de l'adulte.

Chez les enfants on retrouverait plus constamment la couleur (vieille cire) de la peau, la fièvre à type continu, rémittent, la splénomégalie énorme, les troubles gastro-intestinaux et broncho-pulmonaires, et les hémorragies cutanées et muqueuses, la nécrose des gencives. A la symptomatologie des adultes, appartiendrait plutôt, une anémie globulaire très marquée, une fièvre plutôt intermittente, et la rate ne serait jamais très volumineuse.

Il y a trop peu d'observations d'adultes publiées, pour qu'on puisse se rendre compte, si le kala-azar est plus grave chez l'enfant que chez l'adulte, l'évolution naturelle est d'ailleurs modifiée dans

la plupart de ces observations récentes par des traitements plus actifs qu'autrefois, de sorte qu'il faudrait comparer, pour se faire une opinion, des cas infantiles et adultes, pris depuis cinq à six ans, et traités par les mêmes procédés.

En réalité la seule différence observée entre le kala-azar indien et méditerranéen était autrefois l'âge des malades, l'un paraissant atteindre exclusivement les adultes, l'autre exclusivement les enfants.

Au moment où Charles Nicolle publiait la description du kala-azar tunisien, il pouvait dire, qu'en région méditerranéenne, le kala-azar est presque toujours une maladie de l'enfance, inconnue au-dessous de six mois, exceptionnellement trouvée sur des sujets de plus de dix ans, (le malade le plus âgé dont l'observation ne soit pas discutable comptait dix-neuf ans).

La statistique fournie par Burnet et Masselot sur 67 cas observés de 1906 à fin 1924 donne comme âge le plus élevé 9 ans $\frac{1}{2}$ (7 cas).

A la date du 3 avril 1925, dans les Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Lemierre, Léon Kindberg et Bernard, ont publié le premier cas de kala-azar tunisien chez une adulte de 26 ans, cas à évolution mortelle. Il est curieux de constater que cette malade a contracté la maladie à la Goulette, où Catoire a trouvé le premier cas de kala-azar infantile.

A la séance de mai 1925 de la Société Médicale de Tunis, le docteur Ortona a présenté un cas de kala-azar guéri chez un adulte âgé de 22 ans (guérison par l'antimoine, solution antimoniale de Zambelletti).

Du 4 avril au 22 mai le malade reçoit 2 gr. 50 d'émétine intraveineux. Convalescent, il conservait seulement des douleurs vives aux mollets, et une tachycardie à 100, ne correspondant à rien, étant donné que les bruits du cœur étaient normaux et que le degré d'anémie, n'expliquait pas cette accélération du pouls.

Dans la discussion qui suivit, le docteur Nicolle fit remarquer que les douleurs aux mollets, signalés par Ortona chez son malade, n'avaient jamais été décrites, que le kala-azar n'est pas seulement une maladie de l'enfance. Déjà en Tripolitaine trois cas ont été signalés chez l'adulte).

Toutefois en Tunisie, pendant longtemps à l'Hôpital Sadiki, on

ponctionnait systématiquement la rate, chez les adultes; jamais on n'a trouvé de leishmania. Le docteur Nicolle rappelle que depuis quinze ans, il a retiré de la littérature médicale le terme de kala-azar infantile.

Burnet et Masselot, dans les Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 12 juin 1925, ont publié le cas d'une femme de 38 ans, vivant en Tunisie depuis plus de 15 ans. Le cas aurait évolué en deux périodes, la première de deux mois, la seconde de trois mois, séparées par un intervalle de santé parfaite ayant duré plus d'un an. C'est la période de rémission la plus longue qui, à notre connaissance, ait jamais été signalée. La maladie était les deux fois caractérisée par une fièvre à type pseudo-palustre, l'examen du sang est curieux à comparer aux deux périodes; on y trouve la leucopénie 2.100 au premier examen, 2.325 au second avec diminution des polynucléaires 60% premier examen, 55% deuxième examen, qui est en faveur du kala-azar pour la première période fébrile, la ponction de la rate n'ayant pas été pratiquée à cette époque.

A la même Société en 1922, Kippel et Monier-Vinard avaient déjà publié le premier cas de kala-azar d'origine marocaine, guéri par le stibényl.

Esbach a signalé un cas de kala-azar chez un jeune homme de vingt-quatre ans ayant séjourné à Tunis d'avril 1921 à décembre 1922, sauf deux mois passés à Aïn-Draham. Séjour à Antibes de décembre 1922 à février 1923. Début de la maladie à Paris, en janvier 1925. Pour admettre que la maladie ait été contractée à Tunis, il faudrait accepter une incubation excessivement longue et cela paraît bien invraisemblable.

Cette année en Algérie Benhamou a décrit le premier cas chez un adulte de la région d'Alger, Aubry dans une leçon clinique inédite a signalé deux cas de la région de Constantine.

En Italie, d'Agostino a rapporté les observations recueillies en deux ans de vingt sujets adultes de kala-azar contractés en Italie.

En France dans la région de Toulon, Plazy, Germain et Mercandier ont décrit un cas de kala-azar de l'adulte, contracté dans la région.

Bensis déclare qu'en Grèce, nombre d'adultes sont atteints de leishmaniose.

En somme, nous voyons que les cas de kala-azar chez les adultes se rencontrent de plus en plus fréquemment dans le bassin méditerranéen, probablement parce qu'on le recherche davantage. C'est le phénomène inverse qui s'observerait dans les Indes si nous en croyons les statistiques données par d'Agostino :

A Calcutta : enfants de	1 à 10 ans :	8 %
	10 à 20 ans :	40 %
	Adultes :	52 %
Rogers donne de	1 à 10 ans :	25,6 %
	10 à 20 ans :	24,4 %
	Adultes :	50 %
Mackie donne de	1 à 10 ans :	56 %
	10 à 20 ans :	33 %
	Adultes :	10,2 %

En réalité, la distinction entre le kala-azar indien et méditerranéen qui est encore sujette à de nombreuses discussions, n'est plus de mise aujourd'hui, conformément à l'opinion soutenue par Charles Nicolle depuis quinze ans, mais au point de vue pratique, elle reste toujours vraie pour le praticien tunisien, la proportion des cas adultes étant très minime en regard des cas rencontrés chez les enfants.

La ponction de la rate reste encore le meilleur procédé de diagnostic du kala-azar, et c'était évidemment encore le meilleur procédé pour prouver la guérison, car il est assez difficile de savoir si l'organisme est complètement débarrassé de ses parasites, et si l'on peut définitivement arrêter le traitement.

Benhamou, etc., qui ont particulièrement étudié le syndrome humoral présenté par leur malade, attirent l'attention comme moyen de diagnostic et comme test de guérison, sur les modifications du sérum et attachent beaucoup d'importance à la Formoleucogel Réaction.

Le syndrome humoral est caractérisé surtout par l'abaissement des protéines du sérum, et l'inversion du rapport sérine-globuline.

Chez leur malade le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ qui était de 0,52 avant tout traitement 24 mai, passe à 0,93 après la première série de néostibosan. Après une deuxième série alors que la formule sanguine

était normale, l'état général excellent, la malade paraissant définitivement guérie, l'équilibre humoral resté toujours troublé. Rapport

sérine

————— 0,96.

globuline

Se basant sur la persistance du trouble humoral, il est pratiqué une 3^{me} série de néo-stibosan du 24 octobre au 2 novembre.

sérine

Le 3 novembre : Rapport ————— 1,37.

globuline

Les auteurs précités attachent une importance particulière tant au point de vue diagnostic qu'au point de vue signe de guérison à la Formol-leucogel réaction.

Au début, en moins d'une minute prise en gelée et opacité blanchâtre du sérum de la malade après addition de formol. Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie vers la guérison la formol-leucogel réaction devenait de plus en plus lente à se produire (une heure) et finalement restait négative même après plusieurs heures.

Cette réaction a l'avantage d'être très simple, il suffit de mettre deux gouttes de formol à 40% dans 20 gouttes de sérum, dans les cas positifs, il se forme presque instantanément un gel blanc opaque.

Cette réaction que Benhamou nous fait connaître serait entrée dans la pratique courante des Indes et aurait remplacé la ponction de la rate en médecine vétérinaire.

Cette réaction aurait été rencontrée dans la schistosomiase humaine, et la trypanosomiase du dromadaire. Benhamou l'a toujours trouvée négative dans tous les autres cas de splénomégalies fébriles subaiguës ou chroniques. Elle disparaîtrait avec la guérison de la leishmaniose; mais présente un gros défaut : elle n'est pas précoce, Napier l'aurait rarement trouvée positive dans les cinq premiers mois de l'infection et l'on sait que plus le kala-azar est traité tôt, plus facilement il guérit. (Voir Léréboullet).

Si de nouvelles observations venaient confirmer les faits notés par Benhamou le retour à la normale de l'équilibre humoral et la disparition progressive de la formol-leucogel réaction ou formol-gélification deviendraient les meilleurs tests de guérison du kala-

azar, et permettraient de suivre l'action du traitement au cours de la maladie.

Chopra et Gupta ont montré que tous les composés organiques mis en contact avec le sérum des malades atteints de kala-azar donnaient immédiatement un précipité massif; tandis que les sérums indemnes montraient le plus souvent soit un précipité léger, soit un simple trouble ou ne changeaient pas du tout d'aspect. Pour pratiquer leur réaction, il suffit de placer dans un tube étroit, un centimètre cube de sérum aussi récent que possible non chauffé; dans deux autres tubes un centimètre cube du même sérum dilué au 1/3 et au 1/10^e dans l'eau physiologique. Faire couler le long du tube quelques gouttes de la solution d'urée-stibamine à 4% dans l'eau distillée.

Dans les cas de kala-azar, on observe immédiatement dans les trois tubes des précipités d'intensité décroissante. C'est surtout l'absence ou la présence d'un précipité encore très net dans le sérum dilué à 1/10^e qui offrirait le plus de concordance avec le contrôle parasitologique. D'après Labernadie et Laffite, il semble qu'il faille faire des réserves sur la valeur de cette réaction, surtout chez les malades ayant absorbé de la quinine, ce qui est le cas le plus fréquent pour les malades atteints de kala-azar, qui sont en général, traités comme des paludéens, avant qu'on ne pense au kala-azar.

Benhamou signale l'action rapide du néo-stibosan, employé en injection intra-veineuse quotidienne 0,30, du 24 mai au 2 juin. Aucune réaction, chute de la température définitive après la série (sauf deux courts accès, 20 et 24 juin).

Bensis estime que le néo-stibosan est beaucoup moins toxique pour le rein que les autres sels d'antimoine, et donne des résultats surprenants en injections intra-veineuses tous les trois à quatre jours, en suivant les malades de très près, et en examinant avec soin les urines. On a ainsi des résultats particulièrement brillants. (Maccas, Aravaninos).

D'autres dérivés de l'antimoine ont été employés avec succès, en dehors du stybényl, nous devons signaler le produit italien le stibional (Léréboullet).

Depuis que Charles Nicolle a énoncé et défendu l'origine canine du kala-azar, le mode de transmission de l'animal à l'homme n'avait pu être découvert. On a incriminé tour à tour la punaise, les puces,

les moustiques, les phlébotomes, en particulier le phlébotome argentine.

Dernièrement Blanc, et Kaminopétros ont pensé que l'agent de transmission du kala-azar du chien à l'homme serait une tique du chien, le *Rhipicephalus sanguineus*. Leurs expériences semblent avoir démontré que la tique est capable de développer le parasite du kala-azar et de le transmettre à l'homme. Peut-être est-ce là le seul mode de transmission, peut-être y a-t-il d'autres intermédiaires ?

Les recherches de Blanc et Kaminopétros confirment donc la découverte de Charles Nicolle, les rapports de la leishmaniose canine et du kala-azar humain.

BIBLIOGRAPHIE

N° 1. — Kala-Azar, par CHARLES NICOLLE. — Nouveau traité de médecine H. Roger, Fernand Widal. — Archives de l'Institut Pasteur de Tunis.

N° 2. — BENSIS. — *Revue Médicale Française*, 1931, page 221 : le Kala-Azar en Grèce.

BENSIS. — Le Kala-Azar en Grèce. Epidémiologie et clinique. — *Presse Médicale*, 13 mai 1931.

N° 3. — Kala-Azar Tunisien à évolution mortelle chez une adulte, par A. Lemierre, Léon Kindberg et Etienne Bernard. — *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3 avril 1925, page 537.

N° 4. — Un cas de Kala-Azar d'origine macédonienne survenu chez un adulte et observé à Paris par P. Carnot et E. Libert. — *Bulletins et Mémoires, Hôpitaux de Paris*, 8 juillet 1921, page 1039.

N° 5. — Kala-Azar marocain. — KLIPPEL et MONNIER VINARD, 25 janvier 1922. — *Bulletin et Mémoires, Hôpitaux de Paris*.

N° 6. — Un cas tunisien de Kala-Azar chez l'adulte, par E. BURNET et P. MASSELOT. — *Bulletins et Mémoires, Hôpitaux de Paris*, 12 juin 1925, page 899.

N° 7. — PAUL GIRAUD. — Le Kala-Azar en France. — *Presse Médicale*, 15 août 1931.

N° 8. — Kala-Azar méditerranéen chez l'adulte, par NINO D'AGOSTINO. — *Il Morgagni*, 72^{me} année, 19 octobre 1930, n° 42, page 1983, Naples.

N° 9. — D'CELSNITZ, DAUMAS, LIOTARD et PUECH. — Quatre cas de Kala-Azar d'origine française. — *Bulletins et Mémoires, Hôpitaux de Paris*, 26 février 1925.

N° 10. — ORTONA. — Un cas de Kala-Azar guéri chez l'adulte. — *Revue Tunisienne des Sciences Médicales*, juin 1925.

N° 11. — Kala-Azar chez un adulte, par ESCHBACH. — *Bulletins et Mémoires, Hôpitaux de Paris*, 1926, page 1569.

N° 12. — Un cas de Kala-Azar méditerranéens chez l'adulte, observé à

Toulon par PLAZY, GERMAIN et MARCANDIER. — *Bulletins et Mémoires, Hôpitaux de Paris*, 10 juillet 1931.

N° 13. — E.D. BENHAMOU, R. GILLE et A. NOUCHY. — Kala-Azar de l'adulte suivi de guérison. — *Bulletins et Mémoires, Hôpitaux de Paris*, mai 1931.

N° 14. — P. LEREBoulLET, J. CHABRUN et P. BAIZE. — Un cas de Kala-Azar infantile, observé à Paris, 1931. Société Médicale.

N° 15. — V. LABERNADIE et N. LAFFITTE. — Une réserve sur la valeur de la réaction de Chopra et Gupta (Kala-Azar). — *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 13 février 1929.

52

Un cas de Kala-Azar antimonio-résistant

par les D^{rs} RUGGERO et SANTILLANA

—(0)—

Il s'agit d'une petite fille de trois ans et demi, provenant de Sedjoui, qui entre dans le service le 18 mars 1931. Sa maman nous dit que la petite malade était atteinte depuis deux mois environ de fièvre. Il paraît qu'au début la température s'élevait avec un grand frisson et qu'après quelques heures elle disparaissait avec une transpiration très marquée. Il paraît aussi que cette élévation de température se représentait avec les mêmes caractères tous les deux jours. Son médecin en présence de cette fièvre, et d'une discrète splénomégalie s'était orienté vers le diagnostic de paludisme et avait pratiqué pendant quelques semaines des piqûres de quinine. Le résultat fut, paraît-il, assez bon, puisque la température avait complètement cessé. Mais après une semaine d'apyrexie la fièvre s'était représentée avec des caractères un peu différents; en effet cette fois-ci l'enfant présentait une température assez élevée avec de très petites rémissions; la quinine n'ayant donné aucun résultat, le médecin conseilla à la maman d'emmener l'enfant à l'Institut Pasteur pour une ponction de la rate. L'examen fait le 17 mars 1931 fut positif pour la *Leishmania*; c'est à ce moment-là que l'enfant entre dans le service pour suivre le traitement.

Le père de la petite est décédé de bacillose pulmonaire. La maman est bien portante. Un frère bien portant, un autre enfant est mort de méningite (bacillaire ?). L'enfant n'avait jamais été malade. Elle ne tousse pas. Elle n'a présenté aucun trouble digestif. Elle s'amuse chez elle très souvent avec des chiens.

A l'examen, il s'agit d'une petite fille de bonne constitution, mais pâle, avec des muqueuses décolorées; son état général est bon. On ne trouve rien de particulier à l'examen du poumon et du cœur.

Son abdomen est gros et l'on palpe assez facilement la rate, très dure, qui n'est pas déformée, débordante de cinq travers de doigts le rebord des fausses côtes gauches.

Pas de foie.

A son entrée à l'hôpital nous avons voulu tenir la malade en observation pendant une semaine pour étudier sa courbe de température.

— Nous avons ensuite commencé le traitement avec le *Stibional*

Zambelletti. Après quinze jours, la température était toujours élevée, la rate augmentait de volume, et l'état général s'aggravait. Nous avons alors cru utile d'entreprendre le traitement conseillé par Jemma avec une solution au centième de tartre stibié. Les piqûres ont été faites par voie intraveineuse tous les deux jours. Nous avons commencé avec une dose de 1 cc. et nous sommes arrivés à injecter 3 cc. de la solution sans que l'enfant présentât aucun signe d'intolérance.

Mais comme le résultat n'était pas assez satisfaisant et la rate augmentait toujours de volume (elle occupait en ce moment-là toute la moitié gauche de l'abdomen) nous avons voulu injecter le *Néostibosan* par voie intramusculaire.

Pendant le traitement nous avons pu constater que la température était moins élevée; mais après la septième piqûre, les élévations fébriles présentées par la petite malade nous ont poussé à cesser le traitement.

Après un repos d'une semaine, nous avons repris le tartre stibié en injections intraveineuses à la dose de 1 cc. pratiquées deux fois par semaine.

Une numération globulaire faite au mois de mai nous a donné :

Globules rouges : 3.180.000.

Globules blancs : 14.800.

Hémoglobine : 55%.

La recherche de l'hématozoaire du paludisme par ponction de la rate et dans le sang a été toujours négative.

La petite malade actuellement continue à faire de la température. L'état général est mauvais, la rate occupe toute la moitié gauche de l'abdomen, le foie déborde de quatre travers de doigts le rebord costal.

Nous continuons néanmoins le traitement avec la solution de tartre stibié par voie intraveineuse, bien que nous n'ayons aucun espoir d'amélioration.

Voici donc un cas de kala-azar à forme subaiguë, qui s'est montré résistant à toutes les préparations d'antimoine habituellement employées. Si d'une part les sels d'antimoine sont spécifiques de la leishmaniose interne, il est assez fréquent cependant que cette thérapeutique donne des insuccès dans le 10 à 20% des cas d'après les auteurs.

Le traitement du Kala-Azar par le néo-stibosane

par le D^r BROC

Depuis que le docteur Anderson nous a signalé les bons effets du néo-stibosan dans le kala-azar, nous avons eu l'occasion de soigner quatre cas dont deux pris à temps ont complètement et rapidement guéris, deux autres pris in-extremis sont décédés. Quoique nous ayons eu la chance de voir guérir deux autres malades traités par des méthodes différentes, l'action du néo-stibosan nous a paru si supérieure aux autres médicaments employés, que nous tenons à attirer votre attention sur ce produit récemment introduit dans la thérapeutique.

Nos deux premières observations ont été publiées dans les Archives de l'Institut Pasteur, tome XIX, 1930.

Dans le premier cas, xciv, observation Broc et M^{me} Lavault. Deux piqûres seulement de néo-stibosan ont pu être faites, l'enfant était atteint de purpura, de subictère, d'œdème des membres inférieurs, la mort survint le lendemain et la deuxième piqûre par anurie.

Le second cas — Charles Anderson et R. Broc — qui avait débuté en avri 1929 et chez qui nous n'avons commencé le traitement que vers le 20 juillet, a complètement guéri.

Le troisième cas, xcvi, Benedetto B., 2 ans $\frac{1}{2}$, malade depuis deux mois seulement, présentait depuis le début une fièvre assez irrégulière fréquemment à 40° - 40°5.

On notait à l'examen des signes de bronchite diffuse, de l'anorexie, de la diarrhée, et de la pâleur extrême des téguments.

Une radiographie faite par le docteur Jaubert de Beaujeu permit d'écarter le diagnostic de tuberculose pulmonaire aiguë, l'épreuve de la quinine étant négative, une ponction de la rate débordant seulement de deux travers de doigt les fausses côtes montra de très nombreux leishmania. Trois piqûres de néo-stibosan furent faites, deux par semaine à 0,25 ctgr, la fièvre descendit rapidement après la deuxième piqûre, la diarrhée diminua, l'appétit sembla revenir, les vomissements cessèrent, mais un œdème des membres apparut, malgré une diurèse suffisante, et un ictère se déclara après la troisième piqûre, et la mort survint quelques jours après.

Le dernier cas que nous avons soigné était celui d'une enfant de 2 ans et 4 mois, Grammatico Antoinette, chez qui nous fîmes la première injection de néo-stibosan 0,25, le 12-8-30. C'est cet enfant qui avait eu deux séries de piqûres de quinine, le premier ayant coïncidé avec une chute de la température, ce qui avait paru confirmer le diagnostic de paludisme; la seconde série, au contraire, coïncidant avec une rechute de la maladie, la fièvre continuant à monter malgré les piqûres.

La rate était d'ailleurs peu développée, débordant d'un travers de doigt seulement, mais l'échec de la quinine, et surtout les antécédents (un cousin décédé en 1929 de kala-azar), firent conseiller une ponction de la rate (positive).

Une première injection de néostibosan à 0,15 fut pratiquée le 12 août 1930.

La deuxième injection de 0,15 ctgr. eut lieu le 16 août. L'enfant présentait une forte fièvre au-dessus de 39°. La température ne fut d'ailleurs prise qu'à partir de la deuxième injection, malgré notre demande. Elle tomba rapidement à 37°, pour remonter à 37°5, puis au-dessous de 37. Elle resta toujours au-dessous de 37, sauf pendant la formation d'un abcès au niveau d'une piqûre.

L'enfant n'étant pas à Tunis, et les parents ne pouvant pas se déplacer facilement nous nous sommes conformés aux indications données sur le néo-stibosan faisant en deux fois la dose d'une semaine, dose qui aurait dû être donnée journellement pour une semaine. A part un abcès développé au niveau d'une piqûre, le traitement a été parfaitement toléré.

Dans les deux cas qui se sont terminés par décès, nous pensons que les petits malades étaient déjà si cachectiques qu'une guérison était impossible.

Peut-être aussi avons-nous employé pour le premier cas des doses trop fortes. Nous n'avions pas entre les mains la notice explicative et le mode d'emploi et il ne nous était pas possible de faire revenir le malade tous les jours. Nous n'avions pas non plus fait les dilutions du médicament à la concentration voulue, ce qui peut être une des causes de l'abcès qui s'est produit.

Pour le dernier cas terminé par la guérison, nous avons eu soin de faire la dilution au taux indiqué : d'injecter la dose d'une semaine en deux fois, au lieu d'une injection quotidienne, mais nous

n'avons pas dépassé les doses indiquées. Un abcès s'est produit quand même et nous avons constaté la formation de nodules, mais les piqûres ne sont pas très douloureuses.

En observant les doses indiquées d'après le poids de l'enfant, nous n'avons noté aucun accident. Le néo-stibosan ou p. aminophenylstibinate de diéthylaminé, est une combinaison stibiée penta-valante stable, de toxicité réduite, qui a été reconnue en 1927, comme le meilleur remède actuel du kala-azar par le service du kala-azar de l'Institut des Maladies tropicales de Calcutta.

Napier et Mullich ont adopté un mode de traitement rapide et continu, en faisant pendant huit jours de suite une injection de néo-stibosan. Ils ont noté l'absence de vomissements et de tout phénomène d'infolérance, notamment d'ictère, ce qui prouverait que l'action hépato-toxique de l'antimoine se trouve annihilée dans le néo-stibosan. Ils considèrent que 93% au moins des malades traités sont définitivement guéris.

Voici les renseignements donnés par la maison Bayer Meister Lucius, pour l'emploi de ce médicament.

Les solutions doivent être préparées extemporanément avec de l'eau distillée stérilisée, froide. La solution de 25% est particulièrement recommandable, car elle correspond à peu près à la tension osmotique du sang (solution isotonique). La quantité de médicament à injecter est déterminée par le poids du malade.

Moins de 13 kg. : 0,05 - 0,10 ctgr.

Jusqu'à 23 k3. : 0,10 - 0,20 ctgr.

Pratiquer une injection pendant huit jours consécutifs ou tous les deux jours chez les malades très affaiblis.

Ne pas injecter le médicament à jeun, ni trop près des repas.

Pour l'injection intra-musculaire, ne pas se servir de l'aiguille employée pour la dissolution du néo-stibosan. Ne pas renouveler le traitement avant quinze jours. Contre-indications : Ascite, néphrite, ictère, etc.

Le néo-stibosan nous paraît constituer un réel progrès sur les autres médications employées autrefois contre le kala-azar. Son action est plus rapide, et employé aux doses indiquées, il ne paraît pas toxique; chose appréciable chez les nourrissons et enfants du premier âge, on peut employer la voie intra-musculaire, et qui permet de traiter tous les cas, sans interrompre la série, ce qu'on est

souvent contraint de faire lorsqu'il s'agit de médicaments qui ne peuvent être administrés que par voie intra-veineuse. Nous croyons que, grâce à ce médicament, la mortalité du kala-azar sera fortement diminuée.

Discussion :

D^r SANTILLANA cite un cas de kala-azar qu'il a suivi à l'Hôpital Italien dans la salle de Pédiatrie dirigée par le docteur Ruggero.

Il s'agit d'un enfant de deux ans, traité d'abord avec la solution de tartre stibié à 1 % par voie endoveineuse, comme l'indique Jemma. N'ayant pas obtenu de résultat avec ce traitement, il a pratiqué huit piqûres de néostibosane (les trois premières à 0,05, les suivantes à 0,10) sans obtenir aucune amélioration. Il s'agit d'un de ces cas graves qui ne sont pas influencés par le traitement par les sels d'antimoine.

D^r NALLI : J'ai pu suivre les recherches du prof. Jemma dont les premières datent du temps même des travaux du D^r Nicolle.

Le prof. Jemma, qui a eu à sa disposition un très grand nombre de cas cliniques (plusieurs milliers à la clinique de Palerme et de Naples) a conclu, dans ces derniers temps, qu'il était inutile de pratiquer des injections trop rapprochées. Il suffirait même d'une injection intraveineuse du tartre stibié chaque semaine. C'est la préparation qu'il préfère. En tous cas, le traitement hospitalier est le moins favorable pour l'affection, non seulement à cause de la possibilité d'infections secondaire surajoutées, particulièrement redoutables chez les enfants débilités, mais aussi parce que la vie de l'enfant peut mieux se dérouler au grand air et dans le milieu familial.

La Rate dans le Kala-Azar de la première enfance

par le D^r BROG

—(0)—

Il est de notion courante que la rate s'hypertrophie considérablement et rapidement dans le kala-azar. « La rate est généralement énorme. Elle peut emplir l'hypochondre gauche et descendre jusqu'au pubis, mesurant alors chez un enfant de 2 à 4 ans, jusqu'à 20 centimètres de haut pour une largeur difficile à apprécier, mais qui paraît moitié moindre. Dans ces cas l'organe est ordinairement abaissé, tombé même dans l'abdomen, la main peut en faire le tour: sa pression ne provoque pas de douleurs. » (1)

Terminant son rapport sur le kala-azar en Algérie, V. Gillot, professeur de clinique médicale infantile, à Alger, confirme cette opinion en concluant que le kala-azar n'est pas très fréquent en Algérie, pays, ajoute-t-il, où l'on rencontre cependant tant de grosses rates (1). Grâce à l'obligeance du D^r Cortesi, je puis vous montrer les photographies de deux enfants atteints de kala-azar. 18^{me} et 19^{me} observations tunisiennes de kala-azar infantile (2) qui montrent parfaitement bien l'énorme hypertrophie de la rate dans cette maladie.

Contrairement à l'opinion classique, nous avons eu l'occasion d'observer cinq cas de kala-azar, confirmés par la ponction de la rate, dans lesquels la rate était légèrement hypertrophiée. Il s'agissait d'enfants du premier âge : 10 mois, 13 mois, 17 mois, deux ans et demi, 2 ans et 4 mois. La rate débordait les fausses côtes de deux travers de doigt environ, et dans un cas terminés par décès la matité de la rate était si peu marquée, que le docteur Durand à qui nous avons envoyé la malade, hésitait à la ponctionner. Cependant la rate fourmillait tellement de parasites que le docteur Durand, nous l'avait signalé, attirant notre attention sur la gravité du cas.

Pour nous, médecins exerçant en Tunisie, qui avons si souvent l'occasion de voir des rates paludéennes débordant les fausses côtes d'un ou deux travers de doigts, et d'autres allant jusqu'à l'ombilic, nous avons tendance à trouver presque normales les premières et nous ne parlons d'hypertrophie de la rate, que quand celle-ci a acquis un assez grand volume. Les rates qui débordent les fausses

(1) CHARLES NICOLLE. — Traité de Médecine. — Roger - Vidal. Kala-Azar.

(1) Algérie-Médicale, octobre 1930.

(2) Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, fascicule III, 1910.

côtes d'un ou deux travers de doigt, nous les rencontrons très fréquemment même en dehors du paludisme chez les enfants indigènes, chez les petits rachitiques, les hérédosyphilitiques, chez les nourrissons dyspeptiques, chez ceux atteints d'entérite chronique. C'est un symptôme si banal, qu'il ne retient pas trop notre attention, et ne nous fait pas songer de prime abord au kala-azar.

L'histoire du premier cas que nous avons observé, est très instructive à cet égard. Il s'agissait d'un enfant de 10 mois $\frac{1}{2}$, qui nous avait été amené en plein été, atteint de fièvre, diarrhée, et hypertrophie modérée de la rate, débordant les fausses côtes d'un travers de doigt. Nous avons fait le diagnostic d'entérite aiguë banale, saisonnière, et donné le traitement ordinaire, purge, diète, etc. Deux mois $\frac{1}{2}$ après l'enfant nous était ramenée. La mère nous racontait que l'enfant avait été améliorée au début par le traitement préconisé, mais qu'au bout de quelques jours la diarrhée et la fièvre étaient réapparues, que l'enfant s'était maintenue dans cet état jusqu'à ces derniers jours, mais qu'elle avait beaucoup maigri et pâli. L'enfant présentait, en effet, un teint blanc mat, de l'œdème des paupières, et quelques taches de purpura; la rate débordait de deux travers de doigt seulement les fausses côtes.

La persistance de la fièvre, l'anémie, la teinte spéciale de la peau et le purpura, nous firent penser à un kala-azar, malgré la petitesse de la rate, si l'on peut dire. Le diagnostic confirmé par la ponction de la rate pratiquée à l'Institut Pasteur, l'était malheureusement trop tard, car l'enfant mourait avant que nous ayons pu commencer un traitement spécifique.

Ce cas malheureux, m'a du moins servi à éviter l'erreur chez les autres malades que j'ai vus ensuite; chez eux d'ailleurs, le diagnostic me fut rendu plus facile par la déplorable habitude qu'ont les Tunisiens de « tourner (1) les médecins, suivant l'expression consacrée, c'est-à-dire de changer de médecin fréquemment, quand il s'agit de maladies chroniques, ou quand les remèdes prescrits restent sans effet. Chez les quatre derniers malades dont il me reste à parler, plusieurs traitements avaient été essayés sans succès contre l'entérite et le paludisme. L'absence d'action de la

(1) Je trouve très pittoresque cette expression de tourner les médecins, employée par une Italienne, pour indiquer qu'elle avait fait le tour de tous les médecins de Tunis.

quinine sur la fièvre permet d'éliminer le paludisme, et doit faire songer dans ces cas au kala-azar.

Suivant la remarque du Docteur Nicolle, il faut y songer, et dans les cas d'anémie splénique infantile qui ont résisté à laquinine, il faut pratiquer la recherche du kala-azar.

Dans le dernier cas que nous avons observé, Grammatico Antoinette, cette inefficacité de la quinine avait particulièrement frappé la mère de l'enfant. Il est vrai, qu'elle avait déjà vu son neveu, avec lequel elle habitait à Bordj Frendj en 1929, mourir de kala-azar confirmé.

Par une coïncidence curieuse, chez sa fille, la première poussée de fièvre, due au kala-azar, disparut avec une série de cinq piqûres de quinine, mais la fièvre reprit trois semaines après, et une nouvelle série de quinine resta sans résultat. Au contraire, la fièvre augmentait malgré les piqûres et la mère en conclut elle-même qu'il ne s'agissait pas de paludisme. Elle m'amena son enfant, en me signalant les résultats contradictoires des deux séries de piqûres de quinine, et en me rappelant l'histoire de son neveu, dont je n'avais plus eu de nouvelles; l'enfant était mort à l'Hôpital Italien, peu de jours après la ponction de la rate, avant tout traitement. On peut dire que dans ce derniers cas, qui a parfaitement guéri par le néostibosan, le diagnostic a été fait, plus par la mère de l'enfant, que par moi.

Les cinq cas que j'ai observés chez des nourrissons et des enfants du premier âge, me permettent d'affirmer qu'il y a une forme de kala-azar dans lesquels la rate est très légèrement hypertrophiée, et ce, jusqu'à la fin (trois décès). Cette hypertrophie légère de la rate, contraire à la notion classique de la rate énorme dans le kala-azar, est une cause d'erreur pour le clinicien, erreur d'autant plus regrettable que nous possédons à l'heure actuelle, une thérapeutique qui, employée en temps voulu, amène une guérison rapide et probablement définitive. En présence d'une anémie fébrile, chez les nourrissons et les enfants du premier âge, résistante à la quinine, même si la rate n'est pas considérablement augmentée de volume, je crois qu'il ne faut plus écarter d'emblée le diagnostic de kala-azar, et j'espère que cette notion qui n'est pas nouvelle, mais à laquelle on ne songe pas toujours, permettra de dépister de nouveaux cas et de les guérir.

Un cas de Kala-Azar chez un enfant musulman

par LAROUSSE CHAHED

Interne à l'Hôpital Ernest-Conseil

—(0)—

L'enfant Sassi bel Belgacem ben Hadj Jouidi est amené à la consultation de l'Hôpital Sadiki pour des accès de fièvre durant depuis six mois. Son état cachectique nous fait proposer au père de le laisser à l'hôpital (31 août 1931).

La maladie a été caractérisée par des accès de fièvre précédés de frissons; et des crises de diarrhée, entrecoupées de constipation. Le malade est originaire de Siliana, cheikhat de Sfax, où il a toujours habité.

L'enfant est pâle, le teint terreux, très amaigri avec un gros ventre, sans signes de rachitisme, mais il n'a pas un développement du squelette normal pour un enfant de son âge (six ans environ).

Il présente des signes d'embarras gastrique, langue saburrale, diarrhée, rate débordant les fausses côtes de trois travers de doigts, foie normal, cœur et poumons normaux.

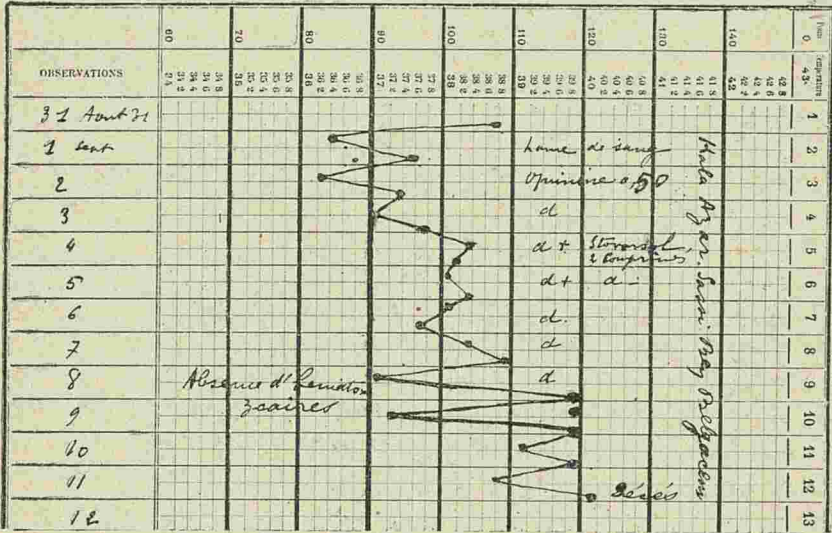
On note la présence d'un petit chapelet ganglionnaire au niveau des plis inguinaux. Le plus gros ganglion a les dimensions d'une grosse lentille.

On pense tout d'abord au paludisme, étant donné les cas nombreux qui viennent actuellement à la consultation, on commence des piqûres de bichlorure de quinine à 0,50 cgr. par 24 heures. La quinine est bien supportée, mais la température n'est pas influencée. Deux lames examinées au début, ayant donné un résultat négatif, et l'inefficacité de la quinine, font penser à un kala-azar, et nous demandons au docteur Laigret de l'Institut Pasteur de Tunis de bien vouloir faire une ponction de la rate. Mais l'enfant est décédé avant que la ponction n'ait pu être faite le 11 septembre 1931, après avoir fait pendant trois jours consécutifs des accès dépassant 40°.

Les examens des sérosités obtenus post mortem, par ponction des ganglions et de la rate ont démontré la présence de *Leishmania*.

Quoique notre observation soit courte et incomplète, nous avons tenu à la publier, parce que les cas de kala-azar chez les Musulmans

ne sont pas très fréquents, et que la rate n'était pas très hypertrophiée malgré la durée de l'affection (six mois). L'époque à laquelle nous avons observé le malade, et l'hypertrophie modérée de la rate devaient faire penser tout d'abord au paludisme. Comme on trouve en Tunisie peu de paludisme non traités qui soient quinino-résis-



tants, l'inefficacité de la quinine nous a fait songer au kala-azar; il est très probable qu'un certain nombre de cas de cette affection doivent être pris pour des paludismes graves chez les Arabes, et qu'on la trouverait plus fréquemment si on la recherchait systématiquement dans les cas étiquetés paludisme, rebelle à la quinine.

Sur un cas de Kala-Azar
chez un enfant de 5 ans,
n'ayant pas quitté la région des Vosges

Observation de Péhn-Bertoye

Il s'agit d'un enfant chez lequel la ponction de la rate mit en évidence de très nombreux corps de Leishmann. Traitement par des injections intraveineuses de stibial et intramusculaires de stibional, amenant en cinq mois, la cessation de la fièvre, disparition de l'hypertrophie du foie, de la rate, et une très grande amélioration du l'état général. La thérapeutique montre la plus grande efficacité de la voie intra-veineuse dans l'administration de l'antimoine. La voie intra-musculaire est moins active et douloureuse. (Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 10 mars 1931).

D'après notre expérience personnelle, le néo-stibosan présente une activité thérapeutique supérieure aux médicaments employés par les auteurs précités, et peut être employé en injections intramusculaires sans rien perdre de sa rapidité d'action.

R. B.

Un cas de Kala-Azar
guéri par des injections intramusculaires
de Néostibosane

Un enfant de 11 mois qui était atteint de kala-azar reçut, après l'examen du sang, des injections de néostibosane. On commença par 0 gr. 05 pour augmenter jusqu'à 0 gr. 10. On pratiqua en tout 10 injections, les 7 premières tous les deux jours, les trois autres à intervalles plus espacées. Cette thérapeutique fut parfaitement supportée. Dès après la première moitié du traitement, on put enregistrer une amélioration sensible. L'enfant était plus robuste et plus vif; appétit accru. La pâleur de la peau et des muqueuses disparut et jusqu'à la dernière injection on enregistra une augmentation de poids de 6 kilos 550 gr. La fièvre cessa. L'examen ultérieur du sang démontra une amélioration correspondant aux symptômes cliniques et la guérison s'avéra complète au bout de deux mois. Ce cas était spécialement intéressant à cause de l'extension géographique du kala-azar au Portugal; c'était en effet le premier cas de ce genre dans le Nord du Portugal.

Professeur Garret, Porto

Section Tunisienne de la Ligue contre le Trachome

Allocution prononcée par le Docteur Cuénod, Président

Assemblée Générale du 11 Juin 1931

—(0)—

Messieurs,

Cette année encore, je suis obligé, comme il y a deux ans, de commencer le rapport que je vous dois par une note de deuil et de tristesse.

Il y a quelques semaines à peine, notre Vice-Président, le Professeur Varese, représentant autorisé de l'Ophthalmologie Italienne à Tunis, succombait à une douloureuse maladie qui l'avait tenu éloigné de nos séances du Comité tout une partie de l'année dernière.

Le docteur Varese était un des pionniers de l'Ophthalmologie et de la lutte contre le Trachome en Tunisie; il avait connu, comme nous-même, l'époque héroïque, où bien peu de personnes, dans le public, s'intéressaient à ces questions et où son cabinet privé était envahi par cette foule de malheureux que connaissent tous ceux qui ont visité des dispensaires et dont les soins excèdent réellement, parfois, les forces humaines.

Le Consulat d'Italie et ses compatriotes lui facilitèrent sa tâche en mettant à sa disposition un dispensaire indépendant non loin de sa clinique et en ouvrant à la Marsa une école spécialement affectée aux trachomateux. Le Prof. Varese rompit bien des lances en faveur de la lutte antitrachomateuse; il fit à plusieurs reprises des conférences à ses compatriotes sur cette question, malheureusement il ne nous laisse aucun écrit qui puisse désormais faire profiter ses confrères de sa longue expérience.

Permettez-moi, puisque nous en sommes à exprimer des regrets, d'évoquer ici, comme je le faisais, lors de notre dernière réunion, pour le Prof. Truc, le souvenir de l'une des plus grandes figures de l'Ophthalmologie contemporaine, celle de l'éminent Prof. Fuchs de Vienne que la question du trachome intéressait particulièrement et qui mourut, il y a quelques mois, peu de temps après avoir accompli aux Etats-Unis un voyage destiné, en partie, à se rendre compte sur place et par lui-même, des résultats scientifiques obtenus à l'Institut Rockefeller avec les cultures et les inoculations du *Bactérium granulosis*, découvert, comme vous le savez, par le savant japonais Noguchi.

C'est précisément par quelques mots sur cette, déjà fameuse, bactérie que je voudrais commencer la *partie plus particulièrement scientifique* de ce rapport.

« Bactérium granulosis »... , voilà un nom qui fait presque battre d'émotion le cœur de tout bon trachomologue. Tenons-nous enfin ou ne tenons-nous pas encore l'agent mystérieux de la terrible maladie ?

Les études se sont multipliées pendant ces deux dernières années, elles se poursuivent encore et, malgré certains faits qui paraissent bien probants, et qui nous viennent de divers points de l'horizon : Amérique, Italie, Egypte, le doute persiste, un doute noble et qui n'a rien de systématique, un doute qui n'est que l'expression franche de l'honnêteté scientifique. Notre *Revue Internationale du Trachome* tient fidèlement ses lecteurs au courant des différentes phases de la question.

Tout à l'heure notre confrère le Docteur Lumbroso vous dira sommairement le résultat de ses patientes recherches à l'Institut Pasteur de Tunis sous la direction du docteur Ch. Nicolle et en collaboration, ces derniers temps, avec Mlle Van Sandt, de l'Institut Rockefeller de N. Y., venue exprès à Tunis dans ce but.

En effet, si les maîtres d'Europe vont à New-York pour interroger les chercheurs de l'Institut Rockefeller, quelques-uns de ceux-ci viennent à nous, soit pour nous convaincre comme M. P. K. Olitsky, l'élève et l'ami de Noguchi, que j'ai eu personnellement le privilège de rencontrer à Genève l'an dernier, soit pour étudier la maladie au cœur même de l'un de ses foyers les plus intenses : Tunis.

C'est ainsi que nous eûmes le plaisir de faire la connaissance de Mlle Van Sandt et d'un autre trachomologue distingué américain, lui aussi, M. Proctor, avec lequel nous avons eu de longues conversations sur la question de l'origine du trachome.

Jusqu'à plus ample informé, il semble bien que le Bactérium Granulosis doive jouer un rôle dans la maladie, mais il nous paraît probable comme nous l'avons dit ailleurs, que son action est favorisée, si non *conditionnée* par d'autres facteurs que l'avenir déterminera.

La parole est aux laboratoires et aux bénédictins sagaces qui y travaillent et auxquels nous devons déjà tant de conquêtes précieuses.

Si j'ai insisté ici sur le rôle possible du B. G. c'est parce que c'est là que git l'inconnue scientifique principale d'un problème qui passionne le monde entier des oculistes. Ce point élucidé, nous serons mieux à même

de faire la distinction si nécessaire entre ce que l'on a appelé le *vrai* et le *faux trachome*.

En attendant, nous nous sommes un peu spécialisés à Tunis, dans l'examen des conjonctives malades, au moyen d'un nouveau et puissant appareil d'optique : le *Biomicroscope* qui permet d'examiner, comme son nom l'indique, à un grossissement intéressant, les lésions de l'œil sur le malade lui-même, sans aucune gêne pour lui.

Au cours de ces dernières années, poursuivant nos recherches, le docteur Nataf et moi-même, nous avons minutieusement décrit les lésions apparentes au biomicroscope de ce que nous avons appelé le *trachome pur* et celles des autres affections voisines, notamment celles causées par la tuberculose.

Ces données toutes nouvelles sont destinées, pensons-nous, à rendre un réel service aux praticiens. Communiquées au fur et à mesure à la Société Française d'Ophthalmologie, celle-ci a bien voulu nous demander un travail d'ensemble sur cette question.

Dans mon précédent rapport à notre assemblée générale, j'avais signalé l'intérêt que pourrait avoir, si elle était constante une réaction cutanée analogue pour le trachome à celle que l'on pratique pour déceler la tuberculose. Un de nos amis, fervent trachomologue M. le docteur Bellot, de l'Hôpital de Sidi-Abdallah, s'est attaché à cette question. Malheureusement après de longues et patientes recherches il ne semble pas que cette réaction dite de Tricoire fournisse aucun résultat probant.

Un point intéressant et que l'on peut à la rigueur rattacher à la partie scientifique de ce rapport, (car il s'agit de sciences historiques), c'est celui bien établi récemment par notre confrère le docteur Talbot, dans la Revue du Trachome, du *diagnostic rétrospectif* de la grave maladie d'yeux dont on sait que souffrit si longtemps le vénérable et si charitable Saint François d'Assise. Il est indubitable maintenant qu'il s'agissait d'un cas de trachome invétéré rapporté de son voyage en Terre Sainte et en Egypte.

Vous savez du reste que l'on a des raisons de croire aussi que la maladie d'yeux dont l'apôtre Saint Paul souffrit toute une partie de sa vie, n'était autre chose que du trachome.

Au point de vue du *traitement*, second point que j'ai à examiner ici, nous n'avons fait, que je sache, aucune acquisition nouvelle importante,

Le traitement électrique (Diathermie) a encore ses adeptes fervents mais, de leur propre avis, ce traitement n'est pas toujours exempt de danger.

Sur l'emploi de l'huile de Chaulmoogra, nouvelle venue signalée lors de notre dernière réunion, notre Revue du Trachome a publié divers articles, notamment un fort intéressant de M^{me} Delanoë, du Maroc.

Sans être aussi enthousiaste que notre confrère il nous plaît de reconnaître que ce médicament, autrefois réservé au traitement de la lèpre, est une bonne acquisition. M^{me} Delanoë le recommande dans les écoles comme préservatif; il nous a paru surtout utile dans les cas avancés de la maladie; il a surtout le grand avantage comme l'indique sa promotrice, d'être peu douloureux. Il nous paraît toutefois notoirement insuffisant dans les cas sérieux et rien, à notre avis, ne peut remplacer le traitement chirurgical associé aux injections de cyanure tel que nous l'avons minutieusement décrit sous le nom de Xysis dans diverses publications et tel que nous voudrions le voir se généraliser pour le bien des malades.

Notre Ligue du Trachome, tant la Section centrale de Paris que la nôtre et celles d'autres régions, répartit son activité comme vous le savez dans trois directions. Elle encourage trois branches d'activité qui se prêtent un mutuel appui. Nous venons de passer rapidement en revue ce qui a été fait et entrepris tant à Tunis qu'ailleurs :

- 1° Au point de vue : Recherches scientifiques;
- 2° Au point de vue du Traitement.

Ces questions intéressent surtout les médecins et j'espère que je n'ai pas abusé de votre patience en effleurant ces sujets.

Il nous reste à parler plus longuement de la 3^{me} partie de notre programme qui intéressera, j'en suis sûr, tous les ligueurs sans exception, je veux parler de la *prophylaxie* et de la *propagande* antitrachomateuse.

Si dans les deux premières parties les progrès paraissent peut-être à quelques-uns encore peu apparents, ici au contraire nous sommes en pleine évolution progressive. Vraiment, nous ne sommes plus seulement à pied d'œuvre, comme je le disais dans mon rapport de 1929, mais en pleine action, en pleine bataille et bien que nous ayons le sentiment que nos moyens sont ridiculement modestes en face du géant auquel nous nous mesurons, nous avons la certitude que nos positions sont bonnes et que nous grignottons et minons avec succès notre ennemi.

Le grelot que personnellement nous sommes fiers d'avoir contribué à attacher il y a quelque dix ans déjà à cette vaillante *Tour « Prends-Garde »* de l'Hygiène Publique, commence à faire entendre distinctement sa voix. A côté de la Tuberculose, du Cancer, de l'Alcoolisme, de la Syphili-

lis, le Trachome dont le nom même était inconnu du grand public, a maintenant acquis droit de cité.

Je n'en veux pour preuve que les importantes réunions internationales d'Amsterdam en août 1929 et de Genève en 1930. Cette dernière tenue au Palais de la Société des Nations.

A l'une et à l'autre de ces réunions votre président a eu l'honneur de représenter votre Section.

A Amsterdam on a surtout étudié la distribution géographique du trachome dans le monde entier et les données fournies par des centaines de participants venus de tous les coins du globe n'ont fait que confirmer cette appréciation que d'aucuns trouvaient exagérée lorsque je l'exprimai, que les victimes du Trachome se chiffrent à l'heure actuelle par des centaines de millions d'individus.

A Genève, sous la présidence pleine de bienveillance du célèbre Professeur de Grosz, de Budapest, s'est élaborée la véritable « Organisation Internationale de la lutte contre le Trachome. » La France était représentée par le Prof. Aubaret, de Marseille, les docteurs Morax, Baillart, Petit et votre serviteur, la Grande-Bretagne par le docteur Mac-Callan, le célèbre organisateur de la campagne anti-trachomateuse en Egypte et dont nous eûmes là, le privilège de faire la connaissance. Au nombre des représentants de l'Italie on notait les professeurs Angelucci, Addario et Maggore. Je m'excuse de ne pas nommer ici pour les vingt-et-un pays représentés tant d'autres ophtalmologistes éminents qui tous sont universellement connus pour leurs travaux sur le trachome.

Le Président loua particulièrement, comme digne d'admiration et d'imitation la manière de procéder du Japon où l'on examine en vue de dépister le Trachome plus de dix millions d'yeux par an où 1.000 dispensaires et autant de médecins spécialisés sont à la disposition des malades; où les frais de cette campagne excède un demi-million de yens par an.

Les Congressistes ont été priés d'adresser à leurs Gouvernements respectifs une pétition attirant leur attention sur la nature grave de l'affection et le danger de sa propagation, notamment par le trafic des voyageurs, des commerçants etc., insistant sur le fait que l'affection peut être combattue et qu'elle a été combattue avec succès dans tous les pays où l'on a fait de sérieux efforts, mais qu'il est bien nécessaire d'organiser pour cela une lutte spéciale et contrôlée.

Des sujets d'étude ont été proposés pour la prochaine session, notamment un rapport sur l'origine microbienne du trachome, un autre sur la

constitution du malade dans le trachome et enfin un autre sur le trachome au début chez l'enfant.

Dès notre retour à Tunis nous avons, en notre nom et au nom de notre Section, mis le Gouvernement local, et notamment la Direction Générale de l'Intérieur, au courant de ces diverses résolutions.

En réalité point n'était besoin d'attirer son attention vigilante sur cette question; soit à la Résidence Générale, soit à la Direction de l'Intérieur, on est parfaitement au courant et depuis longtemps de la nature grave de l'affection trachomateuse et je puis dire que de plus en plus nous marchons la main dans la main, unissant nos efforts pour lutter contre le fléau.

À la Résidence Générale, M^{me} Manceron a bien voulu, dès son arrivée en Tunisie, s'intéresser particulièrement à notre Section et à la lutte que nous avons entreprise et elle a demandé à notre Comité quel serait le meilleur moyen pratique d'agir actuellement.

À cette consultation, notre Comité a répondu que le procédé qui partout s'était montré le plus efficace était celui de la création de nombreux dispensaires et notamment de petits dispensaires annexés aux écoles où les enfants pourraient être soignés et quotidiennement surveillés et suivis.

À ce propos M. Daguson, l'actif représentant de la Direction de l'Instruction Publique à notre Comité, nous a signalé l'intérêt et le dévouement d'un grand nombre d'Instituteurs de la Régence dans la lutte contre le trachome et le profit que les élèves en retirent. Il suffirait de développer ce qui a été si bien commencé.

Depuis notre dernière assemblée, le Service d'Hygiène à la Direction Générale de l'Intérieur a été complètement réorganisé et la question du Trachome a été confiée au Directeur du nouvel Office d'Hygiène Sociale, M. le Docteur Mazères.

M. Mazères voudra bien nous dire quelques mots tout à l'heure sur l'activité anti-trachomateuse de l'Office d'Hygiène Sociale et nous parler notamment de la très importante offensive confiée par la Direction Générale de l'Intérieur au docteur Talbot, dans le Sud Tunisien.

M. Talbot, ancien médecin militaire des Colonies, bien connu par ses travaux sur le trachome en Indochine et en Afrique Equatoriale était tout désigné pour la campagne, dans ces Oasis du Sud, que nos propres données, celles fournies plus tard par le docteur Petit et enfin les tournées plus récentes de Mesdames Raymond de Gentile et Y. Lévy avaient montrée si nécessaire, et le Service d'Hygiène fut particulièrement bien inspiré en

s'adressant à un homme aussi expérimenté dans la matière que le docteur Talbot.

La mission importante que M. Talbot accomplit à Tozeur, Gafsa et Gabès, répond à un besoin réel et ses résultats tangibles ne tarderont pas à se faire sentir.

Messieurs,

Un important moyen de propagande qui avait été envisagé déjà par mon prédécesseur ici, M. Burnet, a trouvé enfin un commencement de réalisation, grâce, sachez-le aux sommes réunies de vos cotisations et des dons reçus, je veux parler de l'*affiche* que notre Section avait mise au concours une première fois sans succès, un seul candidat s'étant présenté. Le concours fut de nouveau ouvert en 1930. Cette fois à la date fixée pour la remise des projets, nous en reçûmes dix, émanant de neuf concurrents différents.

Un jury composé de quatre membres du Conseil de la Société; de quatre peintres de la Section des Beaux-Arts de l'Institut de Carthage : MM. Boucherle, Fichet, Roubzoff et Vergeaud; de M. Mazères, représentant du Directeur Général de l'Intérieur; de M. Daguzan enfin, représentant de M. le Directeur Général de l'Instruction Publique, décerna deux prix ex-aequo, l'un au projet : « Paphita » (du peintre Durel), l'autre à celui signé « Ramon » (de Madame Nadal).

En raison de l'intérêt que présentait « Bien faire et laisser dire » (de M. Degueil, de Tunis) et « Fluctuat nec Mergitur » (de M. Lepetit, de Maharès) votre Comité crut bien faire de leur accorder également à chacun une récompense et de refaire leur projet pour les utiliser d'une manière ou d'une autre dans un but de propagande.

En principe, d'après le règlement il ne devait y avoir qu'un premier prix. Les moyens restreint dont nous disposons ne nous permettant pas d'éditer deux affiches, nous avons fait exécuter pour commencer (par la Maison Mouillot, de Marseille), le projet de M. Durel. L'exécution en a été parfaite et vous l'avez là, sous vos yeux. Cette affiche très suggestive a été tirée à 2.000 exemplaires dont un millier est déjà écoulé. Ceux d'entre vous qui en désireraient pour la répandre peuvent s'adresser à l'un ou à l'autre des membres du Comité.

Chaque affiche nous revient, avec les frais de transport etc., à plus de trois francs pièce, ce qui fait au total une somme de plus de six mille francs qui épuise à peu près nos ressources.

Mais cet appel par l'image ne décidât-il que dix malades à se faire soigner régulièrement qu'il n'y aurait pas lieu de regretter, pensons-nous, le vide énorme creusé de la sorte dans notre caisse.

Un seul œil sauvé ne vaut-il pas plus de six mille francs...

A vous de répondre et de nous accorder notre « quitus ».

Je me hâte d'ajouter que l'Office d'Hygiène Sociale en la personne de son Directeur a bien voulu nous venir en aide dans ces circonstances et qu'il nous a signé un mandat de 2.000 francs.

Dès que nous le pourrons et si vous nous en accordez les moyens, nous éditerons le projet de Madame Nadal, et peut-être pourrons-nous aussi une autre fois illustrer de petits tracts ou des couvertures de cahiers d'écoliers avec les projets Degeil et Lepetit.

Un de nos desiderata depuis longtemps était, comme vous le savez d'éditer un film cinématographique... mais faute d'argent l'exécution en avait été différé. Le Directeur de l'Office de l'Hygiène Sociale a faite sienne cette idée qui, comme il vous le dira, est en bonne voie de réalisation. Ne voulant pas être en reste de générosité avec lui, notre Comité a voté dans sa dernière séance, une somme de mille francs pour contribuer à l'exécution de ce film. N'avais-je pas raison de dire tout à l'heure que nous marchions la main dans la main ?

A défaut de fonds que nous serions bien heureux de pouvoir leur accorder, si nous en avons en suffisance, les Dispensaires ophtalmiques de Tunis et des diverses localités de la Régence bénéficient certainement de l'intérêt que nous leur portons et de la propagande que nous faisons.

J'ai déjà dit un mot des Instituteurs. Ceux de Tunis que j'ai consultés sont unanimes à reconnaître qu'il y a un grand progrès et que les cas d'ophtalmie et de trachome se font de plus en plus rares.

Une note analogue nous est fournie par nos correspondants de l'Intérieur.

A Tunis, la lutte s'est intensifiée, menée qu'elle est avec entrain par tous les *Médecins Inspecteurs des Ecoles*, par les *Infirmières visiteuses*, par les Dispensaires privés notamment celui de la *rue Zarkoun* que je me permets de citer parce qu'il est le plus ancien, par les *Consultations Ophtalmiques des Hôpitaux*, par celle de la Société de Secours aux Blessés Militaires, branches de la Croix Rouge, *rue Sidi Brahim*, par celle de la *Société de Saint-Vincent de Paul*, rue de Naples, par celle de la *Crèche* où Madame R. de Gentile a noté 30% d'enfants trachomateux, à celle enfin

de l'Ecole des Jeunes filles musulmanes où le même confrère relève 6% de trachome en activité et 4% de trachome cicatriciel.

A Tunis également, vous n'êtes pas sans savoir que la *Société des Femmes de France*, Section de la Croix Rouge Française que préside Madame Prat et dont le médecin oculiste est le docteur Haroy, va construire un dispensaire modèle qui, précisant son but sur le désir exprimé par Madame Manceron, se consacrera essentiellement aux soins des trachoma-teux réalisant ainsi un des rêves de votre président.

Messieurs,

Il y aurait encore certes beaucoup à dire et surtout à faire, mais dès maintenant, vous avez l'impression j'espère que l'on fait quelque chose, même plus que ce que je vous ai dit, car je ne veux pas abuser de vos instants.

Veillez donc, je vous en prie, nous continuer votre concours, parlez nous, c'est un sujet de conversation qui n'a rien de compromettant et amenez-nous de nouveaux membres et de nouvelles recrues. C'est en plus de beaucoup d'autres le vœu que je formule en terminant.

Tunis, 6 juin 1931.

D^r CUÉNOT.

Office International d'Hygiène publique

(Extrait du bulletin mensuel de l'Office International d'Hygiène Publique. Tome xxii, année 1930, fasc. n° 11)

(Suite et fin) (1)

—(0)—

En Algérie, la contagion a souvent pour origine les travailleurs contaminés en France. Il y a de nombreux foyers indigènes non seulement dans les villes, mais aussi chez les Berbères des montagnes, qui vivent enfermés pendant l'hiver dans des maisons en pierre; les nomades, au contraire, sont épargnés.

L'influence de certaines poussières industrielles sur le développement de la tuberculose est étudiée avec beaucoup de zèle en Allemagne comme en Angleterre, aux Etats-Unis, dans l'Union de l'Afrique du Sud. On tend à admettre que le caractère nocif de beaucoup de ces poussières tient uniquement à leur teneur en acide silicique. La silice détermine des scléroses pulmonaires; le point de savoir si la tuberculose s'implante secondairement à la faveur de ces altérations locales ou si l'infection tuberculeuse s'établit dès le début reste à trancher. Il est difficile de dire si la tuberculose est plus fréquente chez les ouvriers exposés aux poussières que chez les autres; il y a à tenir compte de l'ensemble des conditions de chaque métier. En Allemagne, les mesures administratives actuellement instituées sont l'obligation pour les industriels de supprimer les poussières (de pierres, sable, porcelaine, charbon, métaux) et l'attribution d'une indemnité spéciale aux tuberculeux dont la maladie a été contractée dans une industrie à poussières.

Le nombre des cas de *trachome* déclarés en Pologne est en augmentation (14.000 en 1929), mais parce que le dépistage de l'affection est mieux organisé, 260 dispensaires ont été créés; un enseignement spécial est donné à des médecins praticiens, pour suppléer au nombre insuffisant des ophtalmologistes; le traitement est obligatoire. La fréquence de la maladie chez les enfants des orphelinats et asiles a conduit à créer des hôpitaux spéciaux, avec écoles, pour ces enfants (2.000 lits environ). Le pourcentage moyen d'enfants trachomateux dans les écoles est de 0,9, sauf à Wilno et à Lodz, où il atteint 4,32 et 4,5 des écoles pour trachomateux ont été ouvertes dans ces deux villes. Chez les recrues, le pourcentage est de 1,47;

(1) Voir numéro de la T. M. janvier et juillet-août 1931.

la Pologne se range parmi les pays où la maladie est relativement peu répandue.

En Égypte, 80 p. 100, ou davantage, de la population, sont atteints. Le nombre des visites annuelles dans les hôpitaux atteint trois millions; le budget consacré à la lutte contre le trachome est de 170.000 livres égyptiennes. De nombreux médecins reçoivent une instruction spéciale. Le résultat appréciable qui a été obtenu est la diminution du nombre des aveugles qui se présentent dans les hôpitaux.

En Palestine, après 10 ans d'efforts, on ne constate pas grande amélioration chez les adultes; mais les cas diminuent beaucoup chez les enfants; tous sont examinés à l'entrée à l'école, et soignés s'il y a lieu.

En Hollande, où l'on a réussi à éliminer presque entièrement le trachome dans les milieux israélites d'Amsterdam, on ne croit pas à l'utilité des écoles spéciales pour enfants trachomateux; et l'on attribue une grande efficacité à l'amélioration de la situation physique et morale de la population atteinte.

La *poliomyélite* a continué à sévir dans les Pays-Bas en 1930 : 446 cas dans les 8 premiers mois, chiffre bien plus élevé que celui de l'année précédente pour la même période. Les régions atteintes sont plutôt les provinces centrales, tandis qu'en 1929 celles du Sud étaient les plus affectées, peut-être en relation avec l'épidémie du Nord de la Belgique. Les cas sont très disséminés; la plus forte agglomération a été celle de Gouda, ville de 24.000 habitants, qui a eu 48 cas. La létalité a diminué de 21 p. 100 en 1928 à 16 en 1929 et 7 en 1930; le fait s'observe dans beaucoup d'épidémies et est, en partie, lié, à l'éducation progressive des médecins, qui arrivent à diagnostiquer des cas légers ou atypiques. 71,3 p. 100 des malades ont été des enfants au-dessus de 4 ans; on s'est appuyé sur cette circonstance pour ne pas décider la fermeture des écoles. L'administration sanitaire a désigné, dans toutes les régions, des neurologues, qui peuvent être appelés en consultation aux frais de l'Etat, et ont le droit d'hospitaliser les malades, également aux frais de l'Etat. L'efficacité du sérum d'ancien malade semble s'être manifestée surtout à la période du début des paralysies, que la sérothérapie peut empêcher d'évoluer; dans les cas suraigus, rapidement mortels, les résultats ont été peu probants. En Allemagne, la fréquence de la maladie a été à peu près la même qu'en 1929 (900 cas dans les 9 premiers mois); elle s'est surtout manifestée dans les régions de l'Ouest : Bade, Palatinat, circonscriptions de Dusseldorf et de Cologne. La létalité a été, respectivement, dans les 4 années 1927-1930 : 15, 12, 11 et

9,5 p. 100. En Suisse, le nombre des cas est aussi à peu près stationnaire, 200 par an; ils sont plus rares dans les villes que dans les campagnes. Une épidémie a eu lieu en Finlande. Enfin, en France, 500 cas se sont produits de juin à octobre en Alsace et en Lorraine, dont 400 dans le département du Bas-Rhin, avec des foyers relativement importants : 110 cas à Strasbourg, 61 dans le canton de Schiltigheim, 53 dans celui de Bischwiller. Les $\frac{4}{5}$ des malades étaient des enfants de moins de 5 ans.

A l'occasion du traitement sérothérapique de la poliomyélite, deux questions se posent : celle du contrôle de l'activité des sérums obtenus par immunisation du cheval et celle de l'organisation de la récolte du sérum d'ancien malades.

Le traitement sérothérapique de la *méningite cérébro-spinale* a donné au Danemark des résultats si médiocres, dans les dernières années, qu'il a été abandonné. En Suède, l'opinion lui est peu favorable. Au contraire, en Roumanie, tandis que la léthalité des cas traités par d'autres méthodes atteint 65 p. 100, avec le traitement sérothérapique la léthalité d'une série récente 101 cas, les uns à l'Hôpital militaire de Bucarest, les autres à la clinique infantile de la même ville, est de 18,3 p. 100, et après élimination des malades arrivés dans le coma ou morts 1 ou 2 jours après leur entrée à l'hôpital, de 10,9 p. 100. Chez les nourrissons, elle atteint 28,1 p. 100 et, après correction, 15,6; chez les militaires, sur 21 cas, 1 seul décès (4,8 p. 100). Les facteurs favorables à la guérison ont été la précocité du traitement, la longueur du séjour à l'hôpital, l'emploi du sérum correspondant au type de méningocoque, l'injection intraventriculaire chez les nourrissons, l'arrêt de la sérothérapie au moment opportun. En France, la léthalité avant le traitement sérothérapique était de 65 à 75 p. 100. Les statistiques réunies par l'Office International d'Hygiène publique présentent toutes un abaissement important de ces taux, bien que s'écartant beaucoup les unes des autres. Dans le service d'isolement des Hôpitaux de Lyon, la léthalité est d'environ 50 p. 100 (54 chez les nourrissons, 46,7 chez les adolescents et les adultes); à l'Hôpital Pasteur, à Paris, sur 135 cas de 1910 à 1929, 23 p. 100, avec des taux extrêmes de 13 p. 100 (30 cas, 1915) et 54 p. 100 (11 cas, 1918); dans l'Armée française, de 1910 à 1919, 25 p. 100, et, de 1920 à 1929, 33 p. 100; à l'Hôpital maritime de Brest (246 cas), de 1907 à 1920, environ 30 p. 100 et, de 1920 à 1929, 21 p. 100. — Ces derniers chiffres, après élimination des cas admis à l'hôpital *in extremis*, insuffisamment traités ou compliqués d'autres affections, s'abaissent, en moyenne, à 9,5 p. 100.

En Egypte, la méningite cérébro-spinale, diagnostiquée couramment depuis une vingtaine d'années, a d'abord paru frapper, à diverses reprises, un nombre assez élevé de membres de la même famille; puis, elle a donné quelques petites épidémies locales, et surtout des cas sporadiques sans lien entre eux. Elle est plus fréquente dans la saison d'hiver. La léthalité a été de 61 à 84 p. 100 au Caïre.

Trois cas de méningite aiguë à réaction exclusivement lymphocytaire, sans bacilles de Koch ni autres micro-organismes décelables, et à issue favorable, ont été observés en Yougoslavie.

L'origine de la *psittacose*, qui s'est répandue dans les premiers mois de 1930 à travers le monde entier, a été attribuée à des perroquets provenant de l'Amazonie. Or, aucun cas humain n'a été constaté au Brésil, et il n'existe aucune indication qu'une épizootie ait atteint les perroquets dans les forêts du Brésil. L'infection ne semble s'être déclarée que dans la vie en captivité, après le départ du Brésil, et sans doute à cause de conditions défavorables d'alimentation, de température, d'entassement des perroquets importés.

On constate actuellement de 1 à 3 cas par semaine de *fièvre ondulante* à bacille de Bang en Suède. En France, un foyer de 16 cas a été observé en Franche-Comté, dans une population occupée à l'élevage des vaches. En Roumanie, on a constaté le pouvoir agglutinant pour le bacille de Bang de sérums humains, dans des fermes et chez des soldats; les recherches continuent. Un cas a été reconnu en Yougoslavie.

La nature des *fièvres érythématisques* observés en Italie reste obscure. Tandis qu'aucun cas n'est connu en Lombardie, ils sont assez fréquents à Rome; mais l'interprétation des cliniciens qui les ont étudiés n'est pas uniforme. Les uns croient à une affection du type de la maladie de Brill, les autres à une fièvre du type escharo-nodulaire. La réaction de Weil-Felix est fréquemment positive, au moins tardivement (chez les malades étudiés par le professeur Pecori, dans 69 p. 100 des cas, vers le 13^e au 16^e jour); l'infection paraît être transmise par des tiques, que l'on trouve chez 95 p. 100 des chiens. A propos de la dénomination escharo-nodulaire, il faut noter que si l'eschare, ou du moins la tache noire, n'est pas toujours apparente, on peut parfois la découvrir en la cherchant avec soin.

Des succès thérapeutiques remarquables ont été obtenus en Yougoslavie dans le traitement du *psoriasis* par l'injection sous-cutanée de produits de digestion de squames par la pepsine et la trypsine. L'action de ces extraits paraît rigoureusement spécifique; c'est un exemple d'un phéno-

mène qui a peut être un caractère plus général, l'influence sur le métabolisme de substances tirées de produits morbides.

Le nombre des cas de *beribéri* hospitalisés en Indochine dans les formations de l'assistance est allé en augmentant dans les dernières années (3 669 en 1928). Une enquête approfondie a montré que la plus grande partie s'étaient produits dans l'Ouest de la Cochinchine, contrée riche dans laquelle l'usage du riz décortiqué mécaniquement s'est substitué à celui du riz grossièrement décortiqué au pilon. L'usage d'un riz incomplètement décortiqué a été prescrit — en même temps que la recommandation était faite d'introduire dans l'alimentation des fruits, des légumes verts, de la viande, du poisson frais. On a remarqué que l'affection était rare chez les enfants, et fréquente chez les femmes enceintes, surtout à la fin de la grossesse.

Parmi les additions au régime alimentaire qui aident à prévenir le beribéri, on a employé avec succès les têtes aux Indes Néerlandaises, les arachides en Afrique.

Le *cancer* est relativement rare chez les populations noires, plus fréquent dans la race jaune, sans y être aussi répandu que dans les pays européens et américains. Une revue de la littérature concernant le cancer dans les colonies françaises a été communiquée au Comité. Dans l'Afrique Occidentale, les tumeurs malignes les plus fréquentes sont des ostéo-sarcomes, et des cancers de la muqueuse buccale (peut être en relation avec l'habitude de mâcher des substances végétales irritantes); les tumeurs de l'estomac, du foie sont rares, ainsi que celles de l'utérus, malgré la fréquence des métrites ulcéreuses mal soignées ou non soignées. En Indochine, on trouve une forte proportion de tumeurs de la bouche (20 p. 100 du total), de tumeurs cervicales (16 p. 100), de tumeur du sein, de l'utérus et, chez l'homme, de la verge (répandus chez les peuples bouddhistes en général); les cancers de l'ovaire sont 2 ou 3 fois plus rares qu'en Europe. A noter, chez un Sénégalais, un sarcome mélanique siégeant au talon, c'est à dire dans une région du tégument faiblement pigmenté; ce fait confirme l'hypothèse que ces tumeurs se développent sous l'influence de troubles du métabolisme général, mais dans une région où se produisent des changements locaux de composition des humeurs et des cellules, et qui se trouve dans une zone où les éléments pigmentés sont voisins d'éléments exempts de pigment.

VIII

Une première étude sur la *mortalité rurale*, répondant au besoin de

travaux qui puissent servir de base pour juger de l'Etat sanitaire des divers groupes de population, a été faite en Pologne. Elle y présentait des difficultés spéciales, en raison des grands mouvements de population survenus depuis 10 ans, et de l'incertitude des diagnostics dans les campagnes. Une comparaison de caractère général a porté sur les 4 voïevodies du Sud (plus de 8.000.000 d'habitants en 1929); les chiffres de décès de 1926, rapportés au recensement de 1921, donnent un taux de 19,2 p. 1.000 pour les villes de plus de 100.000 habitants, 16,5 pour celles de 25.000 à 100.000, 17,2 pour celles de moins de 25.000 et 22,2 pour les communes rurales; rapporté à la population évaluée pour 1926, le taux des grandes villes ne serait même pas de 15. D'autre part, le district de Wieliczka a été étudié en détail. La mortalité générale de la population rurale (58.000 habitants) de 1926 à 1929 a oscillé de 17,8 à 21,1 p. 1.000; celle de deux petites villes (10.000 habitants en tout), de 16,4 à 11,2. La comparaison des causes de décès fait apparaître une plus grande fréquence, dans les campagnes, pour les maladies infectieuses, la débilité congénitale, et, dans les villes, pour les tumeurs malignes, la sénilité.

Une enquête du même genre se poursuit actuellement dans quelques cantons de la Suisse.

Les essais *d'acclimatation de la main-d'œuvre asiatique* au Soudan Français, au Congo Belge, à Madagascar avaient donné dans le passé des résultats désastreux. Au contraire, un contingent de 850 coolies chinois vient d'être employé dans la région chaude et humide du Mayumbe (Afrique Equatoriale), avec une mortalité minime de 4 p. 100 en 15 mois. Ce résultat est dû aux grandes précautions d'ordre sanitaire, hygiénique, alimentaire qui ont été prises, depuis le départ d'Asie, pendant le voyage, à l'arrivée en Afrique et sur les chantiers. On a notamment pratiqué les vaccinations, institué la prophylaxie quinique, donné des vêtements huilés et de larges chapeaux comme protection contre la pluie, des chaussures et les bandes molletières contre la puce chique. Le travail a été gradué, l'alimentation variée le plus possible (riz rouge, pain, viande fraîche ou salée, poisson frais ou sec, pâte azotée, légumes verts ou secs, manioc, bananes, patates et feuilles de patates, graisse, thé, condiments chinois). La région était défendue contre la maladie du sommeil par la stérilisation préalable des porteurs de germes au moyen de l'atoxyl.

Encouragé par cette expérience, le Ministère français des Colonies va essayer d'introduire dans la Guyane une main-d'œuvre annamite.

Au Congo Belge, les travailleurs nécessaires dans Katanga sont recrutés dans d'autres régions sous la surveillance d'un médecin, accompagnés dans le déplacement par ce médecin, habitués ensuite peu à peu au travail, en parcourant 3 échelons gradués suivant l'effort demandé. L'alimentation du pays d'origine est étudiée et réalisée dans la mesure du possible. Le climat froid du Haut-Katanga provoque, au début, de lourdes pertes, dues aux pneumonies, puis la mortalité atteint, pendant quelque temps, 40 p. 1.000; mais une fois l'acclimatation faite, elle ne dépasse plus 12 à 13 p. 1.000. Aux Indes Néerlandaises, on est arrivé à abaisser la mortalité chez les travailleurs transportés de Java à Sumatra jusqu'à 7 p. 1.000.

En Egypte, dans une mine de manganèse située à 1.000 mètres d'altitude, la pneumonie enlevait jusqu'à 50 p. 100 des travailleurs. Cette haute mortalité a disparu à la suite des mesures adoptées : distribution de vêtements chauds, vaccination anti-pneumococcique et surtout renvoi des travailleurs après une période de 6 mois de travail.

Cette question de la protection sanitaire de la main-d'œuvre indigène dans les colonies, si importante pour leur développement économique, restera à l'ordre du jour des sessions du Comité.

Comme suite à l'enquête de l'Office International d'Hygiène publique sur le nombre de lits d'hôpitaux nécessaire pour une population déterminée et sur la répartition territoriale des hôpitaux, les conclusions suivantes ont été présentées dans un premier rapport général. L'usage croissant que le public fait des hôpitaux a fait porter à 7 p. 1.000 le nombre de lits demandés; d'ailleurs, la proportion de lits restant inoccupés décroît. Certains pays, dotés d'institutions anciennes, sont presque saturés d'hôpitaux, d'autres au contraire ont de grands besoins, qu'il est nécessaire de chercher à contenter avec un minimum de dépenses. Les bases d'une organisation pourraient être : 6 lits par 1.000 habitants dans les villes, moins dans les campagnes; un rayon de clientèle de 30 kilomètres par hôpital; des établissements de 100 lits au minimum, et de préférence de 300 à 600 lits; pour les chroniques, des hospices et des instituts spéciaux, dont les frais d'entretien sont moins élevés que ceux des hôpitaux; enfin, une organisation de traitement à domicile, avec médecins et infirmières, pour les malades qui n'ont pas besoin d'entrer à l'hôpital; et des dispensaires pour la continuation des traitements quand le séjour à l'hôpital n'est plus nécessaire.

La diminution de la mortalité, non seulement par rapport à un passé

lointain, mais même au cours des 50 dernières années, est considérable. Il semble que, dans les pays les plus développés, il y ait maintenant peu de progrès à attendre de la propagande pour l'hygiène. Mais on a constaté, aux Etats-Unis notamment, que la mortalité au-dessus de l'âge de 45 ans avait moins varié qu'au-dessous; et que le cas de personnes atteintes, sans le savoir, principalement d'affections du cœur, du système vasculaire, des reins, de diabète, de tuberculose, de cancer était fréquent. D'où l'idée de l'*examen médical préventif*, vulgarisé et organisé aux Etats-Unis par le *Life Extension Institute*, auquel ont maintenant recours 45 Compagnies d'assurances. En Italie, l'Institut National d'Assurances est entré dans la même voie, en donnant à ses assurés des bons d'examen médical gratuit; le médecin, choisi par l'assuré parmi les membres du Syndicat National fasciste des médecins, est payé par l'Institut d'Assurance (30 lires par visite). En Allemagne, l'Association des Compagnies d'Assurance-vie a créé un service médical commun, qui assure un enseignement de l'hygiène par un journal spécial, gratuit pour les assurés, et qui délivre à ceux-ci un bulletin d'examen gratuit pour les trois ans. L'Association paie le médecin (6 marks par visite). Cette organisation touche 26 p. 100 des assurés. En Angleterre, certaines Compagnies d'Assurance accordent une réduction de la prime aux assurés qui s'engagent à se soumettre à un examen médical périodique. En France, il y a, à Paris, un Institut privé d'examens préventifs; un Centre de dépistage des maladies vient d'être créé à Alger, analogue à celui qui existe à Bruxelles. Ce mouvement acquiert une grande importance en raison des applications auxquelles il peut conduire dans le fonctionnement des Assurances sociales. L'Office International d'Hygiène publique se propose de réunir des données précises sur les réalisations déjà acquises dans les divers pays et sur les modalités qu'elles revêtent. Il recueillera, d'autre part, avec la collaboration de l'Institut International de Statistique, des documents sur la prolongation de la vie moyenne et sur la mortalité, par groupes d'âge et par causes de décès, pour un certain nombre de pays.

Enfin, au sujet des réglementations appliquées au *transport par mer ou par terre du ferro-silicium* et considérées comme susceptibles d'empêcher les accidents de le produire, des réponses ont été envoyées par les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, l'Italie, l'Allemagne, la Belgique, le Grand-

Duché de Luxembourg, la Norvège. Ce dernier pays, particulièrement intéressé à la question, a en cours un projet de nouveau Règlement. En présence des différences constatés entre les avis des divers pays, il a paru au Comité que des études scientifiques préalables étaient nécessaires sur certains points : Quelles sont les limites des pourcentages de silicium dangereux ? L'exposition à l'air avant le chargement diminue-t-elle réellement le risque ? Y a-t-il un réactif simple et facile à employer qui permette de déceler la présence dans l'atmosphère des gaz toxiques ? Des recherches vont être entreprises pour élucider ces questions.

LIVRES REÇUS

Hérédité et Races

par le Groupe Lyonnais d'Études médicales, philosophiques et biologiques. — Un volume in-12, 280 pages, prix net : 15 fr., franco 16 fr.50, Étranger 18 francs.

Les aspects que peut prendre le problème de l'hérédité et celui des races sont tellement variés qu'ils ont fait l'objet d'études très poussées de divers spécialistes : biologistes, sociologues, psychologues, médecins, moralistes, etc... Aussi ceux qui désirent prendre une vue d'ensemble de cette question si grave sont obligés de se reporter à de nombreux traités dispersés.

On aimerait avoir en un seul volume une synthèse qui permet de faire comme un tour d'horizon. Le livre que présente aujourd'hui le Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques répond précisément à ce désir.

Une série de spécialistes dont la compétence est incontestée ont dit ce qu'il y avait d'essentiel, chacun dans son domaine propre : L'hérédité-Mécanisme de l'hérédité mendélienne, par M. Létard, professeur à l'École vétérinaire de Lyon; l'hérédité des caractères acquis, par M. Guénot, professeur à la Faculté des Sciences de Nancy; hérédité et pathologie, par M. le Docteur MacAulique, directeur adjoint à l'École des Hautes Études; hérédité et psychologie, par M. le Docteur Léonet, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon; hérédité et sociologie, par M. C. Petit, avocat à la Cour d'appel de Lyon; hérédité et morale, par le R.P. Albert Valensin, professeur à la Faculté de Théologie de Lyon; les races, par M. le Docteur Mayet, chargé de cours à la Faculté des Sciences de Lyon; le problème biologique et psychologique des races, par le Colonel Constantin, membre de la Société d'Anthropologie; le problème social des races, par M. Philip, professeur à la Faculté de Droit de Lyon; l'espèce humaine, par M. l'Abbé Monchanin, membre de la Société lyonnaise de philosophie. Ainsi la suite de ces témoignages fragmentaires s'organise en une synthèse qui chemine de la biologie à la médecine, et de la psychiatrie à la vie spirituelle.

Les premiers jours du Nouveau-Né

par Marcel Metzger Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris Accoucheur de l'Hôpital Bretonneau et André Héraux Ancien Interne des Hôpitaux de Paris Assistant de Puériculture à l'Hôpital Bretonneau. — Un volume in-8° (20x15) de 444 pages, 40 planches. Broché 40 fr. — Cartonné 45 francs.

AVANT-PROPOS

Les recueils qui traitent de l'enfant dans la première année sont si nombreux que nous avons longuement hésité à y ajouter celui-ci.

Pourtant il nous a semblé que l'on néglige trop souvent de parler de l'enfant des premiers jours. Sa physiologie et sa pathologie sont peu étudiées. Cela se comprend jusqu'à un certain point. Alors que nos maîtres (parmi lesquels il faut citer d'abord Budin qui créa à Paris la première consultation de nourrissons) s'étaient attachés à cet élevage du nouveau-né et du nourrisson, mais depuis quelques années, beaucoup d'accoucheurs, négligeant un peu le nouveau-né, ont surtout eu le souci de mener à bien la chirurgie obstétricale. Sans doute, il est capital de sauver les mères, et il n'est pas douteux que l'allure chirurgicale de l'obstétrique a transformé radicalement l'aspect des Maternités en donnant des succès là où les méthodes anciennes donnaient des résultats souvent peu brillants. On sauve les mères et en même temps les enfants : on peut dire sans exagération que, grâce au traitement chirurgical des dystocias graves, le pronostic fœtal s'est considérablement amélioré : les enfants naissent presque tous vivants puisqu'on leur évite le traumatisme obstétrical qui en tuait un si grand nombre autrefois.

Mais il y a une ombre à ce tableau : si les enfants naissent vivants, un trop grand nombre meurt dans les jours qui suivent, ils ne succombent sans doute pas en plus grand nombre que ceux nés spontanément; mais leur disparition est plus pénible quand on songe au sacrifice qu'ils ont coûté à leur mère, qui a dû subir une opération grave.

Cette mortalité des enfants des premiers jours tient à plusieurs causes.

Dans les services hospitaliers et même parfois dans les maisons de santé, la mortalité ou du moins la morbidité du nouveau-né est importante; la principale cause en est à l'insuffisance de personnel et de personnel averti et instruit.

Par ailleurs, où les étudiants, où les infirmières peuvent-ils apprendre à soigner les nouveau-nés des premiers jours ? Ce n'est certes pas dans les services de pédiatrie qui n'en reçoivent que bien rarement; ce devrait

être dans les services d'accouchement, à condition qu'ils s'y intéressent et que leurs maîtres s'attachent à entrer dans le détail des soins à donner à ces êtres si frêles, qui en ont besoin pour s'adapter à leur nouvelle existence.

Nous avons l'impression que cette partie de l'enseignement est souvent négligée et que le praticien doit se trouver embarrassé pour diriger l'élevage du nouveau-né dans les jours qui suivent la naissance et aussi pour le soigner s'il est atteint de ces affections ou de ces troubles si spéciaux des premiers jours.

Nous avons donc pensé, après mûre réflexion, faire œuvre utile en rédigeant ce petit livre qui veut être avant tout un *guide pratique*, car il est basé sur l'observation clinique journalière. Notre but ? écrire ce que nous avons vu et observé, ce que nous faisons pour obtenir le meilleur résultat et ce que nous conseillons de faire.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Chaleur humide

En parcourant l'histoire de la Médecine, depuis l'antiquité à nos jours, on constate que l'application thérapeutique de la chaleur dans les états d'inflammation locale a toujours eu pour but non seulement d'enrayer le processus infectieux, mais de contribuer puissamment au bien-être du malade. Les travaux scientifiques récents ont prouvé qu'un des effets de la chaleur humide prolongée sur la peau consiste à provoquer une intense vaso-dilatation locale et à réduire la fièvre et l'inflammation par l'afflux du sang au siège de l'infection.

Ceci explique l'action curative de l'Antiphlogistine, toujours constante et rapide, dans plusieurs affections, telles que la bronchite, l'otite moyenne, sinusite, cholécystite, et autres états inflammatoires. Ce glycéroplasma forme un enveloppement à la fois imperméable et protecteur qui, en répartissant uniformément sa chaleur, calme la douleur et soulage le malade. L'Antiphlogistine est spécialement indiquée comme adjuvant à toute méthode d'application de la chaleur au moyen d'appareils physiothérapeutiques.

Les résultats obtenus de cette préparation pendant plus de trente-cinq ans attestent sa valeur thérapeutique dans le traitement de tous les états dits inflammatoires et congestionnels.



La Tunisie Médicale

NOVEMBRE 1931

Chronique sur la Fièvre Méditerranéenne

—(0)—

En mars 1930, j'avais demandé à tous les membres de la Société de faire connaître leur opinion sur un point spécial de l'histoire de la fièvre méditerranéenne tunisienne, à savoir : ses relations cliniques avec la tuberculose. Car la même question avait déjà été étudiée, au point de vue de la pathologie générale, par Hayat, au cours des Journées Médicales de 1926.

J'espérais pouvoir tirer de toutes les opinions et documents qui seraient exprimés ou versés aux débats, une loi générale. Comme la Société avait décidé d'élargir la discussion et de la faire porter sur d'autres points : sérologie, traitement, formes cliniques etc..., les confrères qui se sont intéressés à la question nous ont apporté des notions nouvelles sur cette maladie dont la Société ne s'occupait plus beaucoup depuis « Les Journées Médicales de 1926 », époque à laquelle une séance lui avait été entièrement consacrée. Peut-être parlait-on moins de la fièvre ondulante, parce qu'on la rencontrait moins fréquemment à Tunis. Elle semblait en régression dans notre ville par suite sans doute des progrès de l'hygiène dans la partie de la population qui en souffrait le plus, par suite aussi peut-être de conditions inconnues qui favorisent la virulence du microbe et sa dissémination, tandis qu'en France elle paraît se développer considérablement, gagnant des régions où elle n'avait encore jamais été signalée. Mais l'année dernière, à Sfax, la maladie a fait une réapparition brutale; on pourrait presque parler d'une épidémie, plus de 300 cas ayant été soignés par plusieurs des confrères de cette ville avec qui j'ai eu l'occasion de me rencontrer. La maladie a même présenté une affinité particulière pour les articulations et le système nerveux, se compliquant chez plusieurs personnes d'une même famille, de névralgies rebelles, de sciatiques, troubles méningés chez une fillette faisant craindre une méningite tuberculeuse, d'arthrites du genou ou de la hanche, dont certaines prises

pour des coxalgies tuberculeuses au début, avaient été immobilisées dans un plâtre jusqu'au jour où le diagnostic de fièvre méditerranéenne ayant été posé, le plâtre fut retiré et la guérison ad intégrum obtenue avec la disparition de la fièvre. Nous avons vu un malade qui depuis un an souffrait d'une orchite avec un petit abcès fermé dont le pus ne renfermait pas de mélitocoques. C'est d'ailleurs la fréquence et la multiplication des orchites, des névralgies et de l'anémie qui fit reconnaître la maladie au début de cette épidémie qui a frappé tous les âges, j'ai vu un enfant de deux ans malade depuis six mois. Le rôle des chèvres et d'un chevrier atteint d'une forme ambulatoire de la maladie a été manifeste. Dans tout un quartier desservi par ce chevrier, le D^r Bismuth a constaté que les personnes atteintes étaient toutes, clientes de ce fournisseur dont la maladie a duré plus de six mois.

Je souhaiterais que tous les médecins tunisiens fussent comme ce jeune et brillant confrère de Sfax que je viens de nommer, qui s'est mis à mon entière disposition pour me donner tous les renseignements que je lui avais demandés et qui a même poussé l'obligeance jusqu'à venir me les donner de vive voix à Tunis. Comme la tâche du Rédacteur en Chef serait simplifiée si tous les confrères faisaient comme lui ! Mais l'un qui est cependant excellent clinicien ayant beaucoup vu, bien observé et réfléchi, estime — par excès de modestie — que ce qu'il sait est connu par tous ceux qui ont pratiqué comme lui, et aussi que le soir venu, il n'a pas beaucoup de temps pour mettre sur le papier des choses de pratique banale, courante. Alors, il faut au cours de conversations amicales relever au vol son opinion pour pouvoir la faire connaître aux lecteurs de la *Tunisie Médicale*. Tel autre, actif, brillant, beau causeur, qui s'est depuis si longtemps occupé de la fièvre méditerranéenne, a, sur cette infection, des idées particulières, des vues originales, basées sur l'observation de plus d'un millier de cas observés dans une carrière déjà longue de plus d'un quart de siècle. Son esprit curieux de tout, même de la... politique, s'occupe d'un tas de questions à la fois, abandonnant un sujet pour revenir à un autre, et au moment où vous croyez bien le tenir, il vous a filé entre les doigts aussi subtilement et aussi féeriquement, si j'ose dire, qu'il disparaît du domicile d'un client, après ces grandes consultations à trois ou quatre médecins, où toute la famille massée dans les chambres, couloirs et escaliers,

D^r Boulaïka

D^r Hayat

oppose aux malheureux médecins-consultants une barrière infranchissable de corps pressés les uns contre les autres, et de questions à n'en plus finir ! Comment a-t-il fait pour se défilier, passer et disparaître en contentant tout le monde ?! Ce diable de confrère est déjà installé dans sa voiture, sans avoir perdu sa canne, ses gants et son chapeau, tandis que les autres consultants sont encore au haut de l'escalier, se demandant comment ils pourront traverser cette masse humaine qui leur barre le chemin ?... Quand on commence à ne plus compter sur lui, on le voit arriver à la Société avec, dans sa poche, une communication sur un sujet différent de celui qu'il devait traiter ! Mais comme on ne perd jamais au change avec lui, tout le monde est satisfait !

Se décidera-t-il à nous faire connaître tout ce qu'il sait sur cette fièvre... capricieuse, pour employer la dénomination heureuse de Nicolle ?... Cela dépendra... du caprice et du caractère ondoyant, j'allais dire « ondulant », de cet excellent clinicien. Ce jour-là, il donnera un bon exemple à tous les confrères, qui pourraient, par leurs contributions, donner plus d'activité à nos séances et plus de vie à notre Revue.

Faute donc d'une nouvelle et abondante documentation sur les rapports cliniques de la fièvre méditerranéenne avec la tuberculose nous sommes obligés de nous reporter aux publications qui ont paru sur ce sujet aussi bien de la part de nos confrères de Tunis que de quelques médecins qui, en Algérie et en France, se sont intéressés à ces problèmes. Rappelons toutefois qu'une mention spéciale doit être faite de deux communications de grande importance qui ont été lues au cours de la séance exceptionnelle qui a été consacrée à cette question par la Société des Sciences Médicales de Tunis et publiées déjà dans cette revue. Ce sont : 1° Le rapport sur quatre-vingts cas de fièvre méditerranéenne observés en dix ans à l'Hôpital Civil Français par le docteur Masselot. 2° L'observation curieuse et si démonstrative d'association de fièvre méditerranéenne et de tuberculose pulmonaire que nous devons au docteur Benmussa.

II

En ce qui concerne les rapport de la tuberculose et de la fièvre méditerranéenne, les discussions qui ont eu lieu à ce sujet ont surtout montré que le diagnostic entre fièvre de Malte et tuberculose

était très difficile, comme l'a dit Masselot, et on ne saurait trop le répéter, combien souvent l'évolution subaiguë d'une fièvre de Malte, peut en imposer pour une tuberculose, et réciproquement. Pour pouvoir discuter utilement sur les rapports de la tuberculose et de la fièvre de Malte, il faut s'appuyer sur des observations précises, comme celle du docteur Benmussa, se servir de toutes les méthodes pour avoir un diagnostic ferme, indiscutable, et à ce sujet, la radiographie des poumons a fait faire de très grands progrès à la question. Elle est devenue indispensable dans de nombreux cas, et a permis d'individualiser d'une façon indiscutable, les formes pseudo-tuberculeuses de la fièvre méditerranéenne, que la clinique avait déjà fait connaître. En juin 1926, dans leur communication (4), Benmussa et Slez disaient que les complications pulmonaires qu'ils avaient observées au cours de la F.M., n'étaient pas d'origine tuberculeuse, leur caractéristique étant d'apparaître au cours de F. M. évoluant déjà depuis plusieurs semaines, de ne pas modifier l'état général et de disparaître complètement avant la défervescence. A la même époque le docteur Minguet avait signalé un malade, séro à 1/200, présentant au cours de son affection des signes d'infiltration massive d'un poumon simulant une tuberculose, et compliqués de myocardite, cédant brusquement avant la défervescence, conformément à l'opinion émise par les auteurs précédents. Le docteur Conseil avait signalé une observation analogue à celle de Minguet où l'évolution simulait une granulie.

En France, la question a été reprise en 1929 par L. Bethoux, médecin des Hôpitaux de Grenoble (5). Il rappelle qu'autrefois la similitude d'aspect de la fièvre méditerranéenne avec la phthisie (lièvre, sueurs profuses, amaigrissement) avait frappé les premiers observateurs qui décrivirent la phthisie méditerranéenne; mais dans ces cas on pensait à la phthisie, plus par les phénomènes généraux, que par les signes pulmonaires qui sont en général très discrets. Au contraire, dans les cas qui constituent le cadre de la pseudo tuberculose mélitococcique, il y a une modification de l'état clinique de la maladie; l'état général est moins grave, mais les signes physiques et fonctionnels du côté de l'appareil pulmonaire sont beaucoup plus marqués. Il signale quatre cas de mélitococcie avec manifestations pulmonaires, dont trois cas dans une même famille et provenant de la même source de contamination. La maladie a

revêtu la forme de syndrome de cortico-pleurite, de toux coqueluchoïde émétisante, de congestion pulmonaire et bronchite légère, et de foyer congestif à la base droite avec cortico-pleurite. Trois cas sur quatre s'étant produits dans la même famille, on peut se demander s'il s'agissait d'une faiblesse particulière au terrain, ou, hypothèse qui paraît séduire l'auteur, si l'affinité pulmonaire s'expliquait par un tropisme particulier à certains germes.

On peut ajouter à ces formes pseudo-tuberculeuses décrites en France, par Bethoux, la forme avec hémoptysies signalée pour la première fois en Tunisie, par le docteur Rogalski, en 1923 (6). Il a eu l'occasion de soigner en 1921 une jeune fille atteinte de fièvre méditerranéenne, et qui, à deux reprises, avait fait des hémoptysies avec examen négatif des crachats. Une radiographie faite deux ans après, montrait qu'il n'y avait aucun signe radiologique de tuberculose pulmonaire. Sans pouvoir affirmer catégoriquement l'origine mélitensique de l'expectoration sanguine, il semble à l'auteur qu'il ne serait pas téméraire d'incriminer le micrococcus de Bruce dans les hémoptysies. Peut-être y aurait-il hémorragie pulmonaire due à la friabilité des artérioles et à leur vaso-dilatation par les toxines mélitensiques. Tout dernièrement le D^r Rogalski a eu l'occasion d'observer un nombre de cas de fièvre méditerranéenne avec hémoptysie qui pose à nouveau la question de l'origine de cette hémoptysie, et semble pouvoir permettre de décrire une forme hémoptoïque de la maladie, et d'éliminer complètement le facteur tuberculose qui vient le premier à l'esprit quand on parle de cette complication.

A cette époque 1923, les travaux de la Commission anglaise (7) que le docteur Burnet avait obligeamment communiqués au docteur Rogalski, semblaient indiquer que le m. mélitensis n'était pas hémorragipare. Mais depuis, Masselot a signalé deux cas mortels, forme hémorragique, au cours d'un état septicémique caractérisé, dans lesquelles il a constaté du purpura, stomatorragie et un cas guéri avec hématurie et hémorragies intestinales. Violle (8), signale sans aucun commentaire particulier, diverses hémorragies parmi lesquelles l'hémoptysie comme complications de fièvre méditerranéenne. Il semble donc, que le mélit., microbe d'avenir, modifie ses propriétés, étend son champ d'action dans l'organisme, et s'adapte trop bien à son nouvel habitat, le corps humain.

Hayat (9) en 1926, s'élevait déjà contre les médecins qui disaient que la fièvre ondulante préparait le lit à la tuberculose; il a vu rarement les méltococciques devenir tuberculeux, et d'autre part, l'observation de quatre à cinq cas de fièvre méditerranéenne chez des tuberculeux lui a démontré qu'elle n'avait aucune influence sur leur lésion qui n'a été ni aggravée, ni améliorée.

Il insiste, lui aussi, sur l'erreur souvent commise qui fait prendre des septicémies tuberculeuses pour des F. M. en raison de l'absence prolongée de localisations. Ces septicémies tuberculeuses à longue évolution finissent, d'après lui par faire des localisations pulmonaires de forme atténuée sous forme de tuberculose inflammatoire susceptible de guérison.

Quand il a dit, le méltensis n'aime pas le poumon, Hayat a voulu marquer que les complications, localisations pulmonaires du méltensis étaient rares au cours de la fièvre ondulante. Il a cependant observé, au cours de sa longue carrière, de la bronchite diffuse banale des grosses bronches, et de la congestion des bases, surtout au cours de la première onde. Mais, pour lui, toutes ces complications ne sont pas de nature méltococcique. Il croit qu'ils s'agit d'infections secondaires, comme on en voit dans les autres septicémies et que le méltensis ne se localise pas sur le poumon, d'où sa formule, citée plus haut résumant son opinion.

Scialom et Setbon signalent une forme respiratoire allant de la trachéo-bronchite à la production de lésions apicales ressemblant à s'y méprendre à des manifestations bacillaires. Les lésions généralement fugaces, favorisent parfois l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire, plus facilement toutefois chez le Musulman campagnard que chez l'Israélite et le Musulman de la ville qui se défendent mieux, parce que citadins, contre le bacille de Koch.

Dans une communication écrite, que l'on trouvera plus loin, le docteur Scialom précise qu'il a, en 28 ans, observé deux cas de congestion apicale guérie sans évolution vers la tuberculose pulmonaire, et qu'il a pu suivre un ancien tuberculeux qui n'a pas vu sa bacillose réveillée par une fièvre méditerranéenne.

Le docteur Boulakia, dans une communication orale, nous a dit que pour lui, la fièvre méditerranéenne ne prédispose pas à la tuberculose; il n'a pas vu de malades ayant eu de fièvres méditerranéennes devenir tuberculeux. Il ne va pas jusqu'à dire que le méli-

tensis immuniserait contre la tuberculose, mais l'absence de tuberculose chez les malades ayant été atteints de mélitensis est un fait à remarquer dans ce pays où la tuberculose progresse. Hayat a déjà signalé d'ailleurs le contraste frappant entre la fréquence excessive de la F. M. chez les Israélites et la rareté relative de la tuberculose pulmonaire.

Boulakia signale, lui aussi, les septicémies tuberculeuses se terminant par tuberculoses localisées, assez fréquentes et prises pour des fièvres méditerranéennes. Il a retrouvé dans ses notes datant de vingt ans, des cas de ce genre avec séro-positif au mélitensis au 10^{me} et au 20^{me}, époque où d'ailleurs la radiographie n'était pas de pratique courante.

Masselot pense que la fièvre de Malte ne rentre pas dans le cadre des maladies qui favorisent le développement de l'infection tuberculeuse. Il n'a pas vu de fièvre de Malte évoluer chez des tuberculeux actifs, mais il a vu des mélitococcies évoluer chez des tuberculeux guéris, sans qu'un réveil de l'infection tuberculeuse ait été observé.

Le docteur Benmussa a versé au débat une observation absolument démonstrative d'association de fièvre méditerranéenne et de tuberculose pulmonaire aiguë, les deux maladies aiguës évoluant simultanément. Il admet que la mélitococcie évoluant chez un tuberculeux est susceptible de donner à la tuberculose un coup de fouet violent, mais momentané, et que la coexistence des deux affections n'assombrit pas le pronostic de la tuberculose pulmonaire.

Rappelons que, contrairement à l'opinion générale des médecins de Tunis, Lemaire d'Alger (cité par Masselot en 1923) estime que la fièvre méditerranéenne réveille considérablement les tuberculoses latentes, notion déjà ancienne.

Mais, de toute la discussion qui a eu lieu au sujet des rapports entre la Fièvre Méditerranéenne et la Tuberculose, il semble se dégager nettement, qu'en Tunisie tout au moins, la fièvre méditerranéenne ne prédispose pas à la tuberculose, ce qui est rassurant pour l'avenir des malades nombreux atteints par le mélitensis. Il y a malheureusement d'autres causes qui permettent au bacille tuberculeux de vivre et de se développer en Tunisie. Il ne semble pas nan plus que l'avenir des tuberculeux atteints de fièvre de Malte,

soit bien assombri par l'apparition de cette pyrexie. La co-existence des deux infections est démontrée par l'observation de Benmussa; elle est rare, d'ailleurs, et les deux infections évoluent chacune pour leur compte, sur le même individu, en paraissant s'ignorer. Seule, l'opinion de Lemaire d'Alger, conseille, dans des cas pareils, de porter un pronostic réservé, mais en général, l'évolution de la tuberculose pulmonaire n'est ni améliorée, ni retardée par la Méditerranéenne.

Ce qui s'est surtout dégagé des débats, c'est la grande similitude clinique de certaines formes de tuberculose avec la Fièvre Méditerranéenne, la nécessité pour le clinicien de s'entourer de tous les procédés modernes d'exploration; grâce à la radiographie des poumons, le diagnostic de l'une ou l'autre maladie peut être fait d'une manière bien plus précoce qu'autrefois, il y a là un progrès considérable qu'on a plaisir à enregistrer. S'il ne permet pas malheureusement d'appliquer un traitement toujours efficace contre le mélitensis, il permet au médecin de porter un pronostic favorable, ou lorsqu'il s'agit de bacillose de prendre de suite les mesures les plus utiles pour arrêter l'évolution de la maladie.

Nous insisterons moins sur la valeur des autres procédés de laboratoire mis à la disposition du praticien. Le séro-diagnostic, le plus ancien des procédés, est celui qui a le plus souffert de l'épreuve du temps, car c'est en effet en 1905 que Ch. Nicolle et Hayat ont commencé, les premiers, à appliquer la méthode du séro-diagnostic de Widal à l'étude de la fièvre méditerranéenne en Tunisie. Dans ce travail portant sur vingt-huit malades tous Israélites Tunisiens, les auteurs précités ont montré tout l'intérêt que présentait la séro-réaction pour ce diagnostic de la maladie, puisque sur dix cas cliniquement étiquetés fièvre méditerranéenne, la séro-réaction s'est montrée nettement positive vis-à-vis du micrococcus mélitensis, allant de 1/5 au 9^{me} jour, cas VI; 1/20, cas VIII (60^{me} jour de la convalescence à 1/1000, cas VII au 10^{me} jour. Dans trois cas, où le tableau clinique ne paraissait pas d'abord en faveur de la F. M., le séro-diagnostic avait donné un résultat positif, démontré exact dans deux cas sur trois, tandis que dans cinq autres cas, l'absence de séro-réaction pour le mélitensis a été confirmée par l'évolution ultérieure de la maladie. Déjà les auteurs indiquaient qu'il ne fallait pas tenir compte d'un pouvoir agglutinant très faible.

Actuellement, l'accord paraît être fait entre sérologistes et cliniciens pour admettre qu'un séro-diagnostic à 1/200 doit être tenu comme indubitable, les taux inférieurs pouvant être dus parfois à d'autres infections, nous-mêmes avons vu autrefois des agglutinations à 1/30, 1/50, chez des tuberculeux et des malades atteints de typhus exanthématique.

Quand on lit, d'ailleurs, dans le « Journal Médical Français », l'article de Ranque (12) consacré au séro-diagnostic, ou celui de Forest Huddleson (13), et qu'on voit toutes les précautions à prendre pour éviter des erreurs, on se rend compte que cette méthode est aussi délicate que la clinique, et que sous une apparence mathématique, elle est surtout fonction de celui qui la pratique.

La réaction de Burnet, la dernière venue, semble jouir d'une très grande faveur parmi les praticiens, nous n'avons pas pour la juger. le recul du temps qui nous a permis de dégager petit à petit la valeur du séro-diagnostic; elle semble être un progrès sur le procédé précédent, quoique Masselot ait signalé deux ou trois cas, ou elle a été indubitablement en défaut. Huddleson, loco-citato, est d'avis que l'on doit apporter une grande prudence à diagnostiquer une infection fébrile, comme la fièvre ondulante, sur la base seule de l'intra-dermo-réaction de Burnet; son emploi de plus en plus répandu, combiné souvent avec le séro-diagnostic permettra dans quelques années de juger la valeur respective des deux procédés.

L'hémoculture paraît toujours rester le procédé de choix, parce que ses résultats positifs sont indiscutables, mais elle est malheureusement moins à la portée du médecin que les deux autres procédés.

III

Le docteur Nalli expose des idées très originales et une méthode personnelle pour le traitement de la fièvre méditerranéenne, traitement si décevant d'ordinaire qui réussit admirablement chez certains et chez d'autres est absolument inefficace. Le docteur Nalli en cherche la raison, et pense l'avoir trouvée tant au point de vue évolution que thérapeutique dans le terrain, — terme compréhensif pour l'auteur, allant de la constitution organique avec toutes ses possibles variétés, aux états et aux tares plus ou moins décelables des fonctions endocrines et aux influences exercées par le système végétatif.

Bonan et Maurice Uzan ont été, eux aussi, frappés par le rôle du grand sympathique.

Pour obtenir une modification dans le terrain, il suffit de donner un tout petit choc, une chiquenande pour provoquer un changement et c'est probablement de cette façon qu'agissent le changement d'air et le voyage en mer. L'auteur différencie sa méthode de cuti-vaccination de toutes les autres méthodes de choc qui provoquent un véritable bouleversement dans l'équilibre organique. Pour lui, la cuti-vaccination ne fait que substituer à la maladie en cours (maladie à évolution inconnue), une maladie atténuée, vaccinante à phase fixe numérique de huit à dix jours.

Hector Bonan et Maurice Uzan, continuant sur les fièvres les études qu'ils avaient fait sur la dengue, recherchent dans la fièvre méditerranéenne la réaction du système nerveux vago-sympathique. Ils en concluent que la mélitococcie constitue le type même de la fièvre sympathique en opposition manifeste avec la dengue, maladie vago-tonique. Peut-être sera-t-il possible plus tard de tirer de ces recherches, des indications d'ordre thérapeutique intéressantes.

Il nous reste à signaler un fait que nous avons observé nous-même, c'est la fréquence de plus en plus grande de la fièvre méditerranéenne chez les Arabes. Cardaliaguet, dans sa thèse, n'avait pu en signaler que quelques cas. Depuis deux ou trois ans, il nous arrive fréquemment d'en voir deux ou trois cas simultanément dans notre service de l'Hôpital Sadiki, alors qu'il y a dix ans nous restions quelquefois des années sans en observer un seul cas.

BIBLIOGRAPHIE

(1) « La Tunisie Médicale », avril 1930, XXIV^{me} année, N° 4. — Dr Broc. — Note sur les relations entre la fièvre méditerranéenne et la tuberculose.

(2) Notes sur quatre-vingts cas de fièvre de Malte observés à l'Hôpital Français, par F. Masselot. — « La Tunisie Médicale », novembre 1930.

(3) Dr Benmussa. — Un cas d'association de fièvre méditerranéenne et de tuberculose pulmonaire aiguë. — « La Tunisie Médicale », décembre 1930.

(4) Drs Benmussa et Sfez. — Complications pulmonaires au cours de la F.M. — Forme pseudo-tuberculeuse. — « Tunisie Médicale », 1926.

(5) L. Bethoux. — « Presse Médicale », 1929. — Les pseudo-tuberculoses

mélitococciques; contribution à l'étude des formes pulmonaires de la fièvre de Malte.

(6) Dr Rogalski. — « Revue Tunisienne des Sciences Médicales ». — Mélitococcie avec hémoptysies.

(8) Violle. — La fièvre ondulante. — Masson et C^{ie}.

(9) Hayat. — Tuberculose et Mélitococcie. — Journées Médicales de Juin 1926. — « Revue Tunisienne des Sciences Médicales ».

(10) Drs Scialom et Seibon. — Trois notes sur la fièvre dite Méditerranéenne, 1923. — « Revue Tunisienne des Sciences Médicales ».

(11) C. Nicolle et Hayat. — Archives de l'Institut Pasteur, Tunis, avril 1906. (Note communiquée à la Société de Biologie, le 29 juillet 1905).

(12) Ranque. — « Journal Médical Français ».

(13) I. Forest Huddleson. — Etude sur les infections à Brucella observés à Tunis et à Malte. — Archives de l'Institut Pasteur, Tunis, 1931.

(14) Cardaliaguet. — Thèse de Bordeaux, 1906. — Nos connaissances actuelles sur la Fièvre Méditerranéenne en Tunisie.

LE REDACTEUR EN CHEF.



Un cas de phlébite dans la Fièvre Méditerranéenne

par le D^r G. DEBBASGH

Médecin Chef de Service à l'Hôpital Italien

—(0)—

Quoique H. Viollet (La fièvre ondulante. Masson, 1931) dise que du côté veineux on a cité assez souvent des cas de phlébite, aucun classique ne parle de phlébite dans les descriptions qu'ils font de la mélitococcie, et on ne connaît aucun travail sur cette question. Le professeur Roger dans son article : Formes cliniques de la mélitococcie (Journal Médical Français, Mai 1929) dit en avoir observé un exemple rare. Le professeur Olmer qui a bien voulu, et nous l'en remercions très sincèrement, s'occuper de cette petite enquête, nous dit dans sa lettre qui nous est parvenue par l'entremise du si intéressant service du « Monde Médical » : « Je n'ai jamais observé pour ma part de phlébite dans cette infection. J'ai fait une petite enquête auprès de quelques confrères de la région, je n'ai retenu qu'un cas de mort subite observé par le docteur Broussard de Castellane et qu'il attribue à une embolie pulmonaire; peut-être s'agissait-il dans ce cas d'une phlébite latente ou débutante ? »

D'autre part, le docteur Domingo de Barcelone qui s'est beaucoup occupé de la mélitococcie, nous fait savoir qu'il ne connaît aucun cas de phlébite. Ceci nous a incité à publier notre cas. Nous verrons dans l'observation qui suit que le début de la phlébite a été subit, en pleine ondée fébrile, sans que cette complication semble avoir influencé la courbe de la température. L'évolution a été celle de toute phlébite et que malgré la reprise passagère de la température la phlébite a continué à s'améliorer et guérit sans séquelles.

Observation : S... C..., 25 ans, non mariée, domestique. Communs exanthèmes de l'enfance. Régée à 14 ans, jamais malade. L'actuelle aurait commencé il y a deux mois à la suite d'un rhume dit-elle. Début par un gros frisson accompagné d'une fièvre très élevée qui s'est maintenue en plateau (38,40) malgré toutes les thérapeutiques. Un séro-diagnostic pratiqué à l'Institut Pasteur le 23 juin 1931 vient positif pour le mélitensis au 200^{me}; la malade entre dans notre service le 29 juin.

Très pâle, légère dyspnée, température 39°, pouls rapide 136. Rien de particulier à l'examen des différents organes. Ni foie, ni

rate. La malade est prostrée, somnolente, accusant de l'anorexie des courbatures; sa langue est saburrale.

Le soir de son admission est prise de fortes douleurs à la racine du membre inférieur gauche. Le lendemain matin, nous trouvons douleur spontanée au triangle de Scarpa qui s'accroît à la palpation. La racine du membre est augmentée de volume 3 cm. environ ainsi que toute la jambe où l'on note de l'œdème surtout plus accentué aux malléoles. On applique des sangsues et on immobilise le membre dans une gouttière.

Les suites de cette complication sont celles d'une phlébite ordinaire et l'amélioration suit de près l'amélioration de la courbe fébrile. Quoique vingt-et-un jours après son admission, elle ait fait une reprise de la température et cette fois à type tout à fait ondulant qui dure dix-huit jours, sa phlébite continue à s'améliorer et elle peut se lever un mois après son accident initial. Son membre ne présente qu'un centimètre de différence avec le droit mais la marche œdématisée et cyanosée le pied et la jambe. Sortie de l'hôpital le 13 août. et revue plusieurs fois depuis, semble guérie de sa complication.

Méningite mélitococcique avec névrite optique et cécité brusque

par les D^{rs} G. SFEZ et COHEN-BOULAKIA

—«0»—

Le 17 octobre 1931, l'un de nous fut appelé auprès de R. A., âgé de 19 ans; il se plaignait de fièvre, d'inappétence, de courbature et d'asthénie datant de plus d'un mois, mais il n'avait jamais gardé le lit. En dehors d'une température à 38°6 et d'une rate légèrement hypertrophiée, il n'y avait rien à signaler dans les autres organes. Or la mère, le frère et la petite sœur étaient atteints de fièvre méditerranéenne depuis plus de six mois; nous fîmes chez ce malade le diagnostic probable de mélitococcie en attendant l'examen du laboratoire.

Il garda le lit quatre jours, puis le 5^{me} jour, le dimanche 25 octobre, se sentant beaucoup mieux, il alla déjeuner chez sa sœur.

En rentrant chez lui, deux heures après, il eut brusquement un violent mal de tête localisé aux tempes et au front; il se mit au lit et aussitôt il se plaignit de cécité complète.

Appelé d'urgence nous trouvâmes le malade dans une agitation extrême, poussant des cris, portant ses mains au front et devant les yeux. A l'approche de la lumière il n'avait pas de réflexe de la pupille, elle restait dilatée. Pas de strabisme.

Le lendemain matin, la température était à 39°, raideur de la nuque et Kernig à peine ébauché, la céphalée était plus intense, le malade était moins agité mais il ne voyait toujours pas.

Le Docteur Roger Nataf constate une décoloration des deux papilles.

Dans l'après-midi, avec le docteur Ortona, nous faisons une ponction lombaire qui ramène un liquide hypertendu et légèrement rosé.

Voici le résultat de l'examen cytologique, bactériologique et chimique.

Numération cellulaire : 102 éléments par mmq.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	83 %
Moyens mono-nucléaires	12 %
Grands mono-nucléaires	1 %
Lymphocytes	4 %

Absence de tous germes; absence de bacilles de Koch.

Albumine : 1,01 — sucre : 0,90 — urée sanguine : 0,350. Le séro-diagnostic positif à 1/3000. Wassermann et Hecht négatifs.

Le 27 et 28 octobre, la fièvre se maintient aux environs de 39°4, mais la raideur et la céphalée diminuaient d'intensité.

Le 28, avec le docteur Roger Nataf, nous décidons de faire des piqûres rétro-bulbaires d'atropine et du cyanure de mercure intra-veineux.

Les jours suivants, l'état du malade s'améliore sensiblement, il peut s'asseoir, n'a plus de raideur de la nuque, se plaint moins de céphalée, la température atteint le soir 38°. De l'œil gauche il commence à voir la lumière.

Depuis le 12 novembre, le malade n'a plus de fièvre, il demande à s'alimenter.

Voici l'histoire oculaire de ce malade au quatrième jour :

O. D. Pupille en semi-mydriase; absence de réflexe photo-moteur; vision absolument nulle. Au F.O., la papille est grisâtre, de contours flous de type atrophique post-névritique. Les vaisseaux sont normaux; pas d'œdème. La région maculaire est normale aucun aspect d'obstruction de l'artère centrale de la rétine.

O.G. Pupille en semi-mydriase, mais légèrement plus petite que la droite, avec réflexe photo-moteur lent et incomplet; perception lumineuse dans le champ visuel interne au F. O.; la papille est blanche, à contours nets, de type atrophie primitive, le reste de la rétine est normal. Le même aspect avait été constaté au premier jour par le docteur Roger Nataf avec une vision abolie des deux côtés, il y avait donc un début d'amélioration à l'O.G.

Devant l'aspect de la papille de l'O. G. nous avons pensé à la possibilité d'un facteur spasmodique jouant quelque rôle plus ou moins défini.

La tension artérielle générale étant basse, 11 à la maxima, nous jugeâmes plus utile d'agir localement en faisant des injections rétro-bulbaires d'atrophie aux deux yeux. En même temps du cyanure de mercure intra-veineux tous les deux jours.

Au bout de huit jours, après la 3^{me} piqûre rétro-bulbaire, l'aspect ophtalmoscopique n'était pas modifié, mais à l'O. G. l'acuité visuelle remontait sensiblement, la perception lumineuse s'étendait, le malade voyait passer la main.

Quelques jours après, il pouvait compter les doigts à 25 cm; à l'O. D. toujours rien.

Au bout de quinze jours, l'acuité visuelle de l'O.G. augmentait toujours, le malade comptait les doigts à deux mètres et pouvait se diriger un peu dans la chambre. Il semblait que l'O.D. avait une certaine sensation lumineuse, le réflexe lumineux était toujours aboli, la papille change d'aspect et devient plus blanche.

Au 20^{me} jour, à l'O. D., le réflexe lumineux apparaît très faible, la perception lumineuse est très nette. A l'O.G. l'acuité visuelle est nettement remontée, peut-être évaluée à deux dixièmes environ. Le malade est alors vu avec le docteur Cuénod, nous décidons de continuer encore quelques injections rétro-bulbaires d'atrophie ainsi que le cyanure.

Il y a donc dans cette observation différents points à relever :

1° Une petite épidémie familiale où la contagion d'individu à individu est à peu près certaine.

2° Une complication rarement signalée jusqu'à présent, une méningite aiguë faisant son apparition brusque au 30^{me} jour environ d'une mélitococcie bénigne ambulatoire puisque le malade n'avait gardé le lit que pendant cinq jours.

Dans l'observation rapportée en 1926 par nos amis Emile Lévy et Maurice Uzan, il n'y avait qu'une réaction méningée avec dans le liquide céphalo-rachidien, une réaction leucocytaire faible, une albuminorachie et une glycorachie normales.

Dans notre observation en dehors des signes cliniques nettes et des complications oculaires, l'examen du liquide céphalo-rachidien montre une réaction leucocytaire appréciable puisqu'elle dépasse 100 éléments par mmq. avec hyperglycorachie et hyperalbuminorachie.

Nous n'avons pas trouvé dans le liquide céphalo-rachidien le mélitocoque comme dans les observations de Lemaire d'Alger et de Desage, Pellerin et Vinerta d'Oran, rapportées par le professeur Roger de Marseille dans le *Journal Médical Français* de mai 1929, entièrement consacré à la fièvre de Malte. Mais nous avons dans notre cas une réaction de Wright fortement positive puisque l'agglutination poussée sur notre demande est encore positive à 1/3000^{me}.

3° Les complications oculaires caractérisées par l'absence de

signes précurseurs sauf peut-être quelques obnubilations plus ou moins bien rapportées par le malade. Des signes ophtalmoscopique très nettes mais d'une interprétation très difficiles parce que si l'œil droit présentait encore des signes de névrite et si l'œil gauche présentait des signes d'atrophie, on ne trouvait aucun autre signe concomitant pouvant se rapporter par exemple à un spasme artériel tel que l'œdème neuro-rétinien ou la macula rouge-cerise.

En rapprochant de l'observation publiée par l'un de nous en 1926, nous voyons que l'infection avait pu être alors suivie pas à pas, névrite pure unilatérale d'abord puis rétinite et choroidite, tandis que dans notre cas actuel nous n'avons vu que des lésions pour ainsi dire terminales ayant évolué dans un laps de temps très court.

Y a-t-il eu atteinte directe des nerfs optiques ou bien méningite basilaire au niveau du chiasma optique ?

En tous cas il y a là une nouvelle preuve que le mélitocoque peut déterminer des lésions oculaires appelées à être mieux connues.

Myélite aiguë dorsale dans la Fièvre Méditerranéenne et son traitement par la mélitine intrarachidienne

par le D^r G. DEBBASCH

Médecin Chef de Service à l'Hôpital Italien

—(0)—

La myélite est une redoutable complication de la fièvre méditerranéenne. « Elle surviendrait (Roger, *Journal Médical Français*, mai 1929) deux à six mois après l'évolution fébrile compliquant le plus souvent une infection de longue durée. »

Dans le cas que nous décrivons la myélite apparaît au contraire en pleine évolution fébrile de la maladie, 40 à 45 jours après le début, après un début très court, quelques jours, avec des douleurs rachialgiques et irradiation dans les membres inférieurs. La période d'état vite installée était caractérisée par de la paraplégie de la motilité sans atrophie dégénérative et avec persistance de l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles. Réflexes tendineux exagérés phénomènes spasmodiques prononcés aux jambes, réflexes cutanés exagérés, trépidation épileptoïde, Babiniski bilatéral, ataxie, troubles partiels de la sensibilité, pas de troubles des sphincters, extrémités supérieures intactes.

Cette myélite aiguë si vite installée, par l'ensemble des symptômes que nous venons de décrire, nous fait fixer le siège de la maladie, approximativement du moins, dans la partie supérieure de la moelle dorsale.

Notre malade présentant une forte scoliose devait nécessairement nous faire penser à une compression de la moelle. Mais celle-ci est rarement aussi rapide que dans notre cas sauf dans les traumatismes que nous devons exclure. Dans les compressions lentes dues aux altérations des vertèbres, il y a bien des douleurs dorso-lombaires avec irradiation aux membres inférieurs, mais les douleurs sont plus violentes et s'irradient à la base du thorax en ceinture et à l'abdomen ! D'autre part, la radiographie n'a découvert aucune lésion tuberculeuse ou néo-plasique des vertèbres. La ponction lombaire ne nous a montré ni dissociation albumino-cytologique (Sicard et Foix) ni xantochromie et coagulation massive du liquide céphalo-rachidien (Froin). Cette déviation de la colonne vertébrale

très ancienne chez la malade, sa mélitococcie en pleine évolution nous a fait éliminer tout soupçon de compression de la moelle pour ne penser qu'à une myélite aiguë mélitococcique.

La durée de cette complication, d'après les cas décrits jusqu'à ce jour est de quelques mois à cinq ans, et laisse derrière elle une démarche légèrement spasmodique et de l'exagération des réflexes.

Chez notre malade, sa mélitococcie aurait débutée le 28 mai 1931 et sa complication le 10 juillet, et est rentrée dans notre service le 18 août, présentant le tableau que nous avons résumé plus haut. L'ondée fébrile est vite arrêtée par la première piqûre intraveineuse de mélitine, traitement qui est poursuivi deux fois par semaine, mais quoique la maladie accuse une amélioration manifeste quant à l'appétit, le sommeil et les douleurs des jambes, les phénomènes nerveux initiaux sont sans aucun changement. A l'occasion d'une ponction lombaire faite le 4 septembre, soit cinquante-quatre jours après le début apparent de sa myélite, nous avons injecté dans le rachis une solution de un demi centimètre cube de mélitine dans 6 cc. d'eau distillée. La réaction a été très violente et a débuté environ deux heures et demi après l'injection avec forte céphalée, vomissements, raideur de la nuque, douleurs aux membres inférieurs, tachycardie, température 40°. Vingt-quatre heures après, la température est à 38°, le pouls à 112, la céphalée et les douleurs articulaires persistent encore avec une légère raideur de la nuque. Moins de quarante-huit heures après tous les phénomènes réactifs ont disparu.

Le 8 septembre, soit quatre jours après, la malade se lève mais ne peut encore marcher seule ou sans s'appuyer à une canne ou à une chaise. Mais dès ce jour l'amélioration se fait à grands pas et un mois après et plus exactement le 10 septembre, date à laquelle elle sort de l'hôpital, elle ne présente plus de résistance aux mouvements musculaires passifs, les mouvements actifs sont normaux, les réflexes tendineux à peine un peu vifs, Babinski ébauché à gauche, plus de Romberg mais marche seulement avec les jambes légèrement écartées.

Nous voyons donc un cas de myélite aiguë sérieux s'améliorer très rapidement et permettre la reprise normale des occupations un mois après l'essai de notre nouvelle thérapeutique.

Observation. — M... M..., employée dans une librairie, 19 ans,

entre dans notre service le 18 août 1931. Sa maladie a débuté le 28 mai par de la fièvre avec courbatures céphalées, transpirations, asthénie. La fièvre était continue avec quelques rares rémissions le matin. Le diagnostic de fièvre méditerranéenne est posé le quinzième jour à la suite d'un séro-diagnostic venu positif au 200^{me}. Le 5 juillet accuse des douleurs au membre inférieur droit qui sont mises sur le compte d'un abcès de la fesse droite venu à la suite d'une piqûre. Cet abcès incisé guérit au bout d'une dizaine de jours. Mais les douleurs n'ont pas diminué, elles se sont propagées à la région lombaire et à l'autre membre inférieur, bien avant la guérison de l'abcès. A ce moment la malade nota une paresthésie des membres inférieurs avec engourdissement, fourmillement, et troubles circulatoires : jambes et pieds violacés, froids, et la plante des pieds couverte de sueurs. La pression des membres inférieurs était très douloureuse, et la marche presque impossible à cause des douleurs et parce que, dit-elle, les jambes ne la soutiennent pas.

N'a jamais été malade. Régulée à 15 ans, toujours régulièrement et sans douleurs. Père mort à 45 ans, à la suite d'un ictus, mère vivante et en bonne santé, trois sœurs vivantes, un frère et une sœur morts en bas âge.

A notre premier examen nous observons un état général discret, muqueuses légèrement colorées, mains violacées et froides humides, paumes légèrement macérées. Le pouls est fréquent et mou, 116, avec quelques intermittences. La température est à 38°4, la langue est humide.

A l'inspection du thorax de face, l'épaule gauche est plus haute que la droite et de dos on note une forte déviation de la colonne vertébrale avec une gibbosité angulaire ouverte vers la droite entre la sixième et la dixième dorsale; rien à signaler du côté des poulmons quant à la percussion et à l'auscultation.

Le cœur est dans ses limites physiologiques, les bruits sont accéléérés et un peu obscurs.

L'abdomen est légèrement tendu et douloureux à la pression.

Le foie déborde de trois centimètres et paraît douloureux à la pression.

La rate est augmentée de volume et déborde de cinq centimètres.

Examen neurologique : Le facies est intelligent, la mimique est bien conservée; l'angle labial de gauche est un peu plus bas que

celui de droite; légère parésie du facial inférieur gauche. On ne note pas de rigidité nucale, mais dans la flexion forcée de la tête, sur le tronc on obtient un Bruzinski. On note une légère asthénie des membres supérieurs.

Les membres inférieurs sont violacés froids; les plantes sont couvertes de sueurs et macérées. Les mouvements passifs opposent une forte résistance dans les divers segments. Les mouvements actifs sont tous possibles sauf les mouvements d'élévation. Les membres soulevés du lit une fois laissés retombent pesamment. Il y a de l'ataxie dynamique, la force musculaire est assez bien conservée.

Réflexes : Rotuliens et achilléens exagérés bilatéralement; Supra rotuliens vifs et prompts bilatéralement; Clonus de la rotule; Trépidation épileptoïde du pied bilatéralement; Babinski et Oppenheim bilatéralement; Adducteurs vifs et prompts bilatéralement.

Réflexes abdominaux supérieurs et moyens vifs et prompts, inférieurs, absents.

Réflexes : radial, bicipital, tricipital et massétérien vifs et prompts. Les pupilles sont d'égale grandeur et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. La sensibilité tactile thermique et dolorifique est présente et normale partout sauf aux membres inférieurs où il y a une hyperesthésie dolorifique. La sensibilité de position des membres est conservée partout. Il existe de la douleur à la pression des troncs nerveux des membres inférieurs et sur la colonne vertébrale dans la région dorso-sacrée.

La malade ne peut rester debout si elle n'est pas soutenue, elle marche très difficilement les jambes écartées traînant la plante sur le parquet et en titubant fortement. Le signe de Romberg est évident.

Le 19 août l'intradermo à la mélitine paraît très fortement positive, et le séro-diagnostic est positif au 200^{me} pour le mélitensis.

A l'examen radiographique on note une forte scoliose sans aucune lésion tuberculeuse ou néoplasique des vertèbres. Le Wasserman est négatif dans le sang. A la ponction lombaire faite en décubitus latéral, le liquide est clair, eau de roche, donnant 13 au Claude et à l'examen :

Albumine : 0,10 cg. pour 1000.

Sucré : glucosurie normale.

Examen cytologique : leucocytes 1,4 par mmc.

Réaction de Monne et Appelt : traces de globulines.

Wasserman négatif. Absence de bacilles de Koch.

A l'examen électrique nous notons la persistance de l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles.

Traînée à la mélitine intraveineuse, elle accuse très vite une sensation de bien-être et la température maxima du matin est de 36°8, celle du soir 38°, pour disparaître à partir du 27 août.

Le 4 septembre les phénomènes nerveux initiaux sont presque sans changement, bien que la malade accuse moins de douleurs aux jambes et paraisse se tenir debout un peu plus facilement.

Une ponction lombaire est faite à 9 heures du matin. On extrait 10 cc. de liquide et on injecte dans le rachis un demi cc. de mélitine diluée dans 6 cc. d'eau distillée.

La réaction a été très violente avec forte élévation thermique qui s'est dessinée dès 11 heures du matin et a rejoint dans la soirée 40 degrés. Cette réaction thermique était accompagnée de céphalée violente, vomissements, fortes douleurs aux jambes.

Le 5 septembre nous trouvons la malade encore agitée, avec légère raideur de la nuque, céphalée et douleurs aux membres inférieurs. La température est à 38°, le pouls à 112.

Le 6 septembre, elle n'a plus de température. Elle n'accuse aucun malaise. Toujours apyrétique, elle se lève le 8 septembre, mais sa démarche est encore incertaine.

On continue son traitement à la mélitine intraveineuse et sauf une légère poussée 37°6 le jour de sa piqûre, l'apyrexie se maintient.

Le 17 septembre, elle marche beaucoup mieux et toute seule. Sa démarche est toujours spasmodique et la malade oscille toujours sur son tronc. Elle n'a plus de douleurs à la pression des membres inférieurs. Les réflexes sont plus vifs à gauche qu'à droite, le Babinski absent à droite est à peine ébauché à gauche. Il n'y a plus d'hypéresthésie plantaire, les membres inférieurs ne présentent plus de résistance anormale aux mouvements passifs.

L'amélioration se poursuit les jours suivants et la malade sort le 10 octobre, pouvant marcher vite quoique toujours avec les jambes légèrement écartées. Les réflexes rotuliens sont encore un peu vifs. Un Babinski est toujours ébauché à gauche, plus de Romberg

5 Janvier 1932. — Nous revoyons la malade qui a repris depuis deux mois ses occupations (employée dans une imprimerie). Etat général excellent avec reprise de poids très sensible. N'a plus eu de température; est bien réglée depuis trois mois. A l'examen nous notons que la marche est redevenue normale; peut courir, monter et descendre une échelle sans difficulté. Les réflexes rotuliens sont encore un peu vifs, plus de Babinski à gauche.



Cutivaccination et clinique de la Fièvre Méditerranéenne

par le D^r Vitangelo NALLI

Médecin Chef de Service à l'Hôpital Italien de Tunis

—(0)—

La contribution que je viens apporter ce soir au sein de notre Société est le résultat d'une série de recherches, dont les premiers essais datent de bien longtemps, au début même de ma méthode de cutivaccination en milieu hypertonique.

Si elle n'arrive à la publication, qu'après une si longue suite d'années, c'est en raison des sérieuses difficultés, que la mise en application dans les autres processus infectieux n'avait pas rencontrées.

Les problèmes à résoudre se sont démontrés d'une mise au point tellement abstruse, qu'à plus d'un moment on s'est cru forcé d'abandonner la tâche au devant d'obstacles retenus infranchissables.

En effet, c'était l'utilisation du procédé comme moyen thérapeutique qui intéressait avant tout. Or, à tout nouveau tournant, de tout nouvel essai on retombait sur ces positions de négativité, par lesquelles la thérapeutique de la fièvre méditerranéenne a été représentée jusqu'à nos jours.

En conséquence, nous avons deux séries bien distinctes dans l'ensemble de nos recherches.

La première série comprend ces quelques rares cas puisés à la pratique privée pendant 1923 et les années suivantes et qui ont fait partie de nos premiers coups de sonde, lors de notre étude générale du procédé. Les cas de fièvre méditerranéenne, contrairement à ce qui s'était vérifié pour plusieurs autres processus morbides et malgré quelques résultats favorables, ne semblèrent pas devoir justifier à ce moment-là la possibilité d'une application systématique. Quand même par ce seul fait que ces cas avaient été ainsi traités et certains d'entre eux avec un résultat favorable, nous nous assu-

(1) Ce travail que l'auteur n'avait pas encore pu compléter et corriger au moment de sa présentation en séance; n'a pu être remis à la Rédaction de la « Tunisie Médicale » qu'avec un très notable retard. C'est que l'auteur a été soustrait pendant de longs mois à toute activité intellectuelle à cause d'une grave maladie qui a demandé une longue convalescence. C'est une raison suffisamment plausible pour qu'elle lui serve d'excuse auprès de ses confrères de la Société.

rions, déjà à partir de ce moment, le droit de priorité, aussi dans cette application du procédé.

La deuxième série de cas appartient à la pratique hospitalière. Je n'aurais pas cru à la rareté des cas accessibles à la pratique hospitalière. Si on devait étayer son opinion sur la diffusion que l'unanimité des traités et des monographies accorde à l'infection méditerranéenne dans le Nord-Africain, on devrait s'attendre à tout le contraire. La statistique, que nous vient d'apporter notre distingué confrère le docteur Masselot, de l'Hôpital Français, présente une concordance étonnante, par cette rareté des cas, avec la nôtre.

Ce sont ces cas de la deuxième série qui ont pu être le mieux utilisés pour les recherches qui nous intéressaient. Quelques cas de la première série n'avaient été communiqués que d'une façon incidente à l'occasion de mon étude sur la fièvre typhoïde (1).

L'un d'eux se référait à un patient chez qui le diagnostic de fièvre typhoïde avait été porté et qui donna un séro-diagnostic positif au 200^{me} pour la fièvre méditerranéenne. L'autre cas, d'après le double résultat du séro-diagnostic, comportait l'intrication d'une infection typhoïdique avec une infection méditerranéenne.

Le premier de ces cas a été traité et guéri par la cuti-vaccination méditerranéenne. Le deuxième de ces cas, malgré sa double nature, — méditerranéenne et typhoïdique en même temps, — présentait néanmoins une symptomatologie et une courbe thermique qui, dans cette association, déposaient plutôt pour une prédominance de l'infection méditerranéenne. A cette intuition clinique, la cuti-vaccination au mélitensis (vaccin fourni par l'Institut Pasteur de Tunis) est venue apporter son appui par la guérison qu'elle a donné de ce double syndrome. Ces deux cas consignés dans nos travaux de 1926, mais qui datent d'avant, nous assurent — dans le champ aussi de cette infection, — ce droit net de priorité dont nous nous sommes ci-devant réclamés.

En surplus de ces deux cas publiés, un certain nombre d'autres cas est passé entre nos mains, pendant cette première période. Mais utiles et utilisés pour notre expérience personnelle, ils n'étaient d'aucune utilité statistique, à cause de leur documentation incom-

(1) Evoluzione e fenomenologia della febbre tifoide negli ammalati cutivaccinati. « Annali di Clinica Medica e di Medicina Sperimentale », A. XVI. Fasc. III, 1927.

plète. Ce n'est qu'à la deuxième période — à partir de 1927 — que nous avons pu recueillir un certain nombre de cas et les étudier en vue des différents problèmes de la cuti-vaccination.

Pour pouvoir disposer d'un critérium objectif et toujours comparable dans l'appréciation des effets obtenus, nous avons cru choisir la stabilisation de la température à la normale comme index du résultat positif. C'est le jour qui commence cette période de température égalisée — sans que la moindre poussée se vérifie dans sa suite, — qui nous a servi pour juger de la plus grande ou de la moindre rapidité d'action que le procédé a pu avoir dans chaque cas individuel.

On pourrait juger *à priori* et avec une certaine justesse cette manière de juger comme erronée et d'une valeur tout à fait artificielle, si dans toute la série des observations ici consignées, un fait, peut-on dire, constant ne s'était observé : c'est-à-dire qu'il arrive l'amélioration et la disparition de certains symptômes avant toute action sur la température et même avec une précocité des fois se réduisant à un seul jour ou deux après l'intervention vaccinnante. Ce sont des symptômes, ceux-là, juste, qui résistent le plus avec les traitements ordinaires, longtemps après que les faits thermiques se sont amenés. C'est des faits d'asthénie, des arthralgies, des sueurs dont je parle.

Du 1^{er} janvier 1927 à juin 1930, nous avons pu suivre 23 cas de fièvre méditerranéenne, dans nos jours de service de l'Hôpital Italien. Quoique si restreint, ce groupe de cas nous a bien servi pour nos observations scientifiques les résultats thérapeutiques, bien que très satisfaisants, auraient pu gagner en rapidité d'effet si beaucoup de temps n'eut été emporté par la nécessité d'établir le type de la courbe thermique et d'assurer le diagnostic du laboratoire.

Il est bien évident que cette période d'attente si elle nous permet d'assurer un premier triage et d'établir le type de la maladie, prolonge d'autant le temps d'hospitalisation. Il y a un gros inconvénient d'ordre pratique, ce manque de toute intervention thérapeutique finit par fatiguer le malade et lui faire perdre confiance.

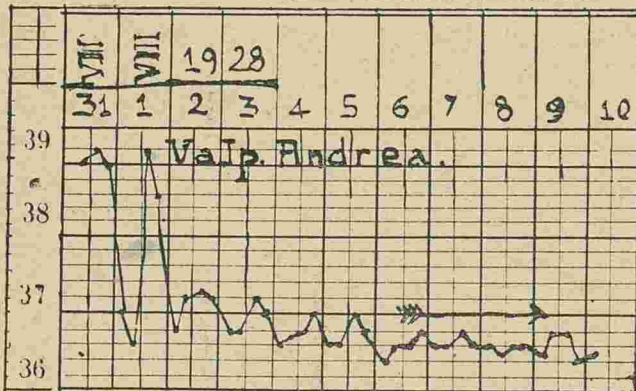
Déjà la première série de recherches et l'insuffisance des résultats obtenus nous avaient convaincu qu'il y avait un pivot autour duquel tournent toutes les questions touchant l'évolution et la thérapie de cette affection.

Ce pivot, disons-le tout de suite, c'est le terrain. C'est le terrain conçu dans la plus large acception du mot, allant de la constitution organique avec toutes ses possibles variétés, aux états et aux tâches plus fines, plus ou moins décelables des fonctions endocrines et aux influences exercées par le système végétatif. Ce terrain d'ordre constitutionnel déjà si compliqué, — tel qu'on le voit, — vient à être modifié et rendu diversement réactif, par le fait des modifications qui viennent se créer à la suite d'un processus infectieux antécédent ou actuel, latent ou actif. C'est ce qui nous explique le cours acyclique, de la maladie : elle n'est typique que par son atypicité. par son caractère capricieux, qui obéit des fois à des riens pour être coupée brusquement dans son évolution et se porter vers la guérison, mais qui peut aussi résister de la façon la plus tenace à toute intervention thérapeutique, même à celle qui le jour avant semblait avoir donné le plus de résultats chez d'autres patients. En effet, c'est une connaissance banale et de domaine public que la guérison d'une méditerranéenne dans les vingt-quatre heures au cours d'une traversée sur mer, quoique elle eût pu résister pendant des mois à toute une gamme de remèdes inutilement employés. Mais il y a un fait qui arrive assez fréquemment aussi et plus étonnant, car il demande moins de complications encore. C'est le cas du malade qui a fait de la fièvre, pendant des semaines et même des mois, et qui s'aperçoit l'avoir laissé, on peut dire, à la porte de l'hôpital. C'est un fait qui peut bien arriver même à des malades qui ne sont pas des miséreux et ne manquent pas du nécessaire pour avoir pu se procurer chez eux les soins médicaux les plus appropriés. Il peut bien se faire ici que ce soit une question de cubage et d'une pureté plus grande d'air qui intervienne. La science à qui on a fait appel a pu être le plus inutilement compliquée, tandis que le remède, un peu bête, était auprès d'elle, et elle ne s'en est pas aperçu. Une modification, peut-on dire, d'ordre physiologique dans le terrain, la « chiquenaude » d'un brin d'oxygène et le changement a été opéré.

Comme ces faits arrivent moins rarement qu'on ne le pense, je tiens à confirmer la nécessité, cette réserve que nous nous sommes imposée de surseoir à l'application de la première vaccination. On a perdu plus de temps, mais on a bien gagné de ne pas tomber sur un de ces cas guérissables par eux-mêmes.

Voilà, à ce propos, le cas de Valp. Andrea, de profession wattman. Malade depuis trois mois avec céphalée; fièvre s'élevant jusqu'à 39° le soir et avec des rémissions matinales à 37°5; transpiration abondante, douleurs vagants au thorax. Il a beaucoup maigri, quoiqu'il ait toujours gardé un très bon appétit.

Séro-diagnostic pour le mic. mélitensis positif au 200^m. Rien de particulier à l'examen objectif des différents organes. Rien à la charge particulière du thorax, cliniquement et aux rayons X. Entré le 31 juillet 1928, il se sent très bien remis après le simple séjour hospitalier et demande de sortir le 10 du mois d'août suivant. Le tracé thermique, avec sa brusque descente, après deux jours d'hospitalisation seulement, donne sous les yeux, plus que ne le feraient des mots pour l'intelligence, ce tableau expressif de cette évolution de la maladie.



Deux autres cas de guérison « hospitalière » comportent une période de régularisation plus longue. Mais en dehors de leur valeur comme documentation à ce titre, ils sont intéressants à d'autres points de vue, ce que nous allons voir.

Ils regardent deux sœurs. L'aînée, Fe. Giu. Emilia, veuve, âgée de 36 ans. Une rougeole pendant l'enfance. Dans sa première jeunesse et jusqu'à l'âge de 23 ans, une affection qui s'est présentée à plusieurs reprises et rechutes, qualifiées par la malade comme des attaques successives d'influenza. Est-ce que à ce moment-là une infection au mélitensis se serait-elle déjà installée ? A 25 ans, elle

se marie et à sa première grossesse fait une fausse couche, suivie d'une métrorragie se prolongeant pendant un bon mois...

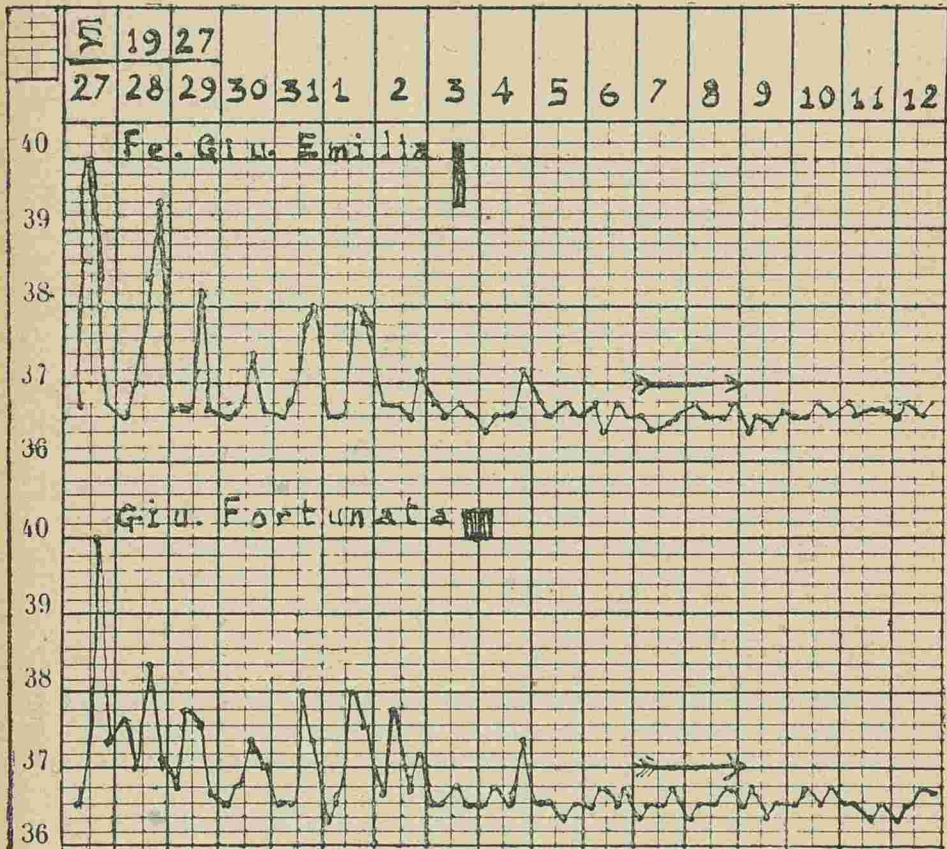
Interrompant pendant un moment l'histoire de l'ainée, nous allons parcourir maintenant les notes caractéristiques de la puinée Fortunata Giu., âgée de 27 ans, nubile : Nous y trouvons aussi la rougeole au temps de l'enfance. Puis, à l'âge de 14 ans, une affection qui eut la durée d'un mois environ et que la malade nous désigne comme une « fièvre méditerranéenne » (?) Remarquons ici que, lorsque la cadette avait ses 14 ans, l'ainée était à sa 23^{me} année, juste au moment où elle avait encore cette « grippe », qui se représentait de temps à autre. Pour ce qui est de la grande, est-ce que cette infection s'est manifestée comme la reprise d'une forme chronique, — épisode morbide chez une porteuse de germes, — à ce moment où nous voyons la fausse couche interrompre la grossesse ?

Autant de points qui restent dans l'ombre. Mais, quoiqu'il en soit, il y a un fait intrigant. Ces deux jeunes femmes, qui marchaient de pair dans le passé, vont encore mieux se comporter comme de véritables « sœurs siamoises » dans les circonstances actuelles. C'est ce qu'on va voir. En effet, l'affection actuelle date depuis *un mois et demi*, au moment où la malade entre à l'hôpital. Avec plus de précision, c'est au 15 juin 1927, que la malade fixe le début de sa maladie : un fort frisson initial et une élévation thermique entre 38°5 et 39°. Le sanitaire qui l'a soigné chez elle a posé d'abord le diagnostic de grippe. La quinine a été la médication de base adoptée et la fièvre n'en a pas ressenti aucun avantage. Par le fait de cette persistance, l'internement de la malade dans un hôpital a été conseillé. Souvent, cette fièvre baisse et reprend dans la même journée, de manière à avoir deux accès fiévreux dans les 24 heures. L'élévation fébrile est précédée de frisson et sa rémittance est suivie de sueurs profuses. A l'examen objectif des différents appareils, il ne résulte rien de pathologique, en dehors d'une légère hypertrophie de la rate, qui est palpable au-dessous de l'arcade costale. Le séro-diagnostic pour le mic. de Bruce résulte positif à 1/200.

C'est tout à fait oiseux de faire, — car il faudrait exactement la refaire avec les mêmes termes, — l'anamnèse de la maladie en cours pour l'autre de ces sœurs. Elle aussi fixe, avec une précision affirmative de date, à ce même jour du 25 juin le début de la maladie. Celle-ci on l'a interprétée de même aux premiers temps comme

une grippe, et c'est seulement à cause de son décours prolongé qu'on a conseillé à cette malade de venir se faire soigner à l'hôpital. Cette affection, que tout nous fait présumer avoir été de nature méditerranéenne, aurait été très intéressante à pouvoir être fixée dans son diagramme thermique à partir de son point tout à fait initial. Et ce, en raison d'un fait que nous allons faire constater tout de suite.

Que l'on compare, en effet les deux courbes thermométriques.



On restera étonné en constatant le parfait parallélisme entre ces deux courbes aux seules différences près d'une plus grande vivacité dans les oscillations thermiques pour la sœur aînée — longiligne micros-planchnique — poids de 41 kg. 300 à l'entrée — et la

cadette à type digestif avec une tendance accusée adipo-génitale; — poids de 71 kg. à son entrée. —

En dehors des deux accès quotidiens à la charge de la puinée, — au 28 juillet et au 2 août, — rien ne déparie ce parallélisme : grande oscillation jusques à 40° C. le 27; la déclivité progressive des températures maximales dans les trois jours successifs, la reprise jumellée du maximum à 38° aux journées du 31 juillet et du 1^{er} août. Si on fait, pour un moment, abstraction de la hausse matinale chez la puinée, on va retrouver le petit crochet à 37°, comme pour la grande, le soir du 2. A partir de ce moment, la défervescence stabilisée, interrompue seulement par un petit crochet semblable au-dessus de 37° le soir du 4.

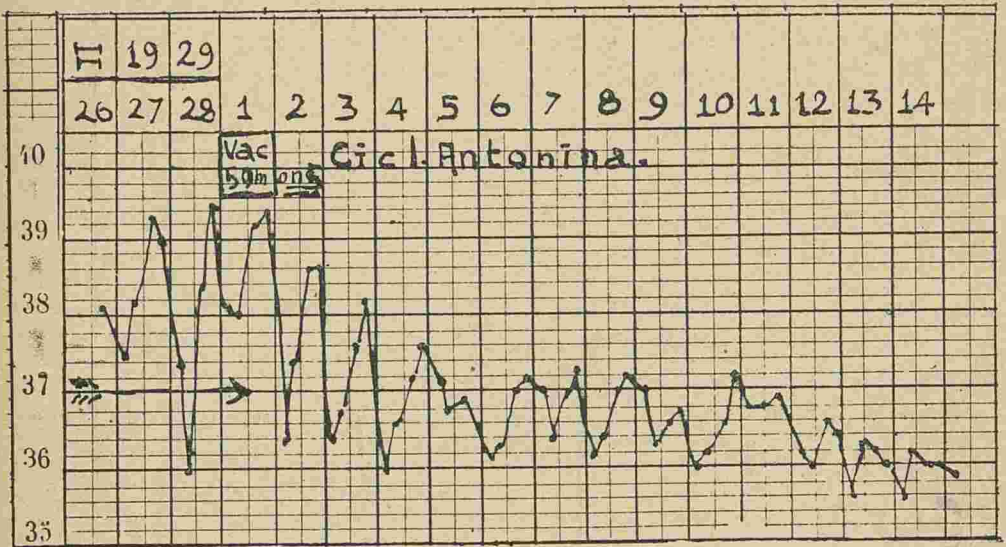
Le séro-diagnostic a été positif à 1/200 pour le mélitensis dans les deux cas.

Si je me suis tant étendu sur l'analyse de ces deux cas, c'est qu'ils nous documentent sur un aspect particulier de cette question de terrain qui nous occupe. Au-dessus et entre ces caractères qu'imprime à l'évolution de la fièvre l'état endocrine et constitutionnel individuel et forçant presque les barrières de cet état, on voit paraître un état de réactivité à type racial, familial, que toute l'extériorisation des directives constitutionnelles et endocrines d'ordre individuel n'arrivent pas à effacer. C'est à cause de ces circonstances que, malgré la courbe plus élancée, — fonction des tendances hyper-tyroïdiennes de la femme longiligne, — et la courbe plus ramassée de la femme brachyligne, hypo-tyroïdienne; un type organique commun, — de caractère embryonnaire celui-là, — est mis en évidence, fonction de ces qualités et de ces potentialités biologiques et de ces caractères acquis quoique inapparents fixés sur une hérédité au spécial caractère germinal.

A côté de ces cas, qui se passent même d'un traitement et dans la guérison desquels le repos et la bonne hygiène de l'hôpital jouent le rôle de la « chiquenaude », qui vient remettre en jeu la *natura medicatrix*, paralysée jusque-là dans sa réactivité; on trouve une certaine correspondance dans ces cas chez lesquels un terrain encore bien doué, peut se manifester d'une manière également brusque, sous la poussée d'autres processus d'un ordre plus complexe. Dans ces conditions particulièrement favorables, on peut

voir des syndromes méditerranéens céder rapidement à l'action de la cuti-vaccination.

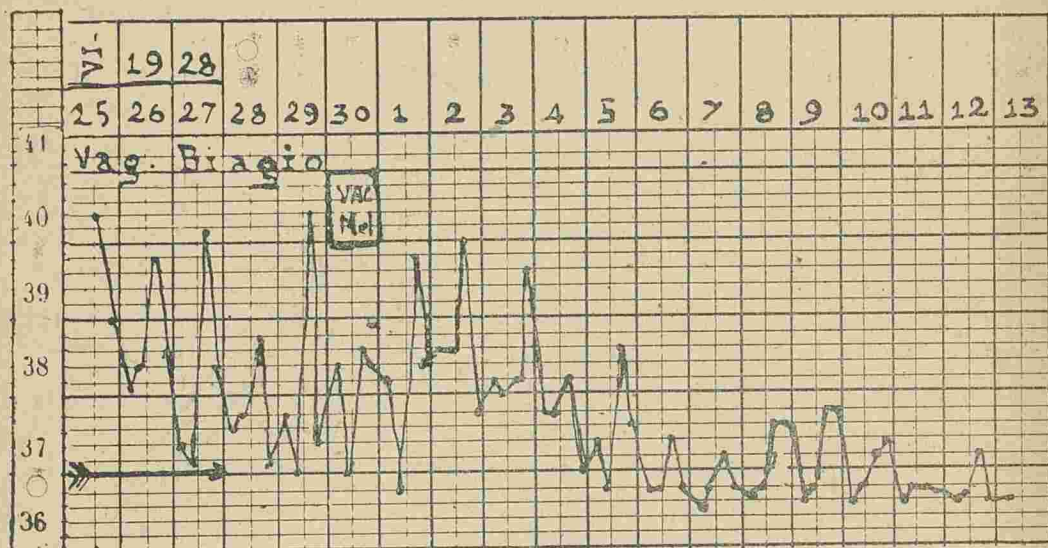
Voilà une première courbe de ce genre appartenant à Anselma Antonino Cic.



Entrée à l'hôpital le 26 février 1929, elle fait remonter les débuts de sa maladie aux premiers jours de ce mois. Dans les antécédents: du paludisme à 10 ans. Mariée à 16 ans, elle a eu deux grossesses à terme et ses enfants sont en très bonne santé. L'affection débute avec des courbatures, malaise général, fatigue, un peu de toux sèche. Après quelques jours, une fièvre à 38-39° à type continu remittent, avec frisson initial et transpiration abondante au moment du déclin de la température; des vomissements, aussi bien à jeun qu'à la suite de l'alimentation. Dans ces derniers temps, la malade accuse de la sensibilité plus marquée aux régions lombaires et aux jambes, tandis que les vomissements ont cessé. Il y a une semaine, elle s'est aperçue d'une éruption scarlatiniforme, dont on retrouve les traces encore à l'abdomen, sous la forme de taches à teinte rouge pâle, de grandeur variable et disparaissant sous la pression. Foie palpable au-dessous de l'arcade costale. Rate débordante deux travers de doigts au-dessous des côtes. Souffle anémique à la pointe se propageant sur tous les autres foyers. Rien de

notable à l'appareil respiratoire. Séro-diagnostic positif au 200^{me} pour le métilensis. Le 1^{er} mars, la cuti-vaccination est pratiquée. La course thermique montre le cours ultérieur de la maladie. La femme sort le 15 suivant, en pleine convalescence : elle n'accuse plus aucun malaise. Au point de vue objectif, rien de pathologique n'est relevable, en dehors d'un état d'hologohémie. La rate n'est plus accessible à la palpation.

Un autre cas dans le même genre est le suivant de Vag. Biagio, âge de 38 ans. Il entre à l'Hôpital le 25 juin 1928.

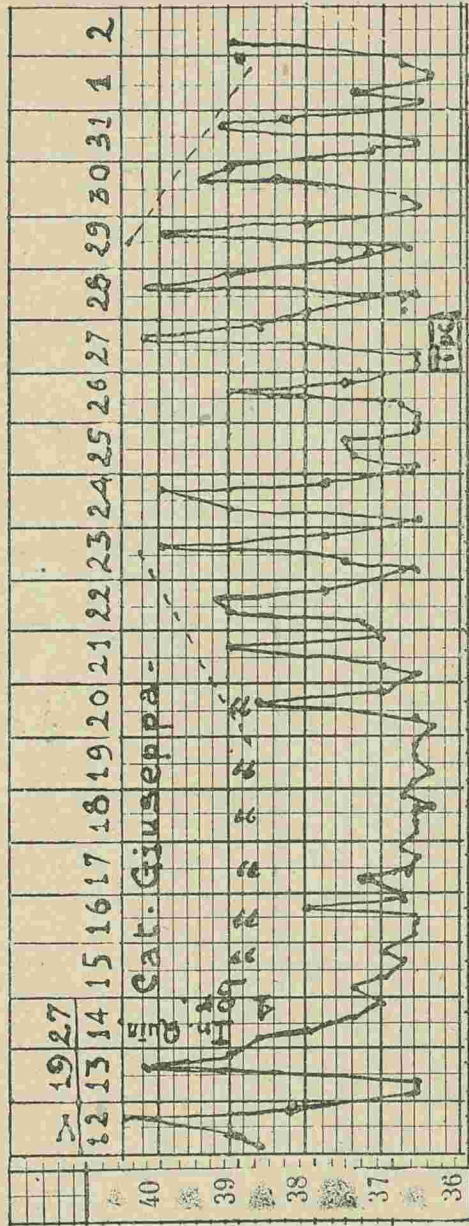


Rien de notable dans le passé, si ce n'est du paludisme à l'âge de 27 ans. La maladie actuelle date du 27 mai de cette année et se présente avec son cortège habituel : frisson initial à la montée fébrile et les sueurs finales à la rémission. Le séro-diagnostic est positif au 200^{me}. On perçoit une zone de submatité au sommet droit, duquel côté la radiographie découvre à son tour un léger voile. Une particularité est aussi à remarquer à un autre point de vue dans la courbe thermométrique : elle révèle de larges oscillations, qui peuvent être le fait d'une intrication avec le paludisme que l'anamnestique nous accuse. On verrait se reproduire ici ce même fait, que j'ai constaté et bien mis en vue à l'occasion de mes travaux sur la cuti-vaccination dans la fièvre typhoïde.

Donc, aussi bien qu'il a pu être fixé ailleurs, on doit retenir que, même ici, le paludisme puisse agir et qu'il doit agir, soit sous forme, comme dans certains cas de modifications dyscrasiques du terrain; soit sous forme d'intrication des deux infections en activité à la fois. Il est bien compréhensible alors que cette intrication de la fièvre méditerranéenne avec la dyscrasie ou avec l'infection palustre en activité doive se manifester sous les espèces d'un syndrome spécial, caractérisé par une résistance particulière au devant de toute attaque thérapeutique. La quinine, qui notoirement n'a aucun effet appréciable sur les syndromes purs de méditerranéenne, peut bien en avoir une dans les cas qui nous occupent; mais le plus souvent cet effet n'est que précaire et passager.

Particulièrement démonstratif, à ce propos, est le tracé suivant du cas d'une infection au mélitensis présenté par une jeune fille, Cat. Giuseppa, âgée de 21 ans et entrée à l'hôpital le 12 mai 1927. Elle nous dit de l'avoir contractée, en assistant sa mère qui, d'après ses assertions, serait affectée, elle aussi, d'une fièvre méditerranéenne.

Ici sont à relever : 1° la certification de l'infestation paludéenne par la démonstration à *juvantibus* que nous a fournie l'action de la quinine; 2° le caractère transitoire de cette action de la quinine, — administrée sous forme de piqûres sous-cutanées à 1 gramme, par jour. On pourrait ici présumer et présupposer qu'en des cas semblables à celui-ci, en éliminant une des infections, on puisse aboutir à la maîtrise de l'autre. Mais c'est toute autre chose qui arrive, car de la part de l'organisme il y a un cercle vicieux. Le paludisme contribue à entretenir, sous une forme particulièrement tenace le syndrome dû au mélitensis. A son tour, la coexistence de cette infection empêche que l'infection paludéenne soit tout à fait maîtrisée, même par les moyens reconnus habituellement les plus efficaces. A part ces circonstances, ce cas était encore intéressant à plusieurs autres points de vue. Il se présentait sous la forme intestinale de l'affection. La malade a eu de la diarrhée pendant tout le temps de la maladie. A la suite de l'intervention par cuti-vaccination, on voit sur la courbe une tendance incontestable à la descente jour par jour dans la maxima de la température. On peut supposer que, semblablement à ce qui intervient dans le stade amphibole de



la fièvre typhoïde, la réaction thermique aurait pu finir par l'extinction complète de la fièvre, dans la période vaccinante de 8 à 10 jours, qui sont habituellement nécessaires pour que ces procédés de cuti-vaccination nous rendent toute leur efficacité possible. Mais dans le cas en discussion toute possibilité d'une observation ultérieure nous a été enlevée par le fait de la sortie intempestive hors de l'hôpital demandée par la malade que sa mère encore malade rappelait à son chevet.

Ce cas est en même temps l'exemple des difficultés que l'étude des applications de la cuti-vaccination et de leur première mise à point rencontre. Pour que les connaissances que ces études doivent nous procurer soient indemnes de tout mélange, il a fallu toujours sacrifier aux droits et aux nécessités de la plus longue observation toute aspiration légitime à une plus grande rapidité thérapeutique. Du reste, grâce aussi à l'appui et aux lumières que nous fournissent nos recherches dans d'autres infections, on est arrivé à confirmer pour la méditerranéenne que la même loi y préside toujours. Partout où nous puissions l'appliquer ou la rencontrer en application pour qu'on puisse en juger au juste les phénomènes qu'elle déclanche, il faut bien retenir cette loi fondamentale, c'est-à-dire que la cuti-vaccination est un procédé d'une nature et d'un mécanisme tout à fait spécial et qu'il ne faut pas la comparer à la manière d'agir des vaccinations habituelles ou des médications de « choc » et par l'emploi desquelles on escompte le plus souvent un véritable bouleversement dans l'équilibre maladie résistance organique. *La cuti-vaccination ne fait que substituer à la maladie en cours à évolution inconnue X une maladie atténuée, vaccinante, à phase fixe, numérique, de huit à dix jours.*

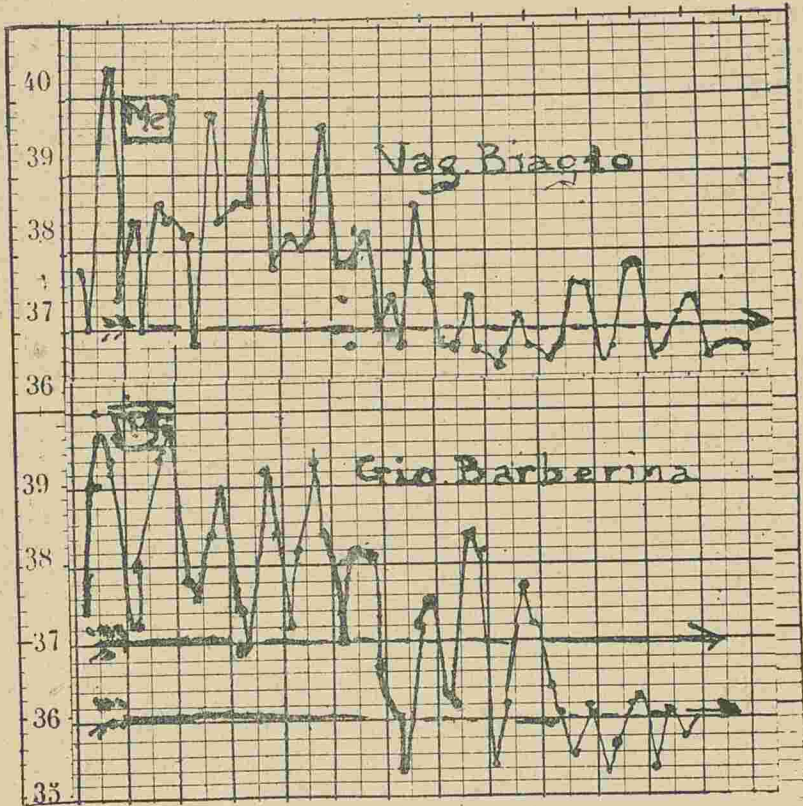
Cette loi a sa valeur intégrale lorsque les rouages des pouvoirs de résistance chez l'organisme ne subissent aucune sorte d'entrave dans leur jeu.

Ce cours cyclique est nettement relevable p. e. dans la courbe «^{os} 3 4, 7, 8.

C'est ce qui apparaît aussi, d'une façon très nette, sur ces deux autres courbes dont l'une se rapporte à un cas de fièvre typhoïde traités actuellement dans notre service.

Qu'on les compare et on en sera vraiment étonné de la manière

dont elles sont non seulement comparables, mais superposables même.



A l'application pratique dans toutes les plus différentes infections ces effets de la méthode résultent si parfaitement comparables que je qualifierai volontiers ce procédé de « logique ». *Post hoc ergo propter hoc, ad tempus hoc*. Cette « logique » fait justice de certaines critiques orales non étayées sur des recherches de contrôle, mais qui puisent leur seule compétence dans l'impromptu, ont voulu voir dans les observations antérieurement publiées sur la fièvre typhoïde *comportant les formes les plus diverses comme syndrome et comme évolution des moins âgées aux plus âgées*, l'effet résolutif comme la résolution naturelle de l'infection au XXI^{me} jour, ni un jour de plus ni un jour de moins ! Ne s'apercevant pas

quand même, qu'en préjugant de l'efficacité du procédé et tenu compte de la carence de toute autre thérapie, il ne reste qu'à conclure avec M. de la Fauchardière, que même la « Thérapie » recon- nue, combien des fois si lourde, pour le malade et pour le médecin, est une pure fumisterie pour une maladie qui guérit avec un pour- centage supérieur à l'aide d'un procédé purement illusoire !

La vérité c'est tout autre. Avant tout il faut faire une distinction bien nette entre la pratique de ville et les cas qui arrivent aux ser- vices des hôpitaux. Dans leur plus grande majorité et c'est le cas aussi de la fièvre méditerranéenne, ce sont des cas qui, à une infime minorité près, donnent le plus souvent bien de soucis, qui ont souvent des tendances très fâcheuses à glisser sous les doigts du plus expert et même du plus « acharné » des thérapeutes. Il y en a bien des intoxiqués, des collapsés, des demi-comateux et des comateux bel et bien en deçà et au delà de ce fameux XXI^{me} jour !

Si on parvient à renflouer de ces malades rien de plus facile que de vous opposer l'échéance cataméniale de la résolution.

C'est si facile comme dans l'hypothèse contraire d'affirmer qu'on est tombé sur un cas singulièrement grave, parler d'agent morbide singulièrement virulent, d'un déplorable manque de résistance de la part d'un malade taré ou épuisé.

Une fois la faute rejetée sur le malade, il n'est que trop juste de la lui laisser escompter — dirait encore ici M. de la Fouchardière

Or c'est justement dans l'étude de ces cas les plus résistants aux autres traitements que le côté le plus intéressant du procédé de cutivaccination s'est révélé.

Nous avons vu par des exemples précédents comme on peut dé- blayer cette enquête du terrain. Nous avons vu comme on peut d'ores et déjà faire la part bien précisée à plusieurs de ces facteurs du terrain : telles les influences d'ordre endocrine, embryogénique. Une question serait très intéressante à pouvoir résoudre, c'est celle de l'intervention du facteur immunitaire comme état allergique (en hypo et en hyperaction) l'état de sensibilisation que la cuti-vacci- nation peut exalter à l'encontre des principes infectieux présents ou circulent dans l'organisme. Dans cette sensibilisation il y a à considérer l'influence des différentes richesses en germe des vac- cins.

La tractation *ad hoc* de tous ces à-côtés du procédé quoique inté-

ressante nous entraînerait dans un long exposé qui serait un surplus pour cette publication d'un caractère si particulier.

Au point de vue pratique, ce qu'il faut retenir de l'ensemble des recherches faites par nous, c'est que sous l'action de la cutivaccination, un état d'hypersensibilisation peut bien intervenir. Cet état d'hypersensibilisation ne donne en fin de compte d'autres inconvénients qu'une exagération de certains symptômes : manifestations fébriles, exaspération momentanée des douleurs articulaires. Tout en n'arrivant pas à donner une véritable péjoration, ces inconvénients ne sont pas moins ressentis comme tels par le patient, d'autant plus si l'affection subit de ce fait une prolongation dans son décours.

Il y a tout intérêt à les éviter et on peut les éviter en écartant complètement l'emploi de mélanges vaccinaux trop riches en germes. Un contenu de 12 à 15 millions de germes tués par centimètre cube s'est démontré tout à fait suffisant.

Les observations touchant le paludisme ne sont qu'une échappée sur un des chapitres au sujet du rôle que les différentes infections peuvent exercer comme intrications ou comme agents modificateurs du terrain. Il est bien à comprendre l'importance de démêler ces associations entre processus actifs ou leurs séquelles et reliquats.

Nous n'avons pas eu le loisir d'aborder d'aucune façon l'influence du terrain syphilitique, de cette infection que toute personne devrait avoir eu dans le passé, dans le présent ou dans l'avenir. Quoique intéressant ce côté de l'enquête, pourrait rendre moins qu'on s'en attendrait à première vue.

Mais il y a une infection qui avec plus de raison peut, à cause de sa diffusion vraiment généralisée et sa véritable symbiose avec l'individu peut se réclamer d'une importance au premier plan : nous avons dit la tuberculose. Ce facteur tuberculeux vient d'acquiescer une importance encore plus grande à la suite des découvertes modernes sur les formes filtrantes du bacille de Koch, desquelles relèveraient particulièrement certaines dyscrasies congénitales (transmission placentaire) ou acquises. Etant donné la diffusion et on peut même dire la généralisation de la tuberculose il est naturel de penser que l'infection tuberculeuse sous sa forme active et d'autant plus comme tuberculose latente, doit avoir un poids et par là

même le droit à une considération encore plus grande de celle qu'on lui est habituée d'accorder.

La vérification expérimentale de ce point de vue nous a fourni des appoints qu'à priori la théorie nous laissait prévoir devoir être très importants.

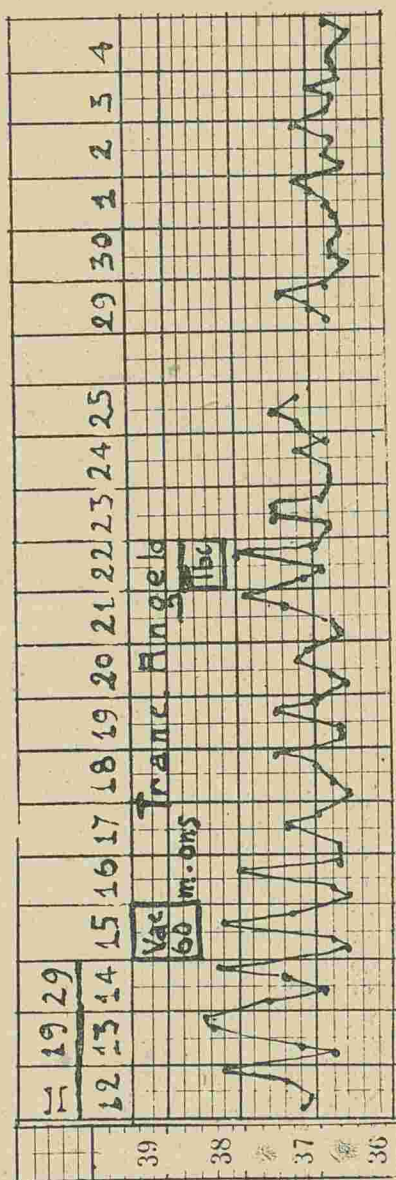
En effet, c'est justement cette étude qui nous a permis d'établir la cause de certaines résistances si durables que la fièvre méditerranéenne oppose à la guérison. En pure théorie, un organisme parfaitement sain ne devrait pas se ressentir du tout d'une infection ou bien devrait-il la vaincre dans une période relativement brève. Or, si au contraire une infection traîne plus ou moins longtemps, avant que cette guérison s'accomplisse, c'est qu'il y a un facteur d'arrêt. Or ce facteur d'arrêt, le plus souvent c'est le terrain tuberculeux. Cette conception, que j'avais découverte utilisable au point de vue pratique dans la fièvre typhoïde, j'ai trouvé maintenant qu'on pouvait la transposer et l'appliquer même ici, afin d'intégrer la cutivaccination de la fièvre méditerranéenne.

Lorsqu'on a remarqué que la réaction locale ou générale à l'encephalite du vaccin au mélitensis n'en était pas une bien franche, il nous est résulté possible de redresser le processus de vaccination spécifique, en modifiant à l'aide de la vaccination antituberculeuse les carences que l'infection tuberculeuse avait présumablement créées.

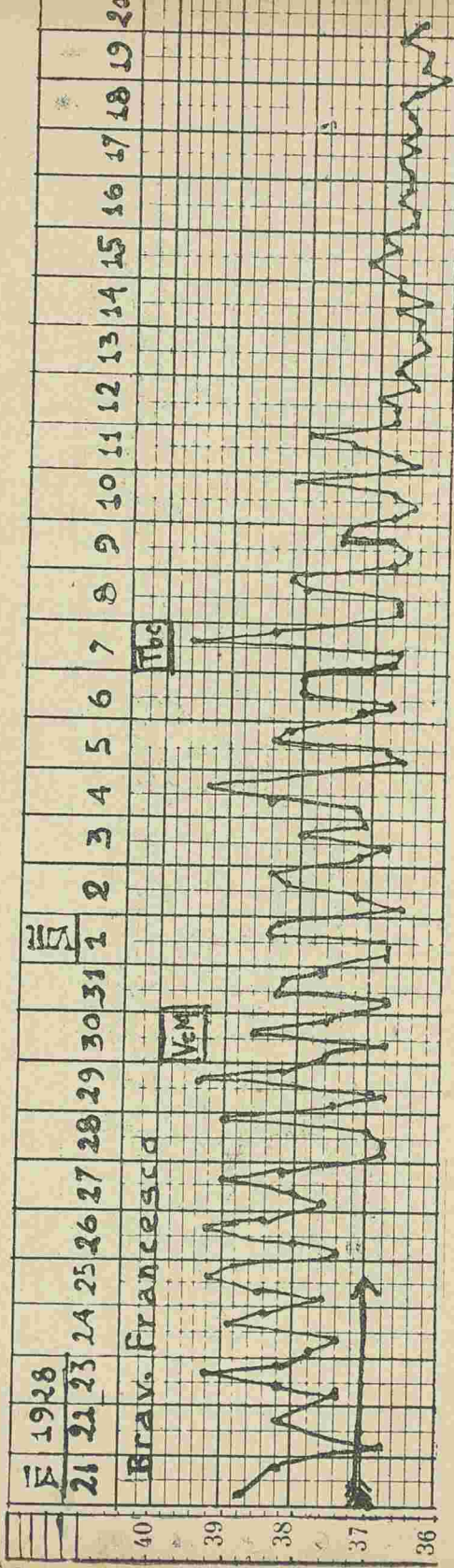
Cette action, dans son effet caractéristique est bien fixée par le tracté de Tranch. Angelo et par cette autre observation clinique dont voici le résumé :

Brav. Francesco, âgé de 23 ans. Entré à l'hôpital le 25 juillet 1928. Dans les anamnestiques à relever seulement une bronchite de 1^{re} durée de six mois et dont il a souffert à l'âge de 12 ans. La maladie actuelle date du 13 juillet 1928, caractérisée par de l'asthénie, des douleurs névralgiques aux membres inférieurs. Fièvre entre 38° et 40°, avec des rémissions le matin. Il se présente en bon état de nutrition générale sans aucun symptôme particulier à la charge des différents organes. Agglutination positive au 200^{me} pour le mélitensis. Ce qui frappe avant tout l'observateur c'est l'absence de modifications dans la courbe fébrile, même à la suite d'une série de piqûres de quinine et successivement d'une cuti-vaccination avec

deux mélanges : au vaccin de mélitensis et à la mélitine. Ce n'est



qu'à partir du moment où l'on pratique la cutivaccination tubercu-



Brav. Francisco

VEM

Hbc

40
39
38
37
36

leuse que la température se corrige pour se redresser et se remettre après tout à fait à la normale.

Cette température reste à la normale, même plus tard lorsque le malade demande à rentrer à l'hôpital pour une rechute passagère des douleurs articulaires.



Fait à noter à ce propos : il peut bien arriver dans certains cas que la cutivaccination puisse avoir son action favorable sur le cours général de la maladie, sur la température, sur l'état infectieux, et l'asthénie que cet état infectieux cause et soutient; mais dans ce cas de Brav, ainsi que dans plusieurs autres cas semblables, le procédé s'est démontré tout à fait inopérant à l'encontre de certaines manifestations locales, dans l'espèce les manifestations articulaires. Ce résultat, véritable séparation analytique, peut nous fournir une explication nouvelle pour ce point particulier du syndrome méditerranéen. C'est-à-dire que ces manifestations arthritiques ne seraient pas toujours de véritables aspects ou localisation de la maladie.

En d'autres mots, ces manifestations articulaires ne seraient pas toujours de véritables localisations de la maladie mais des états à type rhumatismal qui, tout en se manifestant à la suite d'un mécanisme répercussif doivent reconnaître à leur origine quelque facteur spécial d'altération préexistante, apportant une propension particulière des articulations à réagir sous la poussée de l'état infectieux général.

Mais à côté de ces localisations articulaires, qui reconnaîtraient une pathogénie plus complexe, il y a néanmoins des manifestations articulaires qui appartiennent nettement à une localisation du mé-litensis. Du moins, ce facteur d'altération antécédent, dont nous parlions, étranger au virus méditerranéen, et qui agirait comme

une espèce de mordant pour la fixation de ce virus serait d'une entité labile. Et quoique dans ce dernier cas de Brav., la vaccination anti-tuberculeuse n'ait semblé avoir en rien réagi sur les manifestations articulaires, appliquées à la suite de la vaccination spécifique il nous a paru plus intéressant et plus capable de nous procurer un effet utile, en la faisant précéder à toute autre intervention cutivaccinante à titre de modifications des cas particuliers, dans lesquels on avait eu à remarquer de très nettes localisations articulaires et en même temps des données déposant pour des localisations tuberculeuses de l'organisme.

Le cas de Lor. Francesco est intéressant à ce double point de vue.

Le malade, un paysan de 43 ans, entre à l'hôpital le 19 novembre 1928. Il fait dater le début de sa maladie à partir du 28 août de cette même année: Fièvre qui se porte de 37° le matin, à 39°5 le soir. Il n'y a pas de frisson initial, mais des sueurs profuses pendant et plus particulièrement à la fin de l'accès fébrile, et ce à partir de la deuxième semaine. De la céphalalgie très violente se développe après le premier mois.

Le malade avait eu, à un moment donné — précisément vers les premiers du mois de novembre, — l'espoir de s'être débarrassé de sa maladie. A ce moment-là, il a joui d'un état de santé parfaitement normal, pour le moins comme sensation subjective — et pendant une dizaine de jours. C'est justement une semaine avant son entrée à l'hôpital que, pour la première fois, le syndrome articulaire est venu se surajouter. On peut dire que presque toutes les articulations sont affectées : de l'épaule, du coude, des poignets, des genoux et du cou du pied. Le malade se ressent des douleurs qui le font beaucoup souffrir l'obligeant à éviter les moindres mouvements. La déambulation, lorsqu'il est obligé d'y avoir recours, n'est possible qu'à l'aide d'un bâton et il avance les membres raides et à petits pas. Le malade présentait des lésions que leur siège — le sommet — et les conclusions de la radioscopie rendaient suspects (1).

Bien que le sérodiagnostic déjà en date du 21 novembre ait été porté positif au 200^{me} pour le mélitensis, dans l'intérêt de la recher-

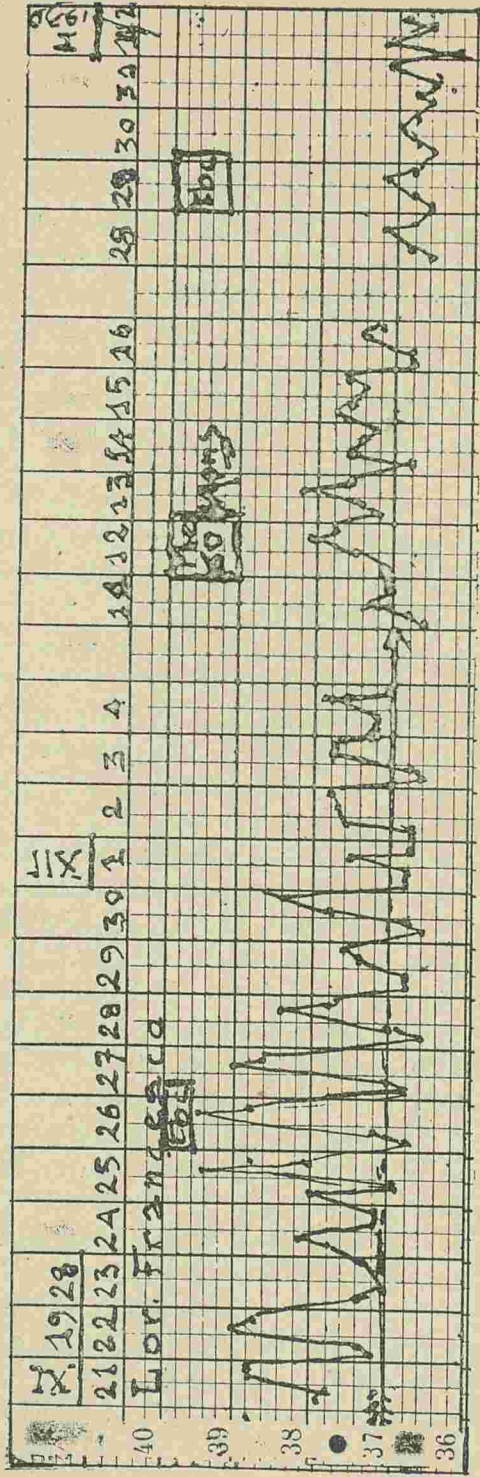
(1) Les deux sommets étaient voilés et ne s'éclairaient qu'à peine sous la toux. Les hiles denses quoique détachés.

che scientifique on a fait précéder à la cutivaccination spécifique au mélitensis — la cutivaccination tuberculeuse.

La modification exercée sur la courbe thermique est bien caractérisée. Il y a un bien net contraste et une certaine brusquerie dans cette modification, telle qu'elle ressort à la comparaison des jours avant et après la cuti-vaccination.

Mais la persistance d'un état sub-fébrile, — toujours au-dessous du 38° mais aussi bien au-dessus du 37° et bien que de 4 ou 5 dixièmes seulement, — nous permet de trancher deux facteurs intriqués, qui, malgré leur co-existence, sont complètement éloignés l'un de l'autre. C'est-à-dire, un facteur que la cuti-vaccination tuberculeuse arrive à impressionner et à corriger. De l'autre côté, un facteur qui doit tenir à l'infection par le mélitensis et qui continue son cours, sous une forme atténuée.

Ce n'est donc qu'après s'être assuré du caractère stable des effets obtenus, qu'on a décidé de passer à la cuti-vaccination spécifique au mélitensis. Et c'est seulement à la suite et sous l'action de cette cuti-vaccination que la température a fini par s'amender, quoique l'avantage ne se soit borné qu'à la baisse de quelques dixièmes de degré. Mais, pendant que les faits thermiques se présentaient si lents à la résolution, les faits articulaires subissaient au contraire un redressement tout à fait étonnant. Le lendemain même de la cuti-vaccination le malade, qui jusqu'au jour précédent ne pouvait marcher que péniblement et à l'aide du bâton, se réveillait sans aucune douleur et nous manifestait sa pleine satisfaction de se sentir si bien à son aise et après une première nuit d'un sommeil tout à fait tranquille. Les sueurs, qui avaient cessé après la première cuti-vaccination et qui avaient repris au cours de cette dernière semaine, étaient considérablement diminuées, presque complètement disparues pendant cette même nuit. Au 17 successif, la disparition se maintenait, des douleurs très légères se présentaient le soir; mais le sentiment de bien-être ne faisait que s'accroître et, à cette époque, le malade accusait une nette sensation de relèvement dans ses forces. Une cuti-vaccination tuberculeuse au 29 décembre finissait par régulariser tout à fait la température et le malade était renvoyé guéri à sa famille et à ses occupations par l'amélioration qu'a subie l'état général ou par manque de cette



150

150

Handwritten scribbles

superposition représentée par l'autre courbe fébrile associée. C'est justement pour le besoin de cette analyse et en considération du redressement que cette réaction aurait pu amener un jour ou l'autre qu'on a prolongé la période d'observation jusqu'au moment où l'on put s'assurer que ces manifestations morbides s'étaient réellement stabilisées.

Une tractation plus à fond sur l'action des cutivaccinations dans les affections articulaires sera donnée en son temps dans une publication à part. Pour le moment il est intéressant de considérer que dans le cas ci-dessus relaté de Brav. la cuti-vaccination au mélitensis n'a donné aucun résultat appréciable. Or, à l'encontre, dans notre deuxième cas, c'est elle qui a agi. Il pourrait bien se faire que l'action favorable de la deuxième cutivaccination « spécifique » ait été préparée et rendue possible par l'action favorable « mordante » — quoique « spécifique » — de la cuti-vaccination, qui l'a précédé. Il nous résulte, en effet, d'une série d'observations en cours, que des cuti-vaccinations tuberculeuses, même si exécutées dans des zones de peau éloignée, mais plus efficacement, si exécutées sur la peau recouvrant ou entourant les articulations lésées aboutissent à la résolution rapide d'affections articulaires à type rhumatismal, pour l'amélioration desquelles les subsides de thérapeutique connue s'étaient manifestés complètement inopérants.

Quoique le dernier mot ne soit pas encore à dire, un fait résulte, quoique encore limité de nos observations actuelles. C'est-à-dire que dans les manifestations générales de la fièvre méditerranéenne la succession cuti-vaccination au mélitensis en premier lieu et cuti-vaccination tuberculeuse en second temps se manifeste la plus efficace. Ce serait au contraire la succession inverse cuti-vaccination tuberculeuse, cuti-vaccination au mélitensis, qui paraît le mieux devoir agir lorsqu'il y a des faits articulaires à corriger.

Il y aurait un certain nombre de détails très intéressants concernant cette cuti-vaccination au mélitensis particulièrement pour ce qui se rapporte aux modalités de réaction, aux relations qu'elle a avec les autres vaccinations d'après ma méthode, aussi bien qu'aux explications qu'elle peut en recevoir et qu'elle peut à son tour leur donner. Mais il faut remettre à d'autres occasions cet exposé.

Pour le moment, afin de mieux dégager la portée pratique de ma

méthode, j'ai rédigé un tableau récapitulatif qu'on trouvera à la fin du travail et qui met en lumière les traits principaux des cas observés et résumés d'une façon comparablement schématique. Tous les cas passés dans notre service ces derniers trois ans et demi y sont enregistrés (1).

De ces vingt-deux qui y sont enregistrés — un seul positif au 100^{me} et les autres tous positifs au 200^{me}, — il y a eu trois cas qui sont guéris spontanément sans la moindre intervention médicamenteuse ou vaccinale.

Une des modalités les plus importantes du terrain est sans conteste celle qui se rattache à l'âge du malade. Une fièvre typhoïde de l'enfance, comme il est bien connu, a des allures et une physiologie tout à fait autre que chez l'adulte. Pour des raisons analogues, justifiées par le défaut ou le manque de réactivité, qui sont le propre de l'âge sénile, la pneumonie apyrétique et ambulatoire des vieillards assume des allures spéciales d'une redoutable inapparence.

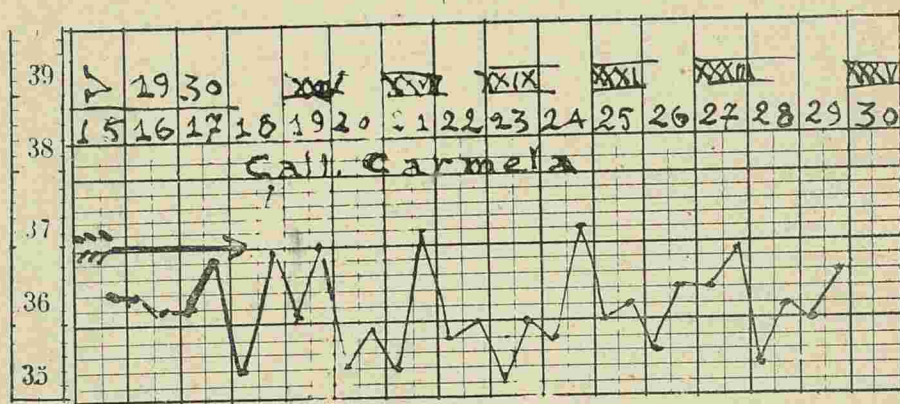
Nous avons la chance d'offrir à nos confrères, le tracé thermique prolongé d'une fièvre méditerranéenne chez une vieille femme de 76 ans, Call. Carmela. Il serait très intéressant de donner un plus large compte-rendu du cas s'il n'y avait pas lieu de ne pas trop élargir le cadre de notre exposition. Ce cas a été caractérisé par un type qu'on pourrait désigner avec la qualification d' « apyrético-sudoral ».

Seulement dire apyrétique dans ce cas que la traduction d'une représentation illusoire que la spéciale réactivité de l'âge sénile nous impose à un premier examen hâtif.

Mais, si l'on analyse la courbe et les modifications que le procédé cuti-vaccinant lui a imprimé, on se rend compte du véritable caractère et qui n'est pour rien caché de cette fièvre méditerranéenne qui n'en semble pas une. Toutes les modifications et le dessin ondulant s'ourdissent entre 36° et au-dessous et 37° et au-dessus. C'est, pour nous servir d'une expression musicale, une fièvre à l'octave dessous. La cuti-vaccination au mélitensis laisse ici la

(1) Etant donné le long intervalle de temps qui est passé entre la lecture en séance du travail et la remise du manuscrit pour la publication, on a ajouté deux cas dont l'observation n'était pas encore complétée au moment de la communication.

courbe inchangée. Mais les sueurs qui gênaient fortement la malade ont cessé sept jours après la cuti-vaccination et le 10 le sentiment d'euphorie est accusé. Ici même c'est la cuti-vaccination tuberculeuse qui, en rectifiant la température, nous révèle que l'état normal de cette femme est désigné par le trait de courbe qui reste compris entre le 15 et le 24 juin et peut-être, plus à raison le trait entre le 21 et le 24.



Fait notable, jusqu'à ce dernier trait, la température garde toujours son aspect ondulant caractéristique, comme si le mécanisme thermogénique était réglé sur cette tendance à l'ondulation.

C'est ce qui d'autre part peut des fois s'observer dans les premiers temps après la défervescence.

Cette tendance à garder le mouvement pris se reproduit dans d'autres fièvres infectieuses. Tels ces cas de fièvre typhoïde qui s'étant manifestés sous une courbe ondulante, continuant à garder ce même type ondulant après la défervescence.

Un cas, — celui de Ben. Anna — nous est revenu en héritage du service précédent de notre collègue de médecine. Le hasard nous a fait tomber sur un de ces cas au caractère si exaspérant de résistance. Il l'a traité avec sa compétence habituelle par une suite d'interventions thérapeutiques des mieux préconisées qui auraient pu laisser espérer même un succès rapide et brillant pour chacune d'elle : l'électrargol au début, puis ç'a été le tour de la mélitine et de la cuti-vaccination antimélitensis par la voie sous-cutanée et les

injections de lait en dernier ressort. Malgré cette gamme si variée d'interventions, l'affection s'est démontrée particulièrement persistante et n'a cédé qu'après trente-huit jours d'une thérapeutique si active et si variée.

Il y a certainement aussi des cas — ils ne sont pas nombreux, mais il y en a, — qui guérissent le plus doucement du monde sous n'importe quoi de ces moyens de thérapie; il y en a qui guérissent sans aucune intervention médicale, et nous en avons trois cas dans notre statistique. Or, ces trois cas sur vingt-deux, font un pourcentage de 13,68%. C'est un appoint très intéressant que toute thérapie, vite interventive, peut escompter de pouvoir englober dans son actif. Des cas plus nombreux et si persistants malgré une thérapie active, il y a ce cas que nous venons de citer qui ne fait que dépareiller dans notre statistique se rapportant à un ordre de thérapie tout à fait différent. Mais nous l'avons dû prendre en considération par le fait même de son existence. Un heureux hasard nous a permis de le souligner car il nous a donné l'« exemple-contraste » des meilleurs résultats de la moyenne que la thérapie courante est à même de nous donner. Pour cette pauvreté des résultats avec l'expérience générale il y a toute notre expérience professionnelle antérieure et la confirme que ce soin même nous est venu apporter avec les conclusions de notre si distingué confrère des Services de l'Hôpital Français, le docteur Masselot, et qui nous a si bien documenté à d'autres points de vue sur la fièvre méditerranéenne en Tunisie avec plus d'exactitude et j'y insiste intentionnellement dans son type hospitalier. Nos conclusions seraient aujourd'hui en parfaite concordance avec les siennes si le développement de nos recherches spéciales ne nous avait pas porté à établir les lois ou les mécanismes perturbateurs attachés au terrain et aux différentes intrications morbides et d'y remédier par des interventions d'un ordre spécial.

A titre documentaire je ferai du reste remarquer que ces conclusions négatives, que le docteur Masselot nous est venu apporter, forme le parfait pendant de celles qu'une compétence italienne de maladies coloniales, le prof. Gabbi, a déposées dans son *Rapport sur les fièvres à mélitensis et à bac. de Bang* à l'occasion du récent 34^{me} Congrès de la Société Italienne de Médecine interne (1928).

« La thérapie, — nous dit-il, — de la fièvre ondulante met à no-

tre disposition plusieurs armes pour la combattre; mais on ne nous a pas encore donné celle que nous tous demandons avec tant d'empressement, celle qui nous garantisse de pouvoir la vaincre d'une façon assurée. Particulièrement dans les formes qui, par leur lente évolution, rendent tout à fait pénible l'existence. La quinine, le calomel, les antiseptiques intestinaux laissent les choses telles quelles à leur place si même, ce qui des fois arrive, ils n'augmentent pas la fièvre...

« Il est ici de mon devoir rappeler que chez nous Izar a fait des tentatives expérimentales et cliniques de chimiothérapie avec la trypaflavine ainsi qu'avec la gonacrine... Avec la première la courbe thermique se modifie d'une façon certifiée en présentant un abaissement notable et un mieux être de la part du malade; mais aucune influence sur les tuméfactions de la rate et du foie. Des résultats également à peu près négatifs ont été obtenus avec l'urochrome (1).

« L'autohématothérapie, aussi bien que la hétéro et l'auto-sérothérapie n'ont pas donné de résultats nettement favorables. De même, les sérums antimélitensis (Eyre, Trambusti et Donzello), ainsi que ceux qu'on a préparés avec les nucléo-protéides (méthode de Lustig et Galeotti), ne consentent pas une conclusion certaine. Je n'en ai jamais obtenu de véritables guérisons définitives dans beaucoup de cas à mélitensis, ainsi que nombre d'autres médecins de même que moi. L'usage, même à de hautes doses de sérum, (jusqu'à 60 centicubes) ne donne aucun espoir certain de succès. On a pratiqué aussi des injections avec le liquide de vésicatoire, mais sans que les résultats aient autorisé à les adopter comme un moyen efficace de traitement. »

L'auteur se montre également sceptique au sujet de la vaccinothérapie sous-cutanée. On a essayé la cure protéinique et la pratique de l'abcès de fixation.

« Même ici, conclue-t-il, on affirme des victoires de beaucoup au-dessous des défaites. »

« Il n'y a que cette seule conclusion : nous ne possédons pas de remèdes spécifiques, nous affirme-t-il, et pour Gabbi il n'y a que

(1) Un cas a été traité dans le service avec d'autres indications et avant d'avoir « rectifié les positions » l'aide du séro-diagnostic. L'expérience avec la Trypaflavine concorde avec l'aperçu de M. Gabbi. C'est la cuti-vaccination qui a rétabli la malade. (Cas N. ?).

latte e letto (lait et lit). L'amélioration, qu'on a en vain attendue des médicaments, on l'a eu grâce à l'influence mystérieuse et bienfaisante de l'air de coteau ou de la montagne. Quand la température se présente obstinée et autour des 38° degrés, — un peu plus un peu moins, — c'est ici qu'on compterait nombreux les succès et que la guérison est presque toujours définitive. » L'expérience de M. Gabbi serait, à son dire « très large et encourageante ».

Etant donné les résultats tout à fait incertains, on peut dire même, le caractère presque nul des moyens thérapeutique ordinaires — à conclusions de rapports on peut bien le dire — il n'est que trop souhaitable de pouvoir disposer d'un procédé nouveau qui nous permette d'aiguiller enfin le problème thérapeutique vers une voie d'arrivée.

Après une si longue étude et l'expérience acquise dans l'application de la méthode de cuti-vaccination aux autres processus morbides, j'ai toute raison de retenir que la cuti-vaccination de la fièvre méditerranéenne a fait son épreuve. Par son maniement adroit, on peut escompter des résultats encore meilleurs que ceux par nous obtenus quoiqu'ils représentent déjà un apport thérapeutique décisif. A l'avantage de la méthode il faut ajouter qu'à l'avenir, en dehors de quelque recherche scientifique spéciale, il sera tout à fait oiseux de s'attarder à la fixation du type thermométrique ou du type évolutif de la maladie. La nature spécifique du syndrome aussitôt établie, il faut sans plus tarder amorcer la thérapie et de ce fait l'intervention plus précoce pourra nous donner un gain notable de temps pour l'attaque et la résolution du processus morbide. Il y a la seule réserve dans ce desideratum créé par le fait, comme on l'a vu, que le problème de la fièvre méditerranéenne est doublé d'une question de terrain à modifier. Il y a à envisager cette nécessité d'une cuti-vaccination modifiante ou co-adjuvante, — dans l'espèce la cuti-vaccination tuberculeuse — avant ou après la cuti-vaccination spécifique, il y a lieu de retenir que dans un bon nombre de cas une période moyenne de temps — d'une quinzaine de jours — sera souvent requise, mais est suffisante pour assurer la guérison de la maladie. Ce qui est un résultat idéal pour une affection si traînante et si difficile à « déloger ». Ce temps déjà si court — et il y a des cas qui font beaucoup plus vite, — viendrait se substituer à toute une somme de semaines et de mois que le cours

habituel de la maladie sous les traitements actuels comporte. Le fait de brûler les étapes d'une maladie si longue et exténuante serait d'une répercussion notable sur l'économie sociale grâce à une restitution plus prompte des malades à la capacité du travail. Un calcul facile à établir, par la comparaison des moyennes de durée pourra permettre de calculer « en monnaie sonnante » le gain qu'on peut réaliser sous la forme de journées de capacité au travail.

Ces considérations d'avenir faites en nous tenant au seul contingent de cas étudiés, leur analyse d'après le tableau récapitulatif annexé à la fin de notre travail, nous permet déjà une série de conclusions, d'où sera possible de dégager la contribution originale par nous apportée au problème de la fièvre méditerranéenne.

En faisant abstraction de l'affection telle qu'on peut l'observer dans la pratique courante privée il y a une forme hospitalière de fièvre méditerranéenne constituée par les cas en bonne partie précédemment soumis à une assez longue observation clinique et qui sont envoyés à l'hôpital juste en considération du caractère résistant à toute thérapie de l'affection. Dans notre statistique, en y comprenant le cas N. 10 datant de vingt-neuf jours, il y en a onze, c'est-à-dire le 50% exactement, qui ont fait un mois et plus de maladie et la moitié de cette moitié est formée par des cas allant de quarante jours (N^{os} 5 et 6), de deux mois (N^{os} 1 et 13) et jusqu'à trois mois (N^o 12) et même à trois mois et demi (N^o 1). Il n'y a que trois cas seulement sur les vingt-deux qui restent dans la quinzaine (N^{os} 8, 11 et 19) ce qui représente le 13,63% seulement. On n'a pu établir aucun rapport entre le degré d'ancienneté de la maladie et la manière ultérieure d'évoluer, dans le service. Si le cas N^o 11 de treize jours et le cas N^o 19 de onze jours sont guéris respectivement dans onze jours et dans vingt-deux; il y a le cas N^o 8 datant de seize jours qui est resté stationnaire après un traitement suivi de quarante-six jours.

Par contre le cas N^o 12 datant de trois mois est guéri dans trois jours seulement, sans aucune intervention curative et par le fait, comme on l'a vu dans le texte, de la condition améliorée de vie et d'ambiance.

De même pour les cas N^{os} 5 et 6, datant de quarante-six jours et qui sont guéris spontanément dans les mêmes conditions de changement de vie, après neuf jours d'hospitalisation à peine.

Etant donné ces cas qui guérissent en dehors de toute intervention active et afin de se certifier de l'absence d'un redressement spontané vers la santé on a dû trop prolonger des fois le temps d'observation entre une intervention vaccinnante et l'autre. De ce fait on a écarté la possibilité de résultats peut-être meilleurs et plus expéditifs. Dans le cas N° 1, pour obtenir un effet par l'intervention de la cuti-vaccination au mélitensis, on l'a répétée cinq fois et on est passés à la cuti-vaccination tuberculeuse qu'au dernier moment quand la patience du malade était déjà fatiguée et ne nous a pas permis de suivre le résultat consécutif.

A la suite de nos recherches antérieures sur la cuti-vaccination dans la coqueluche et dans la fièvre typhoïde, on a abordé l'étude de l'influence que le « terrain » organique peut expliquer sur le type et sur l'évolution de l'affection. Nous avons pu non seulement appeler l'attention sur des influences d'ordre embryogéniques et sur la forme sénile de l'affection, mais aussi sur certaines particularités d'intrication avec des maladies intercurrentes sur les tares qu'elles peuvent créer latentes ou d'ordre dyscrasique. En premier chef on a mis en lumière le rôle prépondérant de la tuberculose et donné en même temps la confirmation expérimentale de l'action retardante et empêchante de cette affection aussi bien sur l'évolution naturelle de la méditerranée vers la guérison, que même sur l'efficacité de la vaccination sous-cutanée et de la cuti-vaccination spécifique. Nous avons pu de cette façon fixer un procédé thérapeutique dont la statistique nous permet de fixer la valeur.

En dehors du cas N° 16, régularisé par la seule cuti-vaccination au mélitensis les autres cas, qu'on a traités avec la cuti-vaccination l'ont été à l'aide d'une alternance raisonnée de la cuti-vaccination au mélitensis avec celle au vaccin tuberculeux. En éliminant maintenant de la statistique les cas N°s 4, 5, 6, 12, 17, 18 et 20, guéris spontanément ou restés sans traitement et en y ajoutant avec le N° 15 aussi qu'on a vu être traité par la thérapie habituelle, le restant des cas traités par la cuti-vaccination et en nombre de 14, nous donnent la répartition suivante :

1° Un déchet de 28,68% les 4 cas N°s 1, 2, 3, 8) qui sont restés stationnaires, même après un traitement prolongé.

2° N° 2 cas qui sont guéris entre huit et dix jours (cas N°s 13, 17), ce qui fait une quote de 9.09%.

3° N° 5 cas guéris entre douze et quinze jours (cas N°s 11, 13, 7, 14, 22), ce qui fait le 35,90%.

4° En additionnant les cas qui bénéficièrent du traitement entre les premiers quinze jours, on voit qu'ils forment le 50%.

5° Si on veut arriver aux vingt jours (exactement vingt-deux) le pourcentage s'élève au 64,28%.

Avec cette série de cas on est arrivé donc à mettre à point la cutivaccination de la fièvre méditerranéenne, que les essais du premier début avaient semblé devoir faire destiner à un complet échec.

6° Il vient, d'autre part à être confirmé le comportement général de notre procédé de cutivaccination. Que l'on veuille remarquer en effet l'étonnante concordance entre les chiffres ci-dessus donnés et les pourcentages donnés par nos travaux précédents.

Pour la fièvre typhoïde il a été constaté en effet : le 27,27% du onzième au dixième jours; le 36,36% au quinzième jour et enfin le 72,72% pour le vingtième jour. Pour la coqueluche, si les cas abondent, qui bénéficient du traitement dans un temps plus bref, de façon à avoir le 59,57% de guérisons entre les sept jours; nous avons le pourcentage de 73,61% de guérisons entre les quinze jours. Ce chiffre qui semble ne concorder qu'avec celui de la fièvre typhoïde au 20^{me}, semblerait être plus distancié à la comparaison avec le chiffre correspondant de quinze jours. Mais si l'on considère la nature plus résistante de l'affection, on peut retenir que ce retard ne se rattache peut-être à une circonstance de terrain, dans l'espèce, la tendance anabolique, plus facile de réactive de l'organisme infantile et qui intervient avec plus d'énergie dans le cas de la coqueluche.

Tunis, Juin 1930.



Mélitococcie et hémoptysie

par le D^r A. ROGALSKI

—(0)—

A la séance du 23 octobre 1923, je fis une communication sur la mélitococcie et hémoptysie; il s'agissait d'une fièvre méditerranéenne au cours de laquelle, à deux reprises, survinrent des hémoptysies avec négativité de l'examen des crachats et de la poitrine (une radiographie) au point de vue de la tuberculose. Aujourd'hui je viens vous lire l'observation d'un deuxième malade qui fit une mélitococcie avec hémoptysie.

Observation : M. P., âgé de 35 ans, marié, père de trois enfants, malade depuis plus de 3 mois, vient me consulter pour une bronchite opiniâtre. Tous les jours, vers les 3 heures de l'après-midi, il est pris d'un malaise avec mal de tête, qui ne le quitte que vers les 2 heures du matin, après une transpiration modérée. La toux violente est continue, et l'expectoration visqueuse très abondante; scapuloalgie droite. A l'auscultation, nombreux ronchus dans la région apicale droite.

Rate, foie normaux. Pas de souffles au cœur. Pouls 86. T° 37,6. Asthénie très prononcée; perte de poids près de 11 kgs. en trois mois. Pas de frissons. Soupçonnant une bacillose au début, je recommandai une radiographie; celle-ci ne décéla rien d'anormal dans les poumons. Au bout d'une huitaine de jours, le malade toujours fébricitant et toussant, fit une hémoptysie — quatre à cinq cuillerées à soupe — et durant un nyctémère, des crachats sanguinolents. T° 38° avec rémission matinale 37°3. Je fis faire un examen des crachats à l'Institut Pasteur; réponse négative pour le B. K. Néanmoins le tableau clinique simulait tellement la tuberculose que je fis refaire une autre radio, celle-ci aussi fut négative. Non content, la semaine suivante, je priai le docteur Jaubert d'examiner le malade et sa réponse fut encore plus affirmative en fait d'absence de tuberculose. La fièvre persistant avec une symptomatologie pulmonaire invariable; je fis faire, par acquit de conscience, un examen du sang et ma surprise fut grande lorsqu'aux réponses négatives pour fièvre typhoïde, para, etc., je lus positif pour la fièvre méditerranéenne au 1/200.

Le reste de l'observation peut se résumer en quelques lignes.

Départ du malade pour la campagne — une ferme du côté de Souk-El-Khemis — disparition de la fièvre et de la toux. Retour en ville. reprise de la bronchite et de la fièvre. Départ à nouveau, guérison définitive.

Depuis j'ai revu deux fois le malade, rien à noter du côté de la poitrine.

Réflexions : Lorsqu'en 1923 je fis ma première communication sur l'hémoptysie au cours d'une mélitococcie, ce symptôme parut tellement insolite que malgré l'absence du B. K. dans les crachats et une radiographie nette, un doute subsista dans l'esprit de plusieurs confrères. Le caractère hémorragipare était contesté au micrococcus mélitensis. Depuis, d'autres confrères, tant en France qu'à Tunis, ont eu l'occasion de constater des épistaxis, des stomatorrhagies, etc., et même des hémoptysies; en effet, dans une leçon faite au Collège de France par le docteur Nattan Larrier sur la « Fièvre de Malte et les porteurs de germes », je trouve cette phrase : « l'expectoration du méditerranéen, très abondante et même parfois teintée de sang, peut rappeler celle d'un tuberculeux. » Le cas que je vous présente, diffère du premier en ce que dans l'observation de 1923, l'hémoptysie apparut comme insolite en cours d'une mélitococcie avérée tandis qu'aujourd'hui c'est un séro positif de mélitococcie qui paraît insolite après une hémoptysie envisagée comme normale dans le cours d'une symptomatologie de tuberculose au début.

Pouvait-on chez mon malade soupçonner la fièvre de Malte ?

En remémorant tous les symptômes présentés par M. P. on ne trouve rien de pathognomonique. Pas de fièvre à oscillation brusques, folles de 36° à 40° dans l'espace de quelques heures, ni une hyperthermie à plateau élevé avec rémission simulant le paludisme. Pas de transpiration qui épuise le malade. Tout au contraire, m'induisait à poser le diagnostic de bacillose évolutive. Certes les radios et l'examen des crachats négatifs pour la tuberculose m'ont fait abandonner le diagnostic de bacillose, mais seuls le séro positif à 1/200 et la guérison définitive de mon malade m'ont fait admettre celui de mélitococcie.

Discussion :

D^r GUIDO LEVI cite plusieurs cas d'hémoptysie au cours de la

fièvre méditerranéenne observés à l'Hôpital Italien. Dans ces cas, absence absolue de Bacilles de Koch à l'examen simple et après homogénéisation. Les phénomènes hémorragiques se présentent presque dans un tiers de cas des malades atteints de fièvre de Malte; non seulement hémoptysie mais aussi stomatorragie, épistaxis et aussi hématuries.

D^r M. UZAN : Il est bien entendu actuellement que la mélitococcie peut donner des phénomènes pulmonaires avec hémoptysies. Depuis la première observation du docteur Rogalski, beaucoup d'autres faits ont été signalés de ce genre.

Il est à noter que la fièvre de Malte suit elle-même une sorte d'évolution. On signale de plus en plus des phénomènes pulmonaires, des phénomènes méningés, ostéo-musculaires.

En somme la mélitococcie, fièvre essentiellement méditerranéenne, ayant dépassé son cadre habituel, évolue aussi en s'étendant.

D^r SCIALOM : La séro-réaction de Wright est considérée comme positive à partir de 1/200 et c'est un signe de probabilité. La Fièvre Méditerranéenne étant polymorphe et fluxionnaire, rien d'étonnant s'il y a des hémoptysies, des formes pulmonaires et méningées:



Sur deux cas de Fièvre Méditerranéenne à allure typique de fièvre typhoïde

par le D^r BARDOU

—(0)—

Le 15 janvier 1929 je suis appelé à Bellevue pour visiter le jeune Leg..., 15 ans, qui se plaint de courbature générale, maux de tête, fièvre le soir. A l'examen, je trouve un peu de congestion pulmonaire, une rate légèrement palpable, et quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite. La température étant faible le matin et assez élevée le soir 38°5, j'institue une série de quatre piqûres de quinine tout en réservant mon diagnostic.

Le 20, je revois mon malade sur lequel la quinine n'a eu aucune prise et dont la fièvre s'installe en plateau : matin 39°; soir 39°6. En attendant le dixième jour, pour le prélèvement de sang, en vue du séro diagnostic, j'institue le traitement classique de la typhoïde: potion tonique, glace sur l'abdomen et sur la tête; bains en cas de température aux environs de 40°. Mais pas de taches rosées !

La séro-réaction est négative pour toutes les fièvres !

Jusqu'au 17 février la fièvre n'a pas varié, si ce n'est pour atteindre 40° et 40°7.

Pendant ces vingt jours de fièvre continue, élevée, le malade a présenté tous les symptômes alarmants d'une typhoïde grave : assourdissement des bruits du cœur, albuminurie, lipothymie et troubles nerveux : délire, tremblements généralisés et très accusés, troubles de la parole allant jusqu'à l'aphasie.

Le 18 février, la fièvre tombe à 36°2 et remonte le soir même à 37°6 sans aucune complication viscérale ou cardiaque.

Le 21 février elle atteint de nouveau 40° et redescend progressivement; le 24, nous avons 36°8 mais elle remonte le 26, à 38°2.

Devant cette courbe thermique capricieuse, je demande une consultation. Le docteur Broc devant la marche de la maladie et les symptômes qui se sont déroulés; malgré un séro-négatif, confirme le diagnostic de dothiéntérie, mais conseille de refaire le séro au cas où l'on se trouverait devant une fièvre de Malte.

Le deuxième séro est négatif sur toute la ligne.

Le 4 mars, je fais une intra-dermo-réaction à la mélitine : négative aussi; il y a environ quarante jours que l'enfant est malade.

La fièvre remonte et persiste à 40°; le 7, seconde intra-dermo : négative aussi. Mais pendant trois jours, la température est à 37°6 et 36°8. Du 10 au 14 mars, fièvre continue à 40°

En désespoir de cause, je fais un abcès de fixation à la cuisse droite, que je renouvelle quelques jours après, à gauche. Ces abcès se forment lentement, et donnent, le 21 mars, du pus en abondance, la fièvre semble vouloir descendre en lysis.

Le 31 mars, ré-ascension thermique, à 38°, qui se maintient durant cinq jours.

L'enfant ne présente plus aucun symptôme particulier, pas de signe pulmonaire; albuminurie négative; rate débordant légèrement les fausses côtes; constipation.

Le 5 avril, je reprends la réaction à la mélitine; elle est légèrement positive et la fièvre, à partir du 7, tombe à 36° jusqu'au 10. Le 10 avril, elle remonte à 38°2, je refais une autre intra-dermo et la fièvre disparaît d'une façon définitive, cependant je fais encore deux intra-dermo pour consolider la guérison.

Mais la fièvre disparue, le malade n'en a pas moins présenté tous les troubles de la période terminale de la mélitococcie : sciatique double, œdème des jambes d'origine probablement lymphatique. douleurs articulaires, etc.

Ce qui est intéressant chez ce malade, c'est, en somme, la période d'invasion qui a eu toute l'allure clinique d'une typhoïde grave avec un plateau à 40° de vingt jours, troubles cardiaques, céphalées, troubles rénaux, et finalement troubles nerveux avec syncopes alarmantes. Cette période d'invasion passée, la marche de la fièvre a été celle d'une fièvre de Malte ordinaire. Tous les examens de sang ont été négatifs et pour la typhoïde et pour la fièvre de Malte et pour le paludisme ainsi que les premières intra-dermo réactions.

La marche de la maladie peut se décomposer ainsi :

1^{re} onde, du 19 janvier au 18 février;

2^{me} onde, du 21 février au 14 mars;

3^{me} onde, du 20 mars au 3 avril;

viennent alors les injections de mélitine qui arrêtent d'une façon définitive la température !

II

M. To..., 45 ans, vieux paludéen, présente depuis quelques jours

des accès de fièvre avec rate volumineuse : céphalées; vomissements.

Le 16 août 1931, je lui fais faire une série de quinine : négative. La fièvre continue à osciller : 38° le matin et 40° le soir. Je fais une hémoculture et, le malade habitant à l'hôtel, je conseille son transport dans une clinique. Partant en vacances, je passe le client à un autre confrère qui le soigne pour typhoïde : le 3 septembre on fait de l'électrargol intraveineux; ensuite toute une série de septicémine; 14 injections. La fièvre continue toujours ses variations de 38° à 40°. Sous l'influence de la septicémine elle semble céder jusqu'à 36°, le vingtième jour de la maladie, ce qui confirme le diagnostic mais remonte dès le lendemain insensiblement jusqu'à 38° et 38°4; elle se maintient autour de 38° jusqu'au 12 octobre, c'est-à-dire pendant un mois encore; et jusqu'au 19 octobre, température à 37° : le malade quitte alors la clinique. Je le revois pour une brûlure à l'abdomen faite par la vessie de glace. Il semble aller mieux; me dit avoir été vu par plusieurs médecins, en consultation, que tous ont affirmé la typhoïde malgré deux séros et une hémoculture négatives ! Le malade demeure subfébrile mais étant donné la présence de la plaie, il n'est pas attaché d'importance à cette température : le matin 37°8; soir 39°.

Le début de l'ascension fébrile débute par des frissons; le malade ne trouve pas assez de couvertures pour se couvrir ! De nouveau : quinine, sans résultat ! (Début de novembre).

Le vendredi 13, je fais une intradermo qui est légèrement positive. Le malade demande une consultation avec le docteur Durand de l'Institut Pasteur qui confirme le diagnostic et fait des cuti-réactions avec des dilutions progressives de mélitine, toutes positives.

Depuis ces réactions, la fièvre se maintient à 36°8-37°2.

Ces deux cas nous incitent à des réflexions, plutôt décevantes.

1° Au début de leur maladie, Leg... et To... ont présenté la majeure partie des symptômes d'une typhoïde et d'une typhoïde grave: prostration, céphalée. Température élevée continue, grosse rate et gros foie; troubles cardiaques, rénaux, et nerveux, et légère congestion pulmonaire.

Tous les médecins qui les ont vu ont porté le diagnostic de typhoïde et il ne pouvait en être autrement : malgré l'absence de taches

rosées et la négativité des examens de laboratoire ! L'intradermo-réaction, elle aussi, donne, la première fois, un résultat nul !

On peut dire que la clinique et le laboratoire ont été ici en défaut ! ce n'est que par la suite, qu'il a été possible de porter le diagnostic précis, lors de l'apparition des ondes.

2° Au sujet de la réaction, à la mélitine, il m'a été donné, d'autres fois, de constater que faite trop près du début de la maladie, elle demeurerait négative. Et au contraire, plus l'infection est ancienne et mieux le sujet réagit. Il est même à ma connaissance un cas typique d'ancien méditerranéen, infecté en 1925 et qui ces jours-ci a eu une réaction positive d'une intensité insoupçonnée : localement œdème dur et très étendu, et, fièvre à 38° pendant vingt-quatre heures !

Il est vrai d'ajouter que cette sensibilité prolongée à la mélitine est plutôt l'exception, car aux autres malades chez qui elle a été expérimentée longtemps après la disparition de tous les symptômes, elle est redevenue nulle.

Cependant, en cours de maladie, cette constatation m'a toujours semblé vraie. Jamais je n'ai pu avoir une réaction positive avant les quatre à cinq premières semaines de fièvre !!! Ce qui n'est pas pour faciliter la tâche du médecin !



Fièvre de Malte et Sympathique

par les D^{rs} Maurice UZAN et Hector BONAN

—(0)—

En étudiant l'empreinte vago-tonique de la dengue, nous avons montré que les maladies peuvent se grouper suivant les réactions suscitées par elles sur le système vago-sympathique et que, au cours des infections, la plupart des symptômes ne représentent que la réaction de ce système nerveux vago-sympathique à la maladie. Ainsi en est-il pour la mélitococcie.

Nous étudions successivement :

- 1° les symptômes;
- 2° les indicents;
- 3° les complications;
- 4° les séquelles.

1° Symptômes

Fièvre : Le symptôme dominant de la mélitococcie est la fièvre. C'est la fièvre ondulante qui reproduit le plus l'allure des réactions thermiques dues aux troubles du tonus vago-sympathique (fièvres sympathiques Hayat et Uzan) elle en possède toutes les caractéristiques : caractère cyclique, petites oscillations sans grosse atteinte de l'état général avec les troubles vaso-dilatateurs pouls et sueurs dont nous allons parler.

Réactions sudorales : Les sueurs sont toujours observées et parfois si abondantes qu'elles entraînent des syncopes.

Pouls : Le pouls est rapide (signe de Morpurgo) il peut se greffer des phénomènes de tachycardie paroxystique et le réflexe oculocardiaque exagère la tachycardie ou la laisse indifférente.

Ajoutons à ces symptômes les signes accessoires suivants :

Le dermatographisme et l'excitation du réflexe pilo-moteur.

Les Douleurs sont à type d'algies sympathique ou de causalgie; nous ne les décrirons pas toutes, mais seulement nous signalerons l'importance des symptômes de localisations de ces hyperesthésies, les unes dépendant de l'aire génitale, pression des testicules (Cantreloude); pression des ovaires et des reins (Scialom et Silbon); friction légère des zones érogènes; les autres dépendant de certaines aires endocriniennes; hyperesthésie thyroïdienne à la friction

(signes de Lian); dermatographisme à la friction de la région thyroïdienne (signe de Maranon).

A ces symptômes ajoutons l'asthémie très marquée et l'hypotension intense, donnant toujours à la maladie l'allure de l'insuffisance surrénale.

2° *Incidents*

Certains incidents prennent l'allure de phénomènes paroxystiques vago-sympathiques, ainsi :

- 1° les crises de tachycardie paroxystiques;
- 2° les crises sudorales;
- 3° les petites syncopes par inhibition vago E ou par hypotension ou par phénomènes de myocardie;
- 4° et les crises desialhorée.

3° *Complications*

Les unes sont rares, telles que :

- les mélanodermies localisées;
- les diarrhées, (semblables à celles des basedouviens); les réactions digestives chez l'enfant mélitococcique étant plus importantes (Benmussa et Uzan);

le syndrome de Cl. Benad Horner (Broc), qui signe la lésion du E ; les autres très fréquentes sont les phénomènes douloureux à type causalgique donnant l'impression de rhumatismes, de névrites.

4° *Les Séquelles*

sont très fréquentes et très importantes à connaître. Les mélitococciques fréquent les consultations médicales pendant plusieurs mois et même des années. On relève chez eux ou bien des troubles endocriniens, surtout surrénaux (hypotension, asthénie, mélanodermie) souvent thyroïdien (tachycardie, tremblement, diarrhée et quelquefois fluxion thyroïdienne, parfois génitaux);

ou bien des causalgies à localisation très disparate et déroutant le médecin non averti;

ou bien des troubles neuro-psychiques à forme de dépression mentale et d'exaltation du sympathique.

Nous venons de passer en revue les différents arguments d'ordre clinique, il en existe d'autres, d'ordre chimique et biologique.

Tout d'abord la réaction de ces malades à la mélitine, la teinte de cette réaction, la fréquence de pigmentation de la zone.

La réaction des sujets à certains produits pharmaceutiques, comme l'adrénaline et ésérine. Ce dernier produit augmente nettement l'action de la mélitine; il renforce l'intradermo-réaction et semble être un adjuvant précieux de la thérapeutique vaccinale et mélitinique d'où l'emploi fréquent et actif de la solution de gènesérine en clinique.

Enfin, nous devons noter les réactions des sujets au changement d'air (Sardou et Laignel-Lavastine) moyen thérapeutique très connu et souvent employé.

En conclusion l'imprégnation du sympathique sur la mélitococcie est manifeste et la Fièvre de Malte constitue le type même de la fièvre sympathique en opposition manifeste avec la dengue, maladie vago-tonique, et en parallélisme avec la tuberculose.

La classification des infections suivant les réactions humoro-neuro-végétatives donne des aperçus d'ordre général, clinique et thérapeutique d'un grand intérêt.



Tripaflavine et Fièvre Méditerranéenne.

par le D^r Guido LEVI

Les résultats remarquables que plusieurs auteurs ont obtenus en traitant la fièvre méditerranéenne par la méthode de Izar m'ont encouragé à tenter la Tripaflavine dans le traitement de l'infection méliococcique.

J'ai soigné en tout neuf malades. *Trois* ont guéri assez rapidement après la IV^{me} piqûre, avec des doses très légères de Tripaflavine (0,10 centgr. soit 5 cc. de la solution au 2%); (dans un cas la maladie durait depuis sept mois, dans les deux autres le début remontait à 14 et 25 jours).

Dans deux autres cas, les résultats de la méthode ne furent pas aussi bons, mais il faut attribuer l'échec partiel à des complications qui ne pouvaient pas être influencées par la Tripaflavine; (dans un cas la malade présentait un kyste suppuré de l'ovaire, dans l'autre une phlébite puerpérale).

Dans trois autres cas traités avec des doses plus fortes (0,20 ctgr. de Tripaflavine) l'insuccès fut complet.

Il s'agissait de malades très durs à soigner.

L'infection méditerranéenne dura longtemps : l'électrargol, le vaccin et même le sérum et la mélitine intraveineuse furent essayés en vain; et si la fièvre cessa en coïncidence de piqûres de lait, le syndrome infectieux persista; puisque trois mois après la rémission complète de la température; deux sur ces trois malades firent une orchite méditerranéenne; deux sur ces trois malades présentèrent des névralgies rebelles.

La profonde impregnation toxi-infectieuse de ces deux derniers malades nous apparut plusieurs mois après la défervescence en occasion des névralgies, sous forme d'une glycémie élevée jusqu'à 2 gr. °/° et une azotémie de 0,85 (qui ne peuvent être attribuées à une action nuisible du médicament que nous avons cessé depuis plusieurs semaines).

Ces faits nous permettent de supposer que l'insuccès du traitement par la Tripaflavine chez ces malades a pu être déterminé par la gravité de l'infection.

Dans un dernier cas enfin particulièrement grave, la Tripaflavine

essayée après échec de l'électrargol ne put sauver le malade, entre à l'hôpital en conditions presque désespérées.

J'ai donc eu, sur neuf malades traités, trois succès remarquables et rapides, deux échecs partiels, quatre francs insuccès.

Mais, soit dans les deux cas qui ont présenté des complications qui ne pouvaient pas guérir par le traitement avec la Tripaflavine, soit dans les trois francs insuccès, l'effet indiscutable du médicament fut de baisser la T° maxima de la journée et de raccourcir les oscillations de la fièvre.

J'ai expliqué dans les deux cas compliqués la cause de l'insuccès; qu'il me soit permis d'expliquer dans les autres cas celle qui, à notre avis, à part la gravité de l'infection, fut la raison de l'échec.

Les cas qui ont guéri avec la Tripaflavine étaient des cas vierges: aucun traitement antécédent n'avait troublé l'action de notre médicament.

Dans les cas qui n'ont pas guéri et dans celui qui succomba à l'atteinte du mal, on avait essayé en vain auparavant d'autres thérapeutiques et surtout l'électrargol.

Ce médicament qui a donné plusieurs fois des bons résultats dans le traitement de la fièvre de Malte a le défaut quand il n'agit pas de bloquer en quelque sorte le système reticulo-endothélial, et c'est sur ce système qu'agit la Tripaflavine qui n'est pas seulement un médicament de stérilisation microbienne, mais aussi un excitateur de l'appareil reticulo-endothélial. Toutes les fois que cet appareil est bloqué, la Tripaflavine ne peut agir avec toute son efficacité.

Comme preuve de cette façon de considérer l'action de la Tripaflavine nous avons le résultat des analyses du sang des malades traités qui présentèrent, après le traitement, une inversion de la formule leucocitaire, une exagération de cette mononucléose (grands mononucléaires) qui est habituelle dans la fièvre de Malte. Dans un de nos malades, la mononucléose rejoint le pourcentage de 60%).

(D'ailleurs, dans les malades atteints de blénnorrhagie, que nous avons traités avec la Tripaflavine, nous avons constaté un phénomène semblable et après le traitement il y avait une mononucléose moyenne de 40-45%).

C'est pour cette raison que nous n'avons pas cru nécessaire pous-

ser les doses de Tripaflavine à plus de 0,20 centgr. (10 cc. de la solution à 2%.

D'ailleurs les petites doses sont celles qui ont guéri nos malades.

La Tripaflavine ne nous a donné aucun choc, aucun accident. (Dans le traitement de la blennorrhagie elle ne nous avait donné non plus aucun inconvénient, sauf une seule et passagère crise nitritoïde sur plus de 300 piqûres).

Nous n'avons constaté après le traitement aucune atteinte au foie et au rein. Bien au contraire dans un cas d'hématurie, le sang disparut des urines après les quatre piqûres qui amenèrent la guérison du malade.

En conclusion : Malgré la faible proportion des malades qui ont guéri par la Tripaflavine, nous croyons qu'il ne faut pas renoncer à ce médicament dans le traitement de la fièvre de Malte. Mais il ne faut employer que des doses moyennes et il ne faut pas le tenter *immédiatement* après l'échec des autres thérapeutiques et surtout après l'électrargol.



Essai sur la valeur thérapeutique de la mélitine dans le traitement de la Fièvre Méditerranéenne

par les D^{rs} G. Dehbasch, Médecin Chef de Service à l'Hôpital Italien;
G. Spezzafumo et Santillana

—«0»—

Si pour se faire une idée sur la thérapeutique de la fièvre ondulante on parcourt la littérature, on est surpris par le grand nombre de moyens préconisés par les différents auteurs, et par les succès et les insuccès que chacun d'eux ont donné. Comment cela peut-il s'expliquer ?

Nous pensons que pour juger de l'efficacité d'un médicament dans le traitement de la mélitococcie, un facteur très important à apprécier est celui de savoir à quelle distance du début de la maladie il a été employé. C'est notre conviction et nous avons retrouvée notre pensée dans une leçon de Micheli (Turin). Celui-ci insiste sur le fait que à un certain moment, quand l'organisme du mélitococci-que a déjà mobilisé ses moyens de défense, ceux-ci peuvent être fouettés, exaltés, par une thérapeutique quelconque : colloïdothérapie, protéinothérapie, sérothérapie, etc. C'est ainsi que de nombreux auteurs ont pu obtenir des résultats très encourageants en employant à la période terminale de la maladie, l'électrargol, le lait, les sérums spécifiques, la quinine, le novarsenobenzol, alors qu'il est difficile de pouvoir juguler la maladie par ces mêmes moyens à la période initiale. Nous n'avons pas parlé des vaccins parce que pour ceux-ci une des conditions indispensables de réussite, d'après H. Rozier, serait leur emploi précoce.

Déjà en 1922, l'un de nous, collaborant aux recherches de Burnet dans notre hôpital pour établir la valeur diagnostique de l'intra-dermo-réaction à la mélitine, avait été surpris de voir la fièvre s'abaisser et souvent tomber le lendemain d'une intradermo-réaction. A ce moment-là, on n'osait pas encore entrevoir une relation de cause à effet et prudemment on avait pensé à une rémission spontanée et à une simple coïncidence. Depuis lors l'emploi de la mélitine en thérapeutique a été préconisé par Burnet, Lemierre, Debré, Cazales, Marie et Giroux.

A Tunis elle a été employée par plusieurs médecins avec des résultats très discordants.

Nous avons administré la mélitine dans cinq cas de mélitococcie :

- 1° Par voie intradermique;
- 2° Par voie intramusculaire;
- 3° Par voie intraveineuse;
- 4° Par voie intrarachidienne.

Premier cas. — S... C..., 25 ans, malade depuis soixante jours, avec température très élevée, 39°, 40°, avec de très légères remissions le matin. A été soignée jusqu'à son arrivée dans notre service par du sérum de l'Institut Seroterapico Milanese, et du vaccin de l'Institut Pasteur de Tunis. Entre dans notre service le 29 juin 1931. Le soir de son admission fait une phlébite. Son intradermo est fortement positive, et le séro-diagnostic est positif au 200^{me} pour le mélitensis. Nous la soignons par des injections intradermiques de mélitine tous les trois ou quatre jours. Nous notons toutes les fois une réaction locale mais jamais de réaction générale. L'état général de la malade est vite amélioré et dès les premiers jours, la température se stabilise autour de 38°. Le 15 juillet, dernière intradermique de mélitine, l'Institut Pasteur ne pouvant pas nous approvisionner. La température oscille entre 37° et 38° jusqu'au 23 juillet, puis elle remonte brusquement à 39°5 et nous fait pendant dix-sept jours une fièvre à type tout à fait ondulant 39° ou 40° le soir; 37°, 37°5 le matin, malgré des piqûres quotidiennes d'électrargol. Le 10 août, la température commence à tomber en lysis et elle sort le 13 août, guérie de sa phlébite mais encore sub-fébrile. Elle se présente à notre consultation le 3 septembre marchant presque sans difficulté, déclarant avoir été apyrétique jusqu'au 30 août. Mais depuis trois jours a recommencé à présenter de la température assez élevée. Nous reprenons le traitement à la mélitine et cette fois en injectant deux fois par semaine un demi centimètre cube dans les masses fessières. La température tombe à la troisième piqûre. Par précaution nous en faisons encore deux autres. Revue plusieurs fois depuis la guérison s'est maintenue.

Deuxième cas. — M... R..., 60 ans. Entre dans notre service le 27 juillet 1931. Malade depuis quinze jours avec température en plateau variant entre 38° et 40°. Un séro-diagnostic pratiqué à son admission vient positif pour le bacille typhique au 100^{me}, et pour le micrococcus au 200^{me}. Un deuxième séro-diagnostic donne le même résultat. L'hémoculture est négative. La coproculture ne nous

faisant pas trouver de bacilles typhiques, nous fait pencher pour une mélitococcie. La malade a été soignée jusqu'au 13 août avec de l'électrargol sans aucun résultat. Le 14 août, soit le trente-quatrième jour de sa maladie, on pratique une intradermo de mélitine; le 16, une deuxième et le 18, elle est complètement apyrétique. Elle sort le 20 et depuis n'a plus eu de rechute fébrile.

Troisième cas. — C... G..., 11 ans. Entre dans notre service le 22 octobre 1931. Est malade depuis quinze jours; le séro-diagnostic est positif pour le bacille typhique au 100^{me} et pour le mélitensis au 200^{me}. Une intradermo de mélitine faite le 26 octobre, 26^{me} jour de la maladie, vient très fortement positive. Le 28 octobre, la petite est apyrétique. Elle sort le 12 novembre et n'a plus eu de rechute fébrile.

Quatrième cas. — M... M..., 19 ans. Entre dans notre service le 18 août 1931. Est malade depuis le 28 mai 1931. Au début de juillet, soit un mois et quelques jours après le début de la maladie, elle fait une phlébite. Elle se présente à notre observation avec : paralysie spasmodique, Babinski bilatéral, clonus du genou, trépidation épileptoïde du pied bilatérale, hyperesthésie douloureuse aux membres inférieurs. Son séro-diagnostic est positif pour le mélitensis au 200^{me}. La température oscille entre 37° et 38°5. Une intradermo à la mélitine vient fortement positive. Nous lui injectons par voie intraveineuse tous les trois jours et progressivement un quart, un demi, et un centimètre cube de mélitine. Le 27 août, la malade est apyrétique mais les phénomènes nerveux ne se sont pas amendés. Il faut ici noter que les injections intraveineuses de mélitine en période fébrile n'ont donné lieu à aucune réaction générale. Le 4 septembre nous injectons dans le rachis un demi centimètre cube de mélitine diluée dans 6 cc. d'eau distillée. La température s'élève à 40, avec nette réaction méningée qui dure environ trente-six heures. La température tombe et nous continuons à pratiquer des piqûres intraveineuses de mélitine tous les trois jours jusqu'au 21 septembre. Pendant cette période d'apyrexie la mélitine donne une poussée fébrile s'élevant à 38° le soir de la piqûre. Le 10 octobre, la malade sort de l'hôpital complètement guérie, marchant seule et ne présentant plus qu'un Babinski à peine ébauché à gauche mais plus de Romberg. Elle n'a plus eu depuis de rechute fébrile.

Cinquième cas. — F... M... C..., 20 ans. Entre dans notre service le 27 août 1931. Est malade depuis le 5 août. Son séro-diagnostic est positif pour le mélitensis au 200^{me}. Par contre, l'intradermo répétée plusieurs fois reste toujours négative. La température est de 39° le soir avec des rémissions matinales; l'état général est discret. Nous lui faisons des piqûres intraveineuses de un demi cc. de mélitine tous les deux jours sans noter aucune réaction générale. Des le lendemain de sa quatrième piqûre, la malade est apyrétique. Mais déjà depuis deux ou trois jours, la malade avertissait des fourmillements et des douleurs aux membres inférieurs. A l'examen nous trouvons des réflexes très vifs, une trépidation épileptoïde du pied gauche avec un babinski inconstant, nous faisant craindre une myélite à son début ou au moins une irritation de la moelle. La ponction lombaire ramène 10 cc. de liquide clair hypertendu (Claude 31 en position assise). A l'examen : albumine 0,20. Glucosurie normale. Examen cytologique deux leucocytes par mmc., globulines, traces. Wassermann négatif. Sachs-Georgi négatif.

Le 7 septembre nous lui injectons dans le rachis un demi cc. de mélitine. Deux heures après une forte réaction s'amorce. La température monte à 40°8 et la malade présente une réaction méningée pendant environ 48 heures (céphalée, vomissements, Kœrnig, Brudzinski) mais la malade reste sub-fébrile. Dix jours après les phénomènes nerveux ont complètement disparu et la malade sort de l'hôpital le 10 octobre, encore sub-fébrile.

Revue une semaine après est apyrétique, et cette apyrexie s'est maintenue depuis.

De nos observations il résulte que :

- 1° Que la mélitine a agi favorablement dans les cinq cas;
- 2° Que la mélitine ne nous a jamais donné de fortes réactions, sauf par voie intra-rachidienne;
- 3° Qu'il ne faut pas la considérer comme une médication de choc mais très vraisemblablement comme une médication spécifique;
- 4° Que son action spécifique semble être démontrée par son action favorable même au début de la maladie (cas 2 et 3).
- 5° Que son action semble avoir été élective sur le système nerveux.



Fièvre Méditerranéenne et adénopathie trachéo-bronchique et médiastinale

par le D^r René BROG

La fièvre ondulante est une maladie tellement protéiforme, qu'à côté des formes pseudo-palustre, pseudo-typhique, pseudo-tuberculeuse, on a peut-être déjà décrit une forme ganglionnaire.

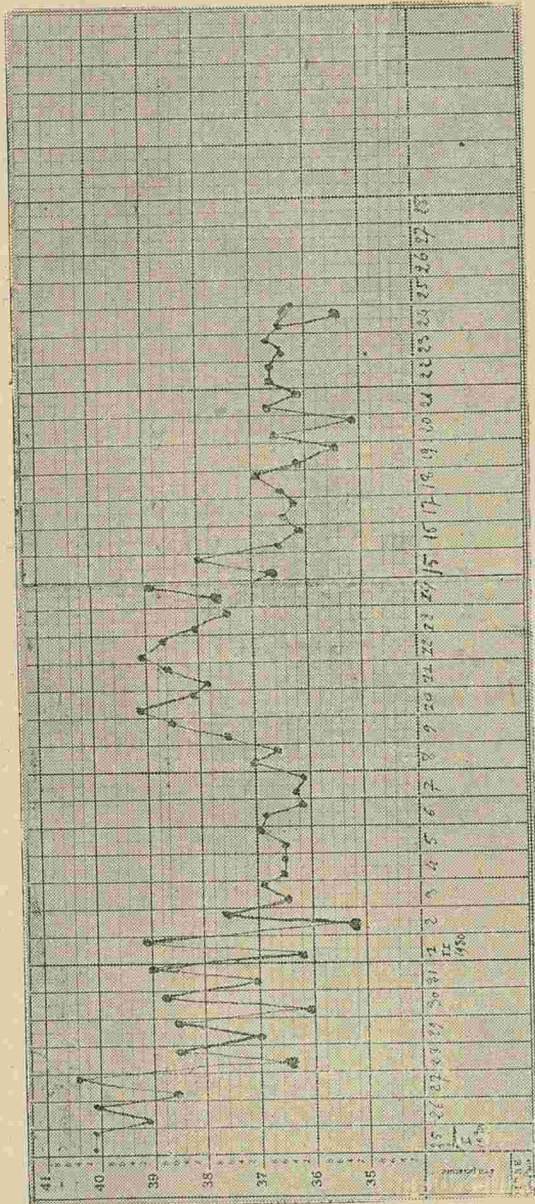
En fait l'hypertrophie ganglionnaire au cours de la maladie a été signalée surtout par les auteurs français; Violle dit que « les ganglions, pour certains auteurs, sont également augmentés de volume, et les adénites seraient un signe assez net et assez constant de la fièvre ondulante. Très douloureuses, surtout à la pression, elles apparaissent soit au début de l'affection, soit comme complications; les ganglions sont de volume variable pouvant atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon. ».

Peut-être l'hypertrophie ganglionnaire est-elle moins fréquente chez les brucelloses de l'Afrique du Nord. Cette complication ne nous paraît pas signalée dans le travail très complet du docteur Masselot paru dans notre Revue de novembre 1930. Ce sont d'ailleurs la plupart du temps des ganglions axillaires cervicaux, inguinaux, qui sont signalés comme étant hypertrophiés, et nous n'avons pas trouvé dans les recherches limitées que nous avons pu faire, de cas de fièvre méditerranéenne, avec hypertrophie des ganglions du médiastin et trachéo-bronchiques. C'est pourquoi, il nous paraît intéressant de faire passer sous vos yeux ces radiographies, montrant une énorme hypertrophie des ganglions médiastinaux survenus au cours d'une fièvre méditerranéenne, confirmée par une hémoculture positive, une cuti-réaction à la mélitine, pratiquées toutes deux par notre confrère le docteur Duran de l'Institut Pasteur. Prise de sang le 27 novembre 1929.

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, qui tomba malade à Capvern en 1929 où elle accompagnait une parente en traitement, et qui fit pendant un mois une fièvre élevée avec troubles intestinaux qui fut étiquetée fièvre typhoïde.

Rentrée à Tunis, après une période de convalescence apparente, une nouvelle poussée fébrile se produisit, avec phénomènes d'entéro-colite, affection dont l'enfant avait été déjà atteinte depuis plusieurs années.

Une troisième onde étant survenue, et la malade ayant des pou-



ées fébriles très violentes, la famille me fit appeler. La notion des

deux ondes précédentes permit de faire le diagnostic confirmé par les examens de laboratoire.

Au cours d'une quatrième onde, des signes de bronchite des sommets apparurent, râles sibilants et sous-crépitaux, plus marqués au sommet droit avec des quintes de toux, violentes et répétées. Les signes s'atténuèrent avec un traitement banal pour reparaitre avec une nouvelle onde. A ce moment un ganglion sus-claviculaire gauche apparut, devint douloureux et prit rapidement le volume d'une grosse noisette, puis deux ou trois autres ganglions s'hypertrophièrent le long du sternum. La toux devint coqueluchoïde avec vomissements. L'état général s'aggrava rapidement, par suite de l'anorexie, des vomissements et la malade s'étant très amaigrie, nous fîmes faire une radiographie des poumons qui montra une énorme masse médiastinale située au-dessus du cœur, à contours irréguliers, lobulés, cachant l'aorte et la trachée, remontant jusqu'aux clavicules (Fig. 1), 6 février 1930.

Devant une telle image nous fîmes pratiquer à l'Institut Pasteur un examen du sang, 8 février 1930, qui donna le résultat suivant :

Globules rouges	4.278.000
Globules blancs	28.500
Polynucléaires neutrophiles	76
Eosmophiles	1
Mononucléaires moyens	16
Lymphocytes	7

La malade avait subi différents traitements spécifiques, auto-vaccins, traitements à la mélitine qui n'avaient pas amené de résultats bien permanents, nous fîmes pratiquer par le docteur Jaubert de Beaujeu, un traitement aux rayons X et ensuite aux rayons ultra-violet. Sous l'influence du traitement les ganglions rétrocedèrent, et une radiographie faite le premier décembre 1930 montrait une diminution considérable de la masse ganglionnaire; un examen du sang pratiqué le 22 novembre 1930, avait montré une diminution des globules blancs retombés à 11.625.

22 novembre 1930 :

Globules rouges	4.150.000
Globules blancs	11.625
Polynucléaires neutrophiles	79
Eosinophiles	7

Fièvre de Malte et tumeur à forme ganglionnaire
du médiastin antérieur.

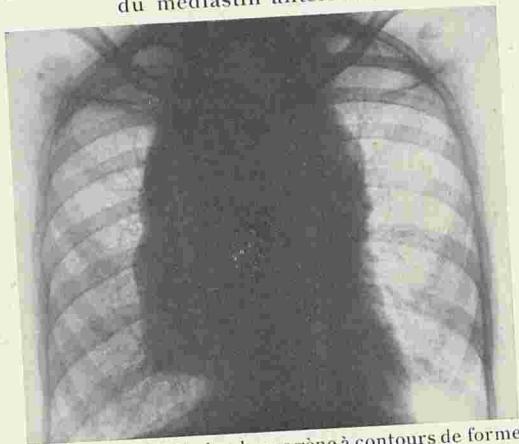


Fig. 1. — 6 2/30. Ombre homogène à contours de formes variées débordant le médiastin à droite et à gauche. De profil la tumeur qui produit cette ombre est placée derrière le sternum dans le médiastin antérieur.

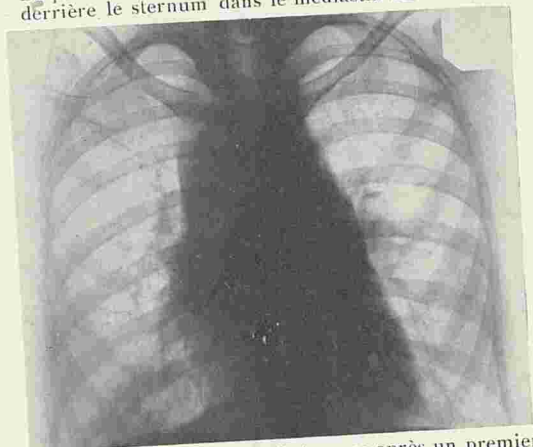


Fig. 2. — 1/12/30. Etat de la tumeur après un premier traitement par les R. X. et les U. V. Légère réaction hilare et para-hilaire à la base droite.

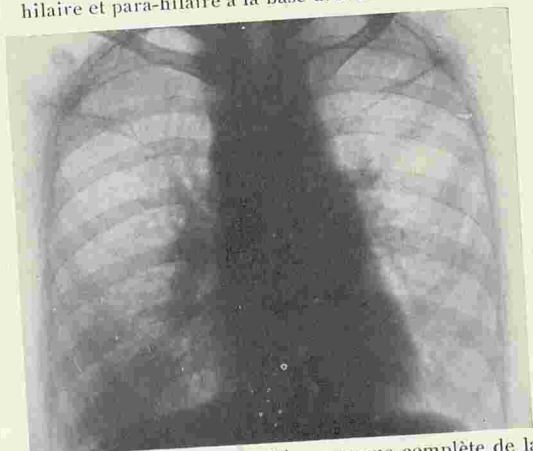


Fig. 3. — 23/4/31. Disparition presque complète de la tumeur après un deuxième traitement par les R. X. et les U. V. La réaction hilare et para-hilaire droite est toujours visible.



Mononucléaires moyens	8
Lymphocytes	6

Une dernière radiographie pratiquée le 22 avril 1931 montre que l'élargissement du médiastin a diminué d'une façon très importante.

A titre de curiosité, nous donnons une partie de la courbe thermique qui, à part la première onde qui paraît avoir été assez longue, a procédé par des phases hyperthermiques d'une dizaine de jours avec des oscillations dans la même journée de 40° à 35°, et des phases plus courtes d'hypothermie pendant lesquelles la température oscillait autour de 36°-36°5 avec des chutes à 35° (rectal)

Quelle est la nature de cette adénopathie médiastine et trachéo-bronchique survenue au cours d'une fièvre méditerranéenne.

En est-elle indépendante ? Doit-on la considérer comme une complication de la maladie ?

Cette adénopathie médiastinale s'est produite après un traitement spécifique intensif, qui, il est vrai, n'avait pas amené une guérison complète de la maladie, ni empêché le retour d'ondes.

L'examen du sang était plutôt en faveur d'une suppuration que d'une leucémie, et l'adénopathie a été très améliorée par les rayons ultra-violet; cela ne permet pas non plus d'affirmer catégoriquement que son apparition est indépendante de la fièvre méditerranéenne. On sait, que bien des complications qui surviennent au cours de la fièvre ondulante, en particulier, les suppurations osseuses, ne sont pas toutes dues au mélitensis, ce qui n'empêche pas de les considérer comme une complication de la maladie.

Nous n'avons pu faire, ni biopsie d'un ganglion cervical, ni analyse de crachats, ce qui aurait pu aider à éclairer le diagnostic, et le cas est encore trop récent pour que l'évolution de la maladie puisse nous permettre de porter un diagnostic ferme sur la nature de ces ganglions; malgré cette lacune, il nous a paru intéressant de signaler cette complication rare survenue au cours d'une fièvre méditerranéenne dont les belles radiographies du docteur Jaubert de Beaujeu, rendent tout au moins l'existence indiscutable.

Une complication rare de la Fièvre Méditerranéenne Syndrome de Claude Bernard Horner

par le D^r René BROG

Je tiens à signaler une complication assez rare survenue dans un cas de fièvre méditerranéenne prolongée et grave, chez un Israélite Tunisien, jeune (24 ans environ), ayant déliré pendant une quinzaine de jours (à la suite d'injections de vaccin de l'Institut Pasteur, (simple coïncidence sans doute) et qui présenta quelques jours après un léger ptosis du côté droit, de l'énophtalmie, et un léger degré de myosis.

Ces signes joints au délire avaient fait penser à un début de méningite, et un confrère appelé d'urgence, avait proposé à la famille une ponction lombaire qu'elle refusa d'ailleurs.

Tous ces symptômes disparurent en une vingtaine de jours. Leur interprétation est difficile, mais leur disparition complète, doit faire penser à une inhibition passagère toxique du sympathique cervical.

Néphrite azotémique au cours d'une Mélitococcie

par les D^{rs} HAYAT et FELLOUS

L'évolution actuelle de la Fièvre Méditerranéenne cause souvent au clinicien des surprises de plus en plus nombreuses qu'il importe de signaler et qui indiquent que le mélitensis, — s'il a une tendance à s'étendre un peu partout dans tous les pays, — a aussi une tendance à s'attaquer à tous les organes des malades. La Fièvre Méditerranéenne que nous observons de nos jours n'est plus toujours cette infection bénigne, peu bruyante, monotone, et souvent monosymptomatique, que nous avons l'habitude d'observer il y a vingt ou trente ans. La symptomatologie de la Fièvre Méditerranéenne est devenue variée et complexe, et cette maladie semble s'enrichir chaque jour d'une complication nouvelle. C'est l'atteinte du rein, méconnue jusqu'ici, — que nous venons signaler aujourd'hui.

Observation : J. T., 40 ans, malade du 15 août au 10 novembre 1931. Début par fièvre, transpirations abondantes, anorexie, amaigrissement. Séro-positif à 1/200 pour le mélitensis. Or, à la même période, dans la même famille, une enfant du malade, fillette de 12 ans, était déjà atteinte depuis plus de deux mois de mélitococcie très nette au point de vue clinique avec séro-réaction positive à 1/200. L'examen de notre malade donne lieu aux constatations suivantes : pâleur marquée des téguments, bruits du cœur sourds rapides et souvent irréguliers, ce qui s'expliquait par le mauvais état, autrefois déjà constaté, de son myocarde. Météorisme abdominal. Foie normal. Pas d'hypertrophie apparente de la rate. Rien aux poumons.

Le 18 septembre : apparitions d'hématuries totales, abondantes, répétées, avec oligurie et vomissements. En même temps le malade accuse des gonflements douloureux des poignets et des articulations du cou-de-pied.

Le 22 septembre, il présente un syndrome « cholérique » très impressionnant : diarrhée séreuse et profuse, vomissements incoercibles, refroidissement des extrémités, pouls filant, facies grippé, hypothermie... C'était une crise d'urémie confirmée par une analyse du sang qui nous révéla une azotémie de 2 gr. 45 et annoncée déjà par une analyse antérieure des urines : densité très faible, (1008), albumine-sérine : 0,24, diminution notable des éléments

normaux (urée, ammoniacque, azote total, chlorures) et présence de cellules rénales. Fait important à signaler : Au cours de cette période d'hypothermie, la séro-réaction vis-à-vis du mélitensis se montra négative.

Quelques jours après l'état du malade s'améliora beaucoup, les troubles gastro-intestinaux et circulatoires disparurent. Mais la fièvre reparut, peu élevée 38° à 38°5, irrégulière, et sans rapport avec de nouvelles localisations de l'infection.

Du côté des reins on constatait : 1° La persistance de l'hématurie devenue de plus en plus légère, et une polyurie de deux litres par jour, due sans doute à l'emploi discontinu du sérum glucosé isotonique à fortes doses.

2° La fixité du taux élevé de l'urée décélée dans le sang (2 g. 45 à 2 g. 53).

Devant la gravité de la situation et en raison de l'absence d'œdèmes, nous sommes amenés à tenter chez ce malade le traitement des azotémies persistantes par des injections de sérum salé. En effet, l'analyse du sang nous avait démontré une diminution des chlorures. Le résultat thérapeutique répondit à notre attente : Sous l'effet de l'injection répétée deux fois par jour de 250 grammes de sérum physiologique, l'azotémie du malade diminua progressivement jusqu'à atteindre 1 g. 21 : Ce qui démontre, une fois de plus que les théories de Blum ne sont pas de simples vues de l'esprit !

Malgré cette amélioration et les soins donnés, en l'absence de l'un de nous, par le docteur Lalloum, l'infection mélitococcique persista et se manifesta pendant un mois encore par la persistance de la fièvre 38°-39°, de la prostration, une inappétence absolue, un pouls rapide, une anémie de plus en plus marquée, un amaigrissement considérable, un faciès d'intoxiqué...

Cet état se maintint longtemps sans changement, quand le 5 novembre, le malade refit une crise d'urémie, à forme gastro-intestinale, avec œdèmes des membres inférieurs, et azotémie à 2 g. 30.

Mort le troisième jour dans le coma.

Conclusions. — Cette observation est intéressante parce qu'elle attire, pour la première fois, l'attention du médecin sur l'état des reins des malades atteints de F. M.

Ce malade qui avait été suivi par l'un de nous depuis plus de quinze ans, n'avait jamais présenté antérieurement d'atteinte quel-

conque de côté des reins, car les analyses de sang faites au cours des troubles cardiaques présentés autrefois par J. T. avaient toujours montré une azotémie normale. Or, il présenta au cours de cette fièvre méditerranéenne qui dura trois mois, une néphrite azotémique qui n'a pu être qu'une localisation au niveau de son rein de l'agent de la maladie.

A notre connaissance, cette complication n'a jamais été signalée au cours de la Fièvre Méditerranéenne. Mais combien d'entre nous ont jamais songé à doser l'urée dans le sang chez de pareils malades ?

Peut-être pouvons-nous mettre sur le compte de l'insuffisance rénale ces troubles gastriques graves avec vomissements incoercibles qu'on voit souvent dans cette maladie et qui ont été signalés depuis plus de 50 ans par les médecins italiens et anglais qui se sont occupés de cette infection.

Et ceci ne doit plus nous étonner : La Fièvre typhoïde, — nous avait-on toujours appris, — retentit rarement, d'une manière grave sur le rein.

Cette notion classique vient d'être réformée par la constatation répétée de cas d'azotémies graves, d'origine typhique et, dont les relations ont eu leur écho, l'année dernière, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Il en est peut-être de même pour la Fièvre de Malte !

Notre observation impose une conclusion au praticien :

En présence d'un état général au cours d'une mélitococcie, n'oublions pas de nous rendre compte de l'état des reins, par une analyse chimique du sang. Et si un cas clinique pareil au nôtre se représente, il serait à désirer que l'on fit la recherche du mélitensis à la fois dans le sang et dans les urines, afin de pouvoir affirmer — sans contestation possible — les rapports d'identité de nature de la néphrite et de l'infection qui l'aura causée.

Note manuscrite

Dr D. SCIALOM

A observé, en 28 ans, deux cas de congestion apicale guéris sans évolution vers la tu-

berculose pulmonaire, et cite un cas de fièvre méditerranéenne chez un ancien tuberculeux chez lequel la bacillose n'a pas été réveillée.

Il a insisté depuis longtemps sur les formes hypotoxiques, monosymptomatiques, monofonctionnelles. Tient pour relative la valeur du sera-diagnostic de Wright, estime presque pathognomonique la réaction de Burnet, mais pense que l'hémoculture est la seule preuve scientifique. A essayé tous les traitements. Tous ont donné quelques bons résultats. N'a pu essayer la protéinothérapie du Dr. Triolo n'en connaissant pas la composition. Pense en définitive qu'il faut essayer tous les traitements préconisés, y compris les liquides séreux (Plinio Soria) sans croire à leur spécificité.

Le problème actuel de la Fièvre ondulante

par P. NELIS

(« Bruxelles Médical » — N. 45, 1930)

L'auteur considère la fièvre ondulante comme un exemple typique de l'évolution des maladies et s'attache à montrer cette évolution dans le domai-

népidémiologique et étiologique. Après avoir relaté les faits et expériences qui attestent le caractère pathogène du mélitensis pour l'homme, il s'occupe de l'abortus, et rappelle l'expérience de Nicolle et Conseil, qui consista à inoculer à sept sujets, sous la peau, une dose d'abortus correspondant à 900 millions de germes sans provoquer chez eux la moindre infection.

Khazel et Burnet ont obtenu le même résultat chez le singe. Il semblait à la suite de ces expériences que l'absence de caractère pathogène de l'abortus était démontrée. Cependant, durant ces dernières années, on a signalé de nombreux cas de fièvre ondulante, dont certains paraissent devoir être attribués à l'abortus. A ce sujet les bactériologistes sont partagés en deux camps : ceux qui admettent une unité absolue du genre *Brucella* confondant en un seul et même germe le mélitensis et l'abortus; ceux qui avec Burnet, pensent que les cas d'infection humaine au contact des bovins peuvent très bien être dûs au mélitensis qui a infecté ces animaux.

La contagion humaine d'origine bovine s'effectuerait d'autant plus facilement que l'infection bovine aurait été contractée récemment à partir des chèvres et des moutons. De toute façon, l'extension de la fièvre ondulante, et le rôle que veut jouer éventuellement l'agent de l'avortement épiéootique des bovidés sont là des faits qui doivent retenir dès aujourd'hui l'attention des médecins qui s'intéressent aux grands mouvements médicaux.

R. B.

Traitement de la fièvre de Malte
par le mercurophène

E. CONSEIL et HUDDLESON

Essais entrepris sur trois malades à la suite d'une guérison immédiate, obtenue chez un jeune homme infecté avec l'espèce porcine de *Brucella*.

R. M. Olni. Malade traité au début de la seconde onde par une injection intra-veineuse de 10 cmc. de la solution de mercurophène.

Guérison de tous les symptômes en 24 heures. 2^e injection de 20 cmc. 10 jours après la première.

Aucune rechute — sur les trois malades observés, l'injection de mercurophène n'a pas paru produire de changement dans l'hémoculture restée positive, ou redevenant positive, sans changement sur le taux de l'agglutination. Dans un cas il y a eu des modifications de l'état général, mais une nouvelle onde est apparue.

Les auteurs concluent que les résultats obtenus, indiqueraient que la solution de mercurophène n'a pas de valeur dans le traitement de l'infection à *Br. melitensis* chez l'homme, et que la guérison du cas de l'infection à *Br. suis* n'était que pure coïncidence avec le traitement.

Traitement de la Fièvre de Malte

par RANQUE et SENEZ

(« Index Bibliographique Médical »,
Revue mensuelle de Biologie appliquée
à la Médecine)

Les auteurs constatent que tous les traitements chimiques essayés jusqu'ici ont lamentablement échoué, se demandent si la fièvre de Malte est justifiable d'un traitement spécifique, sérum ou vaccin. Théori-

quement la chose est possible, mais pratiquement, on se trouve en présence

d'une infection très spéciale, longue avec des successions de périodes fébriles et apyrétiques. Ils situeraient cette affection au point de vue théorique entre la fièvre typhoïde, où l'immunité est rapide, ou visible, et la tuberculose, où l'immunisation est aléatoire, lente, et non manifeste.

La sérothérapie, n'a donné que des résultats très aléatoires, à Marseille le serum de Sergent a été utilisé quelquefois, sans grand résultat (Sergent et Lheritier) d'Alger (Annales de l'Institut Pasteur année 1919).

L'immunisation par vaccination paraît d'ailleurs plus logique, dans une infection à évolution lente. Les Anglais, Wright et Basset Schmitt ont fréquemment utilisé la méthode avec des résultats encourageants, en Espagne aussi, où Duran de Cottes a traité 100 cas, et conclut que la vaccinothérapie diminue l'intensité des ondulations thermiques, fait avorter les rechutes, et abrège singulièrement la durée de la maladie.

Sur 30 cas de fièvre de Malte traités par le vaccin, les auteurs estiment que le traitement vaccinal de la F. M. en raccourcit nettement la durée, et que la maladie évolue d'autant plus vite que le traitement est commencé plus tôt.

Après la période de début, il est indiscutable que la vaccinothérapie présente infiniment moins d'efficacité. Il semble que l'organisme saturé de toxines, ne soit pas en état, à cette période, de faire facilement les frais de la réaction vaccinale. A cette période les auteurs conseillent d'employer des extraits leucocytaires obtenus par abcès de fixation après une longue préparation de vaccination microbiennne contre le méliococcus. Les extraits leucocytaires, auraient une action stimulante, et surtout une action anti-toxique et anti-microbiennne spécifique.

Leur injection produirait chez le malade une désintoxication de l'organisme qui faciliterait le processus de guérison naturelle ou permettrait d'employer ensuite le vaccin avec plus de chances de succès.

Leurs conclusions sont conformes à celles d'A. Roziès d'Aups (Journal Médical Français 1929), pour lequel la vaccinothérapie précoce donne des résultats souvent remarquables, et qui préconise l'abcès de fixation dans les cas diagnostiqués tardivement.

La Fièvre Ondulante

H. VIOLLE

(Masson et C^{ie}, de la collection Médecine
et Chirurgie pratique)

Mise au point de la question actuelle de la fièvre ondulante, cette maladie de l'avenir comme l'a dit Charles Nicolle, qui semblait limitée autrefois, il y a vingt ans, au bassin méditerranéen,

et dont les recherches modernes, à la suite des travaux de Miss Evan, en 1918, ont montré la grande diffusion dans le monde entier. Cette maladie qui, il y a quelques années était méconnue dans les statistiques, arrive, comme seconde maladie, par ordre de fréquence, d'importance, en Scandinavie, où elle est plus fréquente que la fièvre typhoïde.

La plus grande fréquence de la fièvre ondulante paraît d'ailleurs, sauf dans le bassin méditerranéen, au nombre croissant de fièvre ondulante d'origine bovine. Il semble que l'abortus, qui passait pour non pathogène pour l'homme, serait en train d'acquérir une virulence particulière lui permettant d'infecter l'homme.

Les recherches modernes, ont, d'ailleurs démontré que les animaux sensibles aux brucella l'étaient en bien plus grand nombre qu'on ne le pensait primitivement. En dehors des chèvres et des brebis, il y a aussi les vaches, les juments, les mulets et les porcs.

D'après l'auteur, les chiens, les animaux de basse-cour n'échappent pas à l'infection, poules, dindons, lapins, pigeons peuvent y être sujets, les chats, rats et souris auraient été trouvés infectés. En somme l'homme vit au milieu d'animaux domestiqués ou non qui sont réceptifs aux brucella.

L'auteur doit sans doute donner une description clinique de la maladie basée surtout sur les descriptions des pays étrangers au bassin méditerranéen, car il signale comme fréquentes les hémorragies d'origine très variées, épistaxis, hémoptysies, gastrorragies, entérorragies, métrorragies etc.) et l'hypertrophie de la rate qui descend souvent jusqu'à la crête iliaque, la rate arrivant dans certains cas à peser 700, 800 grammes et même davantage. Cette congestion s'accompagne de friabilité du tissu splénique et par suite d'une tendance aux hémorragies plus ou moins graves.

Il semble que certains types de microbes aient une tendance plus particulière à provoquer des avortements; et malgré la rareté relative des avortements chez la femme dans cette affection, on ne doit pas nier l'origine brucellaire possible d'un avortement, même sans accompagne-

ment de signes généraux; en Allemagne, on a cité plusieurs cas d'avortements survenant chez des ouvrières d'une ferme ayant bu du lait cru, provenant de vaches malades.

Parmi les complications pouvant survenir dans la convalescence, l'auteur signale, comme une des plus redoutables « la tuberculose ». Nous retrouvons cette même maladie au diagnostic différentiel; « elle se différencie de la fièvre ondulante par les méthodes de diagnostic habituelles : examen des crachats, examen radioscopique, inoculation aux animaux. Mais, cliniquement, beaucoup de points de ressemblances dans certains. Cependant, les lésions pulmonaires dans la fièvre de Malte sont moins nettement localisées que dans la tuberculose. Elles se déplacent volontiers, augmentent et régressent assez rapidement. La coexistence des deux affections n'est pas rare, mais assez souvent on a cité des cas de tuberculose survenant chez des sujets atteints de fièvre ondulante, dont l'affection avait duré longtemps et qui présentaient une anémie prononcée. »

Parmi les méthodes de laboratoire auxquelles on a recours pour le diagnostic, Violle donne la préférence à l'injection intra-dermique de toxine de brucella, l'hémoculture demandant souvent 10 à 20 jours avant de donner un résultat, le séro-diagnostic ne pouvant pas donner de réponse au début de la maladie, car il faut attendre quinze jours à trois semaines avant que le sang du malade puisse être examiné utilement. Il considère comme négatif tout séro au-dessous de 1/200. A 1/200 le diagnostic serait absolu, si n'y avait plus à ce taux, les petites agglutinations de groupes dues à certains autres états fébriles (fièvre typhoïde, paludisme, fièvre récurrente, typhus exanthématique, tuberculose, grippe, Kala-Azar, etc.)

Signalons au chapitre thérapeutique, une méthode qui, à notre connaissance tout au moins, n'a pas encore été employée en Tunisie, elle consiste à faire des injections de lait de chèvre, ayant été infectée, et agissant d'une part en provoquant un choc colloïdal, et d'autre part, par les anticorps qu'il contient.

Dans cette analyse incomplète du livre clair et précis de Violle, que tous ceux que la fièvre méditerranéenne intéresse liront avec profit, nous avons surtout voulu mettre en relief les points qui paraissent différencier la fièvre méditerranéenne tunisienne de la fièvre ondulante moudiale.

La Fièvre ondulante d'origine bovine

Etienne MAY, page 267

(« Revue critique de Pathologie
et de Thérapeutique »
Nov. 1930 — N. 8)

Après avoir rappelé les travaux qui ont prouvé le pouvoir pathogène du *brucella abortus* pour l'homme, l'auteur indique que le tableau clinique n'est pas toujours identique à celui de la Fièvre de Malte classique; on se trouve sou-

vent en présence d'une affection fébrile à marche irrégulière et où seule la présence de douleurs articulaires et l'abondance des sueurs établissent une certaine analogie avec la forme habituelle de la fièvre de Malte.

Il faut compter aussi, avec les formes atténuées, soit qu'il s'agisse d'une poussée fébrile passagère, soit que l'affection évolue toute entière d'une façon à peu près apyrétique (observations de Shaw).

Il existe aussi des formes latentes (Huddleson et Johnson), il semble que *Brucella mélitensis abortus* est un facteur possible d'avortement pour la femme.

Etude sur les infections à *Brucella* observées à Tunis et à Malte

par I. FOREST HUDDLESON

(Archives de l'Institut Pasteur de Tunis
Tome XIX — Décembre 1930 — N. 4)

Intradermo-réaction de Burnet.

L'opinion personnelle de l'auteur est qu'on doit apporter une grande prudence à diagnostiquer une infection fébrile, comme la fièvre ondulante, sur la base seule de l'intradermo-réaction de Burnet.

Hémoculture. — Il n'y a presque pas eu d'études comparatives établies dans le but de déterminer la méthode la plus convenable, le meilleur milieu et le temps déterminé pour isoler une *Brucella* du sang humain. Une méthode de confiance serait cependant nécessaire pour l'étude même de la maladie et pour son diagnostic dans les cas obscurs.

Il conclut que *Br. mélitensis* demande un milieu spécial pour son isolement à partir du sang humain, qu'on peut l'isoler du sang tant que le prélèvement est pratiqué durant la période pyrétique, que plus l'intervalle de temps sera long entre le prélèvement et l'ensemencement, plus long sera le temps avant qu'apparaisse le début de culture.

Parmi les agents qui ont été reconnus pour avoir une valeur thérapeutique, on peut mentionner la mélitine de Burnet, administrée en injection intra-cutanée et sous-cutanée: les vaccins tués à la chaleur en injection intra-cutanées à intervalle d'un jour; les vaccins iodés en injection sous-cutanée; le lait stérile de chèvre en injection sous-cutanée à l'intervalle de deux ou trois jours; les abcès de fixation.

Note la rapidité de l'amélioration des malades par le changement d'air.

Signale les expériences de Conseil et la sienne, avec une solution de mercurophène. Sur trois cas, les résultats indiqueraient que la solution de mercurophène n'a pas de valeur dans le traitement de l'infection à Pr. mélitensis chez l'homme et que la guérison du cas de l'infection à Pr. Suis (Tracum) n'était que pure coïncidence avec le traitement.

L'auteur apporte la preuve concluante que les vaches de Tunis sont infectées de Brucella, mais l'hypothèse qu'elles sont responsables dans la propagation de la maladie à l'homme est encore à démontrer.

Rapport sur la Fièvre ondulante d'origine bovine

Docteur NETTER, rapporteur

(« Bulletin de l'Académie de Médecine »)

Séance du 24 février 1931)

A propos du travail de Ledoux et Bauffe, de Besançon, sur la fièvre ondulante d'origine bovine dans la Franche-Comté, le rapport du docteur Netter expose les points acquis sur les relations de la fièvre ondulante avec l'avortement épizootique des bovidés.

L'avortement épizootique des bovidés est une affection contagieuse dont Bang a fait connaître en 1896, le microbe sous le nom de *Bacillus abortus*.

Schroeder et Cotton montrent en 1910 que le lait des vaches atteintes de cette affection renferme pendant de longs mois, jusqu'à six et sept ans, le microbe, d'où il s'en suit que la consommation de ce lait à l'état cru peut être nuisible pour l'homme.

C'est Alice Evans qui en 1918 a montré la grande analogie du *Bacillus abortus* avec le *Micrococcus mélitensis* de Bruce dont Bang en 1896 avait établi l'intervention dans une maladie très répandue de l'espèce bovine, l'avortement épizootique.

Nicolle et Burnet arrivent aux mêmes conclusions. Tensier et Meyer

proposent de réunir *mélitensis* et *abortus* dans un groupe dit *Brucella*, comprenant les variétés *mélitensis* et *abortus Bovis*.

Dès 1921, Bevan signala l'existence de la fièvre ondulante dans une région où sévit parmi les bovidés l'avortement épidémique et où l'on ne saurait invoquer une origine caprine. En 1927, Martin Kristensen montre au Danemark l'existence de la fièvre ondulante liée à l'intervention du *Bacillus abortus*, et incrimine l'usage du lait cru provenant de vaches atteintes d'avortement épidémique.

On trouve, en effet, le *Bacillus abortus* dans le lait, et les dérivés du lait, crème, caillé, petit lait, beurre, babeurre, fromage. La teneur du lait de vaches en *Bacillus abortus* est bien inférieure à celle du lait de chèvre, moins de 40 par cmc, au lieu de 100.000 à 250.000 pour le lait de chèvre, et l'on sait que *Brucella abortus bovis* est bien moins pathogène pour l'homme que *Brucella mélitensis* et *brucella abortus suis*.

Il existe des faits incontestables de fièvre ondulante humaine liée à l'ingestion de lait cru de vaches atteintes d'avortement épidémique. Farbas et Mathews, en 1929, ont rapporté l'histoire de 35 étudiants et d'une lingère d'un collège de Richmond qui furent atteints de fièvre ondulante. Ils consommaient le lait et la crème d'un troupeau de 33 vaches. Chez sept de ces vaches, le sang possédait un taux d'agglutination vis-à-vis de *Bacillus abortus* dont la présence fut établie trois fois dans le lait. Il n'existait dans cette ferme ni chèvres, ni moutons, et il ne se produisit plus de cas à partir du moment où l'on ne consuma le lait qu'après cuisson. On peut citer bien des cas, plus nombreux, où le lait cru de vaches certainement malades a pu être consommé sans inconvénient. Le cas du sanatorium de Mount Mc Gregor où sont hospitalisés des employés tuberculeux d'une compagnie d'assurance en est un exemple typique. On y consommait le lait non bouilli d'un troupeau de 151 vaches dont 82 présentaient des agglutinines dans le sang. Le sérum sanguin des 851 malades du sanatorium fut soumis à l'épreuve de la séro-agglutination en même temps que celui des 155 membres du personnel. Alors qu'aucun de ces derniers qui ne partageaient pas le régime des malades ne présentait d'agglutinines, 91 malades, soit 10,7 p. cent agglutinaient *brucella abortus* à un taux qui, chez certains, atteignait 1 pour 3.200. Fait intéressant à signaler; ces recherches permirent même de reconnaître que deux malades envoyés comme atteints de tuberculose pulmonaire et un troisième admis comme mal de Pott, étaient atteints de brucellose contractée avant l'entrée au sanatorium.

L'inocuité habituelle du lait ne doit pas suspendre, si on la rapproche des résultats expérimentaux dans lesquels les quantités de bacilles abortus ingérées sont infiniment plus élevées que dans le lait de vaches malades.

D'ailleurs chez les sujets de sanatorium de Mount Mc Grigor présentant des taux d'agglutination notable dans une proportion de plus de 10% il n'a été relevé aucun signe clinique de fièvre ondulante, et si cette agglutination indique qu'ils ont été victimes d'une infection, il s'est agi d'une de ces *injections inapparentes*, dont l'importance en épidémiologie s'affirme de plus en plus.

En somme le tube digestif de l'homme oppose une résistance marquée à l'infection par le bacillus abortus; tandis que la pénétration par la peau excoriée par les muqueuses conjonctivales, nasales est beaucoup plus facile.

Il semble que la virulence pour l'homme a considérablement augmenté dans ces dernières années. Certains auteurs ont pensé que le passage d'un microbe hébergé chez la chèvre pourrait déterminer l'acclimatement chez les bovidés, de races plus nocives.

Les mesures prophylactiques consistent dans la pasteurisation ou la simple ébullition du lait, le port des gants pour les professionnels exposés au contact des animaux vivants ou morts, et la vaccination préventive des sujets exposés professionnellement à la contagion. Dubois et Sollier ont reconnu, dans les départements du Gard et de l'Isère; Nicolle et Conseil avaient dès 1920 montré l'efficacité de cette pratique.

Essais chimiothérapeutiques

dans la méliococcie

par VEDEL et J. VIDAL

(« La Gazette Médicale du Languedoc

Méditerranéen et de l'Afrique du Nord »

N. 1, 1931).

Les auteurs rapportent un cas favorable chez un syphilitique; un deuxième cas guéri après la troisième injection; un troisième cas guéri en trois semaines, les doses totales de novarséno - benzol employées chez ces deux derniers malades ont atteint respectivement

2 gr. 85 et 3 gr. 95; la guérison est survenue dans un délai variant de douze à vingt jours à partir de l'institution du traitement.

Les auteurs pensent que, malgré les réserves qui s'imposent, en raison

des échecs si fréquents de la thérapeutique de la fièvre de Malte, il était intéressant de signaler les résultats heureux obtenus.

R. B.

**Premiers résultats de la vaccination
préventive de l'homme contre la fièvre
ondulante**

Ch. DUBOIS et N. SOLLIER
(Annales de l'Institut Pasteur de Paris,
tome XLV, Novembre 1930)

Dubois et Sollier ont préparé un vaccin mixte, une souche humaine de mélitensis, une caprine, une ovine, et deux souches d'abortus (une porcine, une bovine) Vaccin préparé par chauffage à 70°, et titré à 2 milliards de germes par cc.

Réaction locale pour la première injection, réaction générale presque toujours nulle. Sur 111 sujets vaccinés depuis 3 à 8 mois, aucun n'a contracté la fièvre ondulante. Les auteurs concluent que dans les foyers de mélitococcie animale, le seul moyen de préserver l'homme paraît être la vaccination préventive, il faudrait la pratiquer sur toutes les personnes que leur profession oblige à des contacts avec des animaux susceptibles d'être infectés.



NÉCROLOGIE

Mort du Docteur David BRUCE l'auteur de la découverte du micrococcus mélitensis

—(0)—

Nous apprenons le décès du Docteur Sir David Bruce, le grand bactériologiste anglais qui, dès 1887, se fit connaître du monde savant, par la découverte *simultanée* de l'agent pathogène de la Fièvre à Malte — le micrococcus mélitensis — et du rôle du lait de chèvre dans la propagation de cette injection.

Sir David Bruce appartenait depuis 1883 au Corps Médical Militaire Britannique où il devait faire la même brillante carrière que Sir Ronald Ross, si connu par ses découvertes sur les rôle des moustiques dans le paludisme et que Sir William Leishman qui a laissé son nom à toute une classe d'infections à protozoaires aux manifestations cliniques variées. (Leishmanioses).

Sir David Bruce est mort brusquement à 74 ans à Londres, à Westminster, au cours de la cérémonie funèbre de sa femme, suivant ainsi dans la tombe celle qui avait été la collaboratrice de ses travaux d'abord à Malte puis dans cette Afrique du Sud où il avait découvert le rôle de la mouche tsé tsé dans les trypanosomiasés.

Dr Hayat.



La Tunisie Médicale

DÉCEMBRE 1931

TRAVAUX ORIGINAUX

Les Dyspepsies Nerveuses

par P. CHENE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
Médecin consultant de l'Hôpital St-Antoine

—(0)—

Peut-on parler des dyspepsies nerveuses sans soulever un septicisme indulgent ? Aujourd'hui, avec certaines données de physiopathologie végétative et grâce aux renseignements fournis par les moyens d'exploration *actuels* du tube digestif, il nous semble possible de tenter une limitation du sujet, de le classer et d'essayer d'en codifier le traitement.

Tout d'abord, leur discrédit n'est-il pas dû en partie à leur trop grande vogue, du temps où l'on parlait des névroses sécrétoires, motrices, ou de celui où la « neurasthénie » occupait la moitié de la pathologie courante ? Actuellement, ce diagnostic n'est-il pas un aveu d'ignorance ou la traduction d'une paresse intellectuelle ? Comment faire le point entre ces deux tendances ? Avec notre maître M. M. Chiray, nous avons (1) essayé de voir clair dans cette question si touffue et, le point essentiel de notre étude d'ensemble a été d'élaguer largement pour ne conserver que ce qui est « Dyspepsie nerveuse fonctionnelle », en opposition, temporaire peut-être, avec les dyspepsies liées à une organicité nerveuse reconnue ou à un reflexe digestif ayant fait ses preuves. Et ce qui reste est constitué par un groupe de malades relativement fréquents, atteints de dystonie végétative plus ou moins « orientée », et pour lesquels le diagnostic d'affection « nerveuse » n'équivaut pas à celui de troubles « imaginaires ».

Sans entrer dans le détail des séries d'éliminations nécessaires

(1) Les Dyspepsies nerveuses. — Masson Edit., 1931.

dont l'étude déborderait le cadre de ce travail, il convient toutefois d'insister sur la nécessité d'un examen complet du malade avant de formuler le diagnostic d'élimination (et non de paresse) qu'est celui de Dyspepsie nerveuse. En particulier, les signes neurologiques seront notés avec soin au cours de l'interrogatoire ou de l'examen, pour éviter de prendre un tableau de tumeur cérébrale au début, pour une dyspepsie banale. Grâce à M. le Dr Cl. Vincent, il me fut donné d'étudier quelques-uns de ces faux dyspeptiques, et si l'erreur était plausible, il faut bien reconnaître que souvent elle témoignait d'une orientation trop exclusivement « gastro-entérologique » de l'observateur. Le clinicien ne doit négliger aucune particularité de certains signes, aucune anomalie de l'examen ou de l'anamnèse et ce faisant ne risquera pas d'envoyer au chirurgien pour appendicite chronique d'authentiques tumeurs cérébrales. (Alajouanine, de Martel et Guillaume, Haguenau, Chiray et Chêne).

De même les douleurs abdominales des radiculites, même rythmées par les repas, ne seront pas classées dans le cadre des dyspepsies fonctionnelles ou nerveuses.

Mais si l'étude neurologique du dyspeptique est indispensable, le bilan de ses fonctions digestives est plus essentiel encore. Un syndrome douloureux tardif, du type dit « hypersthénique », régulièrement déterminé par les repas, bien « rythmé » au cours des poussées évolutives, appelle une vérification de l'ulcus soupçonné. Parfois une périgastrite, une transformation peut déformer le tableau clinique, mais, à dire vrai, un interrogatoire bien mené évite assez souvent, à lui seul, de méconnaître l'ulcus gastro-duodénal, et permet de lui rattacher le retentissement végétatif plus ou moins impressionnant qu'il détermine.

D'autres fois, le tableau est plus flou, plus « estompé ». Une constipation tenace, des nausées, quelques accès douloureux sur un fond de dyspepsie « hypersthénique » avec douleurs tardives, un spasme du pylore constaté à la radio font découvrir l'appendicite chronique par une étude systématique du transit. Ou c'est encore un sujet migraineux, diarrhéique, subictérique par périodes chez lequel les examens habituels feront la preuve du caractère secondaire de la dyspepsie où les troubles nerveux ne sont que le retentissement d'une affection vésiculaire organique. Souvent, le

diagnostic de ces dyspepsies secondaires est délicat, mais en principe, toute forme qui entre dans le cadre de la dyspepsie hypersthénique doit être tenue pour suspecte, surtout lorsque l'examen radiologique fait la preuve de l'hyperkynésie. Dans ces cas, l'étude approfondie du tube digestif est formellement indiquée. Récemment, dans le service de notre maître M. le D^r Félix Ramond, il nous fut donné chez un sujet « nerveux » de poser le diagnostic d'organicité sur le seul fait d'une brûlure tardive à horaire précis mais mal rythmé, et sans vomissement. La radiologie révéla une sténose du pylore et l'intervention permit de la rattacher à une péricolite droite par appendicite chronique. Il y a un an environ, le même syndrome clinique, un spasme du pylore sans autre signe radiographique chez un constipé chronique nous fit rechercher et reconnaître un énorme doilichocolon, pour lequel une opération fut jugée nécessaire et révéla une importante périudodénite sous-vatérienne.

Cette organicité digestive responsable du trouble secondaire est, en le conçoit, d'une importance essentielle pour la limitation du domaine de la dyspepsie nerveuse. On peut, à notre sens, la suspecter toutes les fois que l'on a affaire à un syndrome hypersthénique, surtout si la radiologie permet de le compléter en montrant une motricité exagérée.

∴

Mais si l'examen général des dyspeptiques révèle une anomalie génitale, un trouble urinaire ou une perturbation endocrinienne, il importe de les retenir, de les traiter avant de s'arrêter au diagnostic de dyspepsie « nerveuse ». Certes, du point de vue nosologique la discussion peut paraître spécieuse; mais n'est-on pas dans ces cas en présence d'un trouble gastrique dû à une perturbation végétative et sous la dépendance *indirecte* d'une cause endocrinienne infectieuse ou irritative ? Avec M. Chiray, il ne nous a pas semblé que ces troubles digestifs fonctionnels dus à des affections parfois lointaines doivent être tenus pour « nerveux » purs. La dystonie végétative a une étiologie précise, le traitement de la cause fait tout rentrer dans l'ordre; ce serait, à notre sens, commettre une erreur que de méconnaître celle-ci. Ce qui est intéressant dans ce cas où le trouble gastrique ne constitue qu'un retentissement à distance, c'est que dans la majorité des faits, en l'absence d'organicité diges

tive concomittante, le syndrome clinique est celui de la dyspepsie hyposthénique en dehors des *crises d'intolérance gastrique*, bien particulières à ces états.

∴

Ces considérations sur les différentes études d'élimination indispensables pour le diagnostic de dyspepsie nerveuse, sont néanmoins nécessaires en ce qu'elles montrent, nous semble-t-il, ce qu'il peut demeurer d'authentique dans ce cadre d'attente. Actuellement on ne doit considérer comme dyspepsies « fonctionnelles » ou « nerveuses » que celles qui sont liées à des dystonies végétatives, dont la détermination nous échappe ou peut se rattacher à un *facteur émotionnel*.

Les faits de Basedow émotionnels, la note végétative des manifestations affectives sont actuellement bien admis pour que l'on puisse invoquer cette dernière étiologie au déséquilibre sympathique. Et c'est pour la définition du syndrome qui nous intéresse une justification relative. On peut avoir le cycle suivant : Émotion ou surmenage — dystonie végétative — trouble dyspeptique. Grâce aux remarquables études de Mathieu et J. Ch. Roux, on sait qu'il faut ajouter à cet ensemble le complexe lié au rôle de l'*inanition*.

Si l'on admet le processus évolutif précité, doit-on accepter sans contrôle les schémas végétatifs ? Peut-on tenter de les rapporter à un tableau de dyspepsie ? Les divers essais dans ce sens ont échoué et ne résistent guère à une étude critique serrée. Sur des centaines d'observations nous n'avons pu retenir que 80 cas authentiques de dyspepsie liée essentiellement à une dystonie végétative bien caractérisée. Nous avons tenté sans aucune arrière pensée de les classer en vagotoniques et sympathicotoniques, et avons dû y renoncer. Certes, quelques petites « nuances » nous ont paru plus fréquentes dans une ou l'autre de ces variétés, mais, dans l'ensemble on trouvait constamment le tableau classique de la dyspepsie dite hyposthénique. Tous les symptômes que les auteurs attribuent à cette variété s'y retrouvent à de très rares exceptions près qui, d'ailleurs sont essentiellement occasionnelles.

Dans tous les cas où il s'agit de dyspepsie gastrique nerveuse véritable, les malades accusent toujours les mêmes symptômes. Le sexe a peu d'influence, l'âge non plus, encore que la majorité de nos malades soient des sujets jeunes. Il semble bien que les profes-

sions libérales les « intellectuels » fournissent le plus gros contingent de dyspepsie nerveuse.

Les douleurs gastriques sont habituellement sourdes, plus des malaises que des douleurs véritables : pesanteur, sensation de gêne plus ou moins définie et dont le malade ne peut préciser le caractère, impression de gonflement mise sur le compte d'une « aérophagie ». Quant aux comparaisons bizarres, aux troubles extra-gastriques : boule rétrosternale, angoisse, elles sont relativement fréquentes surtout lorsque le psychisme est très perturbé.

Ces troubles sont précoces, *immédiats* même dans la presque totalité des cas, sinon leur absence totale d'horaire vérifié par un interrogatoire précis sur la *journée* est tout aussi caractéristique. Quant au rythme, sa constance ou sa bizarrerie sont bien spéciales à ce tableau clinique. Ou bien c'est depuis de longues années que tous les jours ou presque le malade ressent des troubles dont il est incapable de décrire un type évolutif quelconque. Parfois cependant l'influence des périodes menstruelles peut se manifester.

Sur ce fond douloureux permanent, quelques crises paroxystiques peuvent survenir, mais tant pour le rythme que pour l'horaire, elles ne sauraient entrer dans le cadre de la douleur tardive régulière et rythmée en crises de 8 à 15 jours, caractéristiques d'une lésion ulcéreuse en évolution.

Peu ou pas de vomissements chez ces malades, mais les nausées sont assez fréquentes, entrant parfois le matin dans le groupe des malaises du « saut de lit ». Les troubles intestinaux sont habituels, qu'il s'agisse de constipation banale, spasmodique, de colite muco-membraneuse ou de diarrhée. L'appétit est le plus souvent capricieux. Les migraines, les vertiges, par contre ne semblent pas avoir la fréquence qu'on leur attribue classiquement. Quant au « syndrome sympathique post-prandial » de F. Ramond et Carrié, il semble bien l'apanage des tachyphages quels qu'ils soient.

Chez tous ces malades, on retrouve les signes classiques de déséquilibre végétatif : Bradycardie, hypotension relative, exagération du R.O.C., aréflexie chez les vagotoniques. Au contraire chez les sympathicotoniques, tachycardie, tension normale ou élevée. R.O.C. nul ou inversé. Le caractère du vagotonique est celui d'un déprimé, aux idées noires, celui du sympathicotonique est plus vif, avec des sautes d'humeur impressionnantes : c'est souvent un colé-

reux qui se maîtrise, alors que le premier a une tendance marquée au « cafard ». La distribution des malaises dans la journée peut être particulière : intenses le matin, ils disparaissent peu à peu dans la journée, ces malades « vivent aux chandelles » suivant l'expression imagée de Mathieu.

Du point de vue digestif, le vagotonique présente un syndrome hyposthénique pur sans grand paroxysme; il a peu d'appétit, accuse de la constipation spasmodique, ou de la colite muco-membraneuse, dont les douleurs à droite en imposent pour de l'appendicite chronique. Quant au sympathicotonique, l'évolution de ses troubles est plus irrégulière, avec un appétit fantasque, des nausées, des crises de diarrhée, des sautes de poids, des signes de ptose plus fréquents.

Chez l'un et l'autre, outre les renseignements sur la dystonie, l'examen physique n'apporte que peu de chose : un point solaire, un signe de la sangle en rapport avec le retentissement cœliaque. D'autres fois, on note de véritables plexalgies, avec battements aortiques exagérés ou douleurs en lambda, toutes zones correspondant aux aires hystérogènes classiques.

Le chimisme gastrique, dans ce groupe de malades, n'apporte aucun renseignement ni pour le diagnostic positif, ni pour le classement suivant la tendance végétative.

Quant à la radiologie elle présente un intérêt considérable tant pour le diagnostic que pour les indications thérapeutiques qu'elle peut apporter.

Du point de vue du diagnostic, un signe négatif essentiel doit être souligné d'emblée : toute hyperkynésie doit être tenue pour suspecte et révisée, car nous ne l'avons retrouvée chez aucun de nos malades atteints de dyspepsie nerveuse vraie. Cette hypersthénie doit faire rechercher une organicité quelconque. Cette constatation peut paraître absolue, mais aucune observation d'hyperkinésie « essentielle » n'a été publiée, à notre connaissance, depuis l'emploi courant des radiographies en série et des épreuves d'exploration vésiculaire.

L'estomac peut être normal dans un quart des cas environ, ou compléter le tableau « hyposthénique » décelé par la clinique. En effet, dans les trois quarts des cas, surtout s'il s'agit de malades déjà anciens, l'estomac prend l'aspect classique de l'atonie : corps

béant à plis parallèles, poche à air plus ou moins grosse ou allongée, bas fond en calotte, pas ou peu de dénivellation du repas opaque. Les contractions sont superficielles, irrégulières, inefficaces. Très fréquemment l'allongement vertical improprement qualifié de ptose complète cet aspect et peut entraîner des troubles du transit. Dans ces cas la dislocation bulbo-antrale est encore une entrave à l'évacuation, l'abaissement du bas fond producteur de « solarité » plus ou moins accusée. Quant au bulbe, il est variable de forme suivant l'intensité de la dislocation : large, étalé ou effilé. Parfois son aspect est une interprétation délicate, dans les cas de très forte dislocation, où il faut incriminer une périviscérite pour expliquer cette fixité bulbaire. Il ne faut pas négliger d'étudier le duodénum au passage, et souvent on note une dilatation de la seconde portion, du début de la troisième avec parfois mouvements de brassage en rapport avec la gêne par bride mésentérique.

Dans les cas de dyspepsie fonctionnelle véritable, le transit intestinal se révèle normal, mais il n'est pas rare de noter des troubles importants de la statique colique et souvent aussi l'aspect spasmodique clasique de la colite mucomembraneuse.

∴

Ces nuances de l'étude radiologique de l'estomac et de l'intestin, la constatation d'une cholécystatonie après épreuve de Graham Coles, viennent éclairer les « faux syndromes » présentés par ces ensembles : fausse cholécystite, fausse appendicite chronique en rapport seulement avec des troubles statiques ou dynamiques, sans substratum organique, digestif ou péritonéal, et dont l'étude mériterait un développement plus ample que celui auquel nous avons limité cette mise au point.

∴

Le Traitement de ces états est le plus souvent très délicat. Il nécessite du doigté, de la fermeté de la part du médecin, de la confiance de la part du malade. Ainsi que nous l'écrivons avec M. M. Chiray « le traitement général commence à l'interrogatoire ». Outre que cette étude renseigne sur les habitudes, l'hygiène, les soucis du malade, elle crée lorsqu'on sait en jouer cette atmosphère de confiance nécessaire pour imposer thérapeutique et régime.

La psychothérapie demande de la patience et du tact, bien plus qu'une connaissance approfondie des « méthodes scientifiques » à

la mode. L'hygiène physique doit être surveillée et, à ce propos, il faut éviter de confiner le malade dans un repos excessif, mais l'encourager à des exercices modérés, gradués, et surveillés. Les techniques physiothérapiques ne seront utilisées qu'avec réserve et les rayons ultra-violets, en particulier, ne devront s'employer qu'avec précaution.

Quant aux médications toniques générales, leur nombre en sera strictement réduit : souvent les arsenicaux, la strychnine ne font qu'énervier, seul l'acide phosphorique, les glycéro-phosphates (en se méfiant des granules trop sucrés) peuvent être conseillés avec avantage.

Le sujet est-il inquiet, anxieux, insomniaque, les bromures et surtout le gardénal à doses fractionnées rendent des services appréciables.

Quant au traitement de la dystonie végétative, il faut l'envisager au travers des troubles et anomalies que présente le malade. C'est ainsi que chez les atones, chez les grands ptosiques, on se méfiera de la Belladone-atropine en raison de ses retentissements fâcheux sur la tonicité gastrique.

∴

La thérapeutique digestive proprement dite de cette dyspepsie nerveuse n'est pas moins délicate. Tout d'abord pour le régime, le médecin est très fréquemment dans l'obligation un peu paradoxale de l'*élargir*. S'il faut en effet choisir les aliments on doit s'ingénier à nourrir le malade, à corriger l'inanition. Quand le dyspeptique constate l'inefficacité d'un médicament, il le supprime de son propre chef; trouve-t-il au contraire que son régime ne calme pas suffisamment ses troubles, il l'exagère encore, le rend plus sévère, ébauchant et accusant le cercle vicieux et classique de Mathieu et J. Ch. Roux. Pour ces malades, on doit préconiser les quatre repas petits et égaux, la prise de liquide une demi-heure avant les repas, des mastications longues, un peu d'exercice. Chaque interdiction doit avoir sa contre-partie dans une indication. Pour certains aliments, pris trop souvent sous des formes indigestes, le médecin ne doit pas hésiter à fournir quelques conseils culinaires. De même, il s'efforcera à composer des menus *variés*, car tout régime ennuyeux est un mauvais régime; il évitera surtout les formules toutes prêtes, les imprimés dont l'effet moral est déplorable.

Les médications gastriques doivent être raisonnées. Nous avons vu les inconvénients des médications trop nettement vagotropes : le pneumo-gastrique tenant sous sa dépendance la musculature du corps de l'estomac. En cas de douleur solaire, l'ésérine, la gènesérine suivant les classiques formules de Moutier rendent des services reconnus, surtout si le malade accuse un certain degré d'angoisse. Mais c'est surtout aux antispasmodiques accessoires qu'on aura recours en cas de douleurs vives : leur peu d'orientation végétative en rend l'utilisation beaucoup plus aisée, qu'il s'agisse de

Ciccutine :

Bromhydrate de ciccutine	dix centigrammes.
Eau de Fleurs d'Oranger	150 grammes.

(par cuillerées à soupe)

de *Jusquiame* associée à la *Valériane* :

Extrait de <i>Jusquiame</i>	à deux centigrs.
Extrait de <i>Valériane</i>	
Bromhydrate de ciccutine	trois milligrs.

Excipient pilulaire q s pour 1 pilule.
(2 à 3 par jour)

de Bromures, ou même de Benzoate de Benzyle, ce dernier surtout s'il existe un peu de spasme du cardia.

Si l'atonie est très accusée, les médications « kinétiques » sont à conseiller : amers, chlorures seuls ou associés dans des préparations mixtes (F. Ramond), ou, comme nous l'indiquons avec M. M. Chiray : le Tartrate d'Ergotamine. Celui-ci, à la dose de dix gouttes de la solution au millième avant chaque repas, amène le plus souvent une amélioration fonctionnelle appréciable alors que le recul nous manque pour juger de son activité sur le tonus même de l'estomac. Si cette atonie est associée à une ptose, la correction de celle-ci s'impose : pour un sujet jeune, nerveux « accidentel » on doit tenter par une rééducation musculaire ou une cure d'engraissement d'éviter la ceinture. S'agit-il au contraire d'un sujet asthénisé, déprimé, dont la ptose est très accusée, la contention orthopédique est nécessaire. Pour le sujet longiligne, maigre, aux crêtes illiaques, saillantes, la pelote ou ses équivalents seront indiqués; pour les sujets dont la corpulence est relativement conservée, les sangles obliques au contraire rendront davantage service.

Dans cette vue d'ensemble trop rapide, nous n'avons fait qu'effleurer les multiples aspects assez complexes du diagnostic et du traitement des dyspepsies nerveuses. Bien qu'incomplète cette mise au point n'aura pas été inutile si elle a convaincu le médecin du danger qu'il y a à mépriser cette affection si courante, et de la nécessité de son étude méthodique si l'on veut aboutir à un traitement logique et efficace.



Sur la fréquence de la tache bleue mongolienne chez le nourrisson en Tunisie

par le D^r A. SANTILLANA

—(0)—

Certaines observations faites par des médecins japonais qui datent de 1765 faisaient remarquer que presque tous les enfants de race jaune, dans une proportion de 80-90%, étaient porteurs d'une tache bleue sur la région sacrée; pour cette raison elle fut appelée tache bleue mongolienne. On a prétendu même qu'elle était spéciale à la race mongole.

Ce n'est que beaucoup plus tard, en 1903, que Adachi l'observa pour la première fois en Europe sur un petit Allemand. A partir de ce moment elle a été recherchée systématiquement sur les enfants de race blanche et l'on mit en évidence que la tache bleue ne devait pas être considérée comme une anomalie extrêmement rare, mais qu'elle s'observait aussi chez les enfants blancs, quoique avec une fréquence bien inférieure à celle que l'on avait indiquée pour les petits jaunes.

En France, en effet, la proportion des enfants porteurs de la tache est de 2 pour 1000 selon Apert, de 1 pour 300 selon Testard (Thèse de Paris, 1912).

Les statistiques italiennes montrent que la fréquence de la tache est plus grande : Luigi Consiglio la retrouve dans le 2,5 pour 100 des cas à Parme; Cacciani à Milan dans le 1 pour 100 des cas. La statistique la plus élevée est celle de Cozzolino qui, à Cagliari, la trouve chez le 16-18 pour 100 des nourrissons.

Dans les autres pays d'Europe, la proportion d'enfants porteurs de tache varie entre 0,1 et 3,5 pour 100.

En Amérique, 2 à 4 pour 100 des enfants blancs sont « tachés »

La tache bleue mongolienne se trouve généralement localisée sur la région sacrée, sacro-lombaire ou sacro-coccygienne. Mais on peut la retrouver encore sur la région fessière, sur le dos et dans presque tous les cas elle est située sur la partie dorsale du corps. Elle est généralement unique, mais quelquefois multiple. La forme et la grandeur sont variables.

Elle apparaît quelques jours après la naissance, puis elle pâlit

progressivement et disparaît vers deux ou trois ans; après cet âge il est très difficile de la rencontrer. Sa présence chez l'adulte est exceptionnelle.

Les examens histologiques ont démontré que la tache est due à la présence, dans les couches profondes du derme, de cellules spéciales dites de Baltz, chargées de granulations mélaniques. Ces cellules dermiques existent chez les enfants de toutes les races; c'est seulement leur nombre et la quantité de pigment qui varient. Chez les Européens elles sont très pauvres en pigment et leur nombre est très réduit; c'est pour cette raison que la tache est difficilement visible. Elle est, au contraire, très visible chez les races de couleur parce que les cellules de Baltz sont très nombreuses et très riches en granulations mélaniques.

∴

En 1912, Bruch s'était occupé de cette question et dans une note qui a été publiée dans les Archives de médecine des enfants, il relate qu'en Tunisie la tache bleue mongolienne se présente avec une grande fréquence; seulement il n'établit pas une statistique.

J'ai voulu reprendre cette étude et mes observations faites à Tunis sur plusieurs centaines de nourrissons, d'âge inférieur à un an, confirment que la tache est ici très diffuse.

En effet, chez les Israélites Tunisiens la tache se retrouve chez le 45 pour 100 des enfants.

Chez les petits Italiens, presque tous d'origine sicilienne, le pourcentage est inférieur puisque sur cinq cents nourrissons, je l'ai notée dans le 16 pour 100 des cas.

Il ne m'a pas été possible d'entreprendre une étude systématique sur les enfants arabes; je peux dire qu'à la suite de mes observations, la présence de la tache est très diffuse chez cette race aussi.

Chez les Israélites la tache est toujours très apparente et souvent elle n'est pas unique; dans quelques cas j'ai pu en compter 12-14 qui étaient localisées sur toute la partie dorsale du corps, y compris celle des membres.

Chez les petits Italiens elle est souvent beaucoup moins marquée et presque toujours on en trouve une seule.

Je ne pense pas qu'il existe un rapport entre la tache bleue et l'idiotie mongolienne, puisque chez les nombreux enfants israélites porteurs de tache (presque une centaine) je n'ai noté aucun signe

de mongolisme et que chez les cinq cents enfants italiens que j'ai examinés, j'ai retrouvé quatre cas de mongolisme parmi lesquels un seul, très brun, présentait une tache très marquée; les autres trois en étaient dépourvus.

De mes observations il résulte aussi que presque tous les enfants « tachés » étaient très bruns.

Si l'on remarque que les petits Arabes et Israélites de Tunis sont beaucoup plus pigmentés que les enfants européens, la signification de la tache bleue apparaît assez évidente. Elle ne doit pas être considérée comme un caractère spécifique de race (Adachi, Baltz, etc.); loin d'être propre aux petits jaunes, elle se présente chez les enfants de toutes les races avec une proportion qui est extrêmement variable et qui apparaît être uniquement en rapport avec l'intensité de la pigmentation épidermique des sujets.

La connaissance de cette question a un intérêt pratique incontestable, surtout dans nos pays où la tache se rencontre avec une telle fréquence; en effet un médecin non averti pourrait la confondre avec une ecchymose (à étiologie très variable chez le nourrisson d'ailleurs); sa localisation sacrée presque constante, sa congénitalité, sa visibilité plus nette à la pression du doigt rendent le diagnostic très aisé.



SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 13 Novembre 1931

—(0)—

Présidence du D^r SCIALOM, *vice-président*

—(0)—

La séance est ouverte à 17 h. 55 sous la présidence du Docteur Scialom.

Sont présents : MM. les Docteurs Guez, Guido Lévy, Triolo, Caillon, Zeitoun, Bouquet-Bryon, Cohen-Boulakia, Sanfillana, Tremsal, Domela, Penant, Bernava, Spezzafumo, Fellous, Timsit, Pérez, Brandenbourg, Brugairolles, Lucien Uzan, Emilio Levy, Soria, Raynal, Haas, Cohen-Hadria, Jaubert de Beaujeu, Maruani, Ganem, Bonan, Lombroso, Soria, Féré, Bardou, Cohen Victor, Ghouila-Houri, Hayat, Scialom, Zérah, Sfez, Moatti, Broc, Bernard Boulakia.

..

Le Président excuse le docteur Zammit qu'un état de santé encore précaire retient éloigné de nos travaux.

..

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

..

Le D^r REYNAL précise que la question de la glace fait l'objet de la sollicitude des services municipaux. Il demande que le Président de la Société se joigne à lui et au docteur Cassar pour étudier la question du service médical de nuit.

..

Le D^r SORIA relate un incident survenu aujourd'hui à l'occasion du transport du corps d'un individu décédé subitement dans un lieu public. Le docteur Reynal fera le nécessaire pour que les Services intéressés fassent le nécessaire dans des cas semblables.

..

Candidatures :

Les docteurs Maurice Giami, Bernard, Mlle Fried, Penant, Spezzafumo, Bernava sont élus à l'unanimité membres de la Société.

COMMUNICATION DU BUREAU

Le Président fait part à la Société :

1° qu'un crédit de 500 francs a été voté pour la souscription d'un monument à Forlanini;

2° que la Direction de l'Instruction publique et des Beaux-Arts a accordé une subvention de 500 francs à la Société.

..

PRESENTATIONS DE MALADES

Pityriasis versicolor inversé

par le D^r COHEN-HADRIA

—(0)—

Vous connaissez tous la forme classique du pityriasis versicolor : taches brunes, café au lait ou roses de dimensions et de formes diverses pouvant être enlevées très facilement d'un coup d'ongle en réalisant le signe du copeau si classique.

C'est une mycose due à un parasite bien connu, le *Malassezia furfur*.

Les anciens auteurs admettaient l'existence à côté du pityriasis versicolor, d'achromies parasitaires des pays chauds dues à un champignon voisin du *Malassezia furfur*, le *Malassezia tropica*.

Mais les recherches récentes ont démontré l'identité de ces parasites.

De plus, l'usage et parfois l'abus de bains de soleil a montré qu'on pouvait observer en Europe des achromies parasitaires.

Le mécanisme de ces achromies est le suivant : le feutrage mycélien est blanchi par le soleil cependant que la peau voisine est hyperpigmentée.

Les taches de pityriasis versicolor se présentent donc sur la peau longtemps exposée aux rayons ultra-violetts du soleil non pas en brun sur blanc, mais en blanc sur brun.

C'est ce que MM. Gougerot, Joyeux, Burnier, Paul Blum, Jean Meyer et Saidman ont dans une communication à la Société Française de Dermatologie du 14 novembre 1929 appelé les épidermo-mycoses achromiantes.

Je préfère la dénomination de *pityriasis versicolor inversé* qui fait peut-être davantage image.

L'intérêt de la malade que je vous présente aujourd'hui est qu'a

côté de lésions typiques de pityriasis versicolor normal dans les régions couvertes elle présente dans la partie supérieure du dos un pityriasis versicolor inversé.

Dans ce cas le diagnostic est facile : la comparaison des deux ordres de lésions sur le même malade permet un diagnostic rapide.

Il n'en est parfois pas de même quand sur un malade on ne voit que des taches achromiques — et qu'on ne connaît pas le pityriasis versicolor inversé.

C'est pour attirer votre attention sur cette dermatose essentiellement bénigne mais inesthétique pour laquelle on peut être assez souvent consulté à la fin de l'été, que j'ai cru intéressant de vous présenter cette petite malade.

Le traitement est dans les deux cas : badigeonnage à l'alcool iodé; quelquefois, dans des cas très rebelles, frotte, comme pour la gale.

C'est d'ailleurs un traitement assez souvent décevant car les récives ne sont pas rares.

..

COMMUNICATIONS

Volumineux calcul de la vessie

par les D^{rs} G. SFEZ et A. PEREZ

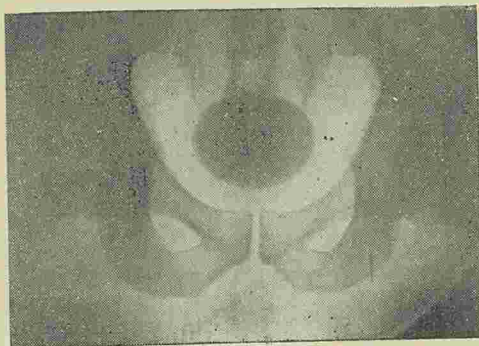
—(0)—

Il s'agit d'un homme âgé de 47 ans et exerçant la profession de peintre en bâtiments.

En 1917, se trouvant alors en France, il éprouva un jour de la dysurie et de l'oligurie. Hospitalisé à Marseille, on lui effectua une cystoscopie qui fut négative; l'examen des urines révéla cependant de l'albuminurie.

En 1920, donc trois ans après, il est obligé de s'aliter; l'examen clinique et l'exploration urétérale au moyen d'une sonde, révèle alors la présence d'un calcul. Le malade se rend à Palerme; on lui fait là une lithotritie. Il rapporte un petit flacon rempli de petits graviers et de sable que lui a remis le chirurgien de Palerme. Il ne ressent aucun trouble urinaire jusqu'à l'année dernière. Ce n'est qu'en août 1931 qu'il éprouve de nouvelles douleurs dans la région vésicale, et à la suite de certains efforts, il expulse un calcul de la grosseur d'un petit pois.

Depuis lors, le malade n'est plus à son aise; il éprouve de la douleur par intermittence et la miction est lente et pénible. Pas d'hématurie ni d'albumine dans les urines.



Une radiographie de la vessie est effectuée le 15 octobre dernier et révèle alors un volumineux calcul de la forme et de la grosseur d'un œuf de poule. Ce calcul est remarquable par le caractère de régularité dans sa forme. Sa position haute indique l'enclassement dans la vessie.

L'intérêt de cette communication réside dans la rareté de volume d'un tel calcul vésical.

Discussion :

Le Dr SORIA rappelle un cas personnel d'un calcul de la vessie pesant 210 grammes.

∴

Lithiase biliaire décelée par la tétraïode

par A. JAUBERT DE BEAUJEU (Tunis)

Un des plus grands avantages de l'exploration des voies biliaires par la tétraïode est incontestablement la mise en évidence des calculs vésiculaires non calcifiés.

Avec la radiographie directe les calculs biliaires sont visibles dans 10 à 15% des cas environ.

Lorsqu'il existe des calculs non calcifiés et que les parois de la vésicule ont gardé leur élasticité et leur contractilité, la tétraïode peut se concentrer dans la cavité et sur l'épreuve radiographique:

on obtient des taches claires de formes arrondies ou polygonales sur un fond uniformément sombre et qui correspondent aux calculs.

Nous venons d'observer un cas typique où la tétraiode a permis de poser un diagnostic précis chez une malade à symptômes cliniques peu nets.

Madame X... nous a été envoyée en février de cette année par le docteur Cannac pour un examen du tube digestif.

C'est une femme de 39 ans qui dit souffrir de l'estomac, avoir de mauvaises digestions; elle accuse une douleur vague dans l'hypochondre droit et l'épigastre; elle maigrit depuis quelque temps, son teint est pâle, mais elle n'a jamais eu d'ictère.

La palpation ne permet pas de localiser nettement la douleur qui s'irradie dans la région sous-hépatique.

L'examen radiologique révélait un estomac légèrement allongé, dilaté, régulier avec un transit ralenti, le duodénum paraissant normal.

Après un traitement médical, un deuxième examen fut pratiqué en avril. L'aspect radiologique était le même, mais au point de vue fonctionnel il y avait une grande amélioration, l'évacuation de l'estomac se faisait en 4 heures.

• L'état général restait médiocre.

La malade nous a été adressée de nouveau fin octobre pour un examen du foie et de l'estomac; le port d'une ceinture pour remonter le bas-fond stomacal n'avait donné aucun résultat.

Le foie est régulier, ses dimensions sont normales, une radiographie de la région sous-hépatique ne montre pas d'ombre surajoutée.

L'examen de l'estomac fournit des conclusions identiques aux précédentes. Devant ces épreuves négatives nous décidons la malade de prolonger son séjour à Tunis pour essayer une exploration à la tétraiode.

Les radiographies ci-jointes prises 12-14 et 16 heures après l'absorption du radiotétrane montrent nettement que le produit s'est concentré progressivement dans la vésicule, dont les contours sont réguliers et les dimensions normales.

Mais l'ombre n'est pas homogène, sur toutes les épreuves elle est



Lithiase biliaire décelée par la tetraïode.



parsemée de petites zones claires arrondies qui correspondent à la masse des calculs contenus dans la cavité.

Sur une quatrième épreuve prise après le repas on voit que la tétraïode a été éliminée en partie de la vésicule; celle-ci a changé de forme et paraît avoir été prise au moment d'une contraction.

On a pu ainsi préciser d'une façon certaine l'origine des douleurs et troubles que la malade ressentait.

L'épreuve de Graham et Cole en montrant que, malgré la présence de calculs la vésicule avait gardé son élasticité et qu'elle se remplissait et se vidait dans les délais normaux, indiquait qu'il n'y avait pas de rétention; c'est ce qui pouvait expliquer en partie l'absence d'ictère.

∴

Un cas de maladie bleue

par le D^r BERNARD

Interne à l'Hôpital Ernest Conseil

—«O»—

Nous vous présentons un malade venu le 6 octobre 1931, à la consultation de l'Hôpital Sadiki et admis à l'Hôpital Ernest Conseil. Le jeune Tahar ben Mohamed bou Jafer, âgé de 15 ans environ, originaire de Hammam-Sousse, fait remonter le début de son affection à un an et demi. A la suite d'une fièvre ayant duré deux mois, sans bronchite, ni toux, il a vu se développer progressivement une teinte violacée, du nez, des joues, des lèvres, de la langue. Les yeux sont brillants, les veines sous-conjonctivales très dilatées. Au membre supérieur les ongles, les mains, les avant-bras, jusqu'au coude sont violacés; les ongles sont un peu spatulés.

Au membre inférieur, la cyanose remonte jusqu'au-dessus des genoux.

En même temps qu'apparaissait progressivement cette cyanose survenait de la toux et de l'essoufflement en marchant, essoufflement que le malade n'avait jamais eu avant sa maladie.

Il n'y a cependant pas de bronchite, ni de congestion pulmonaire, la rate est perceptible, mais le foie n'est pas augmenté de volume.

A l'auscultation du cœur, nous trouvons à la partie interne du 3^{me} espace intercostal, un souffle systolique, descendant obliquement vers le mamelon et s'étendant un peu horizontalement. Il se

perd dans l'aisselle, mais ne remonte pas en haut vers la clavicule. On sent par moments, un léger frémissement au niveau de la partie interne du 3^{me} espace intercostal. Le pouls est imperceptible à la palpation, 12-10 au Pachon. Numération globulaire : 6.800.000.

A la radiographie, on trouve un très gros cœur gauche, globuleux à pointe très arrondie, et surélevée, l'arc moyen n'est pas hypertrophié, le pédicule vasculaire est mince et le bord droit du cœur déborde largement la colonne vertébrale.

La forme du cœur donne la sensation du cœur en sabot.

A titre de comparaison, nous vous présentons les radiographies d'un nourrisson, atteint de maladie bleue dès la naissance.

D'après la radiographie, il nous semble qu'il s'agit chez notre malade d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire pur, sans autre anomalie, et d'une forme tardive, la cyanose n'ayant débuté, ou n'étant devenue gênante qu'à partir de l'âge de 13 ans. C'est ce qui explique que notre malade soit suffisamment développé pour un enfant de son âge.



**Sur les mesures administratives prises en Tunisie
contre les rongeurs ⁽¹⁾**

par **M. CHAPPAZ**, Directeur Général de l'Agriculture en Tunisie
et **M. THIERRY**, Directeur Général de l'Intérieur en Tunisie

—(0)—

L'apparition de peste bubonique dans la plaine de Kairouan, en 1926, après les avertissements partis du Sud, en 1920, 21, 23, 24, avait donné à l'Administration tunisienne l'impression (que l'avenir a malheureusement confirmée) qu'il se constituait dans le Centre et le Sud de la Régence, un nouveau foyer d'endémie pesteuse. En même temps, les agriculteurs de ces régions se plaignaient d'invasion ou de multiplication anormale des rongeurs.

Au cours des années antérieures, ceux-ci exerçaient peu de ravages, mais n'étaient cependant pas inconnus des colons ni des paysans tunisiens. Les Services de la Direction Générale de l'Agriculture distribuaient gratuitement aux intéressés, qui en exprimaient le désir, de la noix vomique et de l'acide tartrique avec des notices relatives à leur mode d'emploi.

En 1926, les circonstances amenèrent les mêmes Services de l'Agriculture et ceux de l'Intérieur à se concerter et à régler la lutte.

Le décret du 14 décembre 1926 a prescrit et rendu obligatoire la destruction des rongeurs et a donné aux autorités locales les moyens propres à combattre leurs invasions.

Il ne pouvait être question en Tunisie de confier, comme il est fait dans la Métropole par arrêtés préfectoraux, en exécution des lois sur la police rurale, la destruction des rongeurs à des syndicats de défense.

L'existence de nombreux propriétaires encore ignorants, à côtés des colons européens ou indigènes, l'importance des propriétés collectives de tribus et des biens de main-morte ne simplifient pas

(1) N.D.L.R. — Nous sommes heureux de publier ce rapport présenté au 2^{me} Congrès Colonial du rat et de la peste (8 octobre 1931).

dans la Régence la constitution où le fonctionnement des syndicats agricoles.

Il a paru plus expédient de rendre individuellement les propriétaires ou occupants à un titre quelconque, d'immeubles quels qu'ils soient, responsables de la destruction permanente des rongeurs et d'habiliter les administrations locales à se substituer aux particuliers défaillants ou incapables.

En fait, les opérations de grande envergure qu'il fallut mener à bien en 1926, en 1929-30, après rappel aux intéressés de leurs obligations, furent presque exclusivement exécutées par les soins des autorités administratives, sous le contrôle et la surveillance technique des services régionaux d'agriculture.

Les territoires envahis ont été divisés en secteurs ayant à leur tête des chefs de secteur, gradés français ou indigènes mis à la disposition de l'Administration par l'autorité militaire. Ces gradés avaient sous leur surveillance des équipes formées de 2 ou 3 hommes de troupe et d'un certain nombre d'ouvriers indigènes recrutés sur place.

Les chefs de secteurs ayant été mis, au préalable, au courant du mode de préparation des appâts empoisonnés, faisaient procéder par ces équipes à la préparation sur place de ces appâts. Ceux-ci, tout préparés, étaient, ensuite, soit remis aux agriculteurs français et indigènes intéressés, soit épanchés par ces équipes elles-mêmes aux endroits infestés.

METHODES DE LUTTE. — Les procédés de destruction ont consisté uniquement dans l'emploi d'appâts toxiques. Pour la préparation des grains empoisonnés, on a utilisés, surtout, la noix vomique à raison de un kilogramme de ce produit pour 10 kilogrammes de grains (blé ou orge ou avoine). On a employé également avec succès le campagnolicide A L, produit commercial à base de strychnine, à raison de 11 grammes pour 5 kilogrammes de grains.

Les grains empoisonnés sont déposés par pincées dans tous les orifices de terriers par les hommes d'équipe, déployés en tirailleurs sur le secteur à traiter.

Les produits toxiques en vue de l'exécution de ces mesures sont fournis gratuitement par l'Administration, les agriculteurs devant fournir à leurs frais et apporter le grain destiné à la préparation

des appâts empoisonnés. Dans les zones incultes, sur les terrains domaniaux et habous, les terres collectives où il n'est pas possible de compter sur les concours privés, l'Administration supporte la totalité des frais de dératisation.

Les essais de destruction par les virus ont donné des résultats très inférieurs ceux qui sont couramment obtenus par la distribution de grains strychninés, dont une large expérience a aujourd'hui démontré l'efficacité contre les rongeurs de la campagne tunisienne, sauf dans les palmeraies. Dans celles-ci l'ennemi est le rat alexandrin qui semble absorber plus volontiers les pâtes phosphorées que les grains empoisonnés.

Les quantités de produits employés au cours des cinq dernières années par l'Administration tunisienne approchent, en ce qui concerne la noix vomique râpée, de 20.000 kilogrammes qui ont permis d'obtenir plus de 200.000 kilogrammes d'appâts toxiques. On a utilisé en outre 78.000 doses de campagnolicide. Une dose servant pour 5 kilogrammes de grains, on a obtenu par ce procédé 390.000 kilogrammes d'appâts.

Il a donc été épandu au cours de la même période plus de 590.000 kilogrammes d'appâts toxiques.

Les crédits affectés à cette lutte ont atteint 2.280.000 francs.

RESULTATS OBTENUS. — L'emploi de la noix vomique s'est avéré très efficace dans presque toutes les régions. La rapidité de son action ne permet que rarement à la gerbille, saisie de convulsions dès qu'elle a absorbé quelques grains, de rentrer au terrier. On retrouve donc les cadavres le lendemain de l'opération et il est possible de les compter. Il a été ainsi ramassé sur une surface de 200 mètres carrés jusqu'à 377 individus.

De plus, ce procédé est peu coûteux : 2 k 500 à 5 kg. de grains empoisonnés suffisent à traiter un hectare et le prix de revient du traitement ressort entre 5 et 10 francs l'hectare.

Le campagnolicide a donné également de très bons résultats, mais son emploi est plus coûteux : le prix de revient du traitement d'un hectare varie de 7 f.r. 50 à 15 francs.

Dans l'ensemble, la lutte entreprise a donné de bons résultats. Si elle n'a pas empêché la réapparition saisonnière de la peste, elle a, au moins, sauvé les oliveraies de destruction ou de pertes irréparables.

La réglementation adoptée a, de plus, permis de répandre dans les agglomérations et à Tunis, en particulier, la notion de responsabilité des propriétaires en matière d'infestation murine et de préparer l'opinion à la nécessité du rat-proofing des immeubles que l'Administration tunisienne rendra sous peu obligatoire dans des conditions soigneusement déterminées.



**Programme et action de l'Office d'Hygiène sociale
et de Médecine préventive
dans la prophylaxie des fléaux sociaux
de la Régence de Tunis (1)**

par M. DINGUIZLI

— «O» —

L'assistance médicale gratuite en Tunisie est une des plus importantes questions qui bénéficièrent de la sollicitude des résidents généraux et, avec eux, des secrétaires et directeurs généraux de l'Intérieur qui se sont succédés à la tête de l'Administration de la Régence. Tous ont apporté leur pierre à la construction de cet édifice social.

C'est avec M. Alapetite que commença le développement de cette œuvre si utile, par la création de postes de médecins de colonisation, de dispensaires et d'infirmiers indigènes.

C'est aussi avec la gestion de cet éminent administrateur que les grandes œuvres françaises de bienfaisance multiplièrent leurs filiales dans notre pays : Société de Secours aux blessés militaires. Union des Femmes de France, etc.

M. Lucien Saint marqua son passage à la tête des affaires tunisiennes, en donnant un plus grand essor à ce qui existait déjà. créa des hôpitaux dans les principales villes de l'intérieur de la Régence, donna à l'hôpital musulman, l'hôpital Sadiki, un développement tel qu'il en fit le modèle des établissements similaires dans l'Afrique du Nord et même dans la Métropole.

Sa compagne, M^{me} Lucien Saint, attacha définitivement son nom à la Tunisie en créant, à son tour, de toutes pièces, les œuvres de protection de l'enfance et les gouttes de lait au nombre de plus de cinquante, disséminées sur le territoire de la Régence.

M. le Résident général Manceron succède à M. Lucien Saint. M^{me} Manceron reçoit des mains de sa devancière un lourd héritage au service duquel elle met tout son cœur, tout son inlassable dévouement et toute son activité.

(1) Extrait du Bulletin de l'Académie de Médecine. — Séance du 13 octobre 1931, tome CVI, N. 31.

La Régence ne possédait pas une organisation à opposer aux ravages des fléaux sociaux qui décimaient, endémiquement on peut le dire, les populations diverses vivant côte à côte dans le pays.

Le Ministre de France estima qu'*assister* était indispensable, mais *prévenir* était aussi nécessaire.

Il se mit, résolument, à l'œuvre. Secondé par l'un de ses plus éminents collaborateurs, le Directeur général de l'Intérieur, M. le Conseiller d'ambassade Thierry, le nouveau Résident général, par le décret organique du 17 janvier 1930, créa l'Office d'Hygiène sociale et de Médecine préventive en Tunisie.

∴

Dans la Régence, les fléaux sociaux, contre lesquels doivent tendre tous les efforts, et particulièrement ceux de l'Office, pour réduire sinon annihiler entièrement leur action néfaste, offrent une gravité des plus impressionnantes.

1° *La tuberculose* a causé, à Tunis seulement, durant une période quinquennale, de 1924 à 1928, un tiers de plus de décès que toutes les maladies épidémiques réunies : rougeole, variole, fièvre typhoïde, typhus exanthématique, paludisme, diphtérie et peste.

Le *taudis* et l'insuffisance alimentaire font que la population indigène musulmane paie à ce fléau le plus lourd tribut.

En effet : la mortalité chez eux atteint le triple de la mortalité chez les Français.

2° *Les maladies vénériennes*, au premier rang desquelles vient la syphilis, sont aussi redoutables que la tuberculose.

La syphilis est très répandue en Tunisie. Il est très difficile, sinon impossible, de fixer exactement le taux de la mortalité du fait de cette grave maladie seule, ou de son influence sur d'autres états pathologiques.

Il y a cependant des tests qui, au besoin, permettent de se rendre un compte assez exact de l'intensité et de la fréquence de cette affection dans le monde musulman de Tunisie : *la morti-natalité* qui, d'après les syphiligraphes les plus autorisés, est imputable à la syphilis dans les proportions effrayantes de 9 à 10 en Europe.

Elle l'est davantage pour les indigènes musulmans chez lesquels les accouchements dystociques sont extrêmement fréquents.

Le désastre occasionné par la syphilis en Tunisie est considérable.

Alors que la mortalité a été estimée, en France, pour une période quinquennale, de 21 à 26, aux environs de 37 pour 1000 naissances vivantes, elle frappe, pour la même période dans les rangs de la population musulmane *et pour la ville de Tunis seulement*, 82 pour 1000, c'est-à-dire près du triple.

3° *Le trachome* est très fréquent et constitue une véritable calamité; le Sud Tunisien en est infesté. C'est à ses funestes effets que l'on doit ces innombrables aveugles et non-valeurs que l'on rencontre partout en Tunisie et qui vivent de la charité publique.

On estime de 40 à 50 p. 100 le nombre de personnes atteintes.

L'index scolaire établi par le Dr Talbot, chargé de mission anti-trachomateuse dans le Sud de la Régence, atteint 53 p. 100 pour Gabès, 76 p. 100 pour Gafsa et 97 p. 100 pour Tozeur.

Cette fréquence est assurément due aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles vivent ces populations, à leur misère physiologique, à la nature des terrains sablonneux, aux traumatismes conjonctivaux dus aux vents de sable, à la lumière intense, aveuglante de ces régions, et enfin à la quantité considérable de mouches attirées dans ces mêmes régions pendant la campagne de la récolte des dattes.

4° *Le paludisme*, contre lequel nous luttons sans répit : assainissement des régions infestées par les méthodes scientifiques les plus modernes; distribution intensive de quinine à titre gratuit par les soins des agents de MM. les Contrôleurs civils et les Caïds dont quelques-uns assistent à cette séance.

Enfin, *la mortalité infantile* est extrêmement élevée. Elle nécessite l'attention des pouvoirs publics. C'est l'avenir de la race qui est en péril, et le pays voit tous les jours diminuer de plus en plus son capital humain.

Je mentionne, pour mémoire, *le théisme* ou abus du thé, sur lequel j'ai déjà eu l'occasion d'entretenir la Compagnie.

Je me propose d'y revenir dans une note ultérieure afin de montrer ce qui a été fait et ce qui reste à faire. J'exposerai devant vous la question du *cancer* en Tunisie.

Messieurs,

Cette rapide énumération des principaux fléaux sociaux observés en Tunisie, et dont les graves conséquences ne vous échappent pas, était nécessaire parce quelle montre, sous un jour véritable, la situation telle qu'elle existait avant la création de l'Office et la justification même de cette création.

Seul ce nouveau service permet d'engager une lutte efficace contre toutes les maladies sociales évitables.

Bien que jeune encore, notre Office d'Hygiène sociale et de Médecine préventive s'est mis, au lendemain de sa création, à l'œuvre et s'est montré plein de promesses pour l'avenir.

Il faut reconnaître que les encouragements ne lui ont pas fait défaut.

Grâce à l'appui bienveillant de notre actuel directeur général de l'Intérieur qui a su, par sa voix autorisée, obtenir pour lui, de nos corps élus, les crédits nécessaires à son bon fonctionnement;

Grâce aussi au dévouement et à l'activité intelligente de son directeur, notre confrère le docteur Mazères, grâce aussi au service de l'Inspection générale des services administratifs près la Direction Générale de l'Intérieur de la Régence, de véritables tours de force ont été réalisés :

Les services du dispensaire antivénérien ont subi le développement nécessaire. Une ligue antituberculeuse a été créée; le dispensaire antituberculeux permettant le dépistage de cette grave maladie sociale à Tunis est en voie de construction et sera bientôt entièrement terminé.

Les principales villes de l'intérieur comme Sousse, Sfax, Bizerte, le Kef et Kairouan seront pourvues de dispensaires mixtes (antivénériens et antituberculeux à la fois).

Les terrains sur lesquels ils seront édifiés sont déjà acquis par le service compétent.

Les praticiens auxquels seront confiés ces nouveaux services seront, dans un avenir très proche, des spécialistes dont le recrutement se fera par voie de concours.

La lutte contre le trachome est actuellement confiée à deux spécialistes éminents, les docteurs Cuénod et Talbot.

Il est dans l'intention de l'Administration d'augmenter le nombre

de ces praticiens spécialisés et de confier à chacun un secteur qui sera desservi par des tournées périodiques.

Déjà dans le Contrôle civil de Béja, dans le Nord, un spécialiste tunisien assure la lutte contre ce fléau, c'est le D^r Radhi Fährat.

L'activité de ce service nouveau ne s'est pas uniquement manifestée dans le domaine de la construction, l'Office a inauguré son service de propagande par *la campagne du timbre antituberculeux* destinée à initier nos compatriotes musulmans à l'idée de prophylaxie.

Les indigènes musulmans les moins évolués ont réservé à la vente du timbre un accueil des plus encourageants.

Cette campagne a été menée avec une vigueur telle qu'elle a valu à la Tunisie la Coupe d'honneur de l'Office national d'Hygiène sociale eu de Médecine préventive de France.

Nous avons organisé des séries de conférences filmées, éducatives, et le résultat a été des plus probants.

J'ai entrepris personnellement ce mode de propagande, dans les milieux musulmans à Tunis et sur divers autres points de la Régence. Mes causeries furent faites en langue arabe, cela va de soi.

Partout, les auditeurs avaient soif de savoir et d'apprendre.

A l'issue de chaque conférence, chaque auditeur tenait absolument à avoir, à lui, l'un des nombreux tracts imprimés à l'avance et qui fixaient les principaux points à retenir de ces causeries.

Par groupes, et jusque dans les cafés maures, les lettrés en commentaient la teneur aux illustrés.

Je dois rendre hommage à l'appui que j'ai toujours trouvé dans ces déplacements auprès de MM. les Contrôleurs civils, chefs de régions, représentants directs de M. le Résident général et de MM. les Caïds, nos chefs indigènes.

A la suite des causeries que je fis, dans les milieux indigènes, sur la prémunition antituberculeuse par le B C G, les demandes de vaccin affluèrent dans les bureaux des Contrôleurs civils et des Caïds avec une intensité telle que les statistiques officielles de l'Institut Pasteur de Tunis — je tiens le renseignement de M. Nicolle lui-même — accusèrent une surproduction de vaccin trois fois supérieure. Les demandes réclamant les infirmières visiteuses ne cessaient de parvenir à ces mêmes bureaux.

L'Office a actuellement à sa disposition un nombre tout à fait insuffisant d'infirmières visiteuses indigènes musulmanes, quatre en tout pour les besoins du service de la lutte contre le trachome dans le Sud Tunisien que pour celui de la diffusion du B C G dans l'intérieur de la Régence.

C'est encore à M^{me} Manceron que nous devons le recrutement de ces si indispensables auxiliaires.

Toutes ont été formées par leurs camarades françaises en service dans les hôpitaux.

Afin d'encourager ceux qui apporteraient un concours efficace à la diffusion du B C G dans les diverses couches de la sphère indigène musulmane, en l'espèce des Moharreks ou chefs de quartiers, qui sont tenus de faire obligatoirement les déclarations de naissances et de décès aux bureaux de l'état civil, l'Office d'accord avec ce service municipal accorde une prime de cinq francs à chaque moharrek par nouveau-né vacciné dans les délais réglementaires.

L'expérience, pour commencer, a été instituée cette année pour la ville de Tunis et les résultats qu'elle a donnés sont en faveur de sa généralisation aux autres agglomérations urbaines de la Tunisie.

Cette année, plusieurs sujets ont fait l'objet de ces causeries : Le timbre antituberculeux. La tuberculose maladie sociale, la contagion par l'expectoration des tuberculeux. Le vaccin de Calmette-Guérin. Le péril vénérien : syphilis, blennorragie. Le trachome, le paludisme, etc.

Ce moyen de propagande qu'est la conférence filmée n'est pas resté sans écho, et pour terminer, permette-moi de faire état des constatations suivantes :

Dans l'intérieur des voitures de transport en commun, des indigènes, de condition sociale extrêmement modeste, tuberculeux avérés, se servirent de crachoirs de poche en verre pour expectorer, alors que jeter un crachat par terre était la règle. Ces faits ne m'avaient pas été rapportés, je les ai vus.

Dans des véhicules analogues, j'ai assisté à des discussions entre voyageurs indigènes refusant d'accepter catégoriquement le ticket de leurs places parce que le receveur, un européen (italien), mouilla ses doigts de sa salive pour détacher le ticket.

J'ai vu des indigènes de nos coreligionnaires reprocher à d'autres le fait d'avoir craché par terre.

J'estime que des faits de ce genre ne pouvaient être que le résultat de la propagande que nous avons entreprise avec tant de foi et d'intensité et qui méritent, en raison même de leur simplicité, d'être signalés.

Telle est, messieurs, l'œuvre, ébauchée à grands traits, de l'Office d'Hygiène sociale et de Médecine préventive, de toute récente création en Tunisie.

Cette œuvre demande à être multipliée et intensifiée partout où flottent en pays musulmans, à quelque titre que ce soit, vos trois couleurs, symbole d'une France maternelle et protectrice.

J'ai terminé, mais avant de quitter cette tribune qu'il me soit permis de rappeler, en cette séance solennelle, que la France, toujours soucieuse de la santé des populations qu'elle couvre de sa bienveillante protection, a fait, à l'occasion de la récente célébration du cinquantenaire de l'établissement de son Protectorat sur la Régence, un geste qui l'honore grandement et auquel nous demeurons, nous, musulmans tunisiens, sensibles et reconnaissants.

Elle a donné une somme de 10 millions qui, selon le désir du législateur, devra servir à améliorer nos œuvres d'assistance existantes et d'en créer de nouvelles.

Permettez-moi de formuler le vœu, en présence de M. le Directeur général de l'Intérieur qui représente en même temps M. le Résident général Manceron empêché d'assister à cette séance par suite d'un accident que, tous ici, nous espérons bénin, qu'une partie de ces sommes soit mise au service de la formation de nombreuses infirmières visiteuses indigènes : auxiliaires si indispensables dans la lutte contre les fléaux sociaux de la Tunisie.

Leur recrutement n'est pas chose si difficile, si l'on veut bien se rappeler qu'il existe à Tunis une importante école de jeunes filles musulmanes qui a, dans ses dépendances, son dispensaire dont vous avez inauguré il y a quelques mois, vous-même, les services aux côtés du Ministre, monsieur le Directeur général. Là pourront se former ces infirmières visiteuses indigènes et l'école, dont je viens de parler, permettra d'assurer leur recrutement.

Il y a lieu aussi d'envisager une autre création d'une haute portée sociale, celle d'un centre d'études obstétricales où se formeront les

accoucheuses indigènes dont le besoin se fait plus que jamais sentir dans l'élément autochtone du pays. L'ère des matrones doit disparaître à l'aurore du deuxième cinquantenaire du protectorat de la France en Tunisie.

J'ai déjà, à diverses reprises, entretenu l'Académie de leurs méfaits. Dieu seul sait, et le Corps médical de Tunisie aussi, la large part de ces méfaits dans la mortalité musulmane de la Tunisie.

(Appaudissements.)



Le Timbre Antituberculeux

—x—

La Coupe d'honneur de l'Afrique du Nord est décernée à la Tunisie pour la campagne 1930 du timbre anti-tuberculeux (24 octobre 1931).

M. le Médecin Général Arnaud, Directeur général, et M. Viborel, Directeur de la propagande du Comité National de Défense contre la tuberculose, ont remis à la Tunisie « la Coupe d'Honneur de l'Afrique du Nord » qui lui a été attribuée par le Comité National pour le remarquable succès de la première campagne du timbre antituberculeux, organisée en 1930 par le jeune Office d'Hygiène sociale et de médecine préventive qui fonctionne à la Direction Générale de l'Intérieur sous la direction du docteur Mazères.

Les bénéfices nets de la vente du timbre tuberculeux se sont élevés à plus de 243.384 francs.

Le docteur Mazères fournit à ce sujet des renseignements très précis sur la répartition des fonds provenant de la vente des timbres antituberculeux de la campagne 1930 (243.000 francs) qui a été la suivante :

1° Fonds réservés à la prévention de la tuberculose

(Vaccinations préventives et éloignement des enfants des milieux contaminés).

a) Créations de postes d'infirmières-visiteuses chargées de la vaccination et de la lutte à domicile.....	67.800
b) Primes aux cheikhs et mahareks pour la diffusion de la vaccination	5.000
c) Subventions aux colonies de vacances	30.000
d) Subvention à l'Ecole de plein air de l'Ariana.....	10.000
e) Placement des enfants vaccinés à la Maison d'Accueil	5.000
f) Placement des enfants et jeunes gens dans les sanatoria	20.000

Total.....Fr. 137.800

2° Fonds réservés au traitement des tuberculeux

a) Création de postes d'infirmières visiteuses pour le service social des tuberculeux à l'hôpital.....	19.200
b) Hospitalisation des malades dans les formations anti-tuberculeuses françaises ou tunisiennes	25.000

Total.....Fr. 44.200

3° *Affectations et subventions diverses*

a) Institut Pasteur de Tunis pour préparation du BCG	10.000
b) Ligue antituberculeuse de Tunisie	15.000
c) Propagande (abonnements, tracts, affiches, conférences)	30.000
d) Reliquat pour l'organisation de la prochaine campagne du timbre	6.000
	<hr/>
Total.....Fr.	61.000
	<hr/>
Total général.....Fr.	243.000

(Extrait de la « Dépêche Tunisienne » du 25 octobre)

Nous adressons toutes nos félicitations au docteur Mazères, Directeur de l'Office d'Hygiène Social, pour ce beau résultat, qui est son œuvre, et auquel le Comité National a décerné une médaille de Vermeil.

F. B.



Notice sur le Service Médical

dans les Territoires Militaires du Sud

par le Médecin Commandant DECOUR

Médecin-Chef des T. S. T.

Dans les Territoires Militaires du Sud Tunisien, les Médecins ajoutent à leurs fonctions spéciales dans les garnisons et les formations sanitaires, l'exercice de la médecine indigène. Ils ont été par leurs connaissances techniques, mises patiemment et inlassablement au service médical des Indigènes, des auxiliaires précieux dans le mouvement de pénétration pacifique entrepris par les Officiers de renseignement.

Parmi les six cercles administrés par les Officiers du Service des Affaires Indigènes, quatre seulement possèdent une garnison avec les formations sanitaires répondant aux besoins de la troupe (Médénine, Zarzis, Ben-Gardane, Talaouine); les deux autres (Matmata et Kébili) sont dépourvus de garnison, mais un médecin militaire leur est affecté, lequel s'occupe exclusivement de la population indigène.

Dès leur arrivée dans ces Territoires après l'occupation les Médecins ont été appelés à donner leurs soins aux tribus sédentaires qui y résidaient, aux tribus nomades qui les parcouraient.

Les affections contagieuses, en particulier la variole et le typhus frappaient un grand nombre d'individus et devaient immédiatement retenir leur attention. Leur dévouement et leur patience leur permirent de pénétrer peu à peu dans les tribus rebelles à notre thérapeutique. Par leur action bienfaisante en temps d'épidémie, par leurs résultats chirurgicaux heureux qui frappent les indigènes, ils ont acquis progressivement la confiance de ces derniers même dans les tribus Berbères très fermées.

Au début de l'occupation en effet les Médecins ne donnaient des soins qu'aux hommes pour les traumatismes graves, lorsque les soins empiriques des médecins arabes avaient échoué, et ne vaccinaient qu'en période d'épidémie. Ils n'approchaient ni femmes ni enfants; des fanatiques affirmaient sur les marchés que les enfants mâles étaient marqués au cours des vaccinations pour recruter plus tard des soldats et les filles pour peupler les maisons de tolérance.

Actuellement le Médecin pénètre partout, dans tous les milieux,

sous les tentes de nomades, dans les maisons des sédentaires, il examine femmes et jeunes filles. Il est même parfois appelé pour des accouchements et des interventions gynécologiques.

Ces progrès sont remarquables surtout depuis la fin des hostilités; les médecins séjournent plus longtemps dans le même poste, parfois plusieurs années, gagnant ainsi la confiance des plus rebelles.

Le médecin, d'autre part n'éprouve plus de difficulté pour procéder à une autopsie, à une expertise médico-légale, missions souvent difficiles autrefois.

Ces progrès ont été plus ou moins rapides suivant les tribus.

Dans celle des Accara (Zarzis), sédentaire, agricole, commerçante, le médecin n'a pas éprouvé de difficulté à attirer les indigènes aux consultations du dispensaire, à pénétrer dans leurs milieux.

Par contre, dans celle des Touazine (Ben-Gardane), contiguë, population nomade, turbulente, à peine fixée autour du centre créé à Ben-Gardane, le médecin a dû vaincre de nombreux obstacles pour mener à bien la tâche que son devoir lui imposait.

Les tribus Berbères des montagnes de Tataouine (Ghermessa, Douiret, Chenini, Ghourmassen), et celles de Matmata ont été longtemps réfractaires au « toubib ».

Récemment encore en période d'épidémie, on devait se faire appuyer de toute l'autorité du Service des Affaires Indigènes pour arriver à un résultat appréciable; les femmes n'étaient présentées qu'en cas de nécessité absolue ou sous la menace de sanctions.

Le rôle du médecin dans chacun de ces cercles est celui d'un médecin de colonisation dans un contrôle civil. Il a réussi par les soins constants et gratuits, les opérations fréquentes, les déplacements au sein des tribus et des douars, la lutte contre les épidémies, son rôle de médecin expert dans les affaires criminelles. (Les connaissances du « toubib » en médecine légale étonnent les indigènes; ils se demandent comment le médecin peut déceler ce qui est caché).

DISPENSARE. — Au centre administratif de chaque Cercle fonctionne un *dispensaire*; le médecin y reçoit tous les malades qui demandent une consultation, y pratique les pansements, les interventions, y traite les malades ou blessés hospitalisés.

Ces dispensaires d'abord installés dans les habitations ordinaires.

aménagés avec des moyens de fortune, ont été améliorés peu à peu grâce à l'augmentation des crédits alloués.

Ils sont actuellement construits dans le but qui leur est assigné, c'est-à-dire qu'ils constituent des milieux hospitaliers, pourvus chacun de salle d'opérations, salle de pansement, de pharmacie, de salles de malades. Ils sont dotés d'un arsenal chirurgical suffisant, s'améliorent chaque année suivant les disponibilités du budget et répondent aux besoins des Territoires; ils sont plus ou moins vastes suivant la population, la fréquence des consultations, etc.

CONSULTATIONS. — Il y a quelques années, le malade se présentait hésitant au dispensaire; il fallait pour lui donner une certaine confiance lui faire absorber un médicament coloré, rapide, ayant une action immédiate.

Actuellement, les indigènes acceptent des traitements de longue durée; ils se présentent aussi souvent qu'il est nécessaire pour mener à bien une cure entreprise. Pour la syphilis, par exemple ils reviennent régulièrement aux dates fixées pour recevoir les injections intraveineuses de néo.

A ces consultations quotidiennes se présentent tous les malades pouvant se déplacer, parfois même des malades graves y sont transportés venant de très loin.

Là, défilent les porteurs de toutes les affections courantes de pathologie interne et externe, variables suivant les saisons : affections des voies respiratoires, du tube digestif, des organes des sens, des yeux en particulier, des lésions cutanées et vénériennes et des traumatismes variés (plaies, fractures, coups de feu, plaies infectées, abcès, phlegmons, gangrènes). En dehors des maladies communes on observe des affections spéciales, clous de Gafsa,° trachome, bilharziose, fièvres méditerranéennes, etc...

Les affections des yeux sont toujours très fréquentes; elles ont cependant diminué dans de notables proportions; les indigènes viennent plusieurs jours consécutifs chercher les soins nécessaires, les collyres à emporter leur étant refusés. Ceux-ci en effet servaient fréquemment pour des affections variées auxquelles ils n'étaient pas destinés, et l'échec de la thérapeutique éloignait les malades de la consultation.

La tuberculose est une affection contre laquelle la lutte est difficile étant donné le genre de vie de certaines peuplades et leur pau-

vreté, elle est malheureusement très fréquente. On la rencontre touchant les organes les plus divers, poumons, os, articulations sérieuses, etc... Les ostéites, les tumeurs blanches, les maux de Pott sont fréquents; l'évolution est en général rapide.

Ces consultations rassemblent d'année en année un nombre plus considérable d'indigènes, hommes femmes et enfants; les femmes s'y présentent actuellement très nombreuses, surtout dans les Cercles de Médénine, Zarzis et Kébili; voici quelques chiffres de consultations données depuis 1903; les nombres ne sont donnés que tous les trois ans pour ne pas allonger un exposé qui deviendrait fastidieux.

Année	Médénine	Zarzis	Ben-Gardane	Ta-taouine	Matmata	Kébili
1903	1.500	400	699	457	305	2.100
1906	1.700	463	1.810	805	900	2.800
1909	3.100	820	2.514	1.100	926	3.892
1912	3.800	1.020	2.298	1.400	1.359	4.596
1915	5.487	1.305	1.897	2.100	1.930	4.832
1918	5.960	1.500	1.600	2.350	2.334	7.479
1921	6.300	1.720	1.815	4.200	1.590	8.999
1924	7.200	2.200	1.920	4.910	1.035	9.260
1927	8.150	2.560	2.100	4.200	1.660	12.522
1929	8.700	3.000	2.400	5.814	1.950	11.194

Donc, au cours d'une période 26 ans, de 1903 à 1929, le nombre total de consultations données dans les dispensaires s'est élevé de 5.461 en 1903 à 33.058 en 1929. Ce dernier chiffre étant six fois plus élevé que le précédent les progrès sont considérables et tout à l'honneur des médecins qui ont occupé les postes et dirigé les dispensaires. L'état sanitaire n'est pas plus mauvais, bien au contraire, mais les indigènes se présentent plus nombreux parce qu'ils ont confiance dans nos méthodes et apprécient nos soins.

OPÉRATIONS. — En dehors des consultations quotidiennes et des pansements simples faits au cours de celles-ci les médecins pratiquent des opérations parfois délicates. Les indigènes acceptent les

interventions chirurgicales qui leur sont proposées. Ils s'y soumettraient plus volontiers s'ils n'avaient pas une crainte injustifiée de l'hospitalisation. Ils ne veulent pas être enfermés dans une salle de dispensaire, éloignés des leurs, entre les mains d'européens. Ils ne le font de bon gré qu'en cas de besoins très graves. Ils préfèrent garder une infirmité gênante, ne pas se faire opérer s'ils doivent séjourner au dispensaire.

Les opérations seraient plus nombreuses si le malade pouvait être ramené chez lui après l'intervention, mais les accidents post-opératoires seraient trop fréquents. Pour expliquer leur crainte ils prétendent que des esprits hantent le dispensaire. A Kébili par exemple cette idée était tellement ancrée parmi eux, qu'aucune hospitalisation n'était acceptée; un nouveau dispensaire a été créé; celui-ci hospitalise actuellement des malades ou blessés non récalcitrants, 49 l'an dernier.

Il n'est pas possible d'établir une statistique par poste des opérations effectuées; le chiffre dépend des circonstances variables et aussi du tempérament du Médecin.

Tel jeune médecin opérera dès son arrivée; tel autre ne commencera que lorsqu'une opération d'urgence, impossible à éviter lui aura donné des résultats heureux et aura vaincu sa timidité.

Le chiffre total des opérations a augmenté et atteint actuellement le coefficient 10 par rapport à celui de 1903.

On relève parmi elles, beaucoup d'interventions pour les yeux, pterygions, cataractes, trichiasis, énucléations, iridectomies, des hernies, des curettages utérins, des esquillectomies, des trépanations, des amputations, quelques rares appendicectomies, une splénectomie, des hydrocèles, varicocèles, extractions de corps étrangers, sutures intestinales, becs de lièvre, spina bifida, etc...

Le médecin avec son arsenal suffisant, éloigné de tout autre centre hospitalier, fait toute la chirurgie d'urgence qui se présente et avec un succès apprécié des indigènes.

En dehors des consultations gratuites du dispensaire; le médecin se rend à domicile pour voir les malades graves et parcourt les territoires soit pour pratiquer les vaccinations, soit pour examiner les malades suspects et lutter contre les épidémies.

VACCINATIONS. — Le nombre de vaccinations pratiquées variait suivant les cas constatés, les menaces d'épidémies, mais depuis

quelques années, elles sont annuelles et portent sur une partie plus ou moins étendue de chaque territoire sauf en 1929, au cours de laquelle la vaccination générale a été faite avec le concours d'auxiliaires médicaux indigènes. On relève les chiffres suivants :

Année	Matmata	Kébili	Ben-Gardane	Ta-taouine	Médenine	Zarzis
1903	500	119	0	250	84	2.120
1906	389	490	970	400	372	1.157
1909	428	2.208	604	309	215	0
1912	140	165	977	900	316	1.964
1915	655	635	485	500	663	7.326
1918	1.200	0	0	212	0	0
1921	500	250	400	697	284	0
1923	10.000	14.860	690	3.055	0	3.510
1926	900	0	700	500	1.724	21.721
1929	16.500	14.200	6.675	12.700	4.300	2.999

Donc en 1903 = 3.073 vaccinations.

— en 1915 = 10.264 vaccinations.

— en 1929 = 57.374 vaccinations.

Grâce aux vaccinations pratiquées la variole ne fait que de rares et courtes apparitions; très fréquente autrefois, par exemple de 1892 à 1902, elle était à l'état endémique dans certaines régions. Il était très difficile, écrivait un officier du service des renseignements de rencontrer un adulte qui n'ait des marques de variole.

Fréquemment du reste, ces épidémies étaient entretenues par une pratique en faveur chez les indigènes.

Pour prévenir les ravages de la variole ou amortir sa gravité, les gens du pays pratiquaient sur eux-mêmes une inoculation préventive dont voici en substance le procédé :

1° Une incision verticale cutanée de quatre centimètres d'étendue au niveau de l'espace interdigital de la main commençant vers le milieu du repli cutané qui sépare le pouce de l'index.

2° Introduction dans les lèvres de la plaie d'une ou plusieurs croûtes de pustules varioliques.

Au bout de huit jours environ la variole se déclare souvent légère il est vrai, mais très souvent aussi d'une gravité qui dépasse de beaucoup l'intention qui est en somme de conférer l'immunité par une atteinte discrète.

Les vaccinations effectuées par les médecins ont fait abandonner cette pratique et les cas de variole sont actuellement rares et isolés.

Le succès de vaccination reconnu par les indigènes a encouragé ceux-ci à se soumettre à d'autres vaccinations préventives, à la vaccination anti-pestreuse par exemple.

A Ben-Gardane en 1920-1923-1928, 14.000 vaccinations antipesteuses ont été pratiquées; à Zarzis en 1921-1925, 6.000; à Médenine en 1921, 9.900.

La variole n'est pas la seule maladie contagieuse contre laquelle les médecins militaires ont dû lutter.

En dehors des affections banales, rougeoles, oreillons, dysenteries, diphtéries, des épidémies de peste et de typhus ont mérité toute leur attention.

Le tableau suivant donnera une idée des épidémies dans les Territoires.

Année	Médenine	Zarzis	Ben-Gardane	Falaouine	Maimata	Kébili
1903	Variole 50	0	0	Variole 10	0	0
1906	0	0	Variole 40	Variole 65	Variole 70	0
1909	Variole 20	Variole 1	0	0	Typhus 10	0
1912	Typhus 6	Variole 4	0	Variole 3	Variole 12	Variole 15
1915	Typhus 4	0	0	Variole 9	Typhus 20	Variole 1
1918	0	Peste 20	0	Typhus 200	Typhus 15	Typhus 9
1921	Variole 2	Typhus 1	Peste en 1920	Typhus 45	Typhus 43	Typhus 62
1923	Peste 26	Variole 5	20	0	0	0
1926	0	Peste 7	Peste 30	Variole 2	Variole 5	Typhus 1
1929	0	0	Peste en 1928	Typhus 4	0	Variole 24
			8	Peste 4	0	Typhus 6

Ce tableau montre que les maladies contagieuses graves sont fréquentes dans le milieu indigène et qu'elles nécessitent de la part du

corps médical une surveillance constante et des mesures prophylactiques immédiates et efficaces. On n'a plus à déplorer des épidémies qui éprouvaient des villages entiers; à Douiret par exemple, où presque tous les habitants furent atteint du typhus. Actuellement les premiers cas sont signalés dès leur apparition, les cheikhs étant tenus pour responsables de la non déclaration et le médecin se rendant sur les lieux prend immédiatement les mesures nécessaires.

C'est ainsi qu'ont été enrayerées les épidémies de peste de Ben-Gardane, Zarzis, Médenine, Tataouine. Cette lutte prophylactique est une lourde tâche; l'établissement d'un cordon sanitaire efficace, la surveillance des isolés, les soins aux médecins des postes dans des régions souvent difficiles.

Les médecins du Sud Tunisien ont été félicités par le Service d'Hygiène du Gouvernement tunisien, le Bulletin de l'Institut Pasteur a rendu hommage à leur zèle et à leur succès.

Un autre rôle du médecin dans les Territoires Militaires est celui de médecin légiste, en cela auxiliaire du Service des Affaires Indigènes dans certaines affaires criminelles; les médecins sont très fréquemment requis pour des expertises médico-légales.

En outre dans les postes de Médecine, Zarzis et Kébili, les médecins mettent leurs connaissances à la disposition de l'œuvre de la Goutte de lait, dont Madame Saint a été la créatrice en Tunisie.

Cette œuvre consiste à lutter contre la mortalité infantile en distribuant aux bébés du lait, des vêtements et en indiquant aux mères les règles d'hygiène nécessaires.

Les médecins ont ajouté à cette œuvre la consultation des nourrissons; ils assistent aux réunions, examinent les enfants, donnent des soins.

Les résultats obtenus sont très appréciables.

Le Merveilleux Concours d'Antonin Pieu (1)

par Charles NICOLLE

—(0)—

La délibération du jury des Hôpitaux s'achevait. Donchère, le beau Donchère, qui, depuis une demi-heure, témoignait une impatience un peu hautaine, avait fini par se lever sans plus attendre et il marchait le long de la table où ses collègues, plus disciplinés, se tenaient assis devant des feuilles, ornées de dessins ou de chiffres.

A quoi bon, disait sa mimique, prolonger plus longtemps un débat oiseux et cette comédie sans public? Les trois places n'étaient-elles pas déjà données : deux à des candidats, cotés en conséquence; l'autre à Raffarel, qui devait passer l'épreuve de malades dans la série du lendemain, la dernière.

Ce Raffarel, rien ne saurait empêcher son succès. Outre ses qualités d'habile tacticien au jeu miroitant des concours, n'avait-il pas pour lui l'appui évident, affirmé, du professeur Latrîbe, qui, de son fauteuil de l'Institut, régentait, en ce temps-là, les Hôpitaux, la Faculté et l'Académie de Médecine? Donchère avait promis sa voix et il ne pouvait douter qu'il n'en fût de même de ses collègues, sauf, peut-être, du paradoxal Bussages.

Cependant le président, le vieux Vacard, entendait prolonger dans les formes le simulacre de justice. Mis à la retraite depuis dix ans, il ressentait, à siéger, les émotions de l'ancien candidat. Aussi voyait-il avec tristesse approcher la fin des épreuves, qui le plongerait, de nouveau, dans la monotonie d'une vie sans lustre.

— Un peu de patience, implora sa voix. Il nous resté un concurrent à noter.

— Qui? fit Donchère, comme s'il avait vraiment oublié la médiocre victime, observée l'instant d'avant aux prises avec un malade dyspnéique.

— Monsieur Pieu, répondit le président.

— Pieu, répéta l'impatient; et il haussa les épaules.

Vacard s'était tourné vers le plus jeune de ses collègues.

— Que pense, des épreuves du candidat, notre cher rapporteur? Le membre interpellé rassura son binocle.

— Pieu, dit-il avec une moue bienveillante. Pieu a fait une question honnête.

Il faut savoir que, dans le jargon de cette sorte de juges, une question honnête est une de ces questions dont on ne peut dire qu'elles soient précisément mauvaises, puisqu'elles témoignent d'irréprochables connaissances, mais auxquelles manquent les

(1) Extrait du « Mercure de France », 15 novembre 1930.

détails superflus et les ornements fantasques en quoi réside toute l'esthétique des concours. On a vu parfois des candidats réussir avec des questions incomplètes, aux lacunes dissimulées sous des fleurs chatoyantes. Il n'en est arrivé que par accident avec une honnête question.

C'est ce que comprit immédiatement l'assistance. Il ne s'agissait plus que d'arrêter la note, également honnête, par le moyen de laquelle on exécuterait M. Pieu. C'était un facile problème.

— Que propose-vous ? interrogea de nouveau le président.

Le rapporteur réfléchit pour la forme. Il proposa dix-sept.

— Fichtre ! exhala Vacard, c'est à peine si cela les vaut.

Le jeune juge crut devoir excuser son indulgence. Il le fit avec mollesse :

— Pieu, dit-il, est un homme âgé, méritant. Il concourait depuis une dizaine d'années quand je suis arrivé au Bureau Central.

— Je trouve votre dix-sept très juste, opina Bussages.

La note, cependant, paraissait trop forte à certains. Une discussion courtoise s'éleva, les uns prétendant qu'on devait encourager les vieux candidats dont l'entêtement ajoutait aux péripéties des concours, les autres que c'était rendre service à tout le monde que de les mal coler et de leur retirer l'espoir. On leur épargnaît de nouveaux échecs et on diminuait la durée des épreuves.

Donchère ne cherchait plus à dissimuler sa hâte d'en finir. Il prit son chapeau, le coiffa.

— Donne-tu dix-huit, trancha-t-il, et terminons. J'ai une consultation à Montsouris pour six heures. Il les sera dans dix minutes.

— Un instant, de grâce, gémit le président.

Et il ajouta :

— Dix-huit, savez-vous que cela va le classer troisième ?

— La belle affaire ! insista Donchère ; est-ce que demain certain candidat que nous connaissons ne nous décrochera pas son vingt ? Mettez dix-huit à Pieu, que je ne manque pas mon rendez-vous.

Et, sans plus tarder, ayant tiré à lui le procès-verbal, il griffonna tout au bas sa signature. Puis il disparut.

Cette brusque sortie trancha le différend. On pouvait sans inconvénient, octroyer une faveur factice à l'inoffensif candidat. Le favori saurait bien rétablir le poids légal dans la balance. Bussages insista. Vacard se laissa persuader. Les autres, indifférents, accédèrent. Ils eurent même le sentiment d'accomplir une bonne action.

∴

Le docteur Pieu, Antonin Pieu, attendait le résultat sous les arcades. Il ne se repaissait guère d'illusions. Lui aussi n'ignorait pas qu'il n'avait fait qu'une honnête question et il ne se connaissait, dans le jury, aucune de ces complaisances qui imposent de telles épreuves. Pourtant, l'espoir est un dieu si subtil qu'il découvre toujours, pour s'y glisser, quelque défaut de notre cervelle.

Antonin Pieu attendait donc le résultat, comme il l'avait attendu tant de fois, au même Hôtel-Dieu, à la Pitié, à la Charité ou dans quelque autre hôpital, logeant en lui la divinité fallacieuse. Il avait serré quelques mains, reçu des compliments banaux; et il s'était éloigné, de crainte qu'une parole trop claire n'effarouchât son hôte peureux.

Tout à coup, il se trouva nez à nez avec Raffarel. Le brillant joueur exhalait un parfum victorieux. Il tendit à son concurrent deux mains amicales.

— Pieu, affirma sa voix péremptoire, vous avez présenté votre malade d'une façon excellente.

— Vous croyez ? interrogea l'interpellé confus.

— Parole ! répéta Raffarel, votre présentation a été de tous points remarquable.

Un si vif éloge causait trop de bien à Pieu pour qu'il n'eût désiré en prolonger le baume. Déjà, le sémillant flagorneur s'éloignait. Il avait aperçu, avançant au long des colonnes, une grande jeune fille, venue pour le chercher et qu'on savait sa fiancée, la propre nièce du professeur Latribe.

Pieu, le cœur déçu, regarda l'élégant couple disparaître, comme si cette charmante personne eût emporté sa chimère. Il se remit à marcher.

Quelques minutes plus tard, la porte de l'amphithéâtre s'ouvrit timidement. Sortant à grands pas, l'air affairé, prenant soin de traverser la foule sans y reconnaître aucun visage, les juges s'éloignaient, conversant avec une affectation évidente. Derrière eux, l'appariteur se montra, une petite affiche à la main. Il la colla au mur, à hauteur d'yeux.

Pieu se mêlait à la ruée curieuse. Il vit des noms, des chiffres étagés et chercha tout en bas la ligne où s'inscrivait son destin. Il lui fallut passer au premier rang pour la reconnaître. Depuis une grande minute, des voix lui criaient son dix-huit. Il n'entendait pas. Ce ne fut que le nez sur le papier qu'il comprit.

Quelque chose lui serra le cœur. Fuyant tout commentaire, il se précipita au dehors.

Une jolie brune, animée, l'œil mauvais, qui était hier encore la maîtresse de Raffarel, le heurta. Elle guettait l'amant infidèle. Pieu ne prit attention ni à ses gestes ni à son désespoir menaçant. Il s'éloignait, éperdu de joie et de peur.

Dehors, il éprouva le besoin de mettre de l'ordre dans sa cervelle. S'il n'avait dû de comptes qu'à lui-même, Pieu aurait plutôt aimé demeurer dans l'incertitude hasardeuse qui lui ouvrait, pour une nuit, le lit divin de la Fortune. Il était marié, père de deux enfants grandets et il sentait qu'il ne pourrait dissimuler, devant ce tribunal domestique, ni son admirable dix-huit, ni les inquiétudes pudiques dont l'obscurcissait sa conscience. Fallait-il donner

aux siens de l'espoir, alors que toute raison le démentait, et, s'il devait triompher en fin de compte, leur laisser voir sa piètre confiance en lui-même ?

Il en était là de ses réflexions, devant un arbre bardé de fer, recevant sans y prendre garde la froide pluie de novembre, lorsqu'il se sentit happé d'une main solide. Donchère, le col relevé, lui montrait la portière d'un coupé.

— Vous demeurez toujours boulevard Port-Royal ? Je vais à Montsouris. Je vous déposerai à l'Observatoire.

Et Pieu se sentit poussé dans la voiture.

∴

Les premières secondes du tête-à-tête semblèrent interminables au candidat. Un seul sujet lui paraissait digne d'entretien : son dix-huit. Or, d'en discourir, Pieu le craignait plus qu'il n'en avait envie. Le son d'un compliment mal venu n'allait-il pas mettre en déroute son espoir ? Il sentait pourtant qu'il devait un remerciement au juge. Pas du tout éloquent en dehors des passes mesurées de ses concours, naturellement timide et, de plus, embarrassé par son trouble, il cherchait la phrase déférente par laquelle il exprimerait son obligation.

Donchère ne le laissa pas longtemps à cette chasse. D'un ton indifférent, comme si rien ne venait de se passer qui pût les intéresser tous deux, il s'enquit d'un malade pour lequel l'astucieux Pieu l'avait appelé en consultation, quelques semaines auparavant. Il précisa :

— Quartier Pigalle, l'escalier chaotique. On nous fait traverser la cuisine. Un cas d'asthme essentiel.

— Un brightique, rectifia honnêtement Pieu.

— Parfaitement exact ! reprit l'autre. Merci de me le rappeler, mon ami. En effet, un superbe mal de Bright. J'en parlais hier encore à me clinique. Avec un diagnostic précoce, et le vôtre l'était — ne dites pas non, il l'était, — on obtient des résultats étonnants du néostarsol. Votre client vivote ?

— C'était mon beau-frère, avoua Pieu confus. Il est mort.

Donchère ne témoigna aucune indignation contre ce défunt malotru. Il prit un air affecté, parut méditer un instant sur notre fragile nature et, sans transition :

— Mon cher, rappelez-moi donc qui vous avez eu comme chefs pendant votre internat ?

La question mettait Pieu à l'aise. Il répondit aussitôt :

— En première année, M. Dudeuil.

— Ah ! Dudeuil... le père Dudeuil. Voilà bien dix ans, mon bon, que j'avais entendu le nom de Dudeuil. Croyez-vous qu'il ait vraiment existé, ce bonhomme ?

— Ensuite, j'ai été interne dans le service de M. Grollier.

— Ne vous en vantez pas ! Ne vous en vantez pas ! C'était un

cuisse et un sot, votre Grollier, siffla Donchère, contre lequel le collègue en question avait jadis obtenu la médaille d'or. Enfin, concéda-t-il, soudainement apaisé, paix à ses cendres ! Paix aux cendres incongrues du personnage ! Et, comme dérivatif à ce dé-cédé regrettable ?

— Monsieur Harouin.

— Comment ? Harouin ? Quelle drôle d'idée, vous destinant aux concours de médecine, de perdre un an chez un accoucheur ? Vous n'êtes peut-être pas un concurrent hors ligne. Pieu ; je dois reconnaître qu'en matière de choix de chefs vous êtes unique. Alors, pour compléter cette originale collection ?

— En quatrième année, le professeur Labelle.

— J'allais le dire. Mon cher, vous les choisissez. Trois morts, un accoucheur. Ah ça ! Quelle idée avez-vous de vous présenter ? Pas un chef. Il se présente. Il ose se présenter et il n'a pas un chef. Pieu, vous n'êtes pas seulement original, vous êtes fou. Comment espérez-vous arriver sans chefs ?

— M. Harouin m'avait promis...

— Evidemment ! Harouin a dû m'écrire ; vous êtes son élève. Je ne dis pas que je n'estime pas Harouin. Je lui ai même des obligations. Il a accouché ma fille. Mais, franchement, mon bon Pieu, qu'est-ce que vous voulez que je fasse de son piston ? Je suis de l'Académie comme lui. Et il y a les autres membres du jury dont il n'a pas accouché les filles. Non ! Me voyez-vous soutenir le candidat d'un accoucheur ?

Pieu n'était pas dans une situation qui lui permit de défendre une opinion aussi ridicule. Il convint que la Fortune ne lui avait pas été favorable en le privant de ses trois chefs médecins. Cependant, il mettait son espoir dans ses épreuves et dans la bienveillance du jury. Elle lui paraissait acquise, puisqu'il lui avait donné dix-huit.

Donchère l'arrêta d'un ton sec.

— Ne vous montez pas la tête, trancha-t-il. Votre épreuve valait seize... exactement seize. Entre nous, je ne l'ai pas bien suivie. Carbot, le rapporteur, vous cotait seize. C'est moi, mon brave Pieu, qui ait proposé dix-huit. Ne me remerciez pas. Je l'ai fait pour être agréable à Harouin. Et puis, votre présentation n'était pas si mauvaise... Mais, que diable ! n'allez pas vous intoxiquer avec votre dix-huit et conclure des choses, des choses je ne dis pas impossibles — il n'y a rien d'impossible en matière de concours, — mais tellement peu probables, tellement en dehors des règles... Si, encore, il y avait quatre places. Non, en vérité, je ne peux pas vous laisser vous emballer à ce point...

Pieu n'en demandait pas tant. Il eût seulement souhaité que le bourreau ne lui découvrit point sa hache.

Insensible, Donchère poursuivait :

— Vous avez été l'interne de Labelle. On le surfaisait beaucoup.

Enfin, malgré ses lacunes — et il en avait d'énormes — Labelle n'était pas ce qu'on appelle le premier venu. Il n'a jamais rien compris au foie, rien. Par contre, je vous accorde qu'il connaissait assez bien l'estomac et, très proprement, l'intestin. Vous avez dû apprendre supérieurement l'intestin chez Labelle. Pourquoi ne vous spécialiseriez-vous pas dans la pratique abdominale ? C'est plus intéressant que ça n'en a l'air. J'ai deux ou trois constipés chroniques dont je me débarrasserais sur vous de bon cœur. Pendant quelques mois, ces gens sont des mines d'or; ensuite, ils empoisonnent.

Il lui prit amicalement la main.

— Laissez-moi vous conseiller. J'ai quelque expérience. Voyez-vous, à votre place, voilà ce que je ferais. J'en resterais là. En somme, vous finissez par un échec honorable. J'abandonnerais les concours. Je secouerais sur l'incompréhension, vous pouvez dire sur l'injustice de mes juges, y compris le malhonnête Donchère, je secouerais sur leurs chefs vicieux ce que j'aurais amassé de poussière à mes bottes et je m'établirais tout bonnement dans quelque station thermale purgative.

« Lévi-Lévy (avec un i et un y), vous savez ce vieux bougre qui rôde dans les services de clinique, cherche précisément quelqu'un pour un patelin qu'il veut lancer. Je lui parlerai de vous. C'est, je ne sais où, dans les Pyrénées. Le pays ne paraît pas folâtre. On y fera grimper, un jour ou l'autre, le chemin de fer. Réfléchissez. Je vous enverrai mon constipé. Et venez me voir l'un de ces jours à la Charité, après le concours.

Les phares de Bullier perçaient l'opacité humide des vitres du coupé. Celui-ci s'arrêta. Donchère ouvrit la portière :

— Croyez-moi, conclut-il d'une voix rendue déjà moins affable par l'imminence du débarras, terminez par ce bel échec. La clientèle ! La spécialité ! L'intestin ! Consultez votre femme. Elle doit être de bon conseil. Et lâchez-nous les concours.

(A suivre)

**Contribution à l'étude de la diphtérie cutanée
chez le nourrisson**

par Herbert STUX

« Le Nourrisson » — Juillet 1931

Cette question est extrêmement intéressante surtout au point de vue épidémiologique, puisque de nombreuses observations que l'on retrouve dans la littérature nous montrent comment cette affection non dépistée à temps conduit à de graves épidémies de diphtérie de la gorge.

La diphtérie cutanée, chez le nourrisson n'est pas particulièrement rare, mais elle n'est pas assez souvent reconnue. Dans la Pouponnière d'Odessa, l'auteur a observé en cinq ans, 24 cas de diphtérie cutanée.

Cette affection frappe de préférence la toute première enfance de quatre à dix-huit mois. Elle se rencontre selon toute évidence plus souvent dans les agglomérations d'enfants, dans les Pouponnières, que chez les nourrissons vivant dans leur famille. La diathèse exsudative crée une prédisposition locale pour la diphtérie cutanée. Elle évolue chez le nourrisson comme une affection tout à fait bénigne; elle est rarement accompagnée d'élévation thermique, elle ne produit aucun trouble de l'état général et pas de complications.

Le siège d'élection de la diphtérie cutanée chez le nourrisson est le sillon tréfo-auriculaire; l'auteur l'a observé sous l'aspect de la forme impétigineuse et sous l'aspect de la forme ulcéreuse.

Pour le diagnostic, l'examen bactériologique est nécessaire; mais il faut aussi vérifier la virulence des bacilles. La réaction de Schick pratiquée au début de l'affection n'a aucune valeur, par suite de l'anergie cutanée du nourrisson dans beaucoup de cas.

Le traitement séro-thérapeutique spécifique est très efficace.

Dr Santillana.

**Sur un cas de cécité subite et bilatérale
par intoxication produite par le tartre stibié
dans le traitement du kala-azar**

Prof. Diego D'AMICO

« La Rinascenza Medica »

Naples; 15 avril 1931

Ce cas nous intéresse particulièrement puisque le kala-azar est assez fréquent en Tunisie. C'est d'ailleurs la première observation de ce genre qui vient d'être publiée.

L'auteur rapporte le cas d'un enfant de cinq ans, atteint de kala-azar et traité avec le tartre stibié par voie intraveineuse. A la 23^{me} piqûre il perdait complètement la vue. A l'examen de

l'œil, il existait une mydriase pupillaire très marquée avec absence de réaction à la lumière et à l'accommodation.

L'examen du fond de l'œil démontrait la présence d'une névrite optique œdémateuse. L'enfant présentait en même temps une glomérulo néphrite.

La radiographie du crâne montrait les signes d'une augmentation de la pression endocranienne et après ponction lombaire le liquide céphalo-rachidien sortait à une très forte pression.

D'après l'auteur, il s'agissait là d'une névrite optique œdémateuse en rapport avec une hydrocéphalie chronique qui s'était rapidement transformée en hydrocéphalie aiguë, avec intoxication des centres nerveux. Cette intoxication était révélée par la présence de la glomérulo-néphrite et elle pouvait être mise en rapport : 1. à la présence du parasite dans le sang; 2. à l'action toxique du tartre stibié; 3. à l'insuffisance fonctionnelle des reins.

L'enfant mis au repos absolu, à la diète lactée, et traité avec des ponctions lombaires répétées et des saignées, a présenté une amélioration progressive; deux mois après la fonction visuelle était rétablie et le petit malade pouvait reprendre ses occupations.

Dr Santillana.

**Deux cas de keratite parenchymateuse
diffuse observés au cours
de l'hérédo-syphilis précoce**

par le Docteur AXENTE IANCOU
« Le Nourrisson » — Septembre 1931

La keratite parenchymateuse représente un symptôme de la période de Hutchinson, que l'on observe donc dans la syphilis héréditaire tardive; tous les pédiâtres et les syphiligraphes

sont d'accord sur ce point.

Dans son travail, l'auteur rapporte deux cas de keratite parenchymateuse accompagnés de symptômes précoces de syphilis congénitale, observés sur deux nourrissons de quatre et six mois.

L'intérêt de la question est dû à l'extrême rareté de cette affection chez le nourrisson, dont l'existence est admise seulement par peu de pédiâtres.

Dr Santillana

Table alphabétique des matières

ANNÉE 1931

	Pages
ACÉTYLARSAN et Syphilis. — (D ^r CASSAR)	41
AGRTITE de la ménopause. — (D ^r HAYAT)	92
APERÇU retrospectif sur l'exercice de la profession médicale et de l'assistance médicale en Tunisie avant l'occupation française dans ce pays. — (D ^r DINGUIZLI)	177
AI-PENDICITE et Tœnia. — (D ^{rs} CORTESI ET COSTANTINO)	48
ART (L.) médical en Tunisie avant le Protectorat. — (D ^r E. MOLCO)	184
ASSISTANCE (L') des psychopathes en Tunisie. — (D ^r PERRUSSEL)	277
B.C.G. (Le) a-t-il des éléments filtrables. — (L. BALOZET)	387
BUREAU (Le) Municipal d'Hygiène de Tunis. — (D ^r REYNAL)	310
CANCER du sein chez un indigène. — (D ^r GUEZ)	123
DYENTERIE à Bacilles de Flexner guérie par auto-vaccin (D ^{rs} DU- RAND P. ET DANA)	50
DYSPEPSIES (les) nerveuses. — (D ^r P. CHENE)	551
FIEVRE Boutonneuse. — (D ^r H. BONAN)	127
FIBROME volumineux inclus dans mésorectum et adhérent au promontoire sacré, ablation, guérison. — (D ^r RONCHOT)	63
FIEVRE méditerranéenne (chronique sur la). — (D ^r BROC)	459
FIEVRE méditerranéenne (un cas de phlébite dans la). — (D ^r G. DEBBASCH)	470
FIEVRE méditerranéenne (myélite aiguë dorsale dans la) et son traitement par la méline intra-rachidienne. — (D ^r G. DEBBASCH)	476
FIEVRE méditerranéenne (anti-vaccination et clinique de la). — (D ^r V. NAHII)	482
FIEVRE méditerranéenne (sur 2 cas de) à allure typique de fièvre typhoïde (D ^r BARDOU)	518
FIEVRE de malte et sympathique. — (D ^{rs} MAURICE UZUN et H. BONAN)	522
FIEVRE méditerranéenne (essai sur la valeur thérapeutique de la méline dans le traitement de la). — (D ^{rs} G. DEBBASCH, C. SPERZA- FRIMO et SANTILLANA)	528
FIEVRE méditerranéenne et adénopathie trachéo bronchique et me- diastinale — (D ^r R. BROC)	532
FIEVRE méditerranéenne (une complication rare de la) syndrome de Claude Bernard-Horner. — (D ^r BROC)	536

	Pages
FOIE (de quelques méthodes modernes d'exploration fonctionnelle du). — (D ^r ROGER CATTAN)	377
FONGUS du testicule. — (D ^{rs} Broc et LAVAULT)	355
FOIE (kystes hydatiques du lobe gauche et du lobe droit du) — kyste hydatique du poumon gauche. — (D ^r Broc)	400
GLYCEMIE (des erreurs cliniques relatives à la) chez les diabétiques. — (D ^r CAILLON)	1
HEMATOME d'origine traumatique développé dans une poche d'hydroréphrose congénitale simulant une appendicite aigue. — (D ^{rs} LEIRUCHER et JEHAN)	597
HOPITAL SADIKI (une visite de Guy de Maupassant à l'). — (D ^r H. BOUQUET)	218
HOPITAL ARABE de Tunis (une visite à l'). — (P ^r VANDER)	222
HOPITAL SADIKI (L') de 1893 à 1902. — (D ^r LOVY)	225
HOPITAL SADIKI (L') en 1902-1903. — (D ^r CH. COMTE)	233
HOPITAL SADIKI (L') de 1902 à 1915. — (GRANDSIRE)	240
HOPITAL SADIKI (L') depuis la guerre. — (GRANDSIRE)	249
HOPITAL ERNEST-CONSEIL (historique de l'). — (GRANDSIRE)	258
HOPITAL COLONIAL ITALIEN (notes sur l'). — (D ^r E. MARA) ..	264
HOPITAL CIVIL FRANÇAIS. — (D ^r H. BOUQUET)	267
HOPITAL ISRAELITE DE TUNIS — Aperçu historique : 1893-1920 — (D ^r HAYAT)	271
HOPITAUX (premiers) français en Tunisie. — (MARCEL GANDJEFF) ..	167
INSTITUT PASTEUR de Tunis. — (D ^r J. TREMSAL)	285
KALA AZAR (revue critique sur le). — (D ^r Broc)	417
KALA AZAR (un cas de) antimonio résistant. — (D ^{rs} RUGGERO et SENTILANA)	426
KALA AZAR (Le traitement du) de la 1 ^{re} enfance. — (D ^r Broc) ..	432
KALA AZAR (un cas de) chez un enfant musulman. — (D ^r LAROUSSE CHAHED)	435
LAIT VIRGINAL. — (D ^r ROGALSKY)	354
LITHIASE VESICULAIRE (un cas de) décelé par la tetratriode. — (D ^r JAUBERT DE BEAUJEU)	567
LUPUS de la face. — (D ^r V. NALLI)	400
MALADIE bleue (un cas de). — (D ^r BERNARD)	569
MALADIE (aux confins de la). — (D ^r POROT)	132
MEDECINS MILITAIRES (Les) du Corps expéditionnaire de Tunisie. — (D ^{rs} SANDRAS et CHAUZI)	171

	Pages
MELIFOCOCCIE et hémoptysie. — (D ^r ROGALSKI)	515
MELITÔCOCCIE (néphrite azotémique au cours d'une). — (D ^{rs} HAVAT et FELLOUS)	537
MENINGITE mélitococcique avec névrite optique et cécite brusqué. — (D ^{rs} G. SFEZ et COHEN-BOULAKIA)	472
MORTALITE infantile (quelques notes sur la lutte contre la) dans un poste des territoires militaires du Sud. — (D ^r BÉGUSQUET)	129
MOLIERE et les médecins. — (D ^r PLANCK)	360
MYOPATHIE (deux cas de). — (D ^{rs} GUEZ et LAVALT)	357
NOTES sur la vie médicale à Tunis avant l'occupation. — (D ^r LOVY)	207
OEIL (plaie pénétrante de l') et hernie ciliaire galvano et recouvrement, conservation de l'organe. — (D ^{rs} VARESE et COHEN-BOULAKIA)	46
OEUVRE (L') du Protectorat Tunisien en matière d'assistance et d'hygiène sociale. — (RENÉ THIERRY)	163
PHLEGMON HERNIAIRE inguino-scrotal gauche. — Etranglement du Cœcum avec sphacele du fond cœcal). — (D ^{rs} RONCHOT et SCHAEFFER)	106
PITIARISIS Versicolor inversé. — (D ^r COHEN-HADRIA)	565
PLOMBIERES (Indications de la cure de) dans les affections intestinales. — (D ^s STIEFFEL)	391
POUMON (abcès du) et pneumothorax. — (D ^r G. LÉVY)	397
PNEUMOTHORAX (à propos du) dans la grossesse. — (D ^{rs} MASSELOT et FLEURY DE LA RUELLE)	99
POLYNEVRITE ascendante aigue à évolution apyrétique. — (D ^{rs} MASSELOT et FLEURY DE LA RUELLE)	95
PYONEPHROSE (volumineux) chez un vieillard de 66 ans — Nephrectomie par voie antérieure (D ^{rs} CORTESI et COSTANTINO)	63
REIN (rupture traumatique du) traitée par nephrectomie et guérison. — (D ^r SORIA)	6
SEPTICEMIE mortelle par le staphilococcus albus. — (D ^r G. LÉVY)	102
SERVICE (Le) sanitaire maritime au début de l'occupation française. — (D ^r DURAND)	318
SOCIÉTÉ (La) Française de Bienfaisance de Tunis au point de vue médical et assistance publique. — (D ^r ROUQUIÉ)	303
TACHE bleue mongolienne (sur la fréquence de la) chez le nourrisson en Tunisie. — (D ^r SANTILLANA)	561
TRACIOME (section tunisienne de la ligue contre-le). — (D ^r GUÉNET)	438

	Pages
TUBERCULOSE OSSEUSE guérie par le sérum hurzain. — (D ^r TRIOLO)	12
TUBERCULOSE (un an de consultation spécialisée pour la) à l'Hôpital Sadiki — ses résultats — ses indications. — (D ^r LAVALT)	329
TUMEURS pelviennes (à propos de) et grossesse. — (D ^{rs} LEHUCHER et JEHAN)	77
TUMEUR (un cas de) de la peau. — (D ^r Broc)	119
TUMEUR kystique intra-abdominale du ligament rond. — (D ^{rs} CORTESI et COSTANTINO)	62
URETHRE (volumineux calcul de l') chez un enfant. — (D ^r G. LÉVI)	399
ULCERATION nasale (reflexion au sujet d'une) d'origine spécifiquement tunisienne. — (D ^r CHEROUVRIER)	401
VALS-LES-BAINS (Les Coloniaux à). — (D ^r MAURICE UZAN)	71
VESSIE (volumineux calcul de la). — (D ^{rs} SFEZ et PEREZ)	566
VARICES abdominales. — (D ^{rs} Broc et BONAN H.)	122
XENOPHOBIE (La) devant la médecine légale. — (D ^r POROT)	113

Table par nom d'auteurs

ANNÉE 1981

	Pages		Pages
BALOZET	pages 387	JEHAN	77, 394
BARDOU	518	LAVAUUT	329, 355, 357
BERNARD	569	LEHUCHER	77, 394
BONAM HECIOR	122, 127, 522	LÉVY E.	48
BOUQUEI	218, 267	LÉVI GUIDO	102, 397, 399, 525
BOUSQUET	129	LEVY	207, 225
BROC R.	119, 122, 355, 460, 417, 432, 459, 532,	MARA	264
BRUN	53	MAÏSSE OT	95, 99
CAILLON	1	MOLCO	184
CASSAR	41	NALLI	400, 482
CATTAN ROGER	377	NICOLLE	594
CHAHED LARROUSI	435	PÉREZ	566
CHAUZI	171	PERRUSSEL	277
CHENE PAUL	551	PLANCK	360
CHEROUVRIER	401	P'OROT	113, 132
COHEN HADRIA	565	REYNAL	310
COHEN BOULAKIA	46, 472	ROGALSKI	354, 515
COMTE	233	RONCHOT	62, 106
CORTESI	48, 62, 63	ROUQUÉ	302
CONSTANTINO	62, 63	RUGGERO	426
GUENOE	433	SANDRAS	171
LANA	50	SANTILLANA	426, 523
DEBBASCH G.	470, 476, 528	SCHAEFFER	106
DINGUIZLI	177	SPEZZAFUMO	528
DURAN P.	50	STEZ	472, 566
FELLOUS	537	SORIA	6
FLEURY DE LA RUEILLE	95, 99	STIEFFEL	391, 482
GANDOLFE	167	THIERRY	163
GRANDSIRE	240, 249, 258	TREMSAL	285
GUEZ	123, 357	TRIOLO	12
HAYAT	92, 271, 537, 550	UZAN MAURICE	71, 522
JAUBERT DE BEAUIEU	567	VARESE	46
		ZAMMIT	58

