

La Tunisie Médicale

JANVIER 1932

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Le traitement par les rayons ultra-violet du rachitisme et de la tétanie

par le D^r MARUANI

—(0)—

C'est parce que les rayons ultra-violet sont à la mode, c'est parce que l'on en parle partout, parce qu'à Paris il n'existe pas un dispensaire qui ne possède au moins une lampe à R.U.V., c'est parce que l'efficacité de ces radiations est une vérité acquise et que notre expérience personnelle confirme les bons résultats qu'on obtient de cette thérapeutique, qu'il nous a semblé logique de donner ces quelques renseignements sur les rayons ultra-violet et sur leur action, en particulier sur le rachitisme, la tétanie et la spasmodophilie.

Du laboratoire où on a commencé à en faire l'expérimentation et à en étudier les effets biologiques, la lumière ultra-violette, est passée dans le domaine de la clinique où elle est devenue un agent thérapeutique de grande importance.

Entre autres propriétés qui sortent du cadre de cette question il a été démontré que les R. U. V. agissent sur le sang de trois façons :

1° ils augmentent le taux de l'hémoglobine et cela dès la première irradiation;

2° ils accélèrent la régénération sanguine;

3° ils augmentent le taux du calcium et du phosphore du sérum.

Sans chercher à aller très loin, une observation récemment publiée prouve d'une manière éclatante cette action des R.U.V. sur le taux de la chaux sanguine.

A la séance du 20 janvier dernier, Marfan et Dorlaneourt ont présenté à la Société de Pédiatrie, un cas d'hypercalcémie consé-

cutive à des applications multipliées de R.U.V. avec entérolithes et concrétions calcaires sous-cutanées.

Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'une fillette issue de parents syphilitiques et atteinte d'une encéphalopathie congénitale, qui est prise à l'âge de 13 ans d'un rachitisme subaigu et de tétanie avec hypocalcémie et hypophosphatémie.

Sous l'influence des rayons ultra-violetes survient très vite une amélioration extraordinaire.

La famille émerveillée, achète une lampe à R.U.V. et continue sans demander conseil des séances d'irradiations pendant dix-huit mois avec quelques interruptions.

Durant ce temps on peut calculer, que l'enfant a subi 180 séances et a été irradiée 70 heures.

La médication a été suspendue par l'apparition d'une entérocélite dysentérique grave avec expulsion par l'anus de sable, de gravier, et de calculs presque exclusivement calciques.

La fillette est morte de cachexie quelques mois après.

La formation de ces entérolithes et de ces concrétions calcaires est due à l'hypercalcémie prolongée déterminée par les applications multiples de R.U.V.

Le rachitisme, le *crânio-tabès*, la *tétanie* et la *spasmophilie* s'accompagnent d'hypocalcémie et sont justiciables d'un traitement par les R.U.V.

LE RACHITISME

Cette affection, si commune des nourrissons, elle atteint environ 35 p. 100 des enfants dans les villes comme Tunis, est une des maladies qui a le plus bénéficié de la cure actinique.

Alors qu'il faut, dit Tixier, des mois et des années de soins attentifs, de régime suivi et de cure marine pour obtenir le redressement des os malades et la disparition des nouures, il ne faut que quelques semaines de traitement par les U. V. pour obtenir les mêmes résultats fonctionnels, anatomiques, et hématologiques.

Le rachitisme est une maladie essentiellement caractérisée par un ramollissement et un gonflement des os. Elle peut entraîner des troubles graves de la croissance; elle est à l'origine des différents mauvais états de l'adulte, tels que : scoliose, incurvation des os longs, genu-valgum, coxa-vara, pied plat rachitique, bassin plat

rachitique dont on connaît tous les ennuis au cours de l'accouchement.

Sans entrer dans les détails étiologiques, on peut dire que le rachitisme est fréquemment associé à la syphilis héréditaire et à la tuberculose ganglionnaire.

Au point de vue clinique, il existe deux types de rachitiques : tantôt, c'est un bébé pâle, triste, maigre, à l'aspect souffreteux, tantôt au contraire, c'est un bébé rose, énorme, dont les parents sont très fiers, mais il est si beau, disent-ils, que ses jambes le portent difficilement.

Chez ces deux types de rachitiques, on retrouve facilement les mêmes signes de la maladie, quatre de ces signes sont capitaux :

1) *L'altération des os* : presque tous les os sont atteints :

A la tête, le crâne est trop gros par rapport au développement du corps; c'est un crâne énorme avec un front large dit olympien. Les os en sont mous, dépressibles, comme faits en carton. La fontanelle au lieu de se boucher dès le 6^{me} mois comme normalement, se trouve retardée dans sa soudure jusqu'au 15^{me}, 20^{me} mois et même plus. Les dents sont aussi à l'origine d'un gros tracés. Leur éruption est retardée; parfois jusqu'à 15 mois un rachitique n'a encore aucune dent. De toute façon, quand elles seront sorties, ces dents seront mal plantées, crénelées, et de mauvaise qualité.

Nous avons actuellement en traitement un enfant de 20 mois, qui n'a aucune dent, et dont la fontanelle est aussi ouverte qu'à quatre mois.

Au thorax : le sternum est déformé, proéminent, en coque de bateau, de chaque côté du thorax, il est facile de constater, la main étant à plat, les nodosités du classique chapelet costal.

Aux membres : siègent les plus gros troubles osseux; aux poignets et aux chevilles on constate les *Nouures* dues à l'élargissement des os. Les jambes sont en arc, et les os très peu riches en chaux sont fragiles, ils se cassent au moindre choc et parfois même spontanément.

De plus les premiers pas sont retardés; alors que normalement à 12 mois l'enfant commence à marcher; le petit rachitique à 20 mois et même plus tard n'a pas encore manifesté son envie de marcher. Tous ces troubles osseux s'accompagnent du deuxième gros signe du rachitisme :

2) *L'hypotonie ou faiblesse musculaire* : les muscles sont flasques, mous, à tel point que l'on peut faire exécuter aux membres des mouvements d'amplitude exagérée; ils sont pour Marfan la cause principale du retard de la marche.

3) *Les troubles digestifs* sont d'une grande importance; le petit rachitique a un gros ventre, énorme par rapport à son corps menu. Il a peu d'appétit, souvent des vomissements; il souffre de troubles intestinaux, tels que constipation et surtout diarrhée (cause fréquente d'eczéma interfessier).

4) *L'anémie est le 4^{me} gros signe du rachitisme* : le rachitique est pâle, il a une diminution très nette du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine.

A ces quatre signes capitaux, s'ajoute un autre signe qui a surtout une valeur évolutive, il permet de suivre au cours du traitement l'augmentation de la calcification; il permet aussi de porter un pronostic au sujet des déformations : *c'est la radiographie.*

Avant le traitement elle permet de voir :

A la nouure : (Voir la radiographie).

a) l'os est plus clair par suite de la décalcification;

b) le bulbe de l'os est renflé, épaissi, élargi.

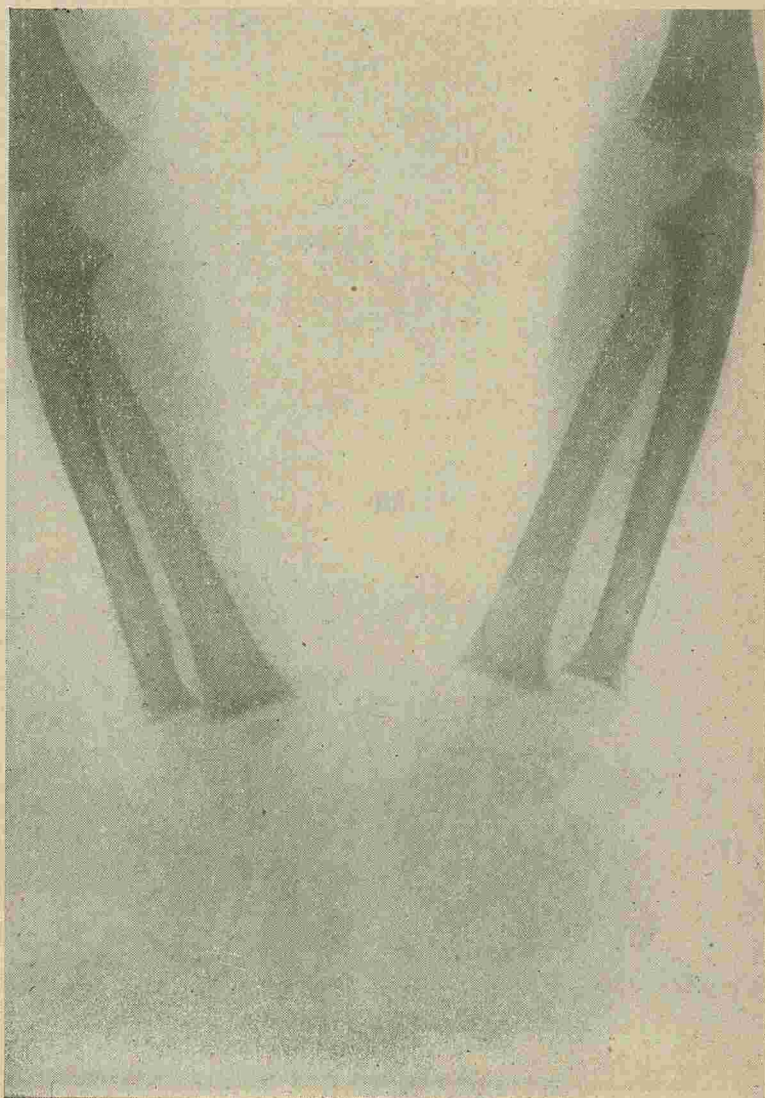
c) le noyau épiphysaire est tout petit, parfois même inexistant;

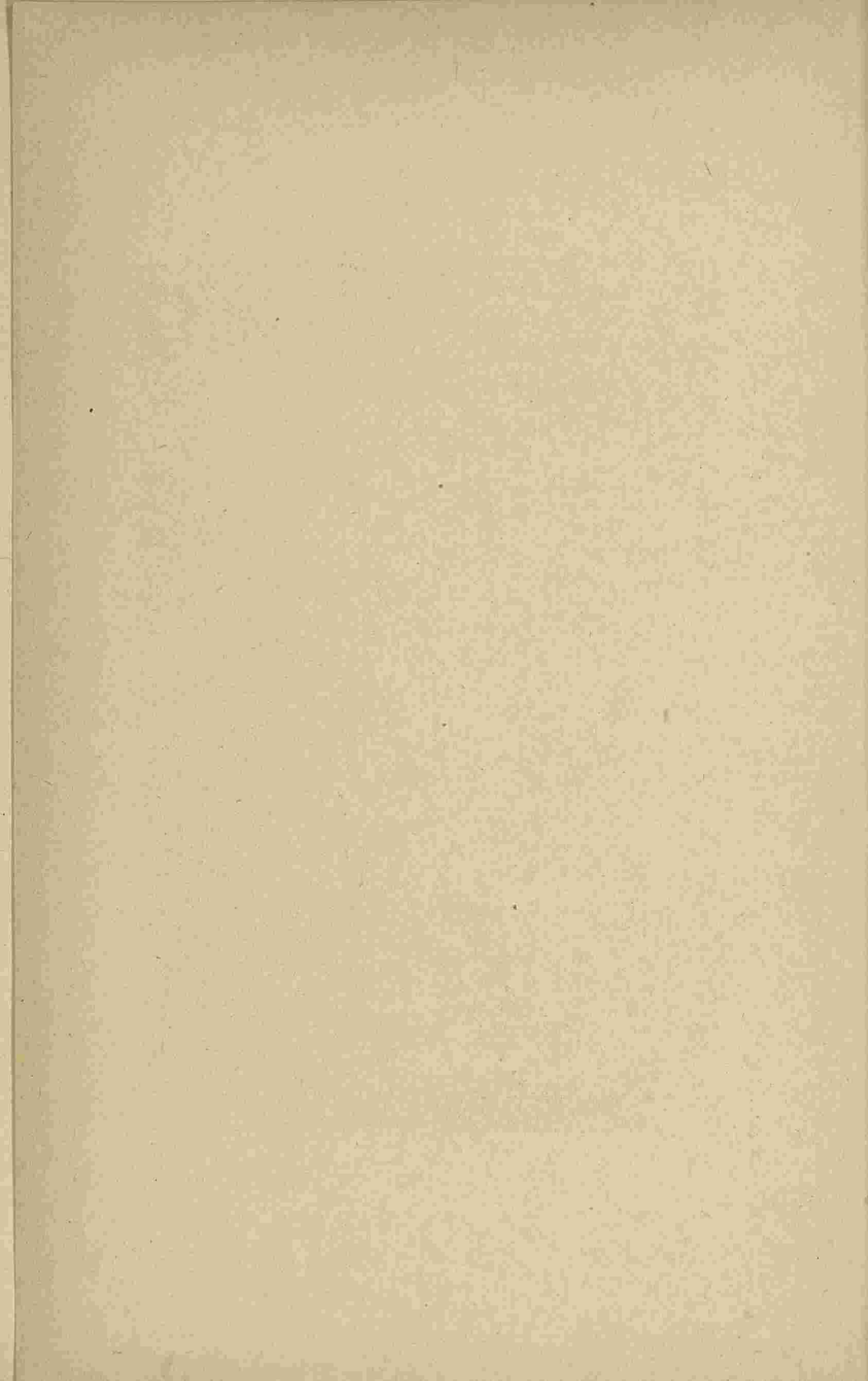
d) la diaphyse est terminée par une ligne concave en cupule, en toit de pagode, souvent crénelée, dentelée, avec des franges claires, c'est le *signe de la frange de Lesné.*

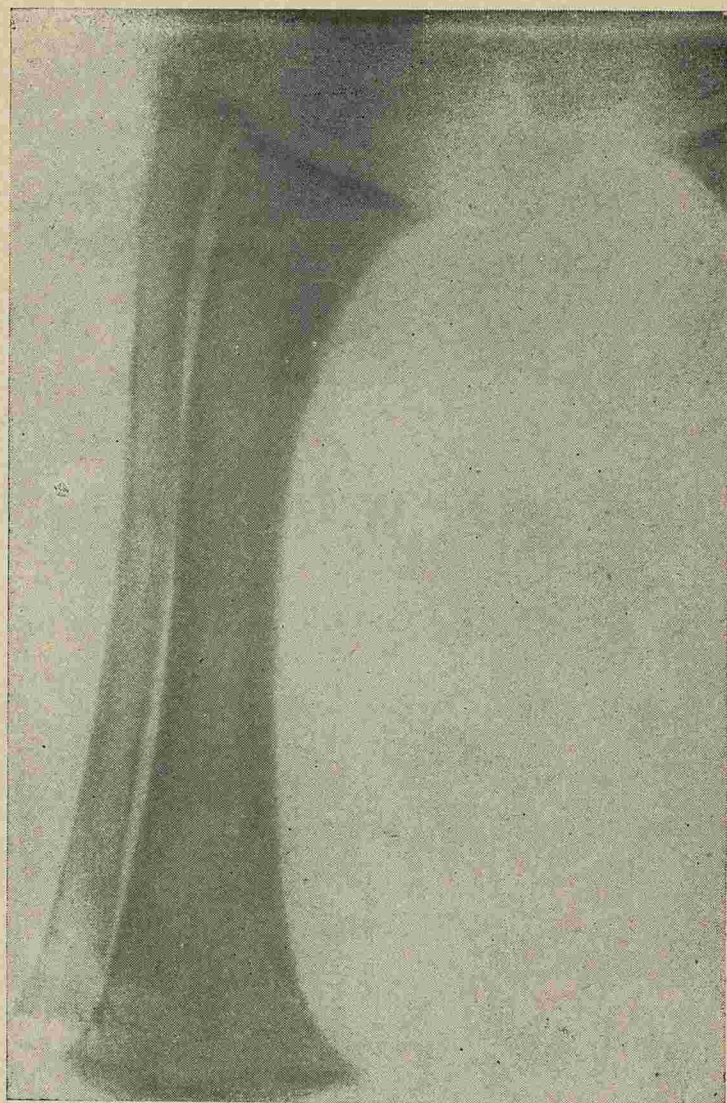
e) l'inflexion juxta-épiphysaire se voit surtout lorsque l'extrémité de la diaphyse qui est élargie, porte son élargissement presque exclusivement sur l'un des côtés de l'os au détriment du côté opposé, le plus souvent cela se produit du côté interne et c'est l'origine du genu-volgum.

A la diaphyse : la diaphyse peut être incurvée avec épaississement osseux très marqué au niveau de la concavité, épaississement souvent stratifié; c'est le *signe de l'os bordé.*

La radiographie est importante, car elle permet de se fixer sur la qualité de l'incurvation. Elle montre si c'est simplement une inflexion juxta-épiphysaire avec diaphyse bien droite, ou si au contraire c'est la diaphyse qui est incurvée, auquel cas, la cure actinique n'agira pas ou difficilement; l'incurvation est déjà fixée elle est justiciable d'un autre traitement.







Au cours du traitement : la radiographie permet de suivre la calcification. On voit, en effet l'os s'opacifier, le bulbe diaphysaire diminuer de volume, la frange disparaître petit à petit, enfin l'os prendre tous les attributs de l'os normal.

Voici rapidement brossé le tableau du rachitisme; il faut dès les premiers signes pratiquer le traitement actinique en l'associant à certaines médications adjuvantes, telles que huile de foie de moruë, grand air, alimentation bien réglée et bien saine, balnéation salée; si les parents sont suspects de syphilis, il faut d'urgence pratiquer une médication anti-syphilitique.

Ce traitement agit en général très rapidement. Voici les remarques que nous avons pu faire sur une cinquantaine de malades que nous avons suivi; ce sont des enfants de douze mois à deux ans et demi; chez les uns c'est le retard de la marche, chez les autres, c'est l'éruption dentaire ou la mauvaise soudure de la fontanelle avec grosse tête, enfin dans un dernier groupe, ce sont les troubles digestifs avec anémie et hypotrophie qui ont poussé les parents à faire examiner leur enfant. Il existe, comme vous voyez, un groupe de symptômes qui prédominent sur les autres, qui passent au premier plan. Mais les R. U. V. agissent surtout rapidement sur les troubles digestifs; dès les premières séances la diarrhée disparaît, du même coup l'eczéma interfessier, s'il y en a, s'en va à son tour; puis les autres signes digestifs : le ballonnement du ventre diminue petit à petit, l'appétit renaît, l'enfant dévore et souvent il faut lui restreindre sa ration pour ne pas risquer de trop le nourrir; c'est ce que nous avons observé chez un petit garçon de 15 mois de la région de Tébourba. Ce petit avait de la diarrhée avec eczéma interfessier, inappétance et hypotrophie.

Dès la troisième séance, la diarrhée avait disparu ainsi que l'eczéma; puis l'appétit était devenu tellement fort que la mère en était inquiète et ne savait comment satisfaire l'appétit de son enfant devenu vorace..

Enfin, un point important est à signaler chez cet enfant, c'est l'augmentation de poids de 300 gr. dès la quatrième séance.

En général, au bout de 6 à 7 séances, les dents commencent à pointer; le plus souvent l'éruption se fait sans grands troubles; parfois deux dents pointent en même temps; d'autres fois en plus grand nombre, et chez un petit rachitique de 18 mois qui n'avait

aucune dent et ne marchait pas encore à cet âge, nous avons vu pointer six dents en même temps.

Enfin, souvent à la fin de la série, le petit rachitique commence à manifester son envie de marcher; il commence à rester assis, puis à se tenir debout en s'accrochant à un support, enfin il fait ses premiers pas. En général à la fin de la série ou quelque temps après, plus rarement à la fin de la deuxième série, l'enfant se met à marcher.

Rien n'est plus concluant que l'observation de la fillette d'un pâtissier de Bizerte que nous avons soignée il n'y a pas longtemps. Il s'agit d'une petite rachitique et hypotrophique de deux ans qui ne marche pas encore, mais possède toutes les dents de cet âge. Nous lui faisons une série de douze séances. Dès les premières, le ventre commence à diminuer de volume; à la cinquième séance la petite se tient debout lorsqu'on la soutient, à la fin de la série, elle fait quelques pas difficilement, mais quelques jours après, ses pas deviennent plus sûrs et nous n'avons pas eu besoin de lui faire une deuxième série; cette observation n'est qu'un exemple parmi beaucoup d'autres où nous avons vu des enfants atteints de ce que l'on a appelé la pseudo-paralysie rachitique (Ponthieu, thèse de Lille), guérir en quelques jours.

De toute façon, voici à la fin d'une série de douze séances, le bilan que l'on peut établir :

- a) augmentation de poids importante;
- b) appétit excellent, troubles digestifs presque finis, si non disparus;
- c) éruption de une ou plusieurs dents et cela sans beaucoup de troubles;
- d) diminution notable de l'anémie;
- e) ébauche des premiers pas, si l'enfant ne marche pas encore.

Un ou deux mois après cette série, époque de repos pendant laquelle la cure prolonge son effet d'une manière plus marquée encore que pendant l'époque même des irradiations, on refait dans certains cas plus marqués que d'autres, une nouvelle série de douze séances.

En général deux séries suffisent pour que l'enfant de rachitique qu'il était devienne aussi beau, si ce n'est plus, que n'importe lequel des enfants de son âge. (Il est certain que si on avait trouvé

des signes radiologiques d'incurvation véritable de la diaphyse, cette déformation sera acquise et le traitement agira sur l'état général et laissera le plus souvent la déformation telle quelle).

LE CRANIO-TABES

Le crânio-tabès est un ralentissement considérable de l'ossification des os du crâne et notamment de l'occipital.

Qu'il soit associé au rachitisme ou qu'il soit observé en dehors de cette maladie, il est remarquablement influencé par la cure actinique; quatre à dix séances suffisent à le guérir.

LA TETANIE ET LA SPASMOPHILIE

Ces maladies qui s'observent surtout de trois mois à trois ans, sont le résultat d'une grande excitabilité du système nerveux; le rachitisme sur lequel elles se greffent souvent, le manque d'air et de lumière, la mauvaise hygiène alimentaire sont pour beaucoup dans leur étiologie.

L'enfant est dit spasmophile et fait pour une cause ou une autre, une crise de tétanie.

Certains signes qui mettent en évidence l'excitabilité mécanique des muscles permettent de poser le diagnostic de spasmophilie.

Ce sont les signes de Chwostek et de Weiss; le signe de Chwostek consiste dans la contracture en éclair des muscles superficiels de la joue par percussion de celle-ci au-dessous de l'apophyse zygomatique, c'est le signe le plus constant, par conséquent le plus important.

Le signe de Weiss consiste dans la contracture de l'orbiculaire des paupières par percussion légère de l'angle externe du rebord orbitaire.

Chez tout spasmophile, il existe une *hypocalcémie* importante de l'ordre de 60 à 80 mmgr. au lieu de 116 comme chez l'enfant normal.

Sur cet état spasmophile, pour une cause souvent insignifiante, peuvent prendre naissance des crises de tétanie qui peuvent être très fréquentes; chez un de nos malades, il nous est arrivé de constater jusqu'à près de vingt crises dans la même journée.

La crise de tétanie se signale par la contraction brutale et involontaire de quelques groupes musculaires : la main prend l'aspect

dit main d'accoucheur; les mains, les avant-bras se trouvent fléchis à angle aigu, les bras sont collés au tronc; les pieds sont renversés en bas, les jambes étant raides.

Ce tétal de contracture, pendant lequel les muscles sont durs et raides peut se prolonger de quelques minutes à deux ou trois heures (prof. Nobécourt), il peut être unique, le plus souvent, il se répète pendant quelques jours constituant l'attaque de tétanie.

Quand la convulsion atteint la glotte, il y a *laryngo-spasme*. Après une ou deux inspirations forcées, bruyantes, la respiration se suspend, le bébé asphyxie, il devient bleu. La mort paraît imminente, mais bientôt se produit une inspiration stridente, saccadée et la respiration reprend peu à peu.

Cet accès peut demeurer unique, quelquefois il se répète, quelquefois il entraîne la mort.

Que ce soit contre cet état latent qui est la spasmophilie, que ce soit contre la tétanie et le mortel laryngo-spasme, on possède dans les ultra-violets un remède puissant, efficace qui amène à coup sûr la guérison.

Ce sont Sachs et Huldchinsky qui, les premiers, ont préconisé ce traitement; la majorité des pédiâtres eurent vite fait de vérifier leur assertion et à l'heure actuelle la spasmophilie ne peut être autrement soignée que par les R. U. V.

L'ancien traitement consistait à donner à fortes doses du chlorure de calcium. Ce médicament fait passer la crise de tétanie et relève momentanément le taux du calcium sanguin; mais rapidement son effet disparaît et l'enfant retombe dans son état antérieur. La cure actinique arrête aussi la crise, relève le taux de la chaux, mais à l'inverse du chlorure de calcium, elle agit d'une manière durable : *elle produit une guérison sûre et durable*.

C'est ce que nous avons constaté sur une quinzaine d'enfants que nous avons soigné. Sur quinze il y en a 7 âgés de deux à trois mois, les autres sont plus grands et ont de trois mois à deux ans; enfin nous avons actuellement une fillette de moins de deux mois en traitement.

Nous avons toujours obtenu un succès complet avec guérison pleine et entière : sans aucune récurrence.

Voici d'ailleurs à ce sujet, ce que donne en manière de conclusion le pédiâtre lyonnais, le professeur Mouriquand, à la Société

de Pédiatrie, à la séance du 20 mai 1925; conclusion qui se passe de commentaire :

« Dans une première série de neuf cas où on a seulement employé le chlorure de calcium en ingestion, nous avons eu à déplorer six décès, tous survenus au cours de laryngo-spasme ou de crises subintrantes. Depuis, nous avons eu l'occasion de traiter six autres enfants en tous points semblables aux premiers au point de vue des accidents : tous ont guéris et sont sortis du service ne prenant plus de crises depuis au moins une semaine. Nous avons eu l'occasion de les revoir, cet heureux résultat s'est maintenu. »

Le traitement consistera à faire une série de douze séances, souvent il faudra faire quelques séances de plus pour obtenir un résultat durable et tout à fait satisfaisant; cependant il est des cas où après six à huit séances on obtient la guérison.

Chez un bébé qui a une vingtaine de crises convulsives chaque jour, le traitement est interrompu après la huitième séance en raison d'une rougeole; cette maladie guérit normalement. L'enfant est revu trois mois plus tard, aucune convulsion ne s'est produite depuis la cessation du traitement (Docteur Tixier, cours des vacances à l'hôpital des Enfants-Malades, août 1927).

Voici encore une observation tout à fait remarquable du même auteur :

Il s'agit d'un enfant de dix-huit mois très anémique qui présentait tous les signes d'un état spasmophile des plus caractérisés : les crises de convulsions et de spasmes glottiques atteignaient le nombre prodigieux de cinquante dans une seule journée. Après la deuxième irradiation, les manifestations nerveuses inquiétantes ne se produisent plus, l'anémie se répare et la convalescence s'effectue normalement par la suite. Il est tout à fait curieux de voir, au cours des premières séances, les enfants maussades, irritables, indociles, devenir doux et pacifiques à mesure que les R. U. V améliorent leurs réactions nerveuses.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT

La technique est la même pour toutes ces maladies de l'enfance. On emploie la lampe à brûleur en quartz et arc de vapeur de mercure. (Dans notre clientèle particulière et au dispensaire des Sœurs

de Saint-Vincent de Paul nous employons la lampe de la Verrerie Scientifique).

Le malade est couché bien à plat sur la table des traitements. Les yeux bandés ou recouverts de lunettes spéciales, le brûleur est au-dessus du malade à 80 cm. et en dehors du plan du malade.

On fait les séances une fois chaque deux jours, en augmentant progressivement le temps d'irradiation. On ne doit pas dépasser 20 à 30 minutes en fin de série.

Le malade sera exposé d'abord sur le dos, puis sur le ventre ou inversement. La durée de la séance pour les enfants est très importante car il ne faut jamais atteindre la dose érythème qui pour l'enfant est une dose considérable et peut produire dans les cas que nous voulons traiter un effet tout à fait opposé à celui que l'on recherche.

Il sera toujours prudent d'examiner les poumons du malade à l'écran pour voir s'il n'y a pas de lésions tuberculeuses, car il est reconnu que les R.U.V. favorisent l'évolution de ces lésions et peuvent leur donner un coup de fouet dangereux.

CONCLUSION

Voici donc quelques renseignements, sur les indications, le traitement et les résultats des rayons ultra-violet dans le rachitisme la spasmophilie et la tétanie.

Ces résultats sont intéressants, et sont remarquables par la rapidité avec laquelle ils amènent la guérison. Il est certain qu'à l'heure actuelle aucune autre médication ne peut être comparée aux R.U.V. dans ces cas-là.

Que ce soit contre le rachitisme avoué, que ce soit contre la spasmophilie, ou la tétanie, l'indication devient évidente et la cure actinique doit être faite systématiquement.

Mais, et c'est là le point important, c'est chez les petits anémiques, hypotrophiques, candidats au rachitisme et à la spasmophilie qu'il faut avant tout prescrire la cure; c'est le seul moyen de couper, ces maladies à leur racine, de les saper avant même qu'elles ne se soient manifestées, d'en faire en un mot la prophylaxie.

Rapport entre la vitesse de Sédimentation et les maladies oculaires ⁽¹⁾

par le D^r Giacomo LUMBROSO

—(0)—

Le phénomène de la Sédimentation du sang était connu depuis les temps anciens; il fut étudié avec plus d'attention au cours du dernier siècle; mais c'est Farheus, en 1917, qui mit en relief toute l'importance de cette réaction. Après lui, Westergreen, Linzenmayer et d'autres développèrent l'étude de ce phénomène dans tous les champs de la médecine et de la chirurgie; les premiers travaux importants par rapport aux maladies oculaires datent de 1929.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer cette réaction. Certains auteurs attribuent la plus grande valeur aux nombreuses propriétés physiques et chimiques des divers éléments qui entrent dans la composition du plasma, principalement les différentes albumines, la cholestérine, la lécithine et la chaux. D'autres auteurs donnent une valeur prépondérante soit à la viscosité du sang soit au « tonus sanguinis ».

Nous avons enfin les théories qui parlent de l'importance des diverses propriétés des hématies : charge électrique, poids, volume, nombre par rapport à la masse sanguine, altération des propriétés de leurs surfaces, tension superficielle.

Nous pouvons conclure d'après l'exposé de ces différentes propriétés et théories, que si un facteur unique peut être à la base de la réaction, plusieurs causes peuvent contribuer à modifier un phénomène si complexe.

J'ai pu remarquer dans mes observations qu'il existe un rapport intime et constant entre la masse globulaire et la vitesse de Sédimentation : une masse globulaire moindre correspondant à une précipitation très rapide.

La méthode d'enregistrement de Westergreen est entre toutes la plus pratique et absolument exacte : elle établit la vitesse d'après

(1) Résumé du rapport présenté au Congrès d'Ophthalmologie de Rome du 22-24 octobre 1931.

le volume du plasma séparé de la masse globulaire dans l'unité de temps.

Les chiffres normaux varient entre des limites assez étroites : chez les nouveaux-nés ils sont de 1 à 3 mm. par heure; à partir du 30^{me} jour les chiffres moyens sont fixés à 2-7 mm. par heure pour l'homme et à 3-12 mm. pour la femme.

La période prémenstruelle et menstruelle, les repas copieux, les bains froids ou chauds, amènent une légère accélération qui devient plus sensible dans la grossesse avec un maximum au dernier mois et pendant les trois jours qui suivent l'accouchement (30-35mm.).

Plusieurs états pathologiques augmentent la rapidité de précipitation des globules rouges; ainsi la fièvre, tout processus inflammatoire aigu, le rhumatisme, les lésions traumatiques graves, les tumeurs malignes, la chlorose, le paludisme, les formes tuberculeuses évolutives, certains stades de la syphilis, les affections organiques du système nerveux et psychoses préséniles, les saignées les applications de rayons X.

La vitesse de Sédimentation reste normale dans le rachitisme et la tuberculose évoluée, dans les ulcères vénériens simples, chez les psychopathes et névropathes, dans l'ictère, l'asphyxie, la cachexie et les chocs.

∴

Pour mes recherches sur les modifications de la vitesse de sédimentation du sang dans les maladies oculaires, j'utilisai la méthode de Westergreen et je prélevai le sang de la veine du coude. J'examinai mes malades d'une façon complète tant au point de vue général qu'au point de vue oculaire, et je retins mon attention sur 205 cas qui par l'examen général, le plus souvent négatif, me permirent de tirer des observations que je crois pouvoir considérer comme exactes.

Les *affections oculaires scrofuleuses* ne modifient pas la réaction; dans tous les cas de vélocité augmentée, d'autres localisations m'expliquaient l'accélération. J'ai pourtant suivi un cas de kératite fasciculaire qui présentait au premier examen une très forte réaction de sédimentation. La guérison fut obtenue assez rapidement par le seul traitement local; elle fut accompagnée du retour des chiffres de la vitesse de sédimentation à la normale.

La *syphilis* dans certains stades influence la réaction en tant qu'affection générale. La localisation oculaire y contribue dans une certaine mesure. Après le traitement elle diminue et en même temps la lésion oculaire guérit. Nous pouvons en conclure que la réaction de sédimentation est plus sensible que la réaction de Wassermann, elle nous confirme la syphilis et nous annonce la guérison de la lésion, bien qu'elle ne nous prouve pas la stérilisation du patient.

Pour le rhumatisme cette réaction acquiert un maximum d'importance. En effet, dans cette affection nous relevons les chiffres les plus élevés qui ne sont rejoints dans aucune autre affection; si bien qu'on peut parler de quasi spécificité de cette réaction pour les formes rhumatismales; par elle nous pouvons donc établir cette étiologie avec une certitude presque absolue.

Dans le glaucome, elle n'a aucune valeur; j'ai plutôt remarqué dans les formes chroniques des chiffres minimes.

Les résultats sont aussi négatifs dans la cataracte; mais ici la recherche de la vitesse de sédimentation est très importante, car elle nous permet de dépister des affections générales qui pourraient compromettre le résultat de l'opération.

La réaction n'est pas modifiée par les lésions artério-scléreuses, par les lésions du nerf optique, primaires ou secondaires aux affections cérébrales ou méningées, avec ou sans œdèmes ou hémorragies, amblyopies par intoxication. Une réaction positive chez un individu dont l'état général est bon pourrait nous faire penser à un foyer inflammatoire dans le voisinage.

Deux cas de décollement de la rétine me donnaient une réaction augmentée.

Les affections chroniques du corps vitré ne modifient pas la vitesse de sédimentation.

Quant aux tumeurs malignes les opinions sont divergentes; je pense que les résultats positifs sont en rapport avec le développement de métastases; dans les formes initiales limitées à l'œil j'ai remarqué des réactions normales.

L'exophtalme modifie la réaction quand il est dû à une affection suppurative ou néoplasique des cavités accessoires ou dentaires; on en conçoit toute l'importance.

Les abcès palpebraux et les phlegmons du sac lacrymal aug-

mentent la rapidité de sédimentation et toujours la réaction redevient normale à la guérison.

L'ulcus serpens qui est une affection purement locale, donne constamment de très hauts chiffres de sédimentation. Cela met en évidence que, une destruction minime de tissu, un foyer d'infection même restreint provoquant une intense réaction leucocytaire, détermine une profonde altération du sang. La convalescence arrive dès que les chiffres s'abaissent sensiblement; ils sont normaux à la guérison.

La conjonctivite blennorragique et vaccinale donnent de hauts chiffres de sédimentation, aussi bien dans les formes conjonctivales simples que dans celles compliquées de lésions cornéennes et réaction uvéale. Ici encore la réaction est normale à la guérison.

Dans les conjonctivites printanières, la réaction n'est pas modifiée. La vitesse de sédimentation est au contraire très lente dans 70% des cas.

Les lésions traumatiques légères ne modifient pas la réaction une accélération nous fait prévoir des complications graves.

CONCLUSION

La cause du phénomène n'est pas encore établie, et sa signification est obscure; la réaction n'est certainement pas spécifique et il ne faut pas exagérer sa valeur diagnostique. Pourtant cette méthode de recherche étant simple et rapide, nous devons en utiliser la connaissance comme pour les autres analyses de laboratoire. La clinique ne s'en trouvera qu'aidée dans l'établissement d'un diagnostic étiologique douteux. Très souvent elle nous paraît avoir une grande importance, quelquefois irremplaçable elle nous donne la certitude presque absolue de l'étiologie d'une forme clinique.

Son importance est tout à fait spéciale en ophtalmologie, car peu d'affections nous donnent une accélération sensible, et sa valeur est directement proportionnelle à la rapidité de sédimentation. Les formes cliniques qui nous révèlent une modification de la vitesse de sédimentation sont les suivantes par ordre de rapidité :

- Certains stades de la syphilis non soignée.
- Les formes tuberculoses aiguës exudatives.
- Les tumeurs malignes avec métastases.
- Les lésions traumatiques graves.

Les névrites rétrobulbaires secondaires aux affections des cavités accessoires ou dentaires.

L'ulcus serpens.

Les affections gonococciques et vaccinales.

Les formes rhumatismales.

Une réaction normale nous fait exclure toutes ces formes. D'autre part ces formes exclues, une accélération de la vitesse de sédimentation nous révèle l'existence d'une affection générale latente.

Enfin, par la courbe des chiffres relevés dans diverses périodes d'une affection nous serons guidés dans la thérapeutique et nous pourrons établir un pronostic avec de grandes probabilités d'exactitude.

**Un cas d'amibiase pulmonaire pure
chez un musulman tunisien
Congestion pulmonaire avec hémoptysie
Guérison rapide par l'émétine**

par le D^r René BROG

—(0)—

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'Hôpital Sadiki, un cas assez rare de congestion pulmonaire, durant depuis un mois, chez un jeune indigène, atteint d'amibiase latente, congestion disparaissant rapidement, après la découverte fortuite d'amibes dans les selles, par un traitement à l'émétine.

Il nous a paru intéressant de faire connaître cette observation car l'amibiase pulmonaire n'est pas très fréquente. Le seul cas que nous connaissions en Tunisie est celui de Sfez, Bonan et H. Zérah.

Les observations d'amibiase signalées dans les récentes publications françaises, concernent, en général, des malades à la période d'abcès tandis que nous avons eu la chance d'observer un malade à la phase de congestion, phase qui précède la suppuration, et qui nous paraît être le premier stade de l'abcès.

Les radiographies du docteur Jaubert de Beaujeu, que nous faisons reproduire, présentent un intérêt tout particulier.

Voici l'observation de notre malade :

Il s'agit d'un jeune arabe, âgé de 18 ans, originaire de la Hamada des Ouled Ayar, ouvrier agricole.

Il est venu le 9 février 1931, à la consultation de médecine de l'Hôpital Sadiki, pour une fièvre élevée, une vive douleur dans le côté droit, et des crachats hémoptoïques apparus il y a environ un mois.

On tire peu de chose de l'interrogatoire.

Le malade ignore de quoi son père est mort, et depuis combien d'années. Sa mère serait morte il y a cinq ans d'une affection cardiaque.

Notre malade est le seul survivant de six frères et sœurs. Deux sont morts dans l'enfance, l'un à 5 ans, l'autre à 7 ans. Il ne se rappelle rien sur les autres.

On obtient très laborieusement de ce pauvre jeune bédouin quelques renseignements sur ses antécédents pathologiques. Il reconnaît avoir eu la syphilis,

et parvient à se rappeler qu'il a présenté des accès de paludisme il y a cinq ans, et une diarrhée extrêmement abondante, avec selles très fréquentes, sans glaires ni sang, il y a six mois.

La maladie actuelle a débuté, il y a un mois environ, par un violent frisson suivi d'une forte élévation thermique, un point de côté dans l'aisselle droite, une toux quinteuse et de petites hémoptysies.

Actuellement, le malade présente toujours une température irrégulière. Son point de côté a disparu. Il tousse toujours. Il présente des crachats mucopurulents, et souvent même hémoptoïques, mais sans odeur particulière.

Il est abattu, asthénique, mais en dehors de ses troubles pulmonaires, il ne se plaint de rien, et toutes ses fonctions paraissent normales, en particulier, il ne présente jamais de diarrhée.

L'examen physique de cet adolescent grand, pâle, amaigri, et anémié, nous donne d'intéressants renseignements.

On découvre des traces de syphilides secondaires sur le corps de notre malade.

L'examen de son thorax montre :

1° A la palpation : de la diminution des vibrations, à droite.

2° A la percussion : de la matité en avant, et en arrière du sous-sommet droit.

3° A l'auscultation, une diminution notable du murmure vésiculaire, et des râles secs aux deux temps de la respiration, persistants à la toux, qui donnent au premier examen l'impression de craquements.

L'examen de l'abdomen ne révèle rien d'anormal. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume et ne dépassent pas le rebord des fausses côtes.

L'examen bactériologique des crachats est pratiqué. Ils ne renferment pas de bacilles de Koch et présentent une flore microbienne banale, sans prédominance d'un microbe particulier.

L'examen radiosecpique pratiqué le 10 février 1931, montre une image triangulaire à droite, à base axillaire, à sommet vers le hile, à opacité modérée, mais uniforme.

Une radiographie du docteur Jaubert de Beaujeu fixe l'image observée. En voici le compte-rendu :

Condensation dans la région moyenne et latérale droite, hile gauche marqué, quelques tractus dans la région sous-claviculaire gauche.

Les signes persistent pendant plusieurs jours sans grand changement. L'état général s'améliore, bien que la fièvre irrégulière, monte parfois, en clocher, jusqu'à 39°6.

Les signes physiques persistent, et la radioscopie donne toujours la même image.

Nous songions à rechercher de nouveau le bacille de Koch dans les crachats, quand on nous remit, un matin, un bulletin de l'Institut Pasteur, ainsi libellé : **Examen des selles**, présence d'amibes dysentériques à l'état pré-kystique.

Empressons-nous de reconnaître que nous n'avions pas envoyé les selles de notre malade à l'Institut Pasteur dans un but diagnostique, mais uniquement pour faire plaisir à un vieux médecin-major en retraite de l'Armée des Etats-Unis, M. Wigh, qui depuis dix-sept ans se consacre à l'étude des amibes dysentériques, et voyage de pays en pays, pour compléter ses statistiques et ses études à ce sujet. Selon lui, on découvre, aux Etats-Unis, des amibes dysentériques dans les selles de 5% d'individus pris dans une collectivité quelconque. Désireux d'établir le pourcentage d'Arabes Tunisiens, dont les selles renfermaient des amibes, Dr Wight nous avait demandé de bien vouloir lui envoyer celles de tous les entrants.

Surpris, du résultat qu'il nous donna : présence d'amibes à l'état pré-kystique dans les selles de notre congestion pulmonaire, nous avons immédiatement fait faire un deuxième examen de crachats qui ne donna pas de renseignements plus intéressants que le premier.

Le 14 février, au matin, la température se maintenant élevée : 39°4, nous commençons un traitement par l'émétine, 4 centigrammes, en injection sous-cutanée, matin et soir, pendant trois jours.

La suite de l'observation est simple, et peut se résumer en quelques mots : amélioration rapide et très nette de l'état général, chute de la température, disparition des signes d'auscultation.

Une fois terminé, notre traitement par l'émétine, une nouvelle radioscopie nous montre que l'ombre triangulaire du sous-sommet droit a complètement disparu.

M. Jaubert de Beaujeu fait une deuxième radioscopie, dont voici le compte-rendu :

Poumons clairs, hiles un peu marqués, quelques tractus dans la région moyenne droite.

Notre jeune malade estimant alors qu'il est guéri, sort sur sa demande.

Chez notre malade, le diagnostic pouvait hésiter entre deux hypothèses :

- 1° une congestion pulmonaire banale, d'origine grippale;
- 2° une tuberculose subaiguë, unilatérale, à cause de l'évolution

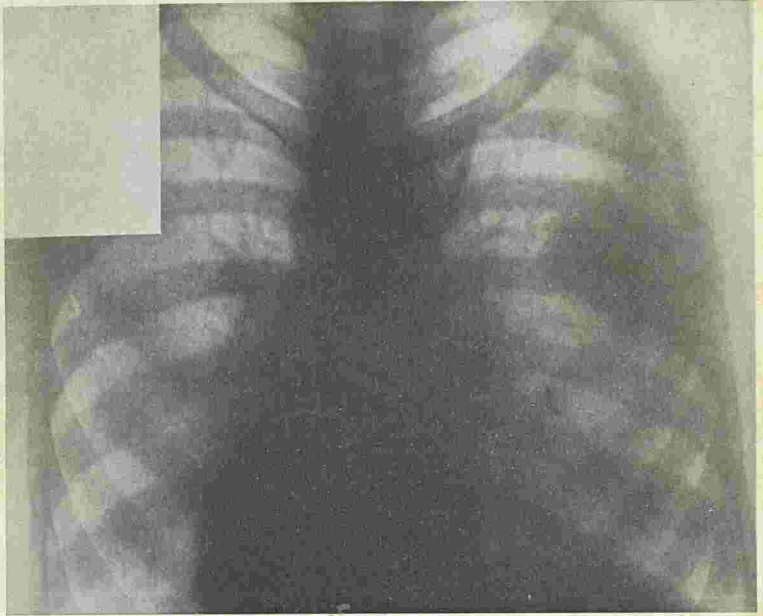


Fig. I. — Condensation à image triangulaire dans la région de Paisselle droite. Hile gauche marqué. Quelques tractus dans la région sous-claviculaire gauche. (9. II. 1931).



Fig. II. — Poumons clairs. Hiles un peu marqués. Quelques tractus dans la région moyenne droite. (4. III. 1931).





fébrile durant depuis un mois, de l'amaigrissement de l'asthénie croissante, et des signes physiques. Malgré l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, les présomptions en faveur d'une bacillose étaient telles que nous envisagions presque le traitement par un pneumothorax artificiel quand nous parvînt le résultat de l'examen du docteur Wight.

Ensuite, le traitement par l'émétine, véritable pierre de touche, guérit rapidement le malade.

L'interprétation de ce cas reste difficile.

La rapidité d'action du traitement, peut-elle suffire à prouver la nature amibienne de cette congestion pulmonaire ?

Nous avons recherché dans la littérature médicale, plus particulièrement dans les revues contemporaines, des observations rappelant la nôtre et dont l'étude comparée puisse nous aider à confirmer notre diagnostic de congestion amibienne.

Dans la majorité de ces observations, nous remarquerons que les auteurs signalent un séjour antérieur de leurs malades aux Colonies ou en Orient.

Le malade de Laederich et Poumeau-Delille, dont l'observation est rapportée en 1929 à la Société Médicale, séjourna deux ans en Algérie.

Dans une observation d'abcès du poumon publiée dans la Société Médicale en 1930 par Marcel Labbé, il s'agit d'un malade né aux Colonies, et qui fit un voyage en Algérie. Il y fut atteint d'une entérite qui ne guérit jamais, présentait un foie hypertrophié, et des selles, visqueuses, putrides et sanglantes.

Le cas classique de Rist, Ameuille et Pfeffel, publié le 12 juin 1914 à la Société Médicale concerne un malade qui fit son service à Tunis, cinq ans auparavant.

De même dans l'observation d'Emile Weill et Lamy, Société Médicale des Hôpitaux, 1924, le malade avait séjourné quatre mois en Algérie, cinq ans auparavant, et avait présenté des crises de diarrhée.

On relève dans les antécédents du malade de Brûlé, Laporte et Ragu (Société Médicale, Paris, 1929) un séjour en Afrique du Nord de 1891 à 1895, mais sans troubles intestinaux.

Dargein et Doré ont publié en 1925 (Section Médicale des Hôpitaux) l'observation d'un malade qui fit un séjour à Corfou en 1919

Le malade de Lemierre et Kourilsky (Société Médicale des Hôpitaux, 20 janvier 1928) avait fait la campagne d'Orient.

Le malade de Louis Ramond, Denoyelle et Lantman, était un industriel de Casablanca. (Observation publiée en 1923, dans la Société Médicale des Hôpitaux).

Celui de Pellé et Le Barau (Société Médicale des Hôpitaux, 1929) fut soldat en Syrie, et traité en mai 1924 pour diarrhée avec glaires et sang, et guéri par l'émétine.

La coïncidence dans les antécédents de tous ces malades ayant présenté des abcès du poumon, d'un séjour antérieur en Orient, est troublante, et doit faire penser à l'origine amibienne de l'abcès, bien que tous ces malades n'aient pas présenté de dysenterie véritable, mais de simples crises de diarrhée.

Notre malade ne fait pas exception à cette règle puisqu'il est tunisien et que six mois auparavant, il a présenté, lui aussi, une diarrhée très abondante, sans caractères spéciaux, il est vrai, mais qui néanmoins devait faire penser à une dysenterie fruste.

A ce propos, nous remarquerons que ce délai de six mois entre la dysenterie et l'apparition de l'abcès, ou du moins de la congestion pulmonaire, prélude de l'abcès est bien court.

Dans la majorité des observations que nous avons recueillies, ce délai est beaucoup plus long entre le séjour en Orient et le début de l'abcès pulmonaire : plus de trente ans dans l'observation de Brûlé et Le Baron, de Rist, Ameuille et Pfeffel, de Weill et Lamy et de Dargein et Doré.

Cette apparition rapide des troubles pulmonaires après la diarrhée amibienne n'est pas la seule particularité intéressante que présentait notre malade, chez lequel l'examen bactériologique a permis d'affirmer les antécédents dysentériques — alors qu'ils étaient seulement suspectés dans les observations que nous avons précédemment énumérées.

Il est intéressant également de bien faire ressortir que notre malade fut observé au Stade de congestion pulmonaire, que nous avons étiquetée congestion amibienne à cause de la présence des amibes dans les selles, et qui, à notre avis, n'était autre que la phase de la maladie, précédant l'apparition de l'abcès.

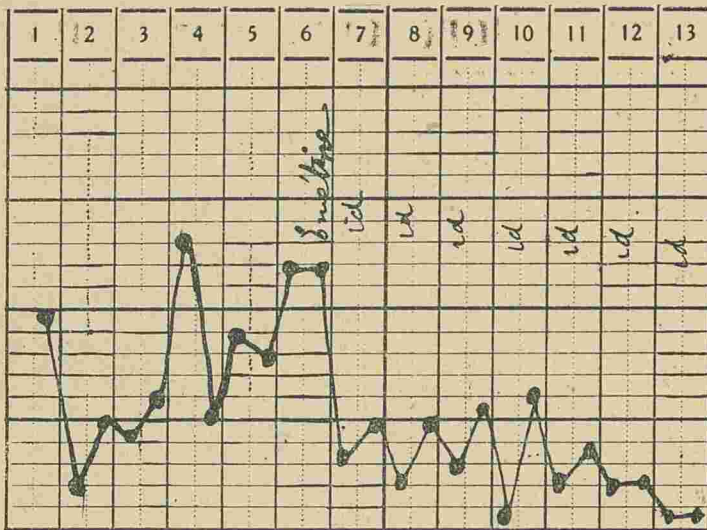
Ce début d'un abcès du poumon par une congestion pulmonaire

fut noté parfois dans les observations que nous avons extraites de revues et analysées.

Le malade de Pellé et Le Baron qui présentait en décembre 1928 un abcès du poumon à caractères nets et typiques, avait accusé en octobre, deux mois auparavant, une douleur très vive au niveau du mamelon droit, en même temps que survenait une expectoration hémoptoïque très abondante, 250 à 300 gr. par 24 heures.

L'examen montrait une submatite de la base droite, et un murmure vésiculaire légèrement affaibli.

A la radiographie on voyait une opacité homogène de la partie



inférieure du poumon droit, à niveau convexe s'élevant à trois travers de doigt au-dessus du mamelon.

A cette époque, l'examen clinique faisait songer à une congestion pulmonaire, mais la radiographie ne donnait déjà plus l'ombre triangulaire classique, et le 20 décembre une nouvelle radio montrait que l'abcès était constitué.

De même le malade de Weill et Lamy chez lequel on fit le 7 juin 1924, le diagnostic d'abcès du poumon, avait été immobilisé au lit, pendant dix jours, en janvier 1924, pour une « congestion pulmonaire » avec point de côté droit et hémoptysie qui précéda de cinq mois l'apparition de l'abcès.

Le malade de Brulé et Hillemand chez lequel malgré une absence de signes d'auscultation, la radioscopie montra en octobre 1923, un abcès du poumon, avait présenté en mai 1923 un épisode aigu fébrile, étiqueté congestion pulmonaire, qui précéda donc aussi de cinq mois l'apparition de l'abcès.

Le malade chez lequel Lemierre et Kourilsky firent le 28 mars 1927 le diagnostic d'abcès du poumon, avait lui aussi, quatre mois auparavant, en décembre 1926, présenté des signes de congestion pulmonaire de la base droite.

Dans la très intéressante observation de Dargein et Doré, les premiers symptômes observés chez le malade furent ceux d'une congestion pulmonaire double, avec expectoration rougeâtre.

Le 22 décembre 1924, l'examen clinique révèle des signes de pneumonie à la partie inférieure du poumon gauche : matité, souffle tubaire, et le 27 décembre une pleurésie réactionnelle avec liquide citrin.

Le 31 décembre, la radioscopie montrait un épanchement pleural masquant la base et le sinus, plus une ombre opaque, ovalaire, à grand axe oblique de haut en bas, et de dehors en dedans, à contours nets, paraissant plutôt pulmonaire, semblant correspondre à une tumeur ou à une collection enkystée, le bord inférieur restant à deux travers de doigt au-dessus du dôme diaphragmatique.

Ces différents auteurs ont donc observé un stade de congestion pulmonaire précédant, parfois de plusieurs mois, l'apparition de l'abcès du poumon, mais la nature amibienne de cette congestion pulmonaire ne fut précisée que rétrospectivement d'après l'évolution ultérieure de la maladie et l'apparition de l'abcès se traduisant par les signes classiques et surtout la radiographie caractéristique.

Chez notre malade, au contraire, ce diagnostic de congestion pulmonaire amibienne fut posé d'emblée, aussitôt connu la pré-

sence d'amibes dans les selles, et confirmé dans la suite, par guérison rapide avec le traitement à l'émétine.

Ces deux éléments, l'examen bactériologique et les effets remarquables du traitement, joints à la notion des antécédents de diarrhée dans un pays où la dysenterie existe à l'état endémique, nous ont suffi pour affirmer la nature amibienne de la congestion pulmonaire de notre maladie, malgré les caractères peu intéressants de l'expectoration.

Les crachats, en effet, nous l'avons vu, étaient muco-purulents, souvent hémoptoïques, sans odeur particulière. Ils renfermaient une flore microbienne banale, sans prédominance d'un microbe particulier.

Rares nous ont paru les observations d'abcès du poumon où l'examen bactériologique des crachats avait montré la présence d'amibes.

Impossible de retrouver l'amibe dans les vomiques ou l'expectoration, nous déclarent Dargein et Doré, qui admettent pourtant l'origine amibienne de l'abcès du poumon présenté par leur malade, de même que Cordier l'admet (Lyon Médical, 1924) sans avoir constaté la présence d'amibes dans l'expectoration.

Dans l'observation de Lemierre et Kourilsky, il existe un contraste entre les crachats fétides, nettement septiques, et la stérilité du pus retiré par ponction de l'abcès. Cette fétidité des crachats était due à l'infection anaérobie secondaire des bronches adjacentes au foyer. Le foyer de l'abcès lui-même, non contaminé, donnait par ponction, un pus épais, crémeux, jaune verdâtre, complètement inodore et complètement stérile, ne renfermant de microbes, ni à l'examen direct; ni par cultures.

L'existence de ce pus stérile ne pouvait se comprendre qu'avec la présence d'une collection non pas interlobaire, mais pulmonaire et amibienne, et fit poser le diagnostic d'abcès amibien, confirme ensuite par les résultats du traitement à l'émétine.

Dans le cas de Brulé et Hillemand, il fut impossible également de retrouver des amibes.

Le malade de Weillet Lamy, il fut impossible de retrouver des germes aussi bien dans l'expectoration que dans les 2 à 3 centimètres cubes de liquide louche que donna la ponction exploratrice.

Pissavy, Bréget et Chabrun dans leur communication sur un

abcès amibien du poumon (Société Médicale des Hôpitaux, 1923) signalent seulement l'aspect des crachats, purulents et striés de sang, mais passent sous silence les résultats de l'examen bactériologique.

Le malade de Louis Ramond, Denoyelle et Lautman, présenta de véritables hémoptysies. Néanmoins l'examen bactériologique de ses crachats ne permit jamais de découvrir des amibes.

Dans une seule des observations que nous avons analysées, celle de Pellé et Le Baron, l'examen de l'expectoration fraîche, montra des amibes caractéristiques, mais son inoculation à un jeune chat, faite après deux injections d'émétine demeura négative. Remarquons en passant qu'on découvrit simultanément des kystes amibiens dans les selles.

Chez ce malade le diagnostic d'abcès amibien du poumon était péremptoire et indiscutable, une fois connus les résultats de l'examen bactériologique de l'expectoration dont l'aspect pathognomonique pouvait presque à lui seul suffire pour faire affirmer la nature de l'affection.

Cette expectoration tout d'abord hémoptoïque et sans odeur particulière comme celle de notre malade devint par la suite fétide et couleur chocolat, comme l'était aussi le pus retiré par ponction de l'abcès du malade de Rist, Ameuille et Pfeffel.

Il paraît donc vraisemblable que chez notre malade si l'évolution de la maladie n'eut pas été arrêtée par l'émétine l'expectoration eut pris au bout d'un temps plus ou moins long, l'aspect caractéristique. Il n'est pas du tout certain, néanmoins qu'elle eut pu décèler à ce moment des amibes.

Nous avons jusqu'à maintenant envisagé comparativement chez notre malade, et dans quelques observations récentes et classiques, les points de vue suivants : les antécédents des malades, le début de la maladie par des signes physiques, congestion pulmonaire; les caractères de l'expectoration et les résultats habituels de son examen bactériologique. Nous avons pu conclure qu'aucun des renseignements tirés jusqu'à maintenant de l'observation de notre malade n'était probant en faveur du diagnostic de congestion amibienne du poumon. Il existe bien quelques présomptions à cause de la notion d'une diarrhée antérieure extrêmement abondante.

L'examen radiographique avec une image triangulaire à base

axillaire, à sommet vers le hile, traduisant une zone de condensation dans la région moyenne et latérale droite, n'est pas plus décisif. Ce compte-rendu radiographique est bien, en effet, celui d'une congestion pulmonaire et nous n'en avons pas vu dans aucune des communications d'abcès amibiens du poumon dont nous avons précédemment énumérés les titres.

Un premier point nous frappe, c'est que cette congestion qui serait sans doute devenue un abcès, n'était nullement placée au siège habituel d'élection des abcès du poumon : la base droite.

Dans les observations classiques la radiographie montre le plus souvent la présence de l'abcès à la base droite.

Observation de Rist, Ameuille et Pfeffel : la radioscopie montre à la base du poumon droit, une ombre circulaire, à contours parfaitement nets et réguliers.

Observation de Pellé et Le Baron : On voit à la radioscopie une opacité homogène de la partie inférieure du poumon droit, avec un niveau convexe, s'élevant à 3 travers de doigt au-dessus du mamelon. Une radiographie pratiquée quelque temps après, montrait une volumineuse poche hydro-aérique, occupant la moitié inférieure du poumon droit, ombre circulaire à contours nets, autour de laquelle subsistait la clarté pulmonaire.

Observation de Brulé et Hillemand dont voici le compte-rendu radioscopique : ombre arrondie, régulière et distincte du foie à la base du poumon droit.

Dans l'observation de Pissavy, Bréger et Chabrun, à la radioscopie le malade présentait à la base droite une ombre conique, se confondant en bas avec celle du foie, avec au milieu une cavité circulaire vide de la grosseur d'une noix.

Chez le malade de Louis Ramond, Denoyelle et Lautman, la radioscopie montre aussi à la base droite une image d'abcès dont voici la description détaillée.

Vue antérieure du thorax : on observe une ombre très opaque au niveau de la base droite, jusqu'à la huitième côte, en forme de coupole arrondie, concave en bas, dont le bord externe atteint la paroi thoracique, tandis que le bord interne reste franchement séparé de l'ombre cardiaque par une bande claire.

En vue postérieure, l'opacité affecte une forme triangulaire. Son bord supérieur rectiligne s'étend depuis la paroi axillaire jusqu'à

quelques centimètres de l'angle phréno-péricardique. En position couchée, l'image est celle d'une sphère, nettement arrondie, de 4 centimètres de diamètre.

Nous sommes frappés de voir qu'en vue postérieure du thorax, l'image était triangulaire comme chez notre malade. Seulement, chez lui, l'image se maintenait triangulaire quelque fut l'angle sous lequel on l'examinait, et des radioscopies faites à plusieurs jours d'intervalle, et dans des positions différentes donnaient toujours exactement le même triangle opaque dans la région latérale et moyenne droite.

C'est cette image radiographique triangulaire de congestion pulmonaire, disparaissant après le traitement à l'émétine, qui caractérise essentiellement notre observation, qui en fait l'originalité, et qui la différencie absolument des observations que nous avons analysées où les abcès du poumon se traduisent par des images classiques, arrondies et hydroaériques.

Nous n'avons pas, en effet, dans les revues que nous avons consultées, pu découvrir une seule observation de malade atteint d'abcès pulmonaire amibien, présentant à la radiographie une image triangulaire persistant malgré le changement de position.

Cette image nous fit porter le diagnostic de congestion pulmonaire amibienne, et non pas d'abcès amibien du poumon, puisqu'elle était analogue à l'image d'une congestion pulmonaire banale.

Nous avons vu qu'un certain nombre des observations que nous avons citées signalent un épisode de congestion pulmonaire ayant précédé de quelques mois l'apparition de l'abcès.

Il serait intéressant de comparer avec la radiographie de notre malade, celle d'un de ces malades, prises à cette période. Malheureusement les observations en question non seulement n'en ont pas publié, mais ne signalent même pas si elles furent pratiquées à cette période.

Au sujet de cette radiographie le point important résidait dans le fait qu'elle nous montrait une image d'affection pulmonaire amibienne dont la forme excluait l'absolument l'idée d'un abcès. Ce siège en était bien un peu anormal pour un abcès amibien, mais, malgré la notion classique de l'abcès pulmonaire amibien, siégeant toujours à la base droite, c'est-à-dire, au voisinage du foie

nous avons relevé dans la littérature médicale, des observations d'abcès siégeant soit à gauche, soit à droite dans les lobes supérieur ou moyen.

Dans l'observation de Marcel Labbé, il s'agit d'un malade présentant un abcès du poumon que la radiographie nous montre siéger dans le lobe supérieur gauche, sous la forme d'une cavité arrondie, de la dimension d'une mandarine, à parois épaisses, et avec un niveau liquide.

Dans l'observation de Dargein et Doré dont nous avons déjà cité le compte-rendu radioscopique, l'épanchement pleural et l'ombre ovalaire observés siègent à gauche.

Assez nombreuses sont les observations d'abcès amibien du poumon siégeant à droite, ailleurs qu'à la base.

Chez le malade de Laederich et Pommeau-Delille, l'abcès siégeait dans la région sous-claviculaire droite. La radioscopie montrait dans cette région, une image hydro-aérique du volume d'une orange, ovalaire, à grand axe vertical, large de 7 centimètres. haute de 9, avec un niveau liquide mobile qui occupait le milieu de la poche.

Cette observation est considérée comme exceptionnelle à cause du siège anormal de l'abcès dans le lobe supérieur droit.

Pendant l'observation de Weill et Lamy nous décrit aussi un abcès encore assez haut situé dans l'hémithorax droit; la radioscopie montrait entre la 2^{me} côte et la 4^{me} espace intercostal, une image claire, entourée d'un cercle sombre, avec une ligne de niveau horizontale.

Brulé, Laporte et Ragu rapportent de même un cas d'abcès amibien siégeant dans la région moyenne droite. (Société Médicale, Paris, 1929). La radiographie montrait un volumineux abcès de la grosseur d'une orange, limité par une coque circulaire opaque et rempli à moitié de liquide. Une ombre moins opaque semblant suivre la scissure interlobaire se prolongeait jusqu'à la limite externe du thorax.

Cette question du siège de l'abcès soulève de grands problèmes. Quand il existe un abcès du foie, comme dans l'observation de Rist, Ameuille et Pfeffel, et qu'un abcès du poumon se développe secondairement, il est aisé de comprendre pourquoi, si cet abcès

s'est transmis par propagation de voisinage, il soit situé à la base du poumon droit, plutôt que dans une autre région.

Mais dans les cas d'abcès amibiens du poumon qui ont été précédés d'antécédents intestinaux, mais jamais d'abcès du foie, on peut se demander pourquoi l'abcès devrait être forcément situé à la base du poumon droit.

Est-ce par voie lymphatique, est-ce par voie sanguine que se fait la propagation ? Ce serait une question intéressante à connaître mais que nous ne discuterons pas ; rien dans notre observation ne nous donnant d'indications à ce sujet.

On peut évidemment éliminer d'emblée la voie aérienne et d'ailleurs nous n'avons jamais observé de bronchites amibiennes comme Petzetakis, en Egypte, qui en a relaté d'intéressantes observations.

Chez notre malade, le début brusque par le point de côté, l'hémoptysie, l'apparence aiguë du premier épisode avec ses signes de congestion pulmonaire, font penser à un transport brusque des amibes de l'intestin au poumon, où elles entraîneraient des lésions un peu analogues à celles d'un infarctus pulmonaire.

Il semble probable qu'après un épisode aigu, une phase congestive, l'abcès du poumon se constitue parfois ensuite, sans fièvre, lentement, par poussées successives et que les symptômes graves ne réapparaissent qu'au moment de l'ouverture de l'abcès, ou à la suite d'une infection du tissu environnant.

Ce que nous savons de l'évolution des abcès du foie nous porte du moins à croire qu'elle est analogue dans les abcès du poumon, et l'histoire des abcès du poumon que nous avons cités précédemment, confirme cette opinion. Les auteurs de ces observations ont en effet plusieurs fois signalé une manifestation aiguë de congestion suivie d'une accalmie de plusieurs mois, et d'une apparition soudaine des signes de l'abcès qui s'est lentement et silencieusement constitué.

Il nous reste à discuter un des points essentiels de notre observation à savoir les résultats chez notre malade du traitement émétinien si brillants qu'ils nous firent porter le diagnostic d'amibiase.

Sans le résultat de l'examen bactériologique des selles qui renfermaient des amibes à l'état prékystique, nous n'aurions jamais songé à traiter notre malade par l'émétine puisqu'il ne présentait aucun des signes caractéristiques d'un abcès amibien du poumon.

L'amélioration nette et rapide de l'état général, la chute de la température, la disparition des signes d'auscultation et de l'ombre triangulaire du sous-sommet droit, à la radioscopie sous l'influence de l'émétine nous ont beaucoup frappés.

La rapidité d'action du traitement, véritable pierre de touche, peut-elle seule suffire pour faire affirmer la nature amibienne de la congestion pulmonaire de notre malade.

On ne peut plus l'affirmer actuellement, car on connaît l'action rapide et efficace de l'émétine dans certaines affections qui relèvent d'une autre étiologie.

Charles Flandin et Joltrain ont insisté en 1913 sur l'action de l'émétine dans les hémoptysies tuberculeuses.

Flandin et Joltrain, 11 avril 1913 : Bulletin de la Société Médicale; emploi de l'émétine dans le traitement d'une hémoptysie tuberculeuse. Dans leur première observation, une seule injection d'émétine a provoqué l'arrêt de l'émission sanguine.

Le 18 juillet 1913, Flandin insistait de nouveau à la Société Médicale, sur l'application de l'émétine au traitement des hémoptysies tuberculeuses.

A la suite de ces travaux, certains auteurs ont employé l'émétine dans le traitement des affections aiguës des voies respiratoires.

H. Méry : Société Médicale, 1915 : L'émétine dans les affections aiguës des voies respiratoires.

Il l'a employée dans deux cas de pneumonie franche, et surtout dans les broncho-pneumonies des jeunes enfants, consécutives à la rougeole.

L'action est plus nette, en général, dans les formes où prédominent les lésions de congestion. On obtient un abaissement rapide de la température, et une disparition de l'expectoration et des signes physiques.

On peut faire la même observation en ce qui concerne les abcès pulmonaires non amibiens du poumon. Certains d'entre eux sont rapidement améliorés par le traitement à l'émétine.

Cordier, de Lyon, aurait été le premier à signaler que l'action de l'émétine n'était pas spécifique aux abcès amibiens du poumon. Il a insisté sur ce fait qu'un abcès du poumon ne doit pas être considéré comme amibien, simplement parce qu'il guérit sous l'influence de l'émétine et chez les malades qu'il a examinés; il notait

tout antécédent pouvant lui faire soupçonner l'amibiase, comme un séjour en Orient, mais insuffisant à la prouver.

Cordier (amibiase primitive et secondaire du poumon. Bulletins et mémoires de la Société de Médecine des Hôpitaux de Lyon. 30 octobre 1923.

Tout récemment, Etienne May est revenu sur la question, indiquant les bons résultats de l'émétine dans les affections suppuratives du poumon (1931).

Il faut tout d'abord remarquer que les observations d'abcès du poumon non amibiens, ou du moins considérés comme tels, ayant guéri par l'émétine, concernent assez souvent des individus qui ont vécu aux colonies ou en Orient, ou qui même sans avoir quitté la France ont présenté dans les antécédents des troubles intestinaux, parfois peu durables, mais qui doivent faire songer à une dysentérie fruste, passée inaperçue.

On ne peut évidemment pas en tenir compte pour décider si l'action de l'émétine est ou non spécifique dans l'amibiase.

Mais Guy Albot et Léon Michaux ont rapporté un cas de pneumopathie excavée, avec spirochètes dans l'expectoration, guérie par l'émétine.

On fit bien à ce malade sept piqûres de 0,15 de novarsénobenzol, mais elles parurent inefficaces.

Après une vomique de 700 cm la température se maintint pendant onze jours à la normale. Sur ces entrefaites on fit une série d'injections d'émétine.

Après une deuxième vomique de 1 litre, on entreprit une nouvelle série d'émétine et l'on observe une amélioration rapide de l'état général et la disparition à la radioscopie des lésions du lobe moyen droit.

L'action thérapeutique du traitement émétinien paraît indéniable aux auteurs de cette communication et plus nette que celle du novarsénobenzol. Mais en réalité, il s'agit peut-être d'une guérison spontanée due aux vomiques.

D'ailleurs, dès le début, cette gangrène s'était comportée comme une affection bénigne, et la température tendait vers la défervescence après chaque vomique.

Théohari et Parissidi ont publié le 11 juillet 1930 dans la Société Médicale, une note sur un cas d'hémoptysie, coïncidant avec

la présence d'un foyer pulmonaire à fuso-spirilles et guéri par le traitement à l'émétine qui fit disparaître une ombre allongée et très opaque qui se trouvait dans la région sous-claviculaire droite.

Etienne Bernard, Patourel, Decourt et Louvel ont fait, le 1^{er} mai 1931, une communication à la Société Médicale de Paris sur « Des suppurations putrides du poumon et leur évolution apparemment favorable », avec un traitement par l'émétine.

Personnellement, nous avons essayé l'émétine dans un certain nombre d'affections pulmonaires banales et nous n'avons jamais observé des résultats aussi rapides, aussi éclatants que dans les affections amibiennes.

Nous avons souvenir d'un malade de Bir-Lafou qui faisait un abcès du poumon consécutif à un abcès du foie, et qui en trois à quatre jours vit cesser l'expectoration chocolat, vit disparaître la fièvre et le point de côté. L'action de l'émétine sur les affections non amibiennes nous a paru beaucoup plus lente et moins efficace. La rapidité d'action de l'émétine dans ce cas, nous fait admettre qu'il s'agissait d'une complication amibienne de la dysentérie dont le malade avait été récemment atteint.

En résumé notre observation montre que l'amibiase pulmonaire pure existe en Tunisie. Elle nous fait connaître le premier stade de l'amibiase pulmonaire, sous la forme de congestion pulmonaire avec hémoptysie. Notre malade allait être traité comme un tuberculeux, par le pneumothorax artificiel, alors qu'en une huitaine de jours, un traitement spécifique l'a guéri. De pareils cas doivent être assez rares, mais nous y songerons désormais chez les malades suspects de bacillose, chez lesquels plusieurs examens de crachats restent négatifs. Il serait fâcheux de passer à côté d'une affection, qu'on peut arrêter et guérir si facilement en la prenant au début.

BIBLIOGRAPHIE

L. LAEDERICH et POMMEREAU-DELILLE. — Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1929, page 235.

MARCEL LABBÉ. — Abcès fétide du poumon guéri par l'émétine. — *Bulletin et Mémoires Société Médicale*, Paris, 1930, page 373.

RIST, P. AMEUILLE et M^{lle} DE PFEFFEL. — Un cas d'abcès amibien du poumon. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 juin 1914, page 1049.

P. EMILIE WEILL et LAMY. — Un cas d'abcès amibiastique du poumon guéri par l'émétine. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1924.

BRULÉ, LAFORTE et RAGU. — Deux cas d'abcès pulmonaires non amibiens, rapidement améliorés par le traitement émétinien. — *Bulletin et Mémoires Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 31 mai 1929, page 699.

DARCEIN et G. R. DORÉ. — Amibiase pulmonaire gauche pure, guérie par l'émétine et le stovarsol. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1925, page 591.

A. LEMIERRE et R. KOURILSKY. — Un cas d'abcès amibien du poumon confondu avec une pleurésie interlobaire et guéri par l'émétine. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 20 janvier 1928.

A. PELLÉ et LE BARON. — Amibiase pulmonaire traitée par le pneumothorax et l'émétine. — *Bulletin Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, page 235 — 1929.

BRULÉ et HILLEMAND. — Abcès du poumon guéri par l'émétine. — *Bulletin et Mémoires Société Médicale Hôpitaux de Paris*, 1924, page 1500.

A. PISSAVY, BRÉGER et CHABEUX. — Abcès amibien du poumon. — *Bulletin et Mémoires Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1923, page 1265.

LOUIS RAMOND, DENOYELLE et LAUTMANN. — Un cas d'amibiase pulmonaire pure sans abcès du foie guéri par l'émétine. — *Bulletin et Mémoires Société Médicale Hôpitaux de Paris*, 1923, page 655.

PETZETAKIS. — La Broncho-amibiase. — *Bulletin et Mémoires Société Médicale Hôpitaux de Paris*, 27 juillet 1923, 20 octobre 1923.

FLANDIN et JOLTRAIN. — Emploi de l'émétine dans le traitement d'une hémoptysie tuberculeuse. — *Bulletin et Mémoires Société Médicale Hôpitaux de Paris*, 11, avril 1913.

FLANDIN. — Traitement des hémoptysies tuberculeuses par l'émétine, *ibidem*, 1, juillet 1913, page 115.

H. MERY. — L'émétine dans les affections aiguës des voies respiratoires. — *Bulletin et Mémoires Société Médicale Hôpitaux de Paris*, 1915.

CORDIER. — Amibiase primitive et secondaire du poumon. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Médecine des Hôpitaux de Lyon*, 30 octobre 1923.

ÉTIENNE MAY. — *Bulletin et Mémoires Société Médicale Hôpitaux de Paris* 1931.

GUY ALBOT et LÉON MICHAUX. — Pneumopathie excavée curable avec spirochètes dans l'excavation. — Action de l'émétine. — *Bulletin et Mémoires Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 2 mai 1930, page 738.

A. THÉOHARI et C. PARRISSIDI. — Note sur un cas d'hémoptysie coïncidant avec la présence d'un foyer pulmonaire à fuso-spirilles. — Guérison par le traitement à l'émétine. — *Bulletin et Mémoires Société Médicale*, 11 juillet 1930, page 1327.

ÉTIENNE BERNARD, PATOUREL, DECOURT et LOUVET. — Sur des suppurations putrides du poumon et leur évolution apparemment favorable. — Du traitement par l'émétine. — *Bulletin et Mémoires Société Médicale Hôpitaux de Paris*, 1^{er} mai 1931, page 705.

LAUTMANN. — Thèse Paris 1923. Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire.

D^{rs} SFEZ, H. BONAN et H. ZÉRAH. — Un cas d'amibiase pulmonaire. — *Tunisie Médicale*, 1929, mars, page 99.

Pigmentation solaire de la peau

après application d'eau de cologne

par le Dr COHEN-HADRIA



Il y a cinq ou six ans, j'avais l'occasion d'observer chez deux sœurs, deux fillettes de cinq à sept ans, une curieuse dermatose. Sur les mains, on trouvait des zones hyperpigmentées et légèrement érythémateuses : ces zones présentaient une disposition caractéristique : elles étaient en coulées et ressemblaient étrangement aux coulées que peuvent présenter certains malades à qui on prescrit des badigeonnages de nitrate d'argent ; dans le cas de nos fillettes la pigmentation était cependant un peu moins prononcée et était accompagnée d'un léger érythème. Cette dermatose était apparue en été ; les enfants en question prenaient des bains de mer, et mon diagnostic, assez vague, je le reconnais, fut « dermite artificielle de cause externe érythémato-pigmentaire ».

Quelle cause incriminer ? Le nitrate d'argent ? Impossible. L'eau de mer ? peut-être. Je n'étais guère fixé.

Il m'arriva encore une ou deux fois dans les étés qui suivirent de voir cette curieuse dermatose ; mais il s'agissait de malades fugitifs dont je ne pouvais guère obtenir de renseignements précis.

En septembre 1929, j'eus l'occasion d'observer une jeune fille qui présentait de ces taches érythémato-pigmentaires en coulées des épaules et des bras. Cette jeune fille avait fait quelques jours auparavant, une longue promenade en barque et elle avait pris un bain de mer, le seul de la saison. Je n'étais pas loin d'attribuer cette curieuse lésion cutanée à une sensibilité particulière de la peau à l'eau de mer, sensibilité permettant aux rayons du soleil de se fixer particulièrement sur les endroits les plus mouillés. Cela ne me satisfaisait pas pleinement cependant. J'eus l'occasion de suivre cette jeune fille et de constater que ces lésions disparurent en moins de deux mois ; il me semble que les pommades exfoliantes et la crème oxygénée que j'avais prescrites n'avaient pas eu un effet particulièrement décisif sur cette guérison.

En mars 1930, ayant eu l'occasion de lire un article paru dans les Archives Dermato-Syphilitiques de l'Hôpital St-Louis,

sous la signature Gougerot et Burnier et le titre : « Lucites solaires pigmentées après application d'alcool parfumé », j'eus l'impression très nette que la dermatose décrite ressemblait à celle que j'avais quelquefois rencontrée sans avoir pu la diagnostiquer exactement.

Une enquête immédiatement faite me permit de vérifier que les deux petites fillettes usaient volontiers pour se frotter les mains de l'eau de Cologne de leur mère; quant à la jeune fille, elle m'avoua que pour éviter de trop transpirer, elle s'était, au cours de sa promenade en barque, abusivement frictionnée d'eau de Cologne.

Le diagnostic était donc fait.

Dans ses si intéressantes « lettres à un médecin praticien », Clément Simon décrit, lui aussi, les taches provoquées par l'eau de Cologne ». Marcel Pinard en a présenté un cas fort intéressant à la Société de Dermatologie en juin 1931.

Cette dermatose est-elle fréquente ?

Assez, puisque j'ai eu, au cours des étés 1930 et 1931, à en observer encore quelques cas.

En 1930, c'est d'abord la jeune fille que j'avais vue en 1929 qui vint un jour, d'un air penaud, me raconter qu'elle avait commis l'imprudence quelques jours auparavant de se frictionner avec de l'eau de Cologne au cours d'un bain de soleil et qu'elle avait vu apparaître de nouveau des taches caractéristiques.

Encore en 1930, une jeune dame fort élégante qui s'était frictionné le cou avec de l'eau de Cologne, avant de faire une randonnée en auto découverte, vint me montrer une lésion pigmentaire du cou présentant à peu près le dessin que l'on observe souvent, non en brun mais en rouge, sur les cous des personnes qui présentent du dermographisme, dans la demi-heure qui suit leur toilette.

En 1931, j'en observai trois cas.

Chez une jeune femme d'abord, chez laquelle mon collègue et ami le Docteur Benmussa, qui avait connu la jeune fille récidiviste de 1929 et 1930, avait fait le diagnostic avant de me l'envoyer : pigmentation surtout localisée à la face postéro externe du bras.

Puis chez une autre jeune femme où les lésions étaient surtout nettes sur les avant-bras.

Enfin, chez une jeune fille très élégante qui présentait une pigmentation à forme très particulière dessinant sur la face externe de l'avant-bras un V à pointe inférieure. Interrogée sur la façon

dont elle s'appliquait l'eau de Cologne, cette jeune fille dessina de sa main largement ouverte, le pouce pointé en haut, le V pigmentaire qu'elle avait sur le bras.

Enfin, la femme d'un de nos confrères, médecin elle-même, a bien voulu me signaler qu'elle avait eu l'occasion en été, après avoir frictionné ses enfants à l'eau de Cologne à l'issue d'un bain, de voir apparaître sur leur thorax des taches pigmentaires en coulées.

Ainsi donc cette dermatose n'est pas très rare.

Quelques questions se posent.

Est-ce l'eau de Cologne qui en est cause ? ou l'eau de mer ?

Dans un cas, il n'y a pas eu bain de mer; dans tous les cas, il y a eu eau de Cologne et exposition au soleil. L'eau de Cologne est donc la cause principale, déclanchante. Que le bain de mer, par la cyanose qu'il provoque, facilite les phénomènes de pigmentation, c'est possible. Mais son action est accessoire, et simplement favorisante.

Toutes les eaux de Cologne sont-elles capables de produire cette affection ? Non. Une observation facile à faire est que nos clientes sont toutes des personnes très aisées : dames ou demoiselles du meilleur monde, ou encore demi-mondaines huppées. Je n'ai jamais vu cette affection chez des personnes de situation modeste, utilisant des eaux de Cologne bon marché. Cette observation confirme l'affirmation des auteurs que l'élément responsable de ces phénomènes est l'essence de bergamote. Seules les eaux de Cologne chères contiennent de l'essence de bergamote, seules elles sont susceptibles de provoquer ces lésions.

Je n'ai pas constaté qu'une marque déterminée d'eau de Cologne soit particulièrement nocive.

D'ailleurs, toutes les peaux ne réagissent pas par de la pigmentation aux frictions d'eau de Cologne suivies d'exposition au soleil. Il est des peaux chez qui ce phénomène ne se produit pas. J'ai essayé de réaliser expérimentalement cette hyperpigmentation si particulière: je n'y ai pas réussi. Certaines personnes paraissent y être particulièrement prédisposées comme la jeune fille que je vis deux étés successifs, comme aussi les enfants de nos confrères.

Mais, ce que l'on peut affirmer justement à propos de ce dernier cas, c'est que ce phénomène ne se produit pas inmanquablement :

trois ou quatre fois seulement en dix ans. Il y doit y avoir là une foule de causes prédisposantes que nous ignorons.

Mais le fait intéressant est là : dans certains cas, sur certaines peaux et à certains moments, certaines eaux de Cologne — particulièrement celles qui sont riches en essence de bergamote — sont susceptibles de provoquer des lésions pigmentaires en coulées accompagnées d'un très léger érythème.

Le diagnostic est facile quand on y pense.

Le traitement aussi; l'affection guérit spontanément en six semaines à deux mois; il est donc inutile de prescrire des pâtes exfoliantes plus ou moins fortes. Une crème oxygénée calmera l'impatience des malades.

J'ai pensé que ces notions de pratique dermatologique pouvaient vous intéresser et c'est pour cela que j'ai cru bon d'entretenir la Société des Sciences Médicales de cette affection sans doute très bénigne mais fort inesthétique pour laquelle ils peuvent être consultés.

Un mot pour finir.

J'ai essayé à tout hasard pour repigmenter une plaque leucodermique de vitiligo de la faire frictionner à l'eau de Cologne puis de l'exposer au soleil. Ce fut un échec.

Quoique je n'aie guère confiance en cette méthode, car les troubles de la pigmentogénèse sont profonds dans le vitiligo, je me propose de reprendre cette expérience dans de meilleures conditions, avec de l'essence de bergamote et après ou au cours d'un bain de mer qui aura quelque peu cyanosé les téguments. Je n'ai pas grand espoir, mais nous sommes suffisamment désarmés en face du vitiligo pour avoir le droit de tenter en désespoir de cause, une expérience qui a au moins le mérite de ne faire courir aucun risque au malade.



SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 11 Décembre 1931

La séance est ouverte à 18 heures sous la présidence du Docteur Scialom.

Sont présents : MM. les Docteurs Jarmon, Ghouila-Houri, E. Lévy, Trem-sal, Dana, Nataf, Renchet, Debbasch, Kortobi, Hadjoui, Caillon, Zeitoun, Scemama, R. Nataf, Laigret, Uzan, Pérez, Cohen V., Triolo, Cohen-Boulakia, Brun, Rogalski, Féré, Barsotti, Domela, Maruani, Chauvin, Bonan, Sfez, Cohen-Hadria, Ecuquet-Bryan, J. Scemla, Lombroso, Guttières, Santillana, Cassar, Bouquet, Mazères, Hayat, Ugo Lombroso, Fellous, Moatti Brugai-relles, Ganem, Hababou-Sala, Benmussa, Reynal, Broc, Saffar, Lalloum, Parienti, Henry, E. Scialom, Guez, Materi, Boulakia, Soria, Bernava, Spez-zafumo.

∴

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

∴

Le président donne lecture de la lettre qu'il a reçue du Docteur Cassuto, dont il partage de point de vue.

En voici le texte :

Monsieur le Président,

Je viens de recevoir aujourd'hui 10 décembre seulement et à midi, une con-convocation pour la réunion de demain et dont l'ordre du jour comporte l'élection du bureau pour 1932.

Je proteste énergiquement contre le retard mis à l'envoi des convocations. Vingt-quatre heures ne suffisent pas pour préparer les élections de notre So-ciéte, élection d'autant plus importante que notre groupement traverse actue-lement une crise très dangereuse pour son existence.

Un grand nombre de confrères avertis trop tard, ne pourront pas assister à cette séance et les élections qui se feraient en petit comité, porteraient au bureau des Collègues qui n'auraient pas reçu l'investiture par une majorité importante.

Je vous prie de vouloir bien donner lecture de cette lettre au début de la séance de demain, et faire insérer ma protestation au procès-verbal.

Veillez...

D^r Cassuto.

Le D^r COHEN-HADRIA s'associe à cette protestation et propose le renvoi.

Après diverses observations le report des élections à la séance extraordinaire du mardi 22 décembre à 17 h. 30 est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

∴

Candidature :

Le D^r LAIGRET, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, est élu à l'unanimité membre de la Société.

∴

COMMUNICATION DU BUREAU

En raison du retard dans la parution du N^o Juillet-Août, de la *Tunisie Médicale*, la date de clôture du dépôt des manuscrits est reportée au 1^{er} mars 1932.

Le D^r DOMELA serait heureux que de nombreux confrères veuillent bien assister à la prochaine conférence du général Laignelot au Cercle de l'A.C.T. sur l'éducation physique scolaire. Des places leur seront réservées.

Le D^r REYNAL signale la fréquence actuelle de la fièvre typhoïde, de la dysenterie et de la scarlatine.

∴

COMMUNICATIONS

D^r COHEN-HADRIA. — *Pigmentation solaire de la peau après application d'eau de Cologne.*

(Voir en tête de ce numéro page 33).

Discussion :

D^r CHAUVIN : La communication de mon distingué confrère est du plus grand intérêt pour les dermatologistes tunisiens. Ces lésions d'hyperpigmentation cutanée observées par Cohen-Hadria seront parfois constatées à la fin de la saison des bains de mer.

A la documentation citée ici par l'auteur de la communication, je me permets à titre de simple document, d'ajouter une des lettres si vivantes du docteur Clément Simon, insérées dans son ouvrage intitulé « Lettres à un praticien sur la Dermatologie et la Vénérologie ».

**Contribution au traitement du zona
par l'ultra-violet**

par les D^{rs} I. LUMBROSO et A. PEREZ

—(0)—

Le sujet que nous présentons, M^{me} S..., 51 ans, n'a rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et familiaux. Dans ses antécédents personnels, nous notons de l'emphysème et une aortite d'origine indéterminée. Notre malade est d'un tempérament nerveux et très émotif.

Le début de la maladie se manifeste chez notre sujet par une forte douleur à l'épaule gauche avec irradiation le long du trajet cubital et prédominance de la douleur à la paume de la main, particulièrement à l'annulaire et à l'auriculaire. En même temps on constate une asthénie générale et des vertiges.

Le lendemain des éruptions se produisent sur le trajet du nerf cubital sous forme de plaques érythémateuses, non caractéristiques au début, mais bientôt couvertes de vésicules claires et dures au toucher.

La malade se plaint d'insomnie due à la douleur aiguë et permanente. De plus, des troubles circulatoires se manifestent aux extrémités des deux doigts atteints : ceux-ci sont noirâtres et complètement immobiles.

Un traitement symptomatique est institué visant à atténuer la douleur et à combattre l'insomnie. Aux comprimés de rhoféine dont l'abus provoque une intolérance gastrique et des palpitations cardiaques, succèdent des comprimés de cibalgine, puis de l'allo-nal qui se montrent tous deux insuffisants. Le pantopon sous forme de sirop lui permet de se reposer partiellement la nuit.

La persistance de la douleur qui prend un caractère vraiment intolérable, l'asthénie croissante, l'hyperesthésie au frôlement nous décident à soumettre la malade à un traitement physiothérapique approprié.

Traitement physiothérapique. — Nous avons sciemment mis de côté le courant galvanique et la haute-fréquence dont les résultats quoique souvent encourageants sont très longs à se manifester. Nous avons préféré employer la radiothérapie dont les bons résultats ont déjà été signalés par Bergonié en 1905, et nous adoptons

la technique à laquelle Zimmern et Cottenot ont donné le nom de *radiothérapie radiculaire*. Par cette méthode, la guérison doit être obtenue dans un délai de 10 à 20 jours.

Nous faisons donc des applications sur la région vertébrale à l'émergence du nerf correspondant au territoire du zona.

La localisation médullaire est faite avec soin; l'ampoule placée de telle sorte que l'anticathode se trouve à 10 cm. environ de la ligne médiane, et les rayons dirigés en avant et de dehors en dedans.

Technique. — Tension : 120 à 150 Kvolts. (Kilovolts).

Intensité : 2 mA 5. (milliampères).

Filtre : 4 m/m Al. (millimètres).

Dose : 12 H. au total, en donnant 3 H. par séance à deux jours d'intervalle.

Les dernières irradiations ne donnant aucun résultat, nous renonçons à la Röntgenthérapie. Nos recherches bibliographiques concernant cette question nous inspirent le traitement par l'ultra-violet.

Une première séance de 10 minutes sur chaque face du membre, la source lumineuse étant à 60 cm., provoqua une exacerbation des douleurs et surtout un érythème intense.

Au bout de trois jours, la malade revient et nous changeons de méthode.

Nous faisons en tout douze séances presque quotidiennes, la première de deux minutes de durée sur chaque face du membre, celui-ci placé à 60 cm. de la source lumineuse. La durée est augmentée d'une minute à chaque séance suivante.

Au bout de trois séances, nous constatons une sédation remarquable : la malade peut dormir et elle estime cette amélioration à presque une guérison.

A la suite des autres séances, les douleurs cessent complètement les vésicules se dessèchent, les plaques se décolorent. A la douzième séance, la malade est guérie. Dans les dernières séances, la durée ne dépassé jamais dix minutes d'exposition sur chaque face, (une durée supérieure produisant un léger érythème et des petites sensations désagréables).

Pendant tout le traitement, nous conseillons à notre malade de

faire quotidiennement deux bains chauds au membre atteint, ce qui lui procure chaque fois un soulagement remarquable.

Ce succès vient à l'appui des beaux cas présentés antérieurement par nos confrères Fraikin et Burill; Delherm, Bize et Amyot (Paris); Aumont et Leuret (Bordeaux); Brazis (Mulhouse).

Le traitement du zona par l'ultra-violet semble être le plus efficace, le plus rapide, et pour le malade incontestablement le plus agréable.

Discussion :

D^r CHAUVIN : Tous les traitements essayés pour diminuer l'intensité des phénomènes algiques du zona sont ici judicieusement rappelés par nos confrères. Les rayons U.-V. et les agents physiques, la naïodine, et l'auto hémé ont leur part de succès; mais nous ne connaissons malgré l'efficacité des thérapeutiques citées, nullement de traitement type. A ce titre, je me permets de rappeler les heureux résultats obtenus par nous par les injections de novar, à doses faibles et répétées.

D^r MARUANI : J'ai obtenu deux guérisons; l'une chez un homme de 63 ans, l'autre chez un homme de 50 ans, de zona cervical et ophtalmique par la radiothérapie locale. La sédation survenait immédiatement et en 4 à 5 séances la douleur était complètement passée.

D^r SFEZ : Chez une dame âgée, atteinte de zona ophtalmique très douloureux, l'allonal m'a donné un excellent résultat sur l'élément douleur.

D^r MAULICE UZAN signale l'action de la naïodine dans des cas douloureux. Il s'agit d'un homme de 67 ans qui était calmé pendant quelques heures (de 16 à 48 h.) par la piqure.

D^r Cohen-Hadria : Quand il existe beaucoup de traitements pour une maladie, c'est qu'aucun n'est bon.

En réalité les zonas chez les jeunes guérissent toujours assez vite ou en tous cas la douleur disparaît rapidement.

Chez les vieillards au contraire, malgré les thérapeutiques employées, la douleur persiste souvent très longtemps après la disparition de l'éruption.

D^r CASSAR : Il y a lieu de différencier dans cette question de l'efficacité de polythérapeutique du zona les cas où il s'agit de malades jeunes de ceux où le zona survient chez le vieillard.

Dans le premier cas tout réussit et la douleur zostérienne cède rapidement; chez le vieillard au contraire la thérapeutique demeure impuissante contre l'élément et je connais personnellement un malade âgé de 65 ans qui souffre de névralgie zostérienne depuis huit ans.

Le Dr BENMUSSA signale trois cas de zona dont la douleur a disparu après une piqûre auto-hémo-thérapeutique.

Dr PÉREZ : Je réponds à l'intervention du docteur Maruani : la radiothérapie *locale* sur un zona est abandonnée depuis longtemps par suite de ses insuccès et tous les cas à succès rapportés dans la littérature sont consécutifs à la « radiothérapie radriculaire ». Je suis donc très étonné des cas signalés par mon confrère, surtout de l'amélioration presque subite et produite sous l'ampoule.

Nous avons entrepris les radiations par l'U.-V. un mois après la dernière séance de radiothérapie. Donc nous pensons que la guérison est bien due par le traitement ultra-violet et non par la radiothérapie. Celle-ci donne des bons résultats au plus tard vingt jours après la dernière séance.

..

Un cas de fracture de Bennett

par le Dr Félix MARUANI

Sous le nom de fracture de Bennett, on décrit une fracture de la base du métacarpien du pouce. Il s'agit d'une fracture rare, qui laisse souvent des douleurs persistantes du pouce et en limite les mouvements, c'est pour cela que je vous présente ce cas.

Il y a quelques jours je reçus la visite d'un de mes amis de Sfax qui présentait depuis deux mois à la suite d'une partie de boxe, une déformation du dos de la main située au niveau du côté externe du poignet.

A l'examen on aurait facilement pris cette déformation pour une luxation dorsale du premier métacarpien sur l'os trapèze.

La palpation provoquait une douleur vive à ce niveau et les mouvements du pouce abduction et opposition étaient limités par la douleur.

Cela datait de deux mois et le blessé inquiet, d'autant que la masse thénarienne commençait à s'atrophier avait fait le voyage de Sfax à Tunis pour se soigner.

A la radiographie on voit :

Une fracture de la base du métacarpien du pouce dont le petit fragment du volume d'un pois est déplacé en dedans vers l'éminence thénar, tandis que le métacarpien est déplacé en dehors en luxation dorsale.

Il n'y a aucune fracture soit survenue chez un boxeur, s'il est possible d'appeler ainsi mon blessé, ce n'est pas la fracture dite « des boxeurs » qui est une fracture de la tête du métacarpien et non de la base et quise produit comme dans le cas que je présente par inflexion de l'os.

∴

D^r BROU : *Un cas d'amibiase pulmonaire pure chez un Musulman Tunisien — Congestion pulmonaire avec hémoptysie — Guérison rapide par l'émétine.*

(Voir en tête de ce numéro page 16).

Discussion :

D^r SPEZ : Il y a environ trois ans le docteur Hector Bonan a publié un cas d'amibiase pulmonaire avec présence d'amibes dans les crachats; le malade a guéri par l'émétine à fortes doses.

D^r CHAUVIN : Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'amibiase compliquée, dans notre service des contagieux du Belvédère. Il s'agissait d'un sous-officier indigène de la 25^{me} Section d'Infirmiers.

Des lésions d'hépatite consécutive à une amibiase contractée au Maroc, et compliquées d'abcès pulmonaire qui se manifesta principalement sous forme d'expectoration fétide, à fuso-spirilles, furent rapidement très améliorées par un traitement par les injections intraveineuses d'émétine, selon la méthode de Petzetakis, et combinées aux injections de novarsénobenzol.

Nous comptons publier prochainement l'observation que la communication très intéressante du docteur Broc, nous permet d'évoquer.

∴

PRESENTATIONS DE MALADES

Le D^r PÉREZ s'excuse de ne pouvoir présenter l'inversion du cœur et des principaux organes abdominaux, le malade étant actuellement hospitalisé et difficilement transportable.

Séance extraordinaire du 22 Décembre 1931

La séance est ouverte à 17 h. 50 sous la présidence du Docteur Scialom, vice-président.

Sont présents : MM. les Docteurs Bouquet, Zeitoun, Scemama, Bouquet-Bryan, Rogalski, Scialom, Cohen-Hadria, Perrussel, Saffar, Cassuto, E. Lévy Cortesi, Solal, Mazères, Reynal, Hababou-Sala, Broc, Moatti, Cohen V., Pérez, Brugairolles, Maruani, M. Uzan, Chatenier, H. Bonan, Cohen-Boulakia Henry, Caillon, Hadjouj, Zérah H., Zérah J., Benmussa, Jarmon, Dana, Ganem, Sfez, Ghouila-Houri, Tremsal, Brun, Cortesi, Baugé.

∴

En ouvrant la séance, le docteur Scialom prononce l'allocation de fin d'année. Il fait part des excuses du président que la maladie éloigne encore de nos réunions, et lui exprime, au nom de tous des vœux de bonne santé.

Il adresse le même souhait au docteur Ganem, victime d'un accident professionnel, mais heureusement hors de danger actuellement.

Il rappelle que l'année qui vient de s'écouler a été endeuillée par le décès du docteur Varese et la mort du docteur Conseil, si justement appelé « Notre Bayard » par le docteur Brun.

Il félicite de nouveau les décorés de l'année, tant au titre du Cinquantenaire, qu'au titre civil (D^{rs} Bouhageb, Dinguilzi). Les confrères honorés par le Gouvernement italien (D^{rs} Lumbroso et Disegni) ainsi que ceux qui ont reçu des distinctions diverses (D^{rs} Mazères et Reynal).

Il rappelle la manifestation amicale et confraternelle organisée par la « Maison du Médecin » pour les camarades promus dans la Légion d'honneur.

Il félicite les docteurs Broc et Moatti pour l'activité dont ils font preuve à la rédaction de la « Tunisie Médicale » et souligne le succès remporté par le numéro spécial du Cinquantenaire.

Enfin il termine en souhaitant que la crise économique actuelle dont le corps médical supporte les conséquences, n'aura pas d'autre répercussion, et que les jeunes qui doivent s'en ressentir plus particulièrement sauraient la subir sans impatience.

ELECTIONS DU BUREAU

1^{er} Tour : Nombre de voix exprimées : 40.

Sont élus : D^r Scialom, président; D^r P. Soria, trésorier; D^r Chauvin, conseiller militaire.

Ballotage pour les autres postes.

2^{me} Tour : Nombre de voix exprimées : 32.

Sont élus : D^r Triolo, vice-président; D^r Ronchot, secrétaire général; D^r Tremsal, secrétaire adjoint; D^r Santillana, bibliothécaire; D^r Hababou-Sala, conseiller; D^r G. Lumbroso, conseiller.

Le 3^{me} conseiller est de droit le D^r Zammit, président sortant.

Le Merveilleux Concours d'Antonin Pieu (1)

par Charles NICOLLE

(Suite)

«O»

Pieu n'avait pas besoin de consulter sa femme pour en connaître exactement la pensée. Il la lui entendait exprimer sans ménagement du matin au soir, et, dans de telles périodes, avec une particulière abondance.

Lors de ses premiers insuccès, Adolphine ne prenait pas la chose avec cette prolixité amertume. Ils étaient jeunes et toute femme de candidat sait que le plus fortuné doit piétiner quelques années avant d'oser un espoir. Ce stage accompli, il n'a plus qu'à attendre que le sort lui compose son jury, c'est-à-dire qu'il y glisse un de ses anciens maîtres ou quelques-uns de leurs obligés.

Or, le destin, en admettant qu'il eût jamais songé à Pieu, l'avait finalement pris en grippe, puisque ses trois chefs médecins, l'un après l'autre, étaient morts. Les femmes confondent, d'ordinaire, les mérites avec le succès; leurs admirations sont sans force devant la malchance.

Mme Pieu avait estimé son mari savant parce qu'elle était ambitieuse. Elle chérissait en lui l'artisan qui la ferait épouse d'un médecin des hôpitaux, riche de clientèle et de relations, décoré, et, sans doute, au printemps de sa vieillesse à lui, dans l'été de sa maturité à elle, membre de l'Académie de Médecine.

Au premier décès, celui de Grollier, elle tint bon, bien qu'il lui fût apparu, ce jour-là, qu'Antonin n'était peut-être pas d'une intelligence si rare. Elle ne lui en accorda qu'une assez commune lorsqu'Dudeuil eut succombé. Leur second enfant était né, une fille. La mère se montrait inquiète de l'avenir.

Le ménage Pieu ne connaissait qu'une aisance médiocre, due presque uniquement à la dot de madame et juste suffisante pour permettre aux époux d'attendre le jour du succès escompté. Ce jour ne se dessinait pas. Les échecs succédaient aux échecs et, par un désolant hasard, Labelle ne tombait jamais du jury. Il en tomba enfin. Ce fut pour mourir au milieu du concours. Manifestement surcoté à l'épreuve écrite qui avait précédé l'événement, le concurrent, désormais orphelin de la chance, connu, à l'examen des malades, une note cyniquement basse.

Dès lors, son sort fut décidé. Bien qu'il n'eût encore cumulé

(1) Voir numéro de la T. M., décembre 1931.

qu'un nombre banal d'insuccès, Antonin devint le vieux candidat, celui sur la face duquel est écrit qu'il n'arrivera pas. Et Mme Pieu, prenant le deuil de ses espérances, coucha le génie de son époux dans leur linceul.

Désormais Antonin ne fut plus rien à son foyer, devant ses beaux-parents, leurs amis, qu'un maniaque absurde, une manière d'escroc, inconscient et têtue, qui, pour la poursuite d'un titre impossible, néglige ses devoirs quotidiens ou, plus exactement, le seul obligé, lequel est, pour le médecin marié, père de famille, de chasser expressément le client.

Car Pieu, le méchant homme, n'acceptait pas l'arrêt du destin. Il continuait de préparer le concours, y échouait régulièrement deux ou trois fois l'an, et, s'il consentait à recevoir de temps en temps un malade, au milieu de ses livres et de ses notes qui mettaient l'importun en défiance, il se refusait à faire la moindre visite au dehors.

Et le plus désolant à écrire, c'est que Pieu, le monstre Pieu, n'était pas une exception, mais un simple spécimen d'une espèce florissante.

Il se trouvait, dans ces temps singuliers dont je parle, des hommes, intelligents et raisonnables par ailleurs, auxquels il apparaissait qu'une science, toute d'observation et d'expérience comme la médecine, constituait une simple branche de l'art oratoire. Ces hommes, pourvus de titres vains, mais jaloués, jugeaient du mérite de leurs jeunes émules par l'exercice de ces joutes compliquées ou la capacité du langage et le savoir récité des manuels l'emportait sur la connaissance du malade et l'habitude de son examen.

Les diverses parties de la médecine se débitaient en tranches, arbitrairement délimitées, inlassablement apprises, parce que leur substance livresque fournissait mieux à la plume ou au discours, tandis que, dépourvues de cet avantage, les autres n'étaient que rognures méprisables, même parmi les connaissances les plus utiles. A l'examen du malade, une méthode arbitraire, l'adresse, un style convenu, la mode et l'esprit, triomphaient du sens clinique et du bon sens.

Et il se trouvait, pour adorer ce faux ordre et s'y soumettre une nation : le peuple des étudiants et des médecins. L'absurde système vous les prenait dès l'Ecole. Un millier de jeunes cervelles s'acharnaient en anatomie sur tel ou tel muscle de préférence à tels autres en pathologie sur les signes d'une maladie réputée classique, et non sur la pratique des traitements les plus ordinaires. Lorsqu'ils avaient satisfait à leur première rage, devenus externes, les meilleurs d'entre eux reprenaient le même travail sur une étendue à peine moins étroite et avec plus d'arbitraire profondeur. Cela en menait un demi-cent à l'Internat où, souvent, ils faisaient œuvre utile. La perspective de concours plus compliqués les obligeait à

poursuivre leur entraînement, en préparant les candidats à leurs propres places. A l'Internat, faisaient suite le Bureau Central, l'Agrégation, autres concours d'essence pareille.

Et, se moquant de ces durs efforts, l'Injustice, inséparable des œuvres des hommes, campait à chaque étage du détestable édifice et menait l'entreprise à ses fins égoïstes, derrière le rideau mensonger des épreuves.

Le succès terminal obtenu, les élus oubliaient parfois leurs qualités pernicieuses et se retrouvaient assez proprement eux-mêmes. D'autres traînaient, au lit des malades de leurs services d'hôpital l'esprit des concours, le savoir du livre et un cerveau vieilli. Chez les vaincus, c'était la déchéance presque fatale, celle qui fait que l'homme s'adapte à son sort, qu'à force de subir l'injustice on la mérite. Tous, au demeurant, triomphateurs et victimes, tenaient un système, si servilement suivi, pour merveilleux et intangible.

Comment Pieu, qu'aucun don particulier ne paraît, se fût-il distingué de la masse ? Chacun de ses échecs l'enfonçait plus bas, sans le révolter ni le décourager pourtant. Par moments, sa raison lui montrait bien la précarité de l'effort. Que peut une raison contre l'amour-propre et l'habitude ? Fanatique de cette religion qui l'avait embrasé et qui le consumait, amant aveugle de cette désolante maîtresse, il préparait, préparait, préparait, ne voyant d'autre motif dans la vie que ces passes sans cesse renaissantes.

Toutefois leur charme alanguissant se dissipait, lorsque Pieu se trouvait devant les siens, surtout certains soirs à table. Les regards d'Adolphine le troublaient. Il se sentait intimement coupable, honteux de sa belle chimère comme d'une liaison qu'on n'avoue pas. Il souffrait d'être sevré de consolations, de caresses, mal soigné et de deviner, passée de la mère aux enfants, la même âme inclemente qui le méprisait dans leurs jeunes regards.

Héroïque contre la boue et la mauvaise chance, lâche au foyer, Pieu se trouva devant la porte de sa maison, dans l'escalier, enfin la clef à la main, sans avoir pris un parti sur ce qu'il lui faudrait bien dire.

∴

Adolphine était assise à table, encadrée de ses deux enfants qu'elle servait et gourmandait avec une égale ferveur. Indociles et chicaniers, ils n'acceptaient sans protester ni leurs portions ni les réprimandes.

Sitôt que le maître du logis eut paru, le silence tomba sur le groupe, d'un consentement unanime. Une fois de plus, Pieu se sentit étranger. Sans dire mot, il alla déposer un baiser, médiocrement subi, sur chacun des trois muets visages. Il s'assit ensuite devant sa femme et il déplia sa serviette.

On ne l'avait pas attendu pour commencer le repas. La bonne, d'un air bougon, rapporta le potage. Alors, tandis qu'il portait à

sa bouche la cuillère, emplie du liquide presque froid, Pieu conçut le lâche projet d'inventer que la séance du concours avait été remise. Il le conçut si puissamment que la pensée l'en troubla. Il n'eut pas le temps de se remettre. Levant le nez de dessus sa timbale, Paul, le garçon, lui criait d'une voix pointue :

— J'ai eu la croix à l'école, moi. Toi, papa, dis donc quelle note que tu as eue ?

— Laisse ton père, interrompit avec autorité Mme Pieu. Si c'était une bonne note, il nous l'aurait dite. Et, déjà mécontente, elle se remit à harceler sa couvée.

Devant cette double attaque, Antonin sentit qu'il lui serait impossible de se taire. Puisqu'il fallait parler, le mieux n'était-il pas qu'il avouât, sans retard, sa note prétentieuse ? Il s'efforça de prendre un air plaisant, en prit un penaud et il interrogea à son tour.

— Eh bien ! devine ma note, mon petit, ou, plutôt, laisse deviner la mère.

L'accent avait quelque chose d'inaccoutumé, la question de même. Adolphine s'en aperçut et, pour dissimuler son doute qui, grandissant son époux, risquait de la diminuer elle-même, elle décida de se fâcher.

— Cette plaisanterie est ridicule, fit-elle. Je me demande quel plaisir tu peux éprouver à me l'infliger. Dis ta note ou ne la dis pas. Voilà une chose qui m'est égale. Ce n'est pas ce jeu déplacé qui la changera, pas plus que le résultat. Mes pauvres enfants, ajouta-t-elle, en les prenant à témoin, voyez comme on renseigne votre mère !

Elle se tut, émue de sa logique. Antonin, lui aussi, continuait de se taire. Profitant de l'armistice, il achevait son potage. Une telle attitude, ce silence obstiné parurent à Mme Pieu une insulte irrecevable. Elle prit un air pincé.

— Il faut vraiment, prononça-t-elle, ou que vous méprisiez votre femme ou bien que votre note soit particulièrement basse pour que vous n'osiez l'avouer. Mon Dieu ! les deux à la fois. Quoi ? Dix, comme au dernier concours ? Pas même dix, cinq ? deux ?...

Bien qu'il fût habitué à des déchaînements pareils, Pieu s'essuyait les lèvres sans répondre.

— Ah ! poursuivit Adolphine outragée, je vois ce qui s'est passé. Vous avez filé. Il ne manquait plus que cela à ma honte. Votre père a filé, mes enfants.

Les jeunes Pieu connaissaient mal le jargon des concours. Il parut cependant impossible à Lucie que son père eût commis une action si indigne. Elle demanda :

— Est-ce vrai, que tu as filé, papa ?

— Puisque maman l'a dit, répliqua d'un ton pénétré, le garçon.

Pieu était aussi sensible qu'un autre à l'injure. Au besoin, il s'emportait. Il pensa le faire et remettre, ensemble, à leur place la

mégère avec le fils. Le moyen, quand demain s'apprêtait à flétrir les maigres lauriers d'aujourd'hui ? Il se contenta de répondre, sans joie ni courroux :

— Non, je n'ai pas filé et même — je vais bien t'étonner, ma chère — j'ai eu... on m'a donné dix-huit.

Mme Pieu savait ce que signifiait une telle note. Sans espoir, rageusement, elle suivait les péripéties du concours. Le point classait, pour le moment, son mari le troisième. Elle n'eut pas une hésitation.

— Tu mens, cria-t-elle.

Soulagé de son aveu, Pieu répondit avec simplicité.

— Je ne te trompe pas. Quel intérêt aurais-je à te tromper ? Les notes sont publiques.

— Crois-tu me l'apprendre ? cingla la femme déchaînée. Dix-huit, c'est impossible. Tu n'as jamais eu plus de seize à l'épreuve de malades et, une seule fois, il y'a huit ans. Dix-huit ? Toi ? Pourquoi mens-tu ? Je n'en sais rien. Quelque chose me dit que tu mens.

— Pourquoi mens-tu, papa ? c'est vilain, remarqua la petite fille.

Et elle courut vers lui, une moue au visage.

Doucement, Antonin écarta la compare.

— Je ne mens pas, répéta-t-il. Que la chose te surprenne, Adolphine, c'est possible. Cependant ma question les valait, les dix-huit. Enfin, j'en suis bien sûr ; je l'ai lu ; Donchère me l'a répété. Je n'y peux rien. J'ai dix-huit.

Et, pour mieux témoigner de l'innocence détachée de son âme, Pieu refusa le rôti.

Ni la beauté du geste ni l'évidence ne satisfaisaient Adolphine. Ce dix-huit inopiné, fallacieux, l'irritait comme l'eût fait un compliment malotru. Elle commanda à la bonne d'enlever les enfants. Ceux-ci partis, elle exprimerait ses sentiments avec plus d'aise.

Leur dernier baiser essuyé, elle vint s'asseoir auprès de son mari et, le regardant bien en face :

— On s'est moqué de toi, prononça-t-elle, mon pauvre ami. Non seulement tu n'es plus capable de décrocher une note sortable, mais quand on t'en donne une, il faut qu'elle soit ridicule. Qu'est-ce que tu peux espérer de ton dix-huit ? Raffarel demain aura vingt. Tu te trouveras, une fois de plus, à la porte et, cette fois, les bat-tants sur le nez. Dix-huit ! J'aurais mieux aimé qu'on t'eût donné douze.

Elle se fit moins désagréable, presque camarade.

— Si tu avais eu douze, vois-tu, je t'aurais consolé. Il est évident que douze eût été une grosse injustice. Et puis, j'aurais pu espérer que tu finirais par te décourager de tes succès, que tu nous écouterais, moi et Maman. Tu n'as pas pourtant la prétention de continuer cette vie jusqu'à soixante ans ? Les enfants grandissent. Tu as beau fermer les yeux sur ce qui n'est pas tes livres, ils

coûtent cher, les marmots; toi aussi, soit dit sans reproches. Nous ne vivons que d'économies et bien mal. Je n'ai pu me payer que deux robes cette année.

Les larmes viennent aux yeux d'Adolphine. Pieu se sent ému. Il veut presser la main proche. Celle-ci s'écarte.

— Dix-huit ! reprend la femme avec désespoir, dix-huit ! Arriver presque et ne pas arriver.

L'émotion a calmé Mme Pieu. C'est elle qui saisit, à présent, les doigts refroidis de l'époux et les serre dans la moiteur des siens. Mme Pieu se sent faible, indulgente.

— Ecoute, fait-elle, je suis meilleure que toi. Tu sais que, malgré tout, je t'aime. Tout le monde me trouve de bon conseil. Ne dis pas non. Tout le monde, sauf ta mère. Jusqu'ici, j'ai fait toutes les concessions. Tu t'es présenté autant de fois que tu as voulu. Tu as été refusé tout ton saoul. Pourquoi maintenant ne me ferais-tu pas plaisir ? Laisse un concours sans te présenter, un seul, et tâte de la clientèle.

Pieu connaît le mielleux argument pour l'avoir entendu au soir de chacun de ses échecs. Il tressaille, voudrait délivrer ses mains, s'éloigner indigné, comme d'ordinaire. Il a dix-huit, ce soir. Il n'ose.

La sirène domestique poursuit :

— Goûte à la clientèle, mon bonbon. Ce n'est pas ennuyeux de gagner de l'argent. Tu as beaucoup de fonds. Tu connais très bien la médecine. La preuve, c'est ta note d'aujourd'hui. Il faut que tu l'aies tout de même méritée, quoi que tu dises. Dix-huit, ça ne se donne pas à tout le monde. Justement le colonel du deuxième est venu pour te demander tantôt; son ordonnance est malade. Je n'ai pas promis que tu descendrais. Je ne savais pas si ça te conviendrait. Va le voir. Tu me feras plaisir. On l'attend. Tu sais qu'on a tout à gagner avec moi, tout. Tu n'as pas une vilaine frimousse ce soir, mon dix-huit.

Et Pieu, qui n'a pas diné, Pieu qui s'est juré de ne pas visiter un malade avant d'être reçu, Pieu qui aurait refusé s'il n'avait eu que douze, empoisonné par sa note menteuse, Pieu consent à sa déchéance.

Et, tandis qu'il s'éloigne, le cœur humide, Adolphine soupire :

— Dix-huit ! dix-huit ! Si cela avait été il y a cinq ans seulement et que je connusse Donchère !

Puis elle s'effondre désespérée, l'inconscient regret au cœur d'un marché exécrable.

∴

Au lit, dans l'étroit espace que lui consent l'empire de sa femme, Pieu veille. La nuit est silencieuse, paisible. La paix ne règne pas dans l'âme torturée. Pieu ne peut dormir. Il souffre de l'im-

mobilité. Même assoupie, Adolphine lui impose une gêne tyrannique.

Au retour de la visite consentie, déjà couchée, c'est à peine si elle lui a rendu le bonsoir. Quant aux caresses par lesquelles il eût, peut-être, souhaité d'engourdir son angoisse, il ne s'est pas permis de les requérir. Depuis longtemps, il attend qu'on l'invite au jeu. Il n'est en amour, comme devant le jury, qu'un sujet honnête.

Ne pouvant reposer, Pieu songe. Et voici que le divin enjôleur rentre en lui. Ce démon y heurte le doute. Le doute et le démon se querellent aux dépens de leur hôte. La raison de Pieu essaie vainement de mettre les deux adversaires d'accord. Comment désespérer avec une telle note ? Espérer est simplement impossible.

— Pourtant, souffle le dieu, Raffarel peut faire une mauvaise question. Le doute répond : — Le jury la trouvera bonne. — Et si Raffarel filait ? — Un candidat, comme lui, trouve toujours quelque chose à dire. — Vacard ou Donchère peuvent mourir subitement, ainsi qu'autrefois Labelle. — Quand bien même l'in vraisemblable serait, est-ce qu'il conjurerait le sort ? Il faudrait que tous les juges succombassent. Tous ont promis leurs voix. — Raffarel ne peut-il pas mourir ?

Le dieu évoque les causes de décès subits chez les jeunes hommes. Elles paraissent, telles les diverses parties d'une belle question de concours, habits rians, gorges tentatrices; puis, l'une après l'autre, elles se dissipent en fantômes. Un accident est toujours possible. — Quel accident ? interroge le doute.

Pieu voit un omnibus déchainé surgir de derrière sa commode. Le pesant véhicule se rue par la chambre qui grandit. Il happe Raffarel au passage. Raffarel roule sous les sabots des chevaux. Pieu se précipite; il se penche. Et Pieu se désole, car s'il admet, pour son bien, la perte du concurrent, Pieu garde une âme sensible. A quoi bon discuter des pensées obscures de Pieu ? D'un bond, l'écrasé s'est relevé; il secoue ses habits et s'éloigne.

Pourquoi Raffarel, lui aussi, n'aurait-il pas bon cœur ? Il a serré les mains de Pieu tantôt; il lui a parlé avec une sympathie inhabituelle. Et voici que se dessine, sur la paroi sombre d'en face, l'image d'un Raffarel chevaleresque. Ce Raffarel aura pitié du vieux camarade. Que lui importe d'arriver à ce concours ou bien au suivant ? Il fera une mauvaise question et Pieu, son ami Pieu, grâce à ce désintéressement qui sert la Justice, Pieu emportera définitivement la timbale. Antonin sent son âme s'emplier de reconnaissance. Il veut remercier Raffarel. Celui-ci lui apparaît, tel qu'il est, égoïste, menteur, même en ses compliments, avec un vilain rire à la bouche.

(A suivre)

LIVRES REÇUS

Trois Siècles de Médecine Coloniale Française

par le Dr Paul Brau, ancien médecin de la Marine et des Colonies (Illustrations par Louis-Marcel Brau). In-4° écu, de 208 pages. — Victor Frères, Editeurs, 23, rue de l'École de Médecine, Paris. — Prix : 40 francs.

L'auteur, lors de son dernier séjour au Sénégal, fut amené à écrire, pour le compte historique et scientifique de l'Afrique Occidentale Française, une Étude médico-historique sur l'Île de Gorée (1). Au cours de ses recherches locales il commença à concevoir la plus vive admiration pour l'œuvre notoire accomplie par les médecins coloniaux, depuis l'origine, bien qu'ils n'aient été qu'assez rarement appréciés à leur juste valeur.

Il entreprend aujourd'hui, à l'occasion de l'Exposition Coloniale, une étude du même genre, mais de beaucoup plus grande envergure. Ce sont les humbles « frères », simples élèves chirurgiens pour la plupart, qu'il observe, dès leurs débuts, et tâche de faire revivre, soit au cours des aventureuses expéditions de la flibuste, soit, dans l'entourage immédiat des missionnaires, dans les steppes glacées du Canada.

Puis c'est, grâce au génie de Colbert et de certains de ses successeurs immédiats, une organisation presque moderne des Services de Santé Coloniaux l'autorité des Médecins du Roi qui sont souvent des praticiens et des fonctionnaires de la plus haute valeur, surtout à Saint-Domingue, devenue après le néfaste traité de Paris de 1763, la plus importante de nos Colonies.

Enfin, le XIX^{me} siècle, avec quelque lenteur encore, met en valeur nos Colonies. Il est réservé cependant au XX^{me} d leur donner une organisation médicale beaucoup plus large, beaucoup mieux orientée vers la solution la plus satisfaisante de tous les grands problèmes démographiques et sociologiques qui sont actuellement discutés.

Hypertension artérielle

par Vital Lassance (de Bains-les-Bains). Préface de M. le Dr Ch. Laubry
1 vol. illustré de 310 pages. — Éditions Médicales N. Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris VI^{me}. — Prix : 35 francs.

C'est en clinicien ou mieux en « praticien », que l'auteur a envisagé la question encore obscure de l'hypertension artérielle, aussi a-t-il écrit un ouvrage d'un intérêt pratique incontestable.

(1) « L'Île du Sortilège », Larose éditeur, 1929.

Quelques pages de physiologie exposent ce qu'est la pression sanguine et font comprendre, sans discussions pathologiques inutiles, comment et pourquoi survient l'hypertension, ce trouble du fonctionnement de l'arbre artériel.

Puis sont fouillés les divers problèmes cliniques que soulèvent les nombreux malades hypertendus que l'on rencontre : Comment mesurer la tension artérielle ? quelle est la valeur et la signification des chiffres ? comment interpréter les différents types sphymomanométriques ?

Après avoir longuement étudié les petits troubles et les grands accidents qui tourmentent la vie des hypertendus, l'auteur décrit toutes les recherches qui doivent nous renseigner sur l'état des organes ordinairement menacés comme le cœur, les reins, les artères, etc.

De cet examen complet, des données de l'étiologie et de l'évolution se dégagent quelques types d'hypertendus pour lesquels il est facile d'établir un pronostic judicieux et un traitement logique.

L'importance du chapitre consacré à la thérapeutique qui apparaît beaucoup plus riche et plus efficace qu'on ne le pense en général, relève du même esprit d'utilité pratique qui a été suivi jusqu'au bout de cet ouvrage rempli d'idées claires et bien mûries et rempli de bon sens, comme dit le docteur Laubry dans la préface qu'il a bien voulu écrire pour cet intéressant ouvrage.

L'Evolution Psychiatrique

Seconde Série — N. 2 (mars 1931). Un volume de 105 pages. Editions Médicales N. Maloine, 27, Rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris 6^{me} — 1931. — Prix : 16 francs.

Suivant ses directives habituelles, le Groupe de l'Evolution Psychiatrique donne un recueil toujours aussi vivant et animé; c'est le témoin d'une activité toujours en éveil dans les directives diverses où peut s'exercer la recherche concernant la Médecine de l'Esprit.

Chaque auteur, en pleine indépendance, suit le cours de ses travaux et en propose le résultat à l'examen et à la critique du lecteur.

Par la généralité des sujets, par leurs rapports avec la Psychologie comparée, par l'intrication des problèmes abordés avec ceux de la Médecine générale, ces études intéresseront tous ceux qui voient, observent et réfléchissent.

Ce numéro 2 de la 2^{me} série (mars 1931) contient :

H. Codet : « Les émotifs et les impressionnables, leur psychophysologie ». — P. Guiraud : « Les meurtres immotivés ». — E. Minkowski : « L'œuvre psychiatrique de Maurice Mignard ». — M. Menassut : « La fatigue du neu-

rasthénique ». — S. Morgenstern : « Conception psychanalytique de la dépersonnalisation ».

Le premier démembrement méthodique des états émotifs, si fréquents dans la pratique, fondé sur leur clinique psychiatrique et organique, leur biologie; la compréhension de ces états et les applications thérapeutiques intéressent tout médecin, spécialisé ou non. (H. Codet : « Les émotifs et les impressionnables, leur psychophysiologie. »)

Une fine analyse du déterminisme de certains crimes homicides, d'allure mystérieuse, en apparence inexplicables rationnellement. « P. Guiraud : « Les meurtres immotivés »).

L'exposé synthétique et critique des travaux de M. Mignard, travaux abrégés par une mort prématurée, mais considérables par leur valeur et leur influence. (E. Minkowski : « L'œuvre de M. Mignard »).

Une étude du Neurasthénique, très neuve grâce à la convergence des méthodes psychologique, médicale, biologique et chimique, apportant des vues doctrinales et des conséquences thérapeutiques originales. (M. Montassut : « La fatigue du neurasthénique »).

L'observation du sentiment de dépersonnalisation, phénomène si troublant, décomposé et interprété soigneusement à la faveur de l'investigation psychanalytique. (S. Morgenstern : « Conception psychanalytique de la dépersonnalisation »).

Technique pratique des Examens Labyrinthiques (Examen acoumétrique, examen vestibulaire)

par A. Aubin, oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris. R. Maduro, chef de clinique O. R. L. de la Faculté de Paris. — Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. In-8° raisin, 64 pages, avec 26 figures. — Prix : 12 francs.

L'examen de la fonction auditive peut être réalisé très simplement. Point n'est besoin d'une instrumentation complexe : il suffit d'avoir une méthode définie et de s'y conformer; ainsi sont obtenus, sans perte de temps, sans fausses manœuvres, des résultats d'une valeur clinique suffisante et toujours comparables entre eux.

C'est en partant de ce principe que MM. A. Aubin et R. Maduro ont rédigé l'ouvrage que nous présentons aujourd'hui et dont ils ont fait un véritable « Guide de l'examen labyrinthique ».

Dégagé de toutes considérations et de tous développements scientifiques,

les auteurs n'ont retenu que les éléments strictement indispensables à la compréhension de telle méthode d'examen ou à l'interprétation de ses résultats. Ils se sont attachés à décrire avec minutie, avec figures à l'appui, la technique de chacun des procédés usuels d'investigation de l'oreille interne, et à mettre en garde contre les principales causes d'erreur. Cette description est, en outre, prétexte à un certain nombre d'aperçus ou de déductions cliniques qui pourraient avoir la valeur de jalons ou de repères destinés à guider le lecteur dans l'interprétation des examens qu'il sera appelé à faire.

La Vie de la Mante Religieuse

par Léon Binet, professeur de Physiologie, à la Faculté de Médecine de Paris
— Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. In-4° cou-
renné, 96 pages, avec 5 figures. — Prix : 20 francs.

« Les Souvenirs Entomologiques », de Fabre, les ouvrages de Maeterlinck ont largement démontré à quel point pouvait être captivante l'étude des Insectes.

Dans un livre d'une centaine de pages, illustré de cinq figures, M. Léon Binet, décrit avec détails, la Mante Religieuse, aussi curieuse dans son aspect qu'intéressante dans ses mœurs.

L'intérêt de la pigmentation de cet Insecte, le perfectionnement de son appareil d'attaque, la différenciation des réactions de défense de son organisme, l'attitude curieuse de certains de ses parasites, tout cela constitue une série de problèmes qui sont abordés avec soin; l'auteur est ainsi amené à traiter les questions du mimétisme, de l'anthropophagie, de l'auto-amputation d'un membre, de la simulation de la mort, etc.

Le comportement de la Mante Religieuse, au moment des amours constitue le plus troublant des problèmes biologiques : la femelle dévore le mâle au cours de l'accouplement. Comment interpréter un pareil geste ? Quelle peut en être la portée ?

Clair, vivant, documenté, l'ouvrage de M. Léon Binet ne peut manquer d'intéresser tous les lecteurs.

La Tunisie Médicale

FÉVRIER 1932

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

L'épreuve de la sédimentation des hématies au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire (Considérations sur la chrysothérapie)

par le D^r Guido LEVI

En partant du principe qu'il peut être extrêmement utile au cours de la tuberculose pulmonaire d'être bien renseigné non seulement sur les lésions que présente l'organisme malade mais aussi sur l'évolution du mal, sur les aggravations progressives et sur les améliorations, nous avons voulu essayer au cours du traitement de cette affection une méthode qui nous permette de nous rendre compte de l'allure de la maladie et par conséquent soit de l'efficacité du traitement ou soit des dangers auxquels les médicaments peuvent exposer les organes par le fait de certaines réactions nuisibles.

Dans ce sens la courbe de la température, la courbe du poids, le dépérissement ou l'amélioration de l'état général, l'expectoration, les signes stéthoscopiques, bactériologiques, radiologiques sont d'un bien précieux appui et on ne saurait s'en priver mais il peut être plus utile encore d'étudier les modifications humorales qui précèdent et accompagnent le plus souvent les lésions et les réparations anatomiques et qui se manifestent précocement.

Ainsi pour vérifier la bonne ou mauvaise allure de la tuberculose pulmonaire chez les malades que nous avons eu en traitement à l'Hôpital Italien, nous avons entrepris une série de recherches sur la vitesse de sédimentation des hématies, épreuve simple et à la portée de tout le monde.

Cette épreuve consiste à mesurer la vitesse avec laquelle la mas-

se globulaire de 2 cmc. de sang citraté sédimente dans des tubes de 20 cm. de hauteur et de 1 mm. de diamètre.

On pratique des mesurations après la première heure, après la deuxième et après vingt-quatre heures.

En général nous avons constaté que quand la sédimentation globulaire est très accélérée on assiste pendant la première heure à un véritable effondrement de la masse globulaire qui, dans les heures successives ne sédimente plus qu'avec une grande lenteur.

Quelques fois la vitesse de sédimentation est plus grande pendant la deuxième et troisième heure.

D'autres fois enfin la vitesse est égale soit pendant la première que pendant la deuxième et les heures successives.

Il s'agit dans ces derniers cas de sujets le plus souvent indemnes de maladies et chez qui la vitesse de sédimentation est très lente ou très peu accélérée.

La technique de l'épreuve selon la méthode de Westgreen est très simple.

Le mécanisme de la S. Globulaire est très complexe et encore très obscur.

Il s'agit d'un phénomène plasmatique étroitement lié aux protéines du sérum et au fibrinogène dont le taux est élevé quand la V.S. est très grande.

A ce propos nous avons voulu pour notre édification personnelle répéter une expérience déjà tentée par d'autres auteurs.

Nous avons enlevé à deux c. cubes d'un sang qui sédimente très lentement dix gouttes de plasma et nous les avons substituées par une égale quantité de plasma appartenant à un sang qui sédimente très rapidement : nous avons trouvé que le sang ainsi modifié sédimentait avec une vitesse trois ou quatre fois plus grande.

Cette expérience sert à démontrer que la V. S. est un phénomène indiscutablement de nature plasmatique et lié intimement au fibrinogène puisque en répétant la même expérience avec le sérum défibriné d'un sang à haute V.S. on n'obtient aucune modification.

Les cristoalloïdes du sérum ont dans l'épreuve une importance réduite; quant à la masse globulaire, si le plus souvent on trouve après 24 heures, une colonne globulaire très petite quand la V.S. a été très élevée pendant les premières heures bien souvent on peut constater le fait inverse.

Quant à la signification de la V. S. les recherches qu'on a fait un peu partout sont concordes à donner à l'épreuve la même interprétation.

Une V.S. très grande accompagne habituellement des *lésions inflammatoires* plus ou moins *évolutives* selon que progressivement au cours de la maladie la S. devient de plus en plus accélérée ou plus lente.

Nous avons voulu contrôler ces constatations et nous avons entrepris avant tout des recherches sur une centaine de sujets sains ou malades mais indemnes en tous cas de tuberculose pulmonaire.

Les résultats ont été les suivants :

Chez les sujets sains nous avons toujours trouvé des valeurs constantes entre deux et dix millimètres pendant la première heure et entre soixante et quatre-vingt avec un maximum de quatre-vingt-dix pendant les 24 heures.

Ces valeurs malgré les affirmations de certains auteurs nous ont paru constantes en n'importe quel moment de la journée et à plusieurs jours de distance.

Nous avons naturellement négligé les petites variations et nous avons bien pris garde à la moindre diarrhée et au moindre furoncle qui risquent d'accélérer intempestivement la V. S.

L'état de menstruation ne semble pas modifier sensiblement l'épreuve ni avant, ni pendant, ni tout de suite après (5-83).

La grossesse au contraire accélère la V.C. : mais pour trouver des hautes valeurs vraiment significatives nous avons dû attendre aux derniers mois de la gestation (17 au au deuxième et troisième mois, 30 au troisième).

Chez les malades nous avons trouvé une accélération sensible chez les sujets atteints de la moindre suppuration et à plus forte raison chez ceux qui présentaient des collections purulentes importantes (abcès de quinine 35, abcès de la prostate 20-25, salpingites aiguës 30-35, empyème 92, pleurésie interlobaire suppurée 60, abcès du poumon 25 à 60 selon le drainage, abcès périnéphrétique : 60).

L'épreuve dans ces cas peut être d'une très grande utilité, car des valeurs très basses de la V.S. sont incompatibles avec une suppuration même de moyenne importance.

L'épreuve peut être utile pour déceler le drainage insuffisant des

suppurations opérées car les valeurs ne reviennent à la normale que lorsque il n'y a plus de stagnation et de rétention de pus.

Les sueurs, la fièvre, la diarrhée accélèrent la V. S.

Pourtant dans la fièvre typhoïde (8 cas) où très fréquemment on rencontre avec la fièvre, de la transpiration et des décharges diarrhéiques, la V.S. est constamment basse et même subnormale jusqu'à 1 mm. et demi.

Ce fait doit à notre avis être mis en rapport avec la leucopénie habituelle pendant la période aiguë de l'infection hébertienne; en effet pendant la convalescence quand la leucocytose se rétablit on assiste à une accélération de la V.S. qui peut rejoindre de très hautes valeurs (50 mm. dans un cas).

Une seule fois au cours de la fièvre typhoïde nous avons trouvé des valeurs très hautes (57 mm.) mais il s'agissait d'une forme hémorragique grave avec hémoculture positive et Widal négatif.

Dans la fièvre de Malte au contraire nous avons trouvé des valeurs variables mais supérieures à la normale (20-39).

Dans le rhumatisme articulaire aigu nous n'avons pu essayer la valeur de l'épreuve, mais tous les auteurs sont d'accord pour trouver pendant les poussées aiguës des chiffres très hauts qui diminuent seulement lorsque la maladie est bien éteinte.

Chose étrange, le salicylate si efficace contre la fièvre et les arthralgies ne semble pas modifier aussi favorablement la V.S.

Nous avons par contre constaté dans deux cas de rhumatismes chroniques déformant fébriles avec glycémie 2 gr. et azotémie 0,75 une V. S. très haute (75-20) et successivement un ralentissement de la V.S. parallèle à l'amélioration de la glycémie, de l'azotémie, et de la poussée de polyarthrite (45-10).

Dans un cas d'arthrite tuberculeuse simple du genou, nous avons trouvé 30.

Dans un cas d'arthrite syphilitique du genou avec épanchement 17 et 10 après le traitement.

Dans cinq cas de polynévrite (2 diabétique, syphilitique, traumatique, afrigore) les valeurs que nous avons trouvées n'ont pas été très élevées. Quoique supérieure à la normale (20-15) la V.S. suivit l'évolution de la maladie et les valeurs baissèrent pendant la convalescence.

Dans le cancer (de l'estomac avec métastase au foie et du pan-

créas) les valeurs de la V.S. ont été très hautes 114-54, mais il y avait de la diarrhée et par conséquent ces chiffres ont moins de valeur. Dans deux cas de cancer de l'utérus nous avons trouvé 17 mm.

Dans la blennorrhagie urétrale simple et dans l'endométrite cervicale blennorragique nous n'avons constaté aucune variation dans la V.S. malgré un traitement vaccinique intense.

Mais dans les complications de la blennorrhagie, abcès de la prostate, orchite, salpingite, les chiffres à la période aiguë ont été de beaucoup supérieures à la normale 25-30. Elles baissèrent rapidement, par la suite, avec le refroidissement des lésions.

Dans les infections puerpérales, même légères, la V.S. monte jusqu'à 66-70-80, le fait doit être mis en rapport avec l'irritation presque constante du péritoine car non seulement dans la péritonite déclarée mais même dans les minimales et passagères réactions péritonéales, la V.S. s'accélère notablement 80.

De même dans la période aiguë de l'appendicite la V.S. monte à des hautes valeurs, plus tard, selon que la maladie se refroidit ou tend vers la suppuration, on assiste soit au retour de la V. S. à la normale soit son élévation à des chiffres encore plus importants.

Cette constatation peut être d'une très grande utilité au médecin traitant qui se trouve bien souvent embarrassé pour dire si derrière un plastron appendiculaire il n'y a pas déjà un abcès en formation.

La mesure de la V. S. peut l'aider dans ce cas bien plus que la numération des leucocytes.

Dans l'ictère catharral simple enfin sans diarrhée nous n'avons pas trouvé de V. S. élevée (5 mm.).

En conclusion dans *presque toutes les affections aiguës et surtout dans celles à caractère inflammatoire et à plus forte raison suppuratif, nous avons trouvé des valeurs élevées, ce qui confirme le résultat constaté par la plupart des auteurs.*

Il semble que toutes les fois que les pouvoirs de défense de l'organisme sont mis en mouvement par une brusque attaque du mal la V.S. augmente et se maintient plus ou moins élevée tant que l'organisme est obligé à se défendre contre la maladie; ce fait confirmerait l'opinion de certains auteurs qui pensent que les ferments

de défense (leucocitaires) présents dans le sang dans les affections inflammatoires aiguës augmentent les taux des protéines et du fibrinogène, et par conséquence accélèrent la V.S.

Dans les affections des voies respiratoires nous avons fait les mêmes constatations que dans les autres maladies.

Dans l'emphysème pulmonaire simple nous avons trouvé une V. S. normale en dehors des crises d'asthme.

Dans les formes exsudatives par contre dans la pneumonie franche à la phase d'hépatisation, nous avons assisté à l'effondrement constant de la colonne globulaire jusqu'à 80 mm. après la première heure; de même dans la congestion pulmonaire grippale simple.

Dans les abcès du poumon, dans l'empyème, dans le pyopneumothorax, dans la pleurésie interlobaire suppurée la V.S. a oscillé entre 30-60-92 mm. selon que le pus était plus ou moins drainé.

Enfin dans les pleurésies exsudatives aiguës nous avons trouvé les plus hautes valeurs jusqu'à 110 mm.

Ces valeurs élevées baissent ici encore rapidement et reviennent à la normale quand la maladie se stabilise ou évolue vers la guérison, tandis que elles s'élèvent quand le mal s'aggrave et tend à emporter le malade (par exemple par dégénération amyloïde des organes consécutives à des suppurations prolongées).

Nous étant ainsi bien rendu compte de la valeur de l'épreuve de la sédimentation des hématies, dans les sujets sains et en tous cas même si malades, indemnes de tuberculose pulmonaire nous avons recherché la signification de la V. S. dans cette dernière affection.

Nous avons examiné systématiquement le sang d'une cinquantaine de sujets à toutes les époques de la maladie.

Les résultats de nos expériences ont été analogues à ceux que nous avons obtenus en général dans toutes les autres affections.

Ainsi, si dans la tuberculose pulmonaire l'épreuve ne semble pas pouvoir être d'une très grande utilité dans le dépistage de la maladie, par contre ici encore elle nous renseigne très bien sur l'allure plus ou moins évolutive de l'affection.

Nous disons que l'épreuve de la V. S. ne peut servir au dépistage de la tuberculose pulmonaire; en effet dans les formes fibreuses à allure très lente et à plus forte raison dans la simple adéno-patie thrachéo-bronchique, nous avons trouvé des valeurs peu signi-

ficatives et en général assez proches de la normale même si on observe des signes très nets d'imprégnation tuberculeuse et la présence de bacilles de Koch dans les crachats.

L'épreuve de la V. S. par contre coïncide avec le pronostic assez bon qu'on pose en général dans ces formes qui ont une évolution très lente et pas très grave.

Des valeurs très proches à la normale nous avons trouvé dans les formes fibro-ulcéreuses stabilisées chez des malades même porteurs de cavernes mais bien drainées, chez des malades dans lesquels la maladie est comme arrêtée où la fièvre est minime, où l'amaigrissement est très peu marqué, ou l'expectoration est discrète.

A V. S. basse correspond un pronostic qui, quoique sévère, n'est pas dans ces cas des plus mauvais.

Par contre comme il fallait s'y attendre nous avons trouvé des chiffres plus élevés (62 mm.) chez des malades chroniques assez bien stabilisés mais porteurs de vastes ulcérations avec fièvre et abondante suppuration car dans ces cas il s'agit de véritables abcès du poumon. Dans ces cas encore les malades par effet de la suppuration chronique vont fatalement à l'encontre de la dégénération amyloïde des organes et par conséquence, les hautes valeurs de la V. S. correspondent ici encore au pronostic qui est plus sombre.

Pour la même raison dans l'empyème T.B.C. nous ne pouvons trouver que des chiffres élevés à l'épreuve de la V. S. C'est ce que nous avons constaté.

Mais les valeurs vraiment significatives de la V. S. nous les avons trouvées plutôt que dans les formes chroniques même avancées mais stabilisées, dans les formes aiguës évolutives et déjà à une période où les lésions anatomiques ne sont pas très importantes.

Il nous a été donné en effet de constater bien souvent une V. S. élevée alors qu'à l'écran et à l'examen physique nous ne pouvons constater que des simples infiltrations sans lésions destructives du parenchyme.

La signification de V. S. est ici encore conforme à ce que nous avons constaté jusqu'ici : *elle démontre le caractère exsudatif des lésions tuberculeuses et elle va d'accord avec le pronostic réservé*

qu'on a l'habitude de poser dans ce cas, car ainsi que tout le monde le reconnaît aujourd'hui, les formes les plus graves de la tuberculose pulmonaire sont les formes où le bacille de Koch a une action phlogistique plutôt que proliférative, car ce sont celles qui s'étendent rapidement, intoxiquent précocement le malade et sont capable de l'emporter en peu de temps si par une thérapeutique appropriée on ne réussit pas à arrêter le caractère extensif inflammatoire de la maladie.

Par ce que nous venons de dire sur la signification de la V. S. dans les formes à caractère exsudatif inflammatoire progressif nous croyons avoir démontré l'utilité que l'épreuve peut présenter quand l'on veut poser le pronostic de la tuberculose pulmonaire.

Mais l'épreuve est encore plus utile quand répétée à plusieurs jours ou à plusieurs semaines de distance elle nous révèle la tendance de la tuberculose vers la stabilisation et la guérison, ou, au contraire, vers la formation de profondes lésions destructives et vers une issue fatale.

En suivant, en effet, des malades pendant une période assez longue, il nous a été donné de faire la constatation suivante :

Toutes les fois que par l'effet d'un traitement approprié la fièvre diminuait, les sueurs disparaissaient; l'état général et local s'améliorait parallèlement, la V. S. baissait sensiblement; toutes les fois au contraire qu'une nouvelle poussée évolutive se manifestait avec fièvre hectique, avec abondante expectoration, avec amaigrissement, on assistait à l'effondrement rapide de la colonne globulaire pendant la première heure.

Ainsi il nous a paru pouvoir nous servir utilement de cette épreuve qui nous renseigne précocement sur les modifications humérales favorables ou dangereuses de l'organisme pour vérifier l'activité des traitements que nous avons établis chez nos malades de l'hôpital italien.

Ainsi nous avons pu nous rendre compte des bons résultats qu'en général on obtient par le pneumothorax dans les cas appropriés.

Même avec une compression incomplète, avec ce qu'on appelle le pneumothorax de détente, nous avons assisté à une rapide descente des valeurs de la V.S. jusqu'à la normale et au-dessous. Les chiffres au-dessous de la normale pourraient être à vrai dire dans ces cas l'effet d'un trouble dans l'oxygénation du sang, mais paral-

lèlement l'état général s'améliorait, la fièvre diminuait, l'expectoration disparaissait, le poids augmentait; quoique dans le pneumothorax il ne faut pas s'attendre à un engraissement exagéré qui est ici plus difficile à obtenir étant donné la diminution de la fonction lipodièreétique du poumon comprimé.

Ces bons résultats ont été obtenus sur sept malades que nous avons en traitement depuis plusieurs mois et qui se trouvent actuellement dans les meilleures conditions.

Dans le traitement de la tuberculose par le pneumothorax, nous n'avons évidemment pas cueilli que des roses sur notre chemin.

Nous avons perdu deux malades. L'un d'eux présenta une bilatéralisation rapide; l'autre porteur d'une très vaste caverne unilatérale, présenta un épanchement séreux de la grande cavité pleurale, épanchement qui devint rapidement purulent. Nous avons traité par la suite ce malade par l'injection d'allocrysine dans la cavité pleurale et si nous n'avons pu obtenir un succès complet étant donné les graves conditions générales, nous avons pu obtenir une survie incroyable de huit mois.

Ces deux malades, et surtout le dernier, présentèrent une V. S. qui alla toujours en augmentant (110 mm.).

Nous avons enfin voulu nous rendre compte par l'épreuve de la V. S. de l'efficacité du traitement de la tuberculose par les sels d'or.

Nous avons traité seize malades tous porteurs de lésions évolutives avec fièvre, amaigrissement progressif et rapide, présence chez plusieurs de bacilles de Koch en grande quantité dans les crachats.

Nous avons employé l'allocrysine lumière dans neuf cas; chez trois malades nous avons essayé la crysalbine Poulenc, dans un malade le Lopin Bayer et enfin, nous avons depuis quelque temps en traitement trois autres malades avec le Solganal Schering).

Chez onze de ces malades le traitement a procédé sans accroc et sans intolérance.

L'activité des sels d'or fut évidente, et avant même de se manifester par une augmentation du poids, par la disparition de la fièvre qui résistait à tous les médicaments, elle apparut par l'abaisse-

ment très net de la V. S. qui nous démontra les précoces réactions favorables de l'organisme malade.

Nous avons procédé pendant le traitement avec une très grande prudence, et non seulement nous avons répété souvent les analyses d'urines; nous avons recherché aussi systématiquement le taux de l'urée dans le sang qui peut s'élever par le fait d'une toujours possible lésion du foie ou par le barrage du rein.

Chez la plupart des malades en général nous n'avons constaté qu'une très faible quoique constante augmentation de l'azotémie (de 0,35 à 0,40-0,50) mais par contre chez un de nos malades elle monta de 0,37 à 0,67 sans que rien ne nous fit penser à une telle intoxication sauf une discrète céphalée qui affligeait le malade depuis quelques jours (crysalbine intraveineuse : 8 piqûres). Ce malade pourtant semblait bien réagir au médicament, la fièvre avait disparu et les hémoptysies discrètes qui se répétaient tous les quatre ou cinq jours, malgré le traitement, disparurent complètement, le poids allait en augmentant, la V. S. était devenue bonne, et ce fut à contre cœur que nous avons été obligés de cesser la crysothérapie qui promettait un très bon succès.

Chez quatre malades les résultats furent moins bons : il s'agissait de malades atteints de formes très fortement évolutives chez qui nous avons voulu quand même tenter le traitement qui doit être réservé selon tous les auteurs aux malades de moyenne gravité.

Chez une première, nous avons dû interrompre le traitement après dix piqûres d'allorcysine à la suite d'une stomalite assez importante : le poids de la malade n'avait pas augmenté, l'état général restait précaire, la V. S. se maintint assez haute (22-23).

Chez un deuxième malade porteur de lésions très étendues fibreulcéreuses, une diarrhée incoercible nous obligea à renoncer à l'or après la douzième piqûre d'alloerisine. Malgré une sensible augmentation du poids et une sensible amélioration de l'état général, la V. S. se maintint élevée peut-être à cause de la diarrhée (72-72).

Le pronostic que nous avons fait chez ce malade n'a donc pas été des meilleurs.

Chez un troisième malade, après la troisième piqûre d'alloerisine, nous avons eu ce qu'on appelle une grippe aurique avec élé-

vation brusque de la température, courbature générale, céphalée et éosinophilie discrète 10%. Pourtant déjà après ces trois piqûres, la V. S. avait baissé (40-20) ce qui démontre que les modifications que les sels d'or produisent dans les milieux humoraux sont assez précoces. Après un repos de quelques semaines nous avons tenté une deuxième fois l'allocrisine qui semble être mieux supportée. Nous avons eu la précaution cette fois de diluer le produit dans une ampoule de Emgé et de donner au malade en même temps un sirop de glucose (ce qui paraît aider mieux les malades à supporter le choc aurique).

Chez une dernière malade encore depuis peu en traitement et présentant des lésions très étendues (une ombre compacte qui occupe les $\frac{4}{5}$ du poumon droit) la fièvre hectique se maintint malgré les injections d'allocrysine, pourtant la V. S. chez cette malade n'est pas très élevée et tend à baisser légèrement. Pour cette raison nous ne voulons pas encore poser un pronostic absolument défavorable à propos de cette malade qui est une des plus graves que nous ayons eu à soigner.

En conclusion dans la grande majorité des cas et même dans ceux qui n'ont pas bien réagi, la crysothérapie s'est montrée très active et a produit un précoce et net abaissement de la V. S., ce qui démontre des réactions favorables de la part de l'organisme.

L'effet le plus net et le plus favorable des sels d'or apparaît dans le relèvement progressif des conditions générales, dans l'augmentation constante du poids qui s'accroît encore davantage après la fin du traitement.

Quant aux modifications de l'état local des poumons notre expérience est encore trop récente pour que nous puissions tirer des conclusions qui seraient hâtives et par conséquent imprudentes.

Notre impression pourtant est que la crysothérapie produit en général un arrêt et même une régression sensible dans l'évolution des lésions exsudatives pulmonaires (action antiphlogistique pareille à celle que les sels d'or ont dans les arthrites). Cette impression est confirmée en partie par le résultat de l'épreuve de la V. S.; elle est confirmée par les résultats radiologiques et si nous n'avons pu noter qu'une très légère quoiqu'elle soit sensible amélioration dans les clichés nous pouvons tout de même dire que les lésions semblent arrêtées.

L'auscultation d'ailleurs nous a permis de constater après le traitement une régression nette des bruits humides.

L'injection des sels d'or produit-elle une congestion plus ou moins favorable du foyer pulmonaire ? C'est très probable, mais nous ne pouvons rien dire.

Chez un malade qui avait des hémoptysies à répétition, nous les avons vu cesser sous l'action du médicament. Elles réapparurent au contraire d'une façon tout à fait éphémère, il est vrai, mais en quantité assez abondante chez deux malades. La V. S. pendant les hémoptysies ne s'éleva pas sensiblement (de 5 à 20, de 5 à 8).

Quant à la présence des bacilles de Koch dans les crachats, la bacilloscopie devint négative dans plusieurs cas après un certain nombre de piqûres.

Nous ne voulons pas par ce fait contredire l'opinion de la plupart des auteurs qui nient que les sels d'or aient une action directe sur le bacille de Koch. Notre avis, au contraire, est que les sels d'or activent surtout le pouvoir général de défense de l'organisme et excitent plus particulièrement le système réticulo-endothéliale dont on connaît l'importance dans la lutte contre le bacille de Koch soit localement aux niveaux des lésions, soit d'une façon plus large sur l'économie générale du malade.

Nous avons voulu nous rendre compte de cette action excitante des sels d'or sur le système R. E.

Nous avons dans ce but examiné systématiquement la rate et le sang de nos malades.

La rate ne nous a apparue augmentée de volume que dans deux cas et pourtant nous savons quelle place importante elle occupe dans le système R. E.

Dans la rate plusieurs auteurs par des expériences appropriées auraient noté l'accumulation dans l'organe des sels d'or injectés. Nous n'avons pu contrôler ce fait par des recherches qui nous auraient amené trop loin mais dans un cas où nous l'avons constaté l'hypertrophie de la rate devait être indiscutablement attribuée aux sels d'or. L'organe était non seulement engorgé mais très sensible (il s'agissait du malade qui présenta la grippe aurique avec éosinophilie.

Nous avons étudié systématiquement le nombre des leucocytes et les modifications de la formule leucocytaire de nos malades.

Nous avons voulu vérifier avant tout s'il n'y avait pas un parallélisme quelconque entre la leucocytose et la V. S. Mais soit sur les tuberculeux, soit sur d'autres malades, nous n'avons pu obtenir que des résultats contradictoires et peu concluants. Il nous avait semblé pourtant dans la fièvre typhoïde trouver une relation entre le ralentissement de la V. S. et la leucopénie habituelle au cours de la phase aiguë de la maladie.

Au cours de la crysothérapie nous n'avons jamais trouvé la leucocytose marquée que plusieurs auteurs auraient constaté vers la fin du traitement lorsque l'organisme est près de la saturation; mais à vrai dire nous avons toujours préféré nous tenir à de petites doses.

Quant aux modifications de la formule leucocytaire que nous avons trouvée, elles nous ont parues plus intéressantes quoique les exceptions n'aient pas manqué à ce qui nous a semblé être la règle générale.

A la suite d'injections de sels d'or nous avons noté une tendance à l'inversion de la formule avec augmentation de monocytes.

Chez un malade ce fait a été très sensible : en examinant le sang une heure après une injection de crysalbine, nous avons noté une baisse subite du taux des polynucléaires qui de 75% tomba à 45%.

Chez les autres malades, des modifications aussi brusques et aussi marquées n'ont pas été constatées et seulement vers la fin du traitement dans les cas favorables nous avons noté l'augmentation des lymphocytes et moyens mononucléaires, ce qui parle pour une action indiscutable sur le système R. E.

Quant aux polynucléaires légèrement diminués en nombre, ils présentaient vers la fin du traitement des formes adultes à plusieurs noyaux (déplacement vers la droite de la formule de Arnelh).

Quant au taux des éosinophiles, nous avons déjà dit que dans un cas d'intolérance nous les avons trouvés augmentés, 10%.

Nous venons de dire que les modifications de la formule leucocytaire n'ont pas été constantes dans le sens d'une inversion de la formule.

Plus encore que la tendance habituelle, il peut être intéressant d'interpréter les exceptions à la règle.

En partant de l'hypothèse d'une action des sels d'or sur le sys-

tème R. E., on peut considérer soit le bloc du système par des doses trop fortes ou au moins par des doses qui sont trop fortes pour la gravité de la maladie; soit l'excitation.

A la suite du bloc du système R.E., on ne trouverait pas de mononucléoses mais au contraire une dangereuse polynucléose qu'il est bien utile de connaître puisqu'elle indique dans ce cas la paralysie des pouvoirs de défense; tandis qu'à la suite d'une simple excitation du système R.E. au contraire, on assisterait à la production d'abondants monocytes qui vont parallèlement à l'élaboration d'anticorps et aux modifications plasmatiques dont la V.S. nous a paru être un bon indice.

De ce que nous venons de dire on comprend l'utilité qu'il y aurait à rechercher par l'examen de la formule leucocytaire si les doses employées sont suffisantes, utiles ou trop fortes et par conséquent dangereuses au malade.

Nous voici enfin arrivés à la fin de notre étude.

Il est temps de résumer les résultats de nos recherches, et de tirer les conclusions.

Nous avons fixé au début de notre travail l'importance de l'épreuve de la V. S. et nous croyons avoir démontré que cette épreuve facile et à la portée de tout le monde permet de déceler *l'évolution plus ou moins favorable de la plupart des maladies.*

Dans le cours de la tuberculose pulmonaire nous croyons avoir démontré la grande utilité de l'épreuve qui nous aide à *fixer un pronostic* qui sera bon ou mauvais selon que les premières semaines de traitement la V. S. s'accélère ou ralentit, en nous révélant ainsi la régression ou la progression des lésions et par conséquent l'efficacité ou l'inutilité de la médication employée.

Nous avons appliquée cette épreuve à la crysothérapie et il nous a semblé pouvoir affirmer l'activité de cette thérapeutique en nous basant non seulement sur les faits cliniques mais sur la baisse de la V. S. qui nous permet dès les premières piqûres de constater une tendance à la stabilisation et à la régression de la maladie.

Pour ce qui regarde la crysothérapie nous ajoutons ici que nous ne voulons pas être d'un imprudent optimisme quoique notre impression soit excellente.

N'ayant constaté aux rayons X que des faibles améliorations

des lésions pulmonaires après le traitement intense que nous avons institué, nous pensons que pour permettre à des lésions en activité de bien cicatriser, il faut, après le premier traitement d'attaque, répéter des cures d'entretien à base de sels d'or et s'aider par les moyens hygiéniques (air, sels de chaux lipoides, vitamines) qui restent d'une très grande utilité dans le traitement de la maladie.

Ayant enfin constaté par l'élévation presque constante de l'azotémie combien les sels d'or peuvent être nuisibles pour les organes, nous ne pouvons qu'appuyer le conseil de quelques auteurs qui voudraient qu'au cours du traitement on n'emploie que des petites doses et qu'on sonde dans chaque cas, par des moyens appropriés (azotémie, formule leucocytaire) l'imprégnation et l'éventuelle intoxication de l'organisme.

	Fièvre	Poid	V.S.	B.Koch	Auscultation	Azotémie	T. Polin.	Observations
I	36,8	+5 kg.	30++			0,37	76%	F. fibro-ule.
			6+		meilleure	0,40	60%	allocrisine 18 inj.
II	37,5		40	0		0,30	64%	F. exudative
	36,5	+5 kg.	21					
			15		meilleure	0,40	70%	allocrisine 18 inj.
III	38		30	0				F. exudative con-
	36,5	+3 kg.	3		beaucoup			gestive crysalbi-
					meilleure			15 inj.
IV	37,8		50+			0,35	75%	F. infiltration
			15					sommet
	36,5	+1 kg.	7	0		0,37	57%	alloc. et crysalb.
V	37,8		72+++				70%	F. fibro-ule.
								allocrysine 10 inj.
	37,5	+2 kg.	72++		stationnaire		65%	diarrhée
VI	38,5		40+				60%	pleurésie et infil-
								tration côté opp.
	38,5	0	20+		stationnaire		40%	éosinophilie
								allocrysine 10 inj.
VII	37,5		15	0		0,37	62%	F. congestive
	36,5	+2 kg.	4		disparition			
					hémoptisies	0,67	45%	hémoptisies rept
								crisalbine 8 inj.
VIII	37,8		45++			0,30	60%	F. infiltr. conges.
	36,5	+5 kg.	15		meilleure	0,40		allocrisine 20 inj.
			10					hémoptisie transit.
IX	37		20	0			74%	F. infiltration
	36,8	+1 kg.	23+		stationnaire			sommets allocris.
								stomatite diarrhée
X	37,8		50++			0,35	75%	F. fibro-ule.
	36,5	+4 kg.	35		légèrement	0,45	50%	allocrisine 18 inj.
			15+		meilleure			
XI	38,2		50++				60%	allocrisine 18 inj.
	36,8	+1 kg.	30++		meilleure			
			20++					
XII	37,8		92					Pio-pneumo spon.
	36,5	+3 kg.	75					Lopion
			30		meilleure			
XIII	38,7		35++					F. exudative ét.
	38,5	00	20++		stationnaire			allocrisine 12 inj.
XIV	36,5	+3 kg.	15+		meilleure		70%	F. fibro-ule.
			8	0	hémoptisie			solganal
					transitoire		70%	F. fibro-ule.
XV	37,3		25+					solganal
	37	+1 kg.	10		en traitement			solganal
XVI	37,2		30+				68%	F. fibro-ule.
	36,8	+2 kg.	15		en traitement		55%	solganal.

Un cas tunisien de fièvre récurrente Hispano-Africaine

par J. LAIGRET et M^{lle} E. FRIED

Le jeune Ahmed ben est âgé d'environ vingt ans. Il a toujours vécu à Tunis. Il habite actuellement un fondouk du quartier Bab Souika.

Il a été pris brusquement le 24 septembre dernier, de fièvre avec frissons et courbature généralisée, et c'est dans ce même état qu'il se présente le 29 septembre à la consultation de l'Hôpital Sadiki. M. Chahed qui l'examine alors, constate une température de 41 degrés, pas d'autre symptôme. Il évacue le malade sur notre service de contagieux pour observation.

Ahmed ben..... ne se présente à nous que le lendemain 30 septembre. Il est apyrétique. Son examen ne permet de déceler aucun trouble quelconque. En particulier, il n'existe pas, au moment de ce premier examen, la moindre splénomégalie.

Après neuf jours d'apyrexie, céphalée violente, courbatures, vomissements, prélude d'un nouvel accès qui se traduit le lendemain par une fièvre élevée : 41°1. Cet accès, par conséquent le deuxième de la maladie, se présente sous une forme assez sévère : diarrhée, vomissements bilieux incessants; il y a subictère, le foie déborde le rebord costal, la rate est énorme, atteignant presque l'ombilic, très douloureuse.

Un examen du sang à l'ultra-microscope montre la présence de spirochètes du type récurrent.

La suite de l'observation est banale : cure arsénicale intraveineuse, chute thermique rapide, vingt jours d'apyrexie à la suite desquels le malade est autorisé à quitter l'hôpital. La guérison cependant n'était pas complète car nous avons su que le 7 novembre, soit après un intervalle de 27 jours, Ahmed a fait un nouvel accès qui a duré quarante-huit heures.

Il s'agit donc, en résumé, d'un cas de spirochètose caractérisé par trois accès fébriles récurrents et confirmé par la présence de spirochètes dans le sang.

L'enquête épidémiologique a permis de savoir tout d'abord que ce malade était entré à l'hôpital porteur d'un nombre assez considérable de poux. Le fondouk où il habitait abrite une population

misérable de quarante à cinquante personnes. Hommes, femmes et enfants y sont tous porteurs de poux.

Nous n'en avons pas moins cherché les ornithodores dans le sol et dans les anfractuosités des murs. Nous n'en avons pas trouvé. Ajoutons qu'il n'existe pas de porcherie dans les environs.

Il ne semble pas y avoir eu d'autres malades parmi les habitants du fondouk. En particulier, la famille d'Ahmed composée de sa mère, une sœur et un frère est restée indemne.

L'étude expérimentale du virus a été faite à l'Institut Pasteur. Ce virus s'est montré hautement pathogène pour le cobaye. Il s'agit donc d'un spirochète appartenant au groupe de la fièvre récurrente espagnole, transmise par les tiques.

Il est à peine besoin de rappeler ici que la spirochétose espagnole, transmise par *Ornithodoros Erraticus* a été découverte en Espagne par Sadi de Buen en 1926, et que, peu de temps après, son existence était reconnue au Maroc. Dès cette époque, M. Nicolle et ses collaborateurs signalèrent la probabilité de l'extension de cette spirochétose dans toute la zone nord-africaine où vit *Ornithodoros Erraticus*.

Ce n'est cependant qu'en janvier dernier que le premier cas tunisien était observé. Cette observation est due à M. le Chuiton. Elle a été faite à l'hôpital de Sidi-Abdallah. Dans le courant de l'année 1931, M. le Chuiton a observé un deuxième cas chez un infirmier du même hôpital.

Le cas que nous signalons aujourd'hui est donc le troisième cas tunisien connu, le premier qui semble avoir été identifié dans la ville même de Tunis.

Il se confirme ainsi que la fièvre récurrente espagnole existe dans toute l'Afrique du Nord et qu'elle mérite le nom de fièvre récurrente hispano-africaine que M. Ch. Nicolle et ses collaborateurs lui ont donné.

Le cas que nous signalons montre en outre, une fois de plus, l'importance du diagnostic expérimental par l'inoculation au cobaye. Cette épreuve, seule, permet de reconnaître à coup sûr à quel groupe appartient le virus. Dans le cas présent, elle a permis d'éliminer le diagnostic de récurrente mondiale, malgré la recherche négative des ornithodores, recherche comme on le sait toujours difficile et souvent infructueuse.

La connaissance de la nature exacte du virus n'a pas qu'un intérêt théorique, elle est d'importance pratique étant donné les caractères qui séparent, au point de vue épidémiologique les récurrentes à tiques de la récurrente mondiale, les premières toujours limitées dans leur extension, celle-ci capable au contraire de se manifester sous forme de vastes épidémies redoutables telles que celle qui, il y a quelques années, a ravagé une grande partie du Soudan.

Conclusion : Nous avons observé récemment, chez un sujet habitant Tunis, une fièvre récurrente du type fièvre récurrente espagnole. Cette observation s'ajoute aux deux cas recueillis à Ferryville, l'an dernier, par le Chuiton et confirme l'existence d'une récurrente hispano-africaine s'étendant à toute la zone nord-africaine où se rencontre *Ornithodoros Erraticus*.



Ostéomyélite aiguë et arthrite suppurée du genou procédé de Wilhelm

Guérison avec restitution fonctionnelle intégrale

par le D^r LEHUCHER

—«0»—

Nous vous présentons cet enfant Mustapha ben M..., âgé de 10 ans, habitant Nabeul, entré dans notre service de chirurgie infantile le 7 mars 1931.

Voici, résumée, son histoire clinique :

Chute sur le genou gauche, à l'école, le 20 février. Une semaine plus tard douleur juxta articulaire du genou gauche. Fièvre 38° 40°. On croit à une fièvre typhoïde ou à une grippe. Le 5 mars les douleurs se précisent au niveau des plateaux tibiaux droit et gauche. C'est alors qu'on l'hospitalise dans le service de médecine infantile. C'est là qu'appelé par notre excellent confrère le docteur Gérard, nous voyons l'enfant pour la première fois : Température, 39°. Douleur extrêmement vive à la palpation des deux plateaux tibiaux internes droit et gauche; points douloureux absolument symétriques. Par contre aucun signe objectif : ni œdème, ni rougeur. Autres appareils : examen négatif. Expectative armée.

Hémoculture le 6 mars 1931. Réponse : Présence de staphylocoques. Albumine dans les urines : 0, 10 ctgr.

Le 7, on revoit l'enfant qui présente une exacerbation douloureuse au niveau du plateau tibial interne gauche. Très léger gonflement localisé au point douloureux. Transféré au service de chirurgie infantile pour ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia gauche. Opération le jour même, foyer suppuré juxta conjugal ouvert par trépanation de l'os; l'articulation n'a rien. La température descend à 38° le soir même. Pansements : le tamponnement est assez vite supprimé et la jambe est placée sans pansement dans un appareil à parois vitrées. Le 20 avril la guérison à gauche est presque complète. A noter que la douleur au niveau du genou droit avait complètement disparu depuis que l'affection staphylococcique s'était localisée nettement au plateau tibial interne droit.

Le 1^{er} mai la douleur réapparaît précisée par la palpation. La température qui n'était jamais complètement tombée, 38° le soir,

remonte à 39° puis 40°; peu de signes localement. Le 6^m mai brusquement signes d'épanchement articulaire : ponction exploratrice : pus staphylococcique. Le jour même intervention : trépanation du plateau tibial; foyer suppuré limité. Arthrotomie bilatérale large, lavage à l'éther. Mobilisation active suivant le procédé de Wilhelm. Cette mobilisation sera poursuivie chaque jour, accompagnée de temps à autre de décollement, au début par un paquet de crins, puis au doigt ganté, des deux surfaces synoviales. Le Propidon à doses progressives est utilisé dès le lendemain de l'intervention, on en fera trois piqûres de deux en deux jours. Les pansements du foyer osseux sont faits comme d'habitude. La guérison, après reprise de la température au 8^me jour, pendant une durée de six jours, survient lentement, la cicatrisation des plaies latérales d'arthrotomie, gênée par la mobilisation quotidienne, s'effectue péniblement. L'enfant ne sortira guère qu'en décembre 1931; le traitement aura été certes long et combien pénible; mais il n'existe aucune limitation dans la flexion et l'extension qui sont parfaites. Il n'existe pas trop de mouvements de latéralité. La synoviale est épaissie mais souple. L'atrophie musculaire est nulle.

Si dans l'avenir ce genou se montre exposé à des entorses, on aura toujours la possibilité de recourir à une capsulorrhaphie avec réfection par suture des ligaments latéraux interne et externe.

Quoiqu'il en soit, nous qui avons connu au cours de la guerre, tant d'arthrites suppurées du genou péniblement guéries par ankylose complète, souvent après synovectomie ou « laparotomies du genou » par section du ligament rotulien avec atrophie complète du quadriceps, sans compter nombre d'amputations de cuisse faites en dernier ressort, sans parler des cas de mort par septicémie, nous devons rendre hommage à cette méthode de mobilisation active extrêmement douloureuse, il est vrai, mais qui nous permet et de vider les collections des culs-de-sac articulaires, et de conserver la mobilité de l'article, et d'empêcher les soudures synoviales.

Elevés dans le culte de l'appareil plâtré destiné à guérir dans le silence les lésions articulaires enflammées, nous voilà bien forcés de brûler ce que nous avons adoré, et d'adorer ce que nous aurions jadis brûlé.



Piqûre opératoire à streptocoque hémolytique jugulée par la vaccinothérapie

par le D^r HABABOU-SALA

Je vous présente le cas de notre collègue et ami le D^r G..... Ce dernier avait été piqué à l'index de la main gauche en opérant une malade atteinte d'un vaste phlégmon diffus du bras à marche rapide, le 11 décembre dernier. (La malade est morte d'ailleurs après quatre ou cinq jours malgré une 2^{me} intervention).

Notre confrère a quitté ses gants immédiatement après la piqûre et a plongé son doigt dans la teinture d'iode; il n'a pu faire sortir aucune goutte de sang tellement la piqûre était minime; néanmoins le soir même notre malade était inquiet et souffrait énormément. La douleur n'avait aucune localisation nette et lui prenait toute la main et tout l'avant-bras.

Appelé à le voir par notre confrère le Docteur Samama Elie, le 12 décembre à 15 heures j'ai trouvé notre malade dans un état de très grande prostration, le faciès très altéré, le pouls à 110, et une température axillaire à 39°8. Il avait des frissons intenses depuis son réveil et une sensation de froid que rien n'arrivait à calmer. A 18 heures, je lui fais une piqûre de sulfar de 0,12 gr., une intradermo-réaction au strepto et un pansement au Due-Vac (filtrat polyvalent utilisé par nous contre tous les pyogènes et en particulier dans le bubon et le chancre mou).

Le lendemain, l'intra-dermo est positive, notre confrère Brun fait une incision de la pulpe qui ne donne aucune goutte de pus.

La douleur persiste en particulier aux trois premiers doigts. On continue les pansements matin et soir au filtrat. Peu à peu, dans les jours qui suivent des phlyctènes à sérosité louche sous lesquelles se montrent des plaques de sphacèle noires avec un tissu nécrotique qui envahit toute la phalangette, attaque la pulpe du doigt et met à nu l'os. Le 25, le pus commence à sourdre entre l'os et le tissu nécrosé, un prélèvement est fait à ce moment pour la préparation d'un auto-vaccin en filtrat. L'examen direct et la culture donnent du strepto. La culture faite sur milieu au sang montre que ce strepto est hémolytique. Le 5^{me} jour le vaccin en filtrat est prêt en provoquant artificiellement une lyse précoce, le milieu qui

nous a servi à la préparation de ce vaccin est le bouillon à l'œuf dit B.H.S. Ce vaccin a été fait dans les laboratoires Chemla mis aimablement à notre disposition.

Les pansements sont faits matin et soir avec ce vaccin; très rapidement la plaie prend un bel aspect, la plaque de sphacèle tombe, l'état général s'améliore. Le tissu bourgeonne tous les jours de 2 à 3 mm., en moins de dix jours la phalangette se recouvre d'un tissu sain avec un revêtement cutané total. La cicatrisation est presque invisible, il n'y a pas la moindre perte de substance, ni la moindre impotence fonctionnelle, ni enfin la moindre diminution de la sensibilité.

Je vous ai apporté la culture de ce streptocoque faite sur milieu au sang pour vous montrer la zone d'hémolyse autour des colonies; vous verrez au microscope un frottis de ce même microbe cultivé sur notre milieu à l'œuf B.H.S. et dont les chaînettes extrêmement abondantes occupent plus de trois à quatre champs chacune.



Un cas de diabète insipide

par les D^{rs} Maurice UZAN et Albert BISMUTH

—(10)—

Le docteur Albert Bismuth, de Sfax, nous a adressé ce malade avec le diagnostic de diabète insipide.

M. B..., en effet, me raconte que, depuis le 17 novembre der-



(6)

nier, il a commencé à uriner d'une façon particulièrement abondante en même temps que s'installait une polydipsie très accusée. Très rapidement, le volume des urines, et d'une façon corollaire, celui des boissons ingérées, s'élevait à des chiffres impressionnants jusqu'à 62 litres, nous dit le malade. Depuis quelques jours, ces chiffres se sont abaissés à 23-24 litres, moyenne quotidienne.

Par ailleurs, il n'y a pas de polyphagie. Les selles sont normales, sans diarrhée, ni constipation, ni lientérie. Pas de vomissements.

Mais M. B... se plaint par contre de vertiges. Il a maigri beaucoup. Des 84 kilos qu'il avait vers 1921, il ne reste plus que 67 kg. 70 pour 1 m. 73 de taille et 43 ans d'âge.

Dans ses antécédents, on relève un chancre il y a longtemps qui n'aurait été soigné que par quatre piqûres de novar, et une otite gauche en 1925.

L'examen somatique ne permet de noter aucune lésion viscérale. Les réflexes sont très vifs. Pas de Babinski. Pas de Romberg. Quelques râles de bronchite disséminés dans les poumons.

Le pouls est normal, non ralenti.

La tension artérielle est de 12-7½ au Vaquez.

Les examens de laboratoires faits obligeamment par Lucien Uzan nous ont permis de constater :

1° un métabolisme basal à peu près normal — 6%;

2° dans le sang :

des réactions sérologiques pour la syphilis positive :

Wassermann ++

Hecht ++++

Kahn ++++

Meinicke ++++

une azotémie faible 0,27 0/00

une glycémie normale 0,90 0/00

l'épreuve de sédimentation globulaire est très accélérée :
60 mm. au lieu de 5

3° dans les urines :

Pour une diurèse de 23 litres, on trouve une densité à
1003,5 — un Ph à 6,5

L'élimination de l'urée par 24 heures est de 44 gr. 16
celle des chlorures de 32 gr. 20
celle des phosphates de 1 gr. 84.

Il n'y a ni glycosurie, ni albuminurie, ni acétonurie.

Nous demandons au docteur Roger Nataf de vouloir bien pratiquer un examen ophtalmologique qui permet de constater :

des réflexes photo-moteurs paresseux

un strabisme léger ainsi que du mystagmus léger

un champ visuel rétréci (schéma).

Le fond d'œil paraît normal, surtout sans stase papillaire.

La tension artérielle rétinienne est limite.

Le docteur Pérez enfin nous fait des radiographies du crâne qui montrent :

Aucune anomalie des sinus frontaux.

Une déformation nette de la selle turcique qui est agrandie, étalée avec destruction des apophyses clinoides postérieurs et aplatissement de la lame quadrilatère.

Il s'agit donc, en somme, d'un diabète insipide avec lésion de la région hypophysaire et infundibulo-tubérienne chez un spécifique avéré.

On peut donc penser à une lésion spécifique des régions sus-mentionnées, probablement une gomme. Et nous allons tenter un traitement spécifique par les arsénicaux et le cyanure de Hg, combiné avec des piqûres de post-hypophyse dont on connaît l'action d'arrêt dans les polyuries de ce genre.

Ce cas pose cependant au point de vue clinique des problèmes intéressants, c'est pourquoi nous avons cru bon de vous le présenter.

Note. — Au moment de la mise sous presse de cet article, M. B... traité comme indiqué, n'urine plus que 1 l. 500 à 2 l. par jour.



Étude sur le rythme particulier du rein dans un cas de diabète insipide⁽¹⁾

par MM. LEVY-DARRAS, Maurice UZAN et Lucien UZAN

L'étude que nous avons l'honneur de présenter nous paraît résoudre un certain nombre de problèmes concernant les fonctions rénales dont les solutions étaient jusqu'ici en suspens et apporte une contribution aux travaux sur le diabète insipide.

Cette étude a été faite sur un sujet âgé de quarante-trois ans adressé de Sfax par le docteur Albert Bismuth.

Ce malade, syphilitique avéré, a présenté brusquement, au mois de novembre 1931, la polyurie typique du diabète insipide. Cette polyurie aurait atteint suivant les dires du patient 63 litres par jour. Au mois de janvier 1932, quand nous avons examiné le sujet, sa polyurie sans atteindre le chiffre fantastique indiqué plus haut s'élevait à 24 litres par jour, chiffre vraiment considérable.

L'examen radioscopique (Docteur Pérez) a révélé l'existence d'une selle turcique élargie, des apophyses clinoides postérieures érodées, une lame quadrilatère aplatie.

L'examen oculaire (Docteur Roger Nataf) a montré un rétrécissement léger du champ visuel, la tension artérielle rétinienne à la limite, l'absence de stase. On ne constate aucun signe d'hypertension crânienne nette.

Le Wassermann est nettement positif.

Nous portons le diagnostic de gomme de la région hypophysaire, ou infundibulo-tubérienne. (Ce malade a été présenté à la Société des Sciences Médicales de Tunis, séance janvier 1932).

Les travaux que l'un de nous (2) a dans ces derniers temps consacrés à la « crise de diurèse paroxystique » nous ont incités à faire une étude approfondie de l'urèse du sujet. Nous avons utilisé dans ce but l'épreuve de diurèse provoquée de Vaquez et Collet, en en modifiant légèrement le protocole.

Le sujet étant à jeun depuis la veille, et n'ayant rien pris depuis

(1) Extrait du « Bulletin de l'Académie de Médecine ». (Séance du 8 mars 1932, Tome CVII, N° 10).

(2) Lévy-Darras. Travaux sur la crise de diurèse paroxystique.

8 heures du matin (il fait noter que ce patient boit 11 litres d'eau chaque nuit), est placé en clinostatisme. On le sonde et on laisse la sonde à demeure. On lui fait boire, à intervalle d'un quart d'heure chacun, trois verres de 300 grammes d'Evian. Peu après l'ingestion du premier verre, on lui fait une injection intra-veineuse de phénol-sulfone-phtaléine.

Le premier phénomène qui nous a frappés est la complète vacuité de vessie; quand nous avons sondé le sujet, pas une goutte d'urine ne séjournait dans la vessie. Cette anurèse a persisté jusqu'au déclenchement de la première crise paroxystique survenue dix-huit minutes après la prise des premiers 300 grammes d'Evian et évidemment provoquée par l'irruption de cette eau dans le torrent circulatoire; car si l'on admet qu'il faut un temps d'environ dix minutes pour que l'eau soit évacuée du tube digestif, on peut admettre qu'en huit minutes l'eau a envahi le sang, a franchi le rein et a été évacuée à l'extérieur. Notons qu'à la quinzième minute, après l'ingestion d'eau, le sujet a ressenti un vif besoin d'uriner sans qu'une seule goutte d'urine soit arrivée dans la vessie. Ce phénomène bien connu dans la pratique des cures de diurèse, et que nous avons remis récemment en évidence, nous paraît répondre au début du travail rénal.

Cette première crise de diurèse paroxystique a duré trois minutes. En ce laps de temps, le sujet a émis 312 cent. cubes, sa vitesse de diurèse est donc de 104 cent. cubes-minute, alors que la vitesse moyenne est chez un sujet normal de 1 cent. cube-minute et que les diurèses les plus poussées thérapeutiquement ne dépassent guère 15 à 16 cent. cubes-minute.

Mais un autre caractère capital de la crise est la force du jet, c'est un torrent qui s'écoule, il y a tachyurèse et tachyurie. Le sujet n'urine pas avec sa vessie, « il pisse avec son rein ». A la quatrième minute succède à la crise une anurèse complète.

Les mêmes phénomènes se reproduisent à la vingt-huitième minute de l'expérience de la même manière, puis, après une phase d'anurèse, apparaît une crise larvée différente. Les urines, bien qu'ayant un caractère très voisin, ne sont débitées que lentement à la vitesse de 6 cent. cubes-minute, puis, au bout de cinq minutes, apparaît de nouveau l'anurèse. Sans notre sonde, cette émission qui n'est que de 30 cent. cubes, eût passé inaperçue.

A la cinquante-troisième minute, ténésme vésical violent mais sans effet; puis, à la cinquante-huitième minute, flot énorme d'urine s'écoulant en moins d'une minute, arrachant la sonde. 340 cc. d'urine sont ainsi éliminés, ce qui serait équivalent, mais par une figure nettement anti-physiologique, à un débit de 600 litres pour un nyctémère.

Et ensuite, de nouveau, anurèse complète jusqu'à la soixante-quinzième minute, fin de l'expérience.

Les analyses d'urines pratiquées ont montré toujours une densité inférieure à 1.005 un pH égal ou supérieur à 6,5, l'élimination totale de la P. S. P. Les chlorures ont été éliminés pendant toute l'épreuve à une concentration presque identique, la vitesse de l'élimination étant proportionnelle à celle de l'eau. Enfin et surtout, l'urée a été éliminée aussi massivement, la quantité absolue descendant à mesure que l'épreuve se prolongeait, la vitesse suivant celle de l'eau, toute proportion gardée. On constate une élimination en moins d'une minute de 0 gr. 39, alors que le débit moyen est de 0 gr. 01 et que, dans les crises, on la voit atteindre au maximum 0 gr. 05. L'importance de ce fait ne saurait être méconnue, puisqu'elle montre que l'urée suit ici le régime éliminatoire de l'eau et des chlorures.

Protocole. — Expérience du 26 janvier 1932.

Le sujet est à jeun depuis 8 heures et couché pendant l'épreuve. A 11 h. 40 le sujet est mis en clinostatisme, on introduit la sonde. Aucune urine.

TABLEAU I.

- 11 h. 45 : 300 grammes d'Evian.
- 11 h. 51 : Injection intraveineuse de P. S. P.
- 11 h. 59 : Ténésme.
- 12 h. 02 : 300 grammes d'Evian.
- 12 h. 03 à 12 h. 06 : Emission d'urine (1).
- 12 h. 13 à 12 h. 17 : Emission d'urine (2).
- 12 h. 16 : 300 grammes d'Evian.
- 12 h. 23 à 12 h. 28 : Emission d'urine (3) goutte à goutte.
- 12 h. 40 : Ténésme.
- 12 h. 43 à 12 h. 44 : Emission d'urine (4).
- Aucune urine jusqu'à une heure, fin de l'expérience.

TABLEAU II.

	Volume	Vitesse de débit	Densité	pH	P.S.P.
					p. 100
1.	312 cc.	104 cent. cubes-minutes.	1.004	6,5	27
2.	395 cc.	100 cent. cubes-minutes.	1.004	6,8	43
3.	34,5cc.	6 cent. cubes-minutes	»	8	8
4.	340 cc.	340 cent. cubes-minutes	1.004	7,5	28
	1.081				100

1.081 cent. cube éliminés en soixante minutes pour 900 cent. cubes d'eau.

TABLEAU III.

Chlorures.

	Pour 1.000	Valeur réelle	Vitesse de débit
1.	2 gr. 30	0 gr. 70	0,24
2.	2 gr. 12	0 gr. 86	0,21
3.	2 gr. 10	0 gr. 07	0,01
4.	2 gr. 10	0 gr. 71	0,71

Urée.

	Pour 1.000	Valeur réelle	Vitesse de débit
1.	2 gr. 30	0 gr. 70	0,235
2.	1 gr. 55	0 gr. 60	0,15
3.	1 gr. 28	0 gr. 043	0,008
4.	1 gr. 17	0 gr. 39	0,39

Il est rare de rencontrer une expérience aussi pure réalisée par la nature et qui, par certains endroits, rappelle celle de Vulpian coupant les splanchniques et excitant le bout périphérique, ou mieux encore la dissection pathologique des faisceaux nerveux qui a amené les neurologues à la connaissance des fonctions. Nous sommes ici en face d'une dissociation parfaite des fonctions rénales. Seul l'emploi de l'épreuve sous la sonde nous a permis cette discrimination, car nous aurions admis sans elle un débit variable s'ac-

célerant avec l'influence de l'eau ingérée, mais non des phases si nettes, si tranchées, paroxystiques et anurétiques.

L'organe dont la fonction est perturbée est ici, sans conteste, le rein : élimination massive contrastant avec des absences totales d'urines.

Que le foie et les tissus ne retiennent pas l'eau, n'implique nullement un trouble fonctionnel, car nous savons par expérience de nos cures de diurèse que le passage de quantités importantes de liquides prive le foie et les tissus de leur pouvoir amortisseur; de même le pouvoir régulateur du bassinet de l'uretère, de la vessie et de l'uretère est supprimé par suite du débit intermittent du rein. ces organes spasmodés forment un véritable canal unique et continu par lequel le rein chasse l'urine à l'extérieur.

Si l'on admet que normalement le travail du rein est surtout un travail de sécrétion et que la filtration n'est qu'un mécanisme de secours, on voit qu'ici seul persiste ce mécanisme de secours et qu'il est suffisant d'ailleurs pour compenser la carence de l'autre. Dans l'hypothèse de réabsorption, il faut admettre que le rein forme un réservoir où l'urine ne séjourne pas le temps nécessaire à la concentration.

Quoi qu'il en soit, l'activité de filtration dépend ici uniquement de l'afflux d'eau dans le sang; mais l'hydrémie est fugace; l'eau en excès, qu'elle vienne de l'extérieur ou des tissus, est presque instantanément « époncée » par le rein. Le phénomène ne dure pas au delà de trois à quatre minutes. Aussi comprend-on qu'on saisisse avec tant de difficulté les modifications sanguines; qu'on parle de concentration, d'hypohydrémie qui en définitive sont beaucoup plus constantes que l'hyperhydrémie. Comme ceux du foie, de la rate, le volume du rein varie. Cet organe nous paraît constituer dans cette observation un réservoir dans lequel s'écoule sans arrêt l'eau en excès dans le sang, et ce n'est que lorsque ce réservoir est à la limite de capacité que vraisemblablement le rein, par ce réflexe qu'on voit s'étendre à tout l'arbre urinaire, se contracte avec violence et chasse l'urine.

Le mécanisme de la crise s'explique par la dilution sanguine et il y a lieu de rejeter toute intervention d'hormones intestinales ou hépatiques diurétiques aussi bien que l'action hypothétique de l'urée sur le glomérule (la plus forte crise correspondant à une di-

minution de l'urée) ou des corps xantho-uriques. Notons également que si la phénol-sulfone-phtaléine intraveineuse est éliminée totalement, la P.S.P. intramusculaire subit un retard notable (45% en soixante-dix minutes) qui ne peut évidemment s'expliquer que par le blocage des tissus.

En résumé, l'observation que nous présentons montre la dissociation des modes d'élimination du rein et justifie la conception de l'un de nous qui considère le diabète insipide comme une affection à crises de diurèse paroxystique subintrantes; tout au moins le cas que nous venons de décrire paraît justifier cette conception.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 22 Janvier 1932

La séance est ouverte à 18 heures sous la présidence du Docteur Scialom.

Sont présents : MM. les Docteurs Ronchet, Perrussel, Guido Lévy, Haya¹, Giâmi, Lévy-Darras, Guttières, Santillana, Farrugia, Baugé, Maurice Uzan, Tremsal, Moatti, H. Bonan, Cohen-Hadria, Pérez, V. Cohen, Benjamin Lévy, Raynal, J. Chemla, Cohen-Boulakia, Bouquet, Maruani, Ganem, Soria, Brandembourg, Cherouvrier, Zérah Henri, Caillon, Lehucher, Hababou-Sala, Broc.

∴

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

∴

COMMUNICATION DU BUREAU

ALLOCUTION DU PRESIDENT

MESSIEURS,

Une allocution officielle de rentrée ne doit être improvisée que par un Aristide Briand et un Président ne doit pas compter sur sa mémoire à moins d'être un Raymond Poincaré.

Qu'il me soit permis tout d'abord de regretter le départ de notre excellent président sortant le docteur Zammit qui identifie le bon praticien et ensuite de dire au professeur Charles Nicolle, notre ancien président, qui personnifie le génie créateur, combien nous sommes fiers de sa nomination comme successeur du professeur d'Arsonval à la chaire de médecine au Collège de France.

Ayant payé mon tribut au culte du souvenir et à la solidarité médicale, mes premières paroles doivent être des mots de remerciement pour la confiance dont vous nous avez honoré cette année en nous plaçant à votre tête sans lutte, sans coup férir.

Le fait que la minorité n'a pas présenté de candidats indique qu'elle a accepté l'unique liste qui a triomphé sans péril mais sans démerite.

Si quelques voix se sont perdues dans des abstentions inopérantes, des bulletins blancs, inutiles ou nuls et quelques fois plus puérils et prétentieux que spirituels et méchants, elles n'ont fait qu'illustrer que notre Société vivra quoi qu'il en soit, quels que soient

les nuages de passage qui obscurcissent momentanément notre ciel médical sans en ternir l'horizon brillant, clair et serein, plein de promesses.

Je fais des vœux pour que, comme dans le passé, quel que soit le Bureau, toujours méritant et compétent, qui préside aux destinées de notre groupement international, tous les collègues des deux côtés de la barricade, d'égale valeur, tiennent à cœur la prospérité scientifique de notre association où se coudoyent et s'affrontent sans se heurter les nationalités et les races, les confessions et les doctrines, les partis que nous ignorons ou respectons dans nos réunions, mais qui font notre richesse spirituelle et démontrent une fois pour toutes que devant l'effigie d'Hippocrate et à l'ombre du drapeau protecteur si l'unanimité n'est pas synonyme d'uniformité, elle est réalisée dans la diversité.

Comme un jardin tire sa beauté de la variété de ses fleurs, notre Société tient sa prospérité de la multiplicité de nos particularismes sociaux.

L'humanité elle-même n'est-elle pas d'autant plus belle qu'elle est riche par l'hétérogénéité de ses génies régionaux, ethniques et nationaux ?

A la « Maison du Médecin », à l'Association médicale professionnelle française, les minorités donnent l'exemple de la discipline et non de l'abstention ou de l'obstruction, pourquoi celle de notre Société médicale, comme dans les Etats policés, ne s'inclinerait-elle pas devant la majorité et, oubliant, je ne dis pas la rancune et la haine, mais la lutte stérile, ne se mettrait-elle pas, dans une émulation pacifique et fraternelle, à travailler sous la direction éclairée et bienveillante de ceux qui ont été élus et qui valent leurs prédécesseurs.

Quoi qu'il en soit la majorité actuelle n'est ni mégaloïque ni persécutrice et aucun de nous n'est éternel ou indispensable.

A chacun son tour pour occuper cette place d'honneur : la présidence et les fonctions directives.

Vous devez, majoritaires ou minoritaires, nous aider dans notre mission comme nous avons aidé nos chefs d'hier et comme nous aiderons nos dirigeants de demain, tous égaux devant l'Eternel, tous serviteurs de la Science et surtout de l'art médical.

Messieurs, je vous convie au travail et je vous souhaite une paix féconde.

Vous pouvez tous compter sinon sur ma science, du moins sur ma bonne volonté, sur mon expérience et sur mon impartialité et surtout sur l'équité qui triomphe toujours et venge par la victoire et sur la justice immanente, espoir du vaincu et... du défaitiste.

Quant au Bureau, gardien vigilant de notre constitution, il ne reniera pas nos statuts, sera fidèle à nos institutions et ne désertera pas son poste non de combat mais de coordination.

A vous de travailler dans l'union et la paix.

∴
RAPPORT DE L'EXERCICE 1930

par le Dr SORIA

Mes Chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le bilan de la Société de l'exercice 1931.

Les encaissements ont été cette année de Frs 11.554,10 se décomposant comme suit :

Encaissement 239 cotisations à 40 francs.....	9.569	»
Subvention Gouvernement Tunisien	500	»
Subvention Travaux Publics	500	»
Intérêts 1 ^{er} et 2 ^{me} trimestres	994	10

Total.....Frs 11.554 10

Les dépenses cette année ont été de Frs 7.317,10 se décomposant comme suit :

Abonnements divers journaux médicaux, biblioth....	1.273	»
Frais encaissements Poste	225	40
Frais encaissements Tunis	350	»
Frais envoi convocations	502	40
Frais divers suivant détails caisse	229	60
Participation loyer Maison du Médecin	3.000	»
Souscription Monument Forlanini	500	»
Participation appointements comptable	1.250	»
Frais Banque	5	70

Total.....Frs 7.317 10

Recettes : 11.554 10
Dépenses : 7.317 10

Bénéfice : 4.237 »

Ce bénéfice ajouté à notre réserve au 31 décembre 1930,
soit : 25.554 40
plus : 4.237 »

29.791 40 réserve au 31 décembre 1931.

Nous avons encaissé cette année 239 cotisations au lieu de 227 l'année passée soit une différence de 12 cotisations à 40 francs : 480 francs.

Il nous reste encore en portefeuille 21 cotisations se décomposant comme suit :

6 cotisations encaissables dans quelques jours.

24 cotisations impayées avec la mention refusée.

1 cotisation du docteur Varese décédé.

Pour l'année prochaine, nous devons prévoir en plus des dépenses normales, une dépense supplémentaire pour les abonnements aux journaux médicaux italiens, frais, impression, convocations année 1930 que nous n'avons pas payé.

Par suite de la crise actuelle, les banques ont diminué leur taux d'intérêts. Devant l'importance de notre réserve, j'ai pris la liberté d'acheter 1.200 francs de rentes françaises 6% 1920, dont 600 frs de rentes seraient pour le Prix Brun et 600 frs pour le compte de la Société. Cet achat a été effectué le 8 janvier par les soins de la Banque de l'Algérie.

∴

Le président informe l'assemblée de la démission du docteur Comte. Au nom de la Société, il dit combien il le regrette. Dans un vote unanime, la Société tient à souligner les services éminents, mais ignorés, que le docteur Comte a rendus à la Tunisie et émet le vœu de voir le docteur Comte retirer sa démission.

∴

Admission de membres nouveaux :

D^r NOEL, docteur en médecine vétérinaire, élu à l'unanimité.

PRESENTATIONS DE MALADES ET DE PIÈCES

D^r LEHUCHER. — *Ostéomyélite aiguë et arthrite suppurée du genou — Procédé de Wilhelm — Guérison avec restitution fonctionnelle intégrale.*

(Voir en tête de ce numéro, page 76).

Discussion :

Le D^r HABABOU-SALA constate que la vaccinothérapie n'a pas été négligée.

D^r LEHUCHER : répond au Docteur Hababou que si le Propidon a pu être utile, il semble que du fait de la localisation secondaire au genou droit, bien tard après le début de l'infection staphylococcique, l'action vaccinale ne peut être mise au même plan que le traitement opératoire. Chacun est d'ailleurs d'accord pour estimer que la vaccinothérapie si active qu'elle soit ne doit jamais retarder le traitement chirurgical dans les arthrites suppurées secondaires.

D^r HAYAT : Je n'observe presque plus depuis 15 ans de cas d'ostéomyélite dans ma clientèle de Tunis alors que j'en observais relativement beaucoup dans mes premières années d'exercice de la médecine en ville et dans les hôpitaux.

Est-ce que l'ostéomyélite est rare en Tunisie ?

D^r LEHUCHER : répond au Docteur Hayat que l'ostéomyélite de l'enfant et de l'adolescent est loin d'être rare à Tunis, il en passe un bon nombre dans le service de chirurgie infantile de l'H.C.F.

Le D^r LEHUCHER remercie le Docteur Ganem de bien vouloir s'associer à ses conclusions.

∴

Péritonite à gonocoques prise pour une appendicite

chez une petite fille de 7 ans

Laparotomie - Mikulicz - Guérison

par le D^r LEHUCHER

Nous vous présentons cette petite fille dont l'observation — surtout en ce qui concerne la décision opératoire — prêtera près de vous à discussion, et si l'on suit les auteurs classiques, certainement à critique.

Hermine C..., âgée de 7 ans, était entrée le 8 août 1931 dans no-

tre service de chirurgie infantile de l'H. C. F. pour vulvo-vaginite qu'un examen de laboratoire permet de spécifier gonococcique. Traitement classique par lavage au permanganate de K à l'aide d'une fine sonde de Nélaton.

Le 13 août, brutalement, forte douleur abdominale dont le maximum paraît siéger au côté droit. Vomissements poracés.

Température à 39°9, pouls aux environs de 130-140. Facies grippé légèrement « cyanique ». Ventre tendu, avec défense de la paroi, extrêmement douloureux à la pression. Tableau complet de péritonite aiguë qui, vu la prédominance des symptômes à droite, est mis sur le compte d'une appendicite. Nous étions bien prévenus de l'existence d'une affection génitale gonococcique; cependant, nous devons avouer que nous n'hésitâmes point devant la gravité et la soudaineté du tableau à décider l'intervention d'urgence, par la voie menant le plus directement à l'appendice, voie de Mac-Burney : anses congestionnées, pus rare et mal concrété, appendice sain, qu'on enlève parce qu'on le tient.

Fermeture de la brèche opératoire après de courtes recherches, qui par cette voie latérale étroite ne mènent à rien. On pratique, de suite après, une laparotomie sous-ombilicale : même aspect congestif des anses médiocrement ballonnées, toujours pus rare, donnant plutôt impression de fausses membranes gluantes non organisées, diffus dans tout l'étage moyen et inférieur. Le petit utérus et les trompes ne présentent aucune lésion macroscopique, pas même d'état congestif marqué. On fait un prélèvement de ce pus qui donnera à l'examen direct la présence de gonocoques sans association. Lavage péritonéal à l'éther, drainage par Mikulicz installé dans le petit bassin. Suture partielle.

Suites opératoires de suite favorables. La température tombe en trois jours, l'état s'améliore rapidement. Mèches, puis sac sont retirés dans l'ordre, de deux en deux jours. Guérison.

Si nous nous reportons aux auteurs classiques : Broca (Société de Pédiatrie, 1905), Mondor (Diagnostics urgents, 1930), Ombredanne (Précis de Clinique et Chirurgie infantile, 1925), Janet (Diagnostic et traitement de la blennorrhagie, 1930); l'absence opératoire doit être conseillée. Par contre à cette même réunion de la Société de Pédiatrie 1905 où Neller, Variot, Comby appuyaient la méthode d'abstention opératoire préconisée par Broca, Rist appor-

fait une observation du genre de la nôtre au point de vue péritonite à gonocoques et dans laquelle était rapporté le compte-rendu d'une intervention par laparotomie pratiquée par le prof. J. L. Faure : la voie médiane avait été empruntée du premier coup et on avait terminé l'intervention par un drainage à la mikulicz.

Mondor, discutant ces cas, insiste sur des signes différentiels qui pourraient permettre de préciser l'origine gonococcique du drame péritonéal; il insiste en particulier sur le faciès « cyanique » en même temps que grippé, sur la contracture moindre de la paroi et conclut également en faveur de l'abstention.

Mais chaque cas impressionne dans un sens ou dans un autre, suivant la gravité plus ou moins grande des symptômes de base; et quoiqu'on puisse nous assurer que la guérison doit survenir, on peut avoir à regretter par la suite de n'être pas intervenu à temps. d'autant qu'une petite malade porteuse de gonocoques a fort bien le droit de faire en même temps une péritonite d'origine appendiculaire.

Nous reconnaissons sans ambage notre erreur de diagnostic primitive; mais il n'en reste pas moins que l'acte opératoire, malgré son double temps, et le drainage consécutif à la mikulicz ont amené immédiatement la sédation de phénomènes extrêmement alarmants notre malade a guéri par l'opération, on ne sait en fin de cause ce qui serait survenu si nous avions fait un diagnostic exact et adopté la formule classique d'abstention.

Discussion :

D^r SCEMLA : Demande si l'intensité des phénomènes de début ne pouvaient pas faire penser à la péritonite à pneumocoques.

D^r GANEM : J'ai eu l'occasion d'observer au cours de mon internat à Paris, deux péritonites à gonocoques. Le diagnostic n'a pas été fait dans les deux cas. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Drainage et guérison dans les deux cas.

Le pronostic opératoire est en général bénin. Aussi on ne regrettera pas d'opérer de tels malades.

Le D^r LEHUCHER répond au Docteur Scemla qu'en dehors du diagnostic d'appendicite on devrait penser plutôt au gonocoque qu'au pneumocoque, du fait de la vulvo-vaginite dûment étiquetée gonococcique. Il semble d'après l'expérience que l'on en a dans

le service, que la péritonite à pneumocoque n'a pas un début aussi brutal.

∴

D^{rs} MAURICE UZAN et ALBERT BISMUTH. — *Un cas de diabète insipide.*

(Voir en tête de ce numéro, page 80).

Discussion :

COHEN-HADRIA : Il serait peut-être préférable de faire un traitement spécifique, sans donner d'extrait hypophysaire. Comme médicament spécifique, je conseillerais plutôt le novarsénobenzol et l'iodure de potassium; on a en effet trop tendance à oublier ce dernier médicament qui est un excellent résolutif des gommages.

D^r HAYAT : J'ai observé, il y a trois mois, un malade atteint de diabète insipide avec polyurie de 17 litres. J'ai demandé à la Maison Choay de la poudre d'hypophyse à employer par prises nasales pour traiter ce cas. Mais ce malade rentra chez lui à Sfax sans avoir commencé son traitement.

∴

D^r HABABOU-SALA : *Piqûre opératoire à streptocoque hémolytique jugulée par la vaccinothérapie.*

(Voir en tête de ce numéro, page 78).

Discussion :

Le D^r SORIA demande si le Docteur Ganem était assuré et devant sa réponse négative demande et propose que la Société étudie l'assurance collective de tous ses membres avec une Société d'Assurance et toute tranquillité qui, devant le chiffre très important ferait des conditions très favorables.

Cette proposition est acceptée et fera l'objet d'un ordre du jour au prochain Conseil du Bureau qui décidera dans l'intérêt de la collectivité.

∴

PRESENTATIONS DE PIÈCES

Les D^{rs} BROU et CHAHED présentent un fragment de foie avec kyste hydatique calcifié.

(L'observation paraîtra dans un prochain numéro).

Séance extraordinaire du 5 Février 1932

La séance est ouverte à 18 heures sous la présidence du Docteur Scialom.
Sont présents : MM. les docteurs Ronchot, Tremsal, Guido Lévy, Ghouilo-Houri, Salvo, Lumbroso, J. Seemla, Giami, Maruani, Timsit, Lucien Uzan, H. Bonan, Broc, Laigret, Cohen-Hadria, I. Lumbroso, Maurice Uzan, Féré, Jacobson, Cohen-Boulakia, Chauvin, Debbasch, Santillana, Reynal, Moatti, Cassar, Caillen, Bouquet-Bryon, R. Nataf, Brandembourg, Sfez, Bardou, Lalloum, Chahed, Hayat, Saffar, Domela.

∴

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

∴

COMMUNICATION DU BUREAU

Une séance extraordinaire de la Société aura lieu à l'Institut Pasteur le vendredi 12 février. Au cours de cette séance, le D^r Ch. Nicolle exposera les travaux effectués par ses collaborateurs et lui-même durant ces trois dernières années.

COMMUNICATIONS

Le D^r REYNAL, reprenant une idée chère au regretté D^r Conseil, expose les réalisations du bureau d'hygiène en matière d'épidémiologie et de prophylaxie.

Le D^r BROC demande que ces bulletins soient publiés dans la *Tunis Médicale*.

∴

D^r GUIDO LEVI : *L'épreuve de la sédimentation des hématies au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire. (Considérations sur la chrysothérapie).*

(Voir en tête du numéro, page 57).

Discussion :

D^r MAURICE UZAN : Félicite le docteur Guido Lévi pour son intéressant travail. En dehors de la tuberculose, dans certains rhumatismes tuberculeux ou non, la vitesse peut se trouver accélérée et dans ces cas la chrysothérapie a été essayée avec succès (Mathieu, Pierre Weill, Laederich et Mamou, etc.).

Par ailleurs, dans un travail récent que nous faisons avec Lévy, Dana et Lucien Uzan, nous avons vu au cours d'un cas de diabète insipide qui fait des crises d'hydrémie paroxystique, cette vitesse très accélérée.

Nous croyons que là il s'agit d'un fait purement mécanique dû au brossage énergique du sang par l'eau faisant irruption brutale, courte et répétée dans le torrent circulatoire.

Ce sont les faits du même ordre que l'on rencontre lorsque le centre de la diurèse est plus ou moins lésé par voisinage de tumeurs, méningites basilaires ou autres.

L'épreuve de la vitesse de sédimentation globulaire a plus une valeur pronostique que diagnostique.

D^r HECTOR BONAN : L'intérêt de la réaction de sédimentation réside en ceci qu'elle permet de dépister la phase évolutive de la maladie.

Ainsi pour les rhumatismes, elle permet de nous rendre compte si on se trouve en présence d'un rhumatisme infectieux ou autre rhumatisme chronique goutteux.

Ainsi pour la lèpre, maladie sans température et sans signes généraux, elle permet de se rendre compte si on se trouve en présence d'une poussée évolutive ou d'un arrêt de la maladie. Dans la tuberculose l'intérêt de la réaction de sédimentation est moindre, les signes cliniques passant au premier plan.

Quant à la chrysothérapie, je suis d'avis qu'il faut l'employer aussi largement que possible et dans toutes les formes de tuberculose. Il ne faut pas hésiter non plus à utiliser de fortes doses en injections intraveineuses, c'est-à-dire 0,50 par semaine.

Les médecins devraient utiliser plus fréquemment cette méthode.

∴

D^r LAIGRET et M^{lle} FRIED : *Un cas tunisien de fièvre récurrente hispano-africaine.*

(Voir en tête du numéro, page 73).

∴

Doua Raouani " El Mesteka "

par le D^r BROG

—«O»—

Un Arabe d'une trentaine d'années des environs de Nabeul, vient me trouver parce qu'il souffre d'un point de côté.

Je lui demande, avant de l'examiner, s'il n'a pas eu d'autres maladies, et il me rappelle, qu'il est venu me voir il y a un an pour une crise hémorroïdaire, dont il a d'ailleurs complètement guéri..... en ne suivant pas le traitement que je lui avais prescrit. Je

lui demande pourquoi, et il me répond simplement, qu'en sortant de chez moi, il a été dans un café maure, où un vieil arabe lui ayant demandé ce qu'il venait faire à Tunis, lui a conseillé, connaissant sa maladie, d'essayer un traitement Raouanien, meilleur marché et plus efficace que ceux des Toubibs. C'était si tentant, qu'après avoir payé la consultation du vieux moslem à lunettes, en soldant sa consommation, un simple caoua, mon client a été acheter une once de mesteka (mastic en larmes) l'a fait fondre le matin dans une tasse d'huile, a avalé le mélange et n'a plus jamais rien eu. Aussi me passe-t-il gratuitement le traitement merveilleux, pour moi, et mes clients. J'ai remercié et le soir venu, j'ai cherché quelques renseignements dans les éléments de Botanique Médicale, contenant la description des végétaux utiles à la Médecine par M² etc. A. Moquin-Tandon, membre de l'Institut, de l'Académie Impériale de Médecine. Professeur d'Histoire naturelle médicale à la Faculté de Médecine de Paris en l'an de grâce 1861.

Le mastic qui vient du *pistacia lentiscus* y est bien étudié et passe pour tonique stomachique et stimulant. On l'a recommandé dans les catarrhes anciens, dans la diarrhée chronique, dans les rhumatismes. Mais je n'ai trouvé aucun allusion aux hémorrhoides.

Je ne voyais pas trop dans tout cela, d'où pouvait provenir l'habitude de l'employer pour cette affection si fréquente chez les Arabes, quand j'eus l'idée d'en parler à mon interne M. Chahed, et de lui demander de voir dans quelques vieux bouquins, si ce médicament était indiqué dans les hémorrhoides.

Il a retrouvé le mastic, dans le traité de Daoud El Antaki surnommé l'Aveugle, mort en 1596, au chapitre des bou-assir : hémorrhoides.

C'est un chapitre assez curieux où Daoud montre qu'il était un bon clinicien, car il signale les différentes formes d'hémorrhoides et les signes qui permettent de reconnaître celles qui sont dues à l'atrabile, celles qui sont dues au sang, et il note avec soin, les modifications du pouls, dur et fort dans certains cas (hémorrhoides des hypertendus, et il note comme causes provocatrices, les mets piquants et salés, l'excès de consommation de viande de bœuf, qui passe encore pour échauffante chez les Arabes, le manque d'exercice, la faiblesse de la rate pour attirer l'atrabile, la faiblesse du foie. Il indique certains remèdes assez anodins, comme le sirop de

violette, fleur renfermant beaucoup de mucilage, adoucissante et calmante, et d'autres médicaments émoullissants renfermant figue jujube, rose rouge, fleur d'oranger, violette, anis. Mais il préconise surtout une formule personnelle de pilules, dont l'usage perpétuel calme la douleur et fait tomber les hémorroïdes.

Dans ces pilules il y a de la sandaraque, Turbith, agaric, aloès, une part noix de galle, térébenthine de Bordeaux ? anis, noisette ? Olibari, scammonée une demi part et mastie une demi part avec pierre d'arménie un quart de part, le tout mélé dans de l'eau de poireau, et les pilules obtenues doivent être bues dans une mesure (metkal) d'eau de raisin sec.

Le mastie d'Egypte rentre encore dans la composition d'un sacharolé (les Jouareds) surnommé par Daoud le roi des médicaments, et aussi le médicament de l'année, son effet se produisant seulement au bout d'un an. Le mastie s'y allie assez agréablement avec quelques parts de myrabolum jaune et noire et de vertèbre du cou d'un chat, gingembre, etc.

Le nom du vieux Daoud El Antaki (mort en 1596) est probablement inconnu du vénérable confrère moslem, qui tient son cabinet de consultation dans un café maure près de la gare, mais son traitement personnel des hémorroïdes a dû faire fureur en son temps, pour qu'on en retrouve encore actuellement, la survivance dans la thérapeutique populaire.

Discussion :

D^r SCIALOM : La *mesteka* est excellente, dit-on dans les milieux indigène, dans le traitement des catarrhes, la tuberculose, etc.

Il cite le cas du Bédouin de la *banlieue* qui guérit, il y a vingt ans, en buvant de l'eau d'un hallab où a été trempé son ordonnance (diète, eau de vie allemande, diurétique). Son écriture a été considérée comme *sainte et sacrée*.

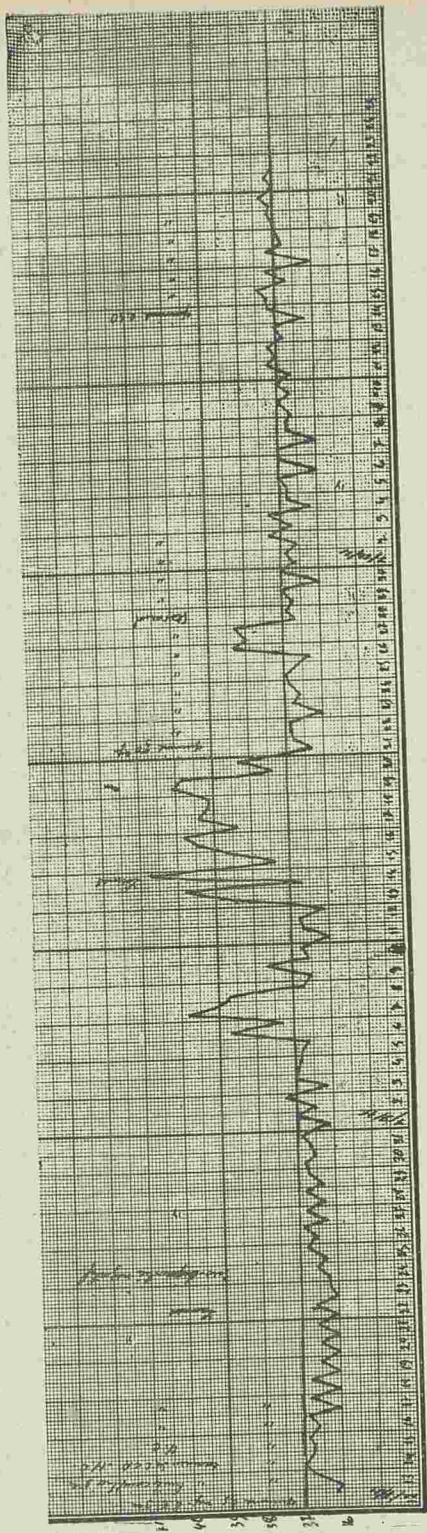
(••)

Un cas de paludisme pernicieux avec coma prolongé pendant la période apyrétique

par M. CHAHED

—(O)—

Au cours de cet été, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du Docteur Broc, à l'Hôpital E. Conseil, un cas de paludis-



me de forme anormale dont nous donnons ci-dessous l'observation résumée.

Le 12 août 1931, le malade, Brahim ben Ali, N° 4670, âgé de 10 ans, entre dans le service du docteur Broc, à l'Hôpital E. Conseil. dans un coma vigil.

A l'examen, il s'agit d'un enfant à faciès pâle, terreux, les yeux sont excavés. La langue est sale, saburrale. Il garde une attitude en chien de fusil. Pas de troubles oculaires, les pupilles réagissent bien à la lumière. Il présente une raie méningitique peu nette, les réflexes sont normaux, pas d'écoulement d'oreilles. La respiration est normale avec quelques soubresauts, le cœur est normal.

L'enfant sort de temps à autre de son abatement, s'agite un peu, pousse parfois des cris.

A la palpation, on sent le pôle inférieur de la rate. La vessie est distendue. Il présente une rétention d'urine; on a été obligé de le sonder à maintes reprises durant son séjour à l'Hôpital.

La perception de la rate, jointe surtout à la fréquence du paludisme à cette époque, nous conduit à faire une série de six injections de quinine à raison de 0 gr. 50 par jour.

Malgré cette thérapeutique, l'état est resté stationnaire jusqu'au 19 août. A cette époque, la raideur de la nuque et le signe de Kernig sont nets. La raie méningitique est persistante. Le pouls bien frappé est à 95 pulsations.

En présence de ces signes, on fait une ponction lombaire qui donne un liquide clair, non hypertendu. L'examen de laboratoire révèle de rares lymphocytes un par mmc. et absence de microbes. On fait en même temps un séro-diagnostic qui est resté négatif. Malgré l'absence de température, on fait un étalement de sang sur lames qui n'a pas donné de résultat.

Les résultats de la ponction lombaire infirment le diagnostic de méningite tuberculeuse à laquelle on avait pensé d'ailleurs.

L'enfant reprend peu à peu connaissance et le 25 août, il peut parler, demande à manger, se lève, mais il marche péniblement.

Le 6 septembre, après une courte période d'accalmie, le jeune malade est repris par des accès de fièvre et retombe dans un coma moins accusé que le précédent.

Cette période fébrile et comateuse a duré quinze jours. On fait de nouveaux examens de laboratoire. Le séro-diagnostic continue

à rester négatif, mais l'étalement de sang sur lames révèle la présence de *plasmodium falciparum*.

On fait une nouvelle série d'injections de quinine, suivie d'administration de stovarsol per os. La fièvre tombe et l'enfant a repris connaissance.

Du 20 septembre au 22 octobre, date à laquelle l'enfant a quitté l'hôpital, il n'a plus présenté de température et a repris sa vie normale.

Le 14 octobre, on lui fait une troisième série d'injections de quinine pour prévenir de nouveaux accès.

Le 22 octobre, l'enfant quitte le service, complètement rétabli.

D'après Laveran, les phénomènes dits pernicioseux qui se produisent au cours du paludisme, surviennent, en général, pendant la phase hyperthermique de l'accès et cessent rapidement après la chute de la température. Les phénomènes qui donnent à l'accès son caractère pernicioseux peuvent se reproduire à chaque accès, et si le malade n'est pas soigné à temps, la mort peut survenir dans le coma. On peut dans certains accès pernicioseux voir le coma survenir rapidement sans être précédé de délire, ni d'aucun autre symptôme capable d'attirer l'attention.

Ce qui fait la rareté du cas que nous avons observé, (c'est que les phénomènes comateux, méningitiques se sont produits pendant une période d'apyrexie et ont duré, la première fois du 13 au 25 août (douze jours). Ils ont reparu le 6 septembre avec de nouvelles crises fébriles, et le coma a persisté pendant l'apyrexie (9, 10 et 11 septembre) et pendant la crise fébrile jusqu'au 20 septembre. Comme toujours nous n'avons pas pu avoir des renseignements sur ses antécédents. Mais d'après la seconde crise, dont nous avons suivi toute l'évolution, nous pouvons supposer que la première crise est survenue aussi à la suite d'un ou de plusieurs accès fébriles, ce qui est de règle. Mais ce qui est anormal et rare, c'est de voir le coma et les phénomènes méningés se prolonger pendant une si longue période apyrétique, se modifier pendant cette même période, puisque le signe de Kernig et la raideur passagère de la nuque apparurent et disparurent en pleine apyrexie. Si ce malade ne nous était pas arrivé à l'hôpital à un moment où nous observions beaucoup de paludéens, nous n'aurions probablement pas songé au paludisme. Il est d'ailleurs curieux de noter que les six premières

injections faites en pleine apyrexie, en raison de l'hypertrophie de la rate, n'ont amené aucune modification des phénomènes comateux.

La seconde fois nous n'avons commencé la quinine qu'à la fin des accès, l'évolution de la maladie nous ayant fait écarter le diagnostic de méningite tuberculeuse. Nous avons recherché encore une fois l'hématozoaire du paludisme et nous avons eu la chance de le trouver malgré un traitement quininique antérieur, ce qui nous a permis d'affirmer la nature paludéenne des phénomènes observés et de guérir notre malade.

Discussion :

D^r HECTOR BONAN : Je viens d'observer un cas de paludisme avec néphrite et coma que j'ai l'intention de publier.

La particularité est celle-ci : le début est apyrétique et la période de pré-coma et coma avec température.

∴

Polype rectal traité et guéri par électrocoagulation

par les D^{rs} E. MARZOUK, Maurice UZAN et A. PEREZ

—(0)—

M. N..., 35 ans, cordonnier, se présentait en 1926 à l'un de nous, atteint d'une blennorragie aiguë qui, soignée, semblait au bout de quelque temps guérie et bactériologiquement stérilisée. Cependant, il revint quelques jours après cette guérison, souffrant de dysurie, de ténésme, d'épreintes, de prurit de la région anale et, dit-il, d'émission de pus par l'anus.

L'examen clinique ne montrait ni rétrécissement ni prostatite. L'examen du pus rectal révéla pourtant la présence de gonocoques.

Le malade subit quinze séances de diathermie intrarectale, du 22 juin au 25 juillet, sans aucun résultat.

La rectoscopie, alors pratiquée, révéla, au milieu d'une muqueuse congestive, sur la face antérieure du rectum, au niveau de la saillie prostatique, une petite tumeur pédiculée, grosse comme une cerise, d'aspect un peu framboisé, et qui était un polype rectal. Il fut décidé de traiter ce polype par électro-coagulation (Méthode de « diathermie sans fil » de Bordier).

Le malade fut placé sur un canapé, dans la position de « l'arabe en prière » (genu-pectorale). Les genoux du malade s'appuyaient

sur l'armature inférieure formée par le matelas et le diélectrique souple entre lesquels était glissée une électrode d'étain permettant le passage du courant. Les avant-bras étaient posés sur l'armature supérieure constituée par la « planchette-électrode » de Bordier. Le courant de l'appareil de diathermie était amené à ces armatures et réglé de telle façon que l'intensité atteignit 300 à 600 mA. L'établissement et l'interruption du courant se faisait à l'aide d'une pédale. Après avoir introduit le rectoscope et appliqué l'extrémité de l'électrode sur le polype, l'opérateur agit sur la pédale. La coagulation commença aussitôt et quand elle arriva au degré jugé suffisant par l'opérateur, le courant fut arrêté. A mesure que la coagulation avançait, le polype devenait de plus en plus blanc et fondait à vue d'œil. Pendant tout ce temps, le malade ne ressentit absolument rien.

A la suite, les soins furent très simples : seulement quelques lavages antiseptiques du rectum (permanganate de potasse, liqueur de Labarraque). Tous les troubles rétrocedèrent.

La malade n'a plus rien vu reparaitre depuis plus de cinq ans.

Le Merveilleux Concours d'Antonin Pieu (1)

par Charles NICOLLE

(Suite et fin)



Lassés de leurs jeux chicaniers, le dieu et le doute se taisent. Ils s'éloignent, l'un côté cour, l'autre jardin. Le sommeil approche. Pieu oublie son dix-huit. Même en dormant, il ne peut oublier les concours.

Au premier de ceux-ci, l'Externat, préluant par un bénin insuccès à une carrière d'échecs si parfaite, l'étudiant Pieu a filé sur la question : *Valvule tricuspide*, un casse-cou de l'aveu unanime. Cette question l'a toujours poursuivi. Malgré les défaillances plus récentes, c'est elle qui le persécute obstinément dans ses rêves.

Pieu se retrouve dans la petite salle où les candidats jouvencaux réfléchissent. Il ouvre le papier. Il lit : *Valvule tricuspide*. Et le misérable, la sueur au front, se tourne, se retourne, non sans précautions, sur sa bande étroite, se tourmente et s'épuise à traiter de la question rebelle.



D'un pas ralenti, l'âme caduquée, Pieu suivait la ligne du boulevard, allant à la découverte de son sort. A force de disputailler en lui, l'espoir et le doute avaient fini par déconfire sa raison et celle-ci, éberluée, fuyait, sitôt qu'il l'appelait à l'aide. Dans cet abandon, Pieu eût pu sans mentir se proclamer indifférent au destin. Cependant quelque chose veillait en lui qui, tout à la fois, le poussait vers le but et lui faisait retarder le moment de le joindre.

Il tourna sur le quai. Notre-Dame parut, brouillée par la brume et manchote de ses tours. Pieu avait calculé que la deuxième épreuve prendrait fin à onze heures au plus tard. Il avait fait son calcul de façon à arriver avec une vingtaine de minutes de retard, afin de se trouver seul devant l'affiche. Insoucieuse de son désir, une exactitude habituelle l'amenait en avance sur l'heure révolue.

Place du Parvis, il consulta, pour la vingtième fois, sa montre et il s'accorda un quart d'heure de grâce autour de la cathédrale. Il l'eut bientôt accompli. Comme il approchait de la porte de l'Hôtel-Dieu, une déchirure du brouillard lui laissa voir, entouré d'un escadron de jeunes gens, le gros des juges qui s'écoulait. Vacard, toutes affaires cessantes, semblait porter quarante siècles de concours sur l'échine.

(1) Voir numéros de la T. M., décembre 1931 et janvier 1932.

Invisible pour la troupe, Pieu s'arrête encore. Il respire violemment comme s'il voulait vivifier une dernière fois l'agonisant espoir et, désormais résigné, il marche vers le destin.

Il traversait la galerie du rez-de-chaussée de l'hôpital, lorsque, de l'escalier en face, il vit descendre Donchère. L'impatient personnage parlait avec fougue. Il paraissait furieusement contrarié et semblait se défendre contre de vives critiques qu'il fallait bien qu'il tirât de lui-même, car on ne pouvait les supposer issues de sa cour servile. Cependant, à la vue de l'arrivant, son visage devint aimable. D'un geste affectueux, il fit signe à Pieu de l'attendre.

— Dites bien, répéta-t-il à ses élèves, dites bien au professeur Latribe que j'ai tenté des efforts surhumains pour la remise de l'épreuve. Que voulez-vous ? Je n'ai pas été suivi. J'irai lui expliquer la chose, moi-même, demain. Dites-le-lui bien, Provins. Je n'ai pas été suivi.

Ayant rejoint Pieu, il le prit par le bras.

— Eh bien ! exclama-t-il, mon brave ami, vous êtes satisfait, j'espère. Le malheur de l'un fait les délices de l'autre. Ah ! ça, continua-t-il repris par sa préoccupation, pouvez-vous me dire, astucieux Pieu, où vous avez séquestré Raffarel ?

Abasourdi, craignant de mal comprendre, Antonin était devenu tout pâle. Il faillit laisser tomber son chapeau qu'il tenait à la main. Enfin, il murmura, stupide :

— Qu'est-ce qu'il y a ?

Devant un trouble aussi piteux, Donchère comprit que Pieu ne savait rien encore. Il lui fit signe de se recoiffer.

— Couvrez-vous, ajouta sa voix, cher collègue.

— Qu'est-ce qu'il y a ? répéta Pieu, défaillant.

— Il y a, répondit le professeur, il y a ceci d'incompréhensible et d'idiot que je vous ai fait donner dix-huit, je ne sais pas pourquoi ; que Raffarel ne s'est pas présenté ce matin, je ne sais pas pourquoi, et que vous voilà médecin des hôpitaux. Je comprends que vous n'en reveniez pas. Le fait est unique dans l'histoire des concours. Il est scandaleux... et il est. Vous voilà médecin des hôpitaux, sans que personne l'ait voulu et sans aucun chef. Et, ce qu'il y a de plus fort, je vais vous le dire, c'est que Latribe va m'en vouloir à mort — il baissa la voix — et que je m'en fous. Que diable ! je ne suis pas son larbin. A présent, me confiez-vous, malélique Pieu, ce qui est advenu de Raffarel ?

..

Il était advenu de Raffarel ceci :

M^{lle} Irma Fréjus, que nous avons rencontrée au début de cette histoire véridique, n'était pas fille à laisser son amant se marier sans réclamer des éclaircissements. Elle avait suivi, la veille au soir, l'infidèle jusqu'à l'hôtel du professeur Latribe et guetté sa sortie. Dans l'espoir d'un désistement amiable, il était monté une

dernière fois chez elle. Là, sa maîtresse l'avait conjuré de ne pas donner suite à son mariage. Raffarel avait refusé. Il ne s'était montré ému ni des larmes ni des menaces de la belle; mais il avait commis l'imprudencé de la suivre dans la pièce de débarras d'où l'amante délaissée s'était prestement enfuie, l'enfermant à clef sans vergogne.

Lorsqu'elle consentit à l'en tirer le lendemain, le concours était terminé et Pieu dans la place.

Qui court à présent éperdu, le cœur débordant de joie, sans penser qu'omnibus ou voitures le conduiraient plus tôt à ce foyer où l'attend la revanche ? C'est Pieu, notre cher Pieu, M. Antonin Pieu, médecin des hôpitaux de Paris, de par la défaillance du destin et la grâce efficiente de M^{me} Irma Fréjus.

Le fortuné se joue du brouillard; il bouscule la foule des trottoirs, enjambe en trois pas la chaussée, dédaigne le gué des ruisseaux. Cours, Pieu ! Hâte-toi ! La nouvelle sera d'autant mieux reçue que tu l'apporteras plus chaude. Rangez-vous, chiens ! Arrêtez, tramways ! Sergents de ville, faites la haie ! Laissez passer le messager de son orgueil. Il court. Il vole. Un temps, il s'arrête, jambes croisées, front pourpre, poitrine tambourinante; et il se rue de nouveau.

Point besoin, cette fois, de préparer un discours. Trois mots : *Je suis nommé. Ça y est. Je le suis.* Adolphine baissera la tête, elle pleurera; les enfants crépiteront de joie. Et lui, qui est tendre, qui est noble, qui sait qu'on l'aimait quand même, Pieu, le chevaleresque, le magnifique Pieu pardonnera.

Tout, aussitôt, de changer dans sa vie. Il ne sait pas bien au juste en quoi consistera ce changement. Il n'y a jamais réfléchi. Comment le devinerait-il à présent, exténué de sa course ? Il entrevoit un bonheur innombrable et des avenues de délices.

Les Consuls gravissaient le Capitole d'une allure sans doute plus noble; ils ne portaient pas plus de joie. Les trois étages sont avalés. Le doux moment, impatient, sublime à mourir. Pour le chroniqueur, la belle scène à rapporter.

M^{me} Pieu est au salon. Auprès d'elle M^{me} Capron, sa mère. Elles conversent à voix basse. La porte s'ouvre; les battants claquent; Pieu fend le seuil, lance son chapeau sur un meuble et, lauré de sa superbe, il s'arrête.

Adolphine a levé le visage.

— Antonin, réclame la voix, ferme la porte. Tu sais comme Maman est frileuse.

Est-ce qu'un vainqueur se soucie qu'une porte reste ouverte et qu'une belle-mère s'enrhume ? Antonin ne fermera pas la porte; pas, du moins, avant d'avoir triomphé.

— Ferme la porte ! commande Adolphine.

— La porte ? sourit Pieu, magnifique. Il s'agit bien de la porte. Ma chérie... Belle-maman...

— Il s'agit premièrement de fermer la porte ou bien de sortir. Antonin recule; puis, par habitude, il obéit.

Lorsqu'il revient auprès des deux femmes, sa langue victorieuse hésite. Celle d'Adolphine la devance :

— Voilà une scène bien inutile, mon pauvre ami. Tu aurais pu nous l'épargner. Je suis au courant du résultat. Maman a eu la complaisance de passer à l'Hôtel-Dieu et celle de prendre une voiture pour venir m'annoncer plus tôt la nouvelle. Je ne me plains pas. Tu n'as jamais été prévenant. Enfin, pour une fois que tu n'apportes rien de mauvais, tu aurais pu te presser et ne pas te laisser devancer par ma mère.

Pieu pourrait produire des témoins, la sueur de ses tempes, son cœur en tumulte. La surprise de l'accueil lui tombe sur les jambes. Il s'assied. Posément, sa femme s'explique :

— Ecoute, Antonin. Ecoute-moi et, surtout, cesse de te monter la tête. Comme Maman me le disait très justement tout à l'heure être médecin des hôpitaux, c'est très beau. Ce n'est pas ça qui fait vivre. Tu dois reconnaître que, tant que tu as concouru, je ne t'ai pas posé de conditions. Il te fallait du calme, une atmosphère aimante. Tu ne peux prétendre, tout de même, qu'elle t'ait manqué. Il y a surtout une chose que tu dois reconnaître, c'est que je n'ai jamais douté de ton succès. Je savais bien qu'un jour ou l'autre, en fin de compte, tu arriverais. A présent que te voilà nommé, grosse bête, il ne s'agit plus de gaspiller ton temps. Tu as quarante ans bien sonnés, Popo en a dix et Zuzette sept. J'espère que tu ne vas pas passer toutes tes journées à l'hôpital. Tu feras deux parts de ton temps : une petite, deux heures, que tu donneras à tes malades gratuits — tu vois, je suis large — et le reste à la clientèle. Il n'y a pas que des avantages à être médecin des hôpitaux. Tu ne vois que le titre, le panache. Tu as toujours été comme cela. Je ne t'en veux pas. C'est aux femmes d'être sérieuses. Moi, je considère la question sur toutes ses faces. Tant que tu n'étais rien, nous pouvions nous contenter de ce petit appartement. Maman me disait qu'un médecin des hôpitaux ne peut pas habiter ce quartier ni loger au troisième. Ça coûte chaud, par ce temps-ci, de descendre d'un étage ou de deux et de se rapprocher du centre. Tu ne vas pas non plus exiger que je continue à mener cette existence claustrale et que je garde ma petite couturière. Toi, ça t'amuse de t'ennuyer. Tu n'as pas la prétention d'y obliger indéfiniment les tiens. Je n'ai plus tant d'années de jeunesse devant moi. Et puis, ton cabinet, tes dépenses, réfléchis, une belle salle d'attente, la voiture, ça va nous faire encore des frais. Il faudra payer tout cela. Est-ce que tu veux nous ruiner ? Non. Eh bien ! mon chou chéri, il n'y a plus de temps à perdre. Tu te reposeras quand Zuzette sera ma-

riée. Surtout plus de livres, plus d'écritures. Tu es médecin des hôpitaux. Tu en sais assez. Crois-moi, crois Maman, crois ta mère qui sera de notre avis pour une fois. Précipite-toi sur la clientèle.

Pieu n'a plus envie de triompher. Le langage d'Adolphine est celui du bon sens. Il n'avait pas pesé les obligations de sa victoire. La salive qu'il ravale lui semble amère.

Dans une mêlée piaillante, les enfants envahissent le salon. Ils grimpent à même leur auteur.

— Est-ce que c'est vrai que tu serais reçu, papa ? interroge le garçon.

— C'est bien sûr, au moins ? insiste la fillette.

— Alors, puisque tu es reçu, tu vas me faire un cadeau.

— A moi, d'abord. Qu'est-ce que tu vas me donner, papa ?

L'heureux homme contemple ses petits d'un air trouble. Avant qu'il ait trouvé sa réponse, Adolphine les lui arrache :

— Mes pauvres enfants, il n'a pas songé d'offrir quelque chose à sa femme.

∴

Dans le lit conjugal où le succès n'a pas élargi sa place mesurée, Antonin Pieu, médecin des hôpitaux, demeure éveillé. Il ne remue pas les pensées de la nuit dernière. Celles qui s'imposent ne sont pas moins décevantes.

Adolphine est décidément une femme perspicace. Où il ne voyait qu'une joie, elle lui a montré des chaînes. L'arc de triomphe n'était que la porte de la chiourme professionnelle.

S'il consent au destin commun, à quoi se griser dans la vie ? Par quel poison contenter la chimère que chaque homme porte en soi ? Serait-il vrai qu'il n'y ait d'heureux que le désir ? Jusqu'ici, la route de Pieu s'étendait droite, telle une allée de cimetière, parée des bornes de ses échecs comme de réguliers tombeaux. Sans doute, la gaité n'y menait pas sa sandale dansante. Il y était fait, et les étapes du chemin dressaient des buts à ses efforts. Va-t-il regretter sa victoire ? Pieu souffre d'un vide.

Mais voici que, tout à coup, son âme angoissée s'apaise et que la belle route familière reparait à ses yeux. Elle l'attire ; il s'y engage. Les concours, les chers concours, rien de cela n'est mort. Tout revit, au contraire, et s'immortalise plus splendide, puisque, de candidat, Pieu devient juge.

Vraiment, l'existence est bonne ; l'avenir garde des jours délicieux. Le concours des Hôpitaux à faire passer plus tard ; bientôt celui de l'Internat ; celui de l'Externat demain. Il s'y voit ; il s'y enfonce ; il en vit et s'en repaît par avance. Amphithéâtre béni, belles feuilles de papier, table vêtue du drap mystique. Il siège ; il écoute les candidats, il pose des questions. Et tandis que le sommeil étend sur lui ses ailes reposantes, Pieu, le maniaque Pieu, Pieu cervelle à concours, bête comme eux, comme eux pernicieux. Pieu, d'un cœur malsain, glisse dans l'urne : *Valvule tricusvide*.

LIVRES REÇUS

La Science et le Bonheur — Longévité et Immortalité par les vibrations

par Georges Lakhovsky. Un volume in-16 grand jésus de x-276 pages, avec 36 figures dans le texte. — Gauthier-Villars et Cie, éditeurs, Paris, 1930. — Prix : 25 francs. En vente chez les libraires et à la Société C.O.L.Y.S.A., 25, rue des Marronniers, Paris (16^{me}).

Les remarquables théories de M. Georges Lakhovsky sur l'oscillation cellulaire ont déjà ouvert maintes voies thérapeutiques nouvelles. L'auteur nous montre ici comment ses découvertes nous permettent de réaliser un progrès réel dans l'art de vivre, en nous apportant les meilleures raisons comme les plus sûrs moyens d'améliorer et de prolonger notre existence. Mais le fond de son œuvre est éminemment philosophique. M. Lakhovsky n'hésite pas à jeter un pont entre le positivisme et la métaphysique. Ses conceptions scientifiques si séduisantes et si hardies illuminent bien des aspects du monde invisible et nous font envisager sous un jour nouveau l'existence de l'âme après la mort.

Un banquet de médecins arabes au temps de l'Emir Nasr el Dawla Ibn Marwan

par Ibn Batlane, commenté par le Docteur Mahmoud Sedky Bey. — In-8° carré, 55 pages avec 12 figures. — Paris, Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine. — Prix : 10 francs.

C'est un manuscrit arabe intitulé (Daawat et Alibba) (Banquet de Médecins) qui fut écrit par le médecin arabe bien connu Ibn Batlane et dédié à l'Emir Nasr El Dawla Ibn Marwan en 1065 A. D.

Écrit dans un style plaisant et burlesque sous lequel l'auteur (médecin lui-même) cherche à masquer sa satire sur les médecins et empiriques de l'époque. C'est l'histoire d'un aventurier qui a réussi à s'introduire chez un vieux médecin de la ville Mayafarkine où notre homme espérait s'établir. Le vieux médecin amusé par les propos de cet aventurier l'avait invité à dîner.

Les citations abondent, les anecdotes, les situations comiques se succèdent durant le dîner d'une façon amusante, le tout empreint d'une savoureuse philosophie paternelle et bien arabe.

Il démontre en même temps l'avantage qu'il y a de s'adresser au besoin à un véritable médecin qui a de la valeur et de l'expérience, et non pas choisir un de ces nombreux charlatans qui pullulaient alors, encombrant l'exercice de la médecine, enlevant les malades aux praticiens et les soignant avec des remèdes empiriques.

Le livre est précédé d'une préface sur l'histoire de la médecine arabe et les règlements à suivre dans l'exercice de la médecine chez eux.

Les troubles vaso-moteurs des extrémités

par le Docteur L. Langeron, professeur de Clinique médicale à la Faculté libre de Médecine de Lille. — Un vol. in-8° de 70 pages. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris. — Prix : 18 francs.

Les « Troubles Vaso-Moteurs des Extrémités » désignent l'ensemble des manifestations pathologiques dépendant d'une perturbation de la circulation artérielle et artério-capillaire de ces extrémités et possédant une autonomie clinique suffisante; leur constatation est fréquente, leur importance pratique non négligeable.

L'auteur en fait une étude physio-pathologique et clinique; il en analyse les symptômes et leur mode de production, puis en décrit les principaux groupements et formes cliniques, pour terminer par la thérapeutique qui doit leur être appliquée; le tout en se plaçant sur un terrain avant tout pratique.

On trouvera donc dans cet exposé une mise au point d'une question assez complexe et touffue qui permettra au médecin de se reconnaître dans ces diverses manifestations pour être à même de les diagnostiquer et de les traiter.

La Tunisie Médicale

MARS 1932



TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Cinquante années d'épidémiologie militaire en Tunisie

par le D^r M. CHAUZY, médecin capitaine

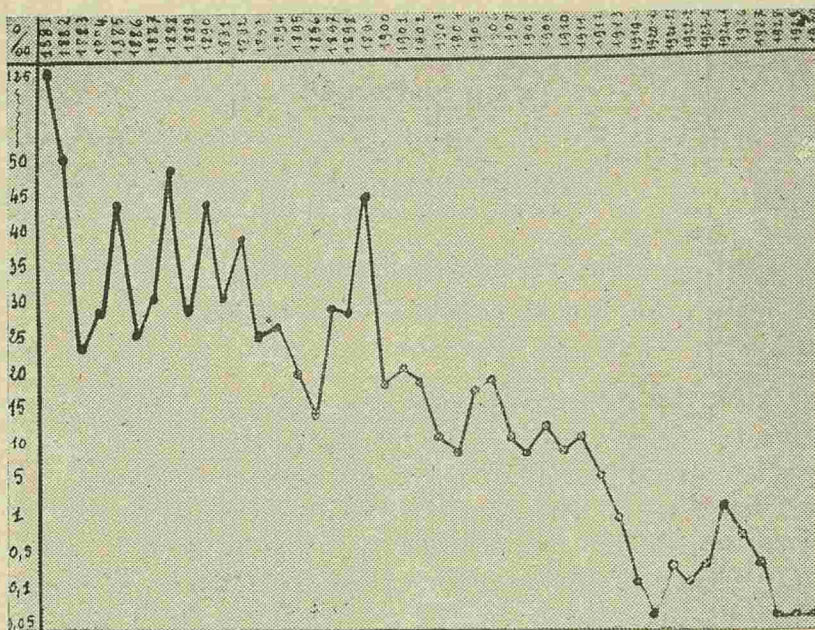
—(0)—

La Loi du 22 janvier 1851, en créant la Statistique médicale de l'armée française, a fourni aux hygiénistes une source de renseignements remarquable. Les chiffres que nous en avons extrait et qui représentent le bilan de cinquante années de médecine militaire en Tunisie pourront être comparés aux statistiques établies pour ces dernières années par les Services d'Hygiène du Protectorat, mais ils constituent dans leur majeure partie, c'est-à-dire pour la période qui s'étend de 1881 à la Grande Guerre, une documentation absolument unique sur l'épidémiologie en Tunisie.

Ils nous ont ainsi paru susceptibles d'intéresser ceux qui, à différents titres, s'occupent de pathologie et d'hygiène dans la Régence.

I. — LES INFECTIONS TYPHOÏDIQUES

L'étude de la typhoïde chez les militaires des Troupes de Tunisie est une illustration éclatante de l'efficacité des mesures d'hygiène et surtout de la vaccination préventive rendue obligatoire dans l'armée par la loi Labbé au début de 1914. Le graphique ci-dessous est éloquent, mais deux chiffres extrêmes montrent immédiatement les progrès réalisés, en cinquante années, par le Service de Santé militaire, dans un pays où la dothiéntérie continue à sévir parmi la population civile : Pour les effectifs sensiblement les mêmes le nombre des cas de fièvre typhoïde est tombé de 2.752 en 1881 à 1 en 1928, 1929 et 1930; encore est-il permis de penser que ces trois cas uniques étaient le fait d'hommes ayant officiellement ou non échappé à la vaccination ou aux revaccinations.



L'étude de la courbe établie suivant la proportion de cas pour 1.000 hommes de 1881 à 1930 est non moins instructive.

Son allure est régulièrement descendante avec quelques sommets qui appellent des commentaires.

Tout d'abord, deux périodes à distinguer :

- 1° de 1881 à 1913, période de mesures d'hygiène;
2. de 1919 à 1930, période de la vaccination obligatoire.

Pendant la première période, chiffres extrêmes de 125 o/oo en 1881 et 5 o/oo en 1913; décroissance à peu près constante, uniquement obtenue par de sévères mesures d'hygiène générale parmi lesquelles il y a lieu de noter en tout premier lieu la surveillance bactériologique bi-annuelle des eaux de boisson destinées à l'armée, ainsi que l'isolement des malades dès les premières manifestations.

Cette méthode de prophylaxie, qui se rapproche de la méthode allemande de R. Koch a fourni, on peut le voir, d'intéressants résultats.

On doit pourtant signaler au cours de cette première période un crochet en 1899, s'expliquant par l'arrivée de renforts venus de

la Métropole à l'occasion d'une tension diplomatique : Fait intéressant que la recrudescence des cas chez de jeunes hommes soumis aux mêmes règles d'hygiène que leurs camarades mais non encore acclimatés.

La deuxième période correspond à la mise en œuvre de la vaccination préventive et des revaccinations. Les vaccins employés ont été : le vaccin à l'éther de Vincent, (actuellement abandonné), le vaccin T.A.B. chauffé fourni à l'armée par l'Institut Pasteur de Paris et le Lipo-vaccin T.A.B. de Le Moignic et Pinoy; les médecins vaccinateurs ayant à l'heure actuelle libre choix entre ces deux derniers vaccins. Pendant cette période la courbe partant de 0,1 o/oo revient après de légères oscillations à la même proportion. Le point le plus haut : 1,19 o/oo en 1924-1925 s'explique par le retour du Maroc de contingents envoyés en renfort lors des événements du Riff.

Il y eut parmi ces hommes vaccinés et revaccinés à l'occasion de leur départ au Maroc un certain nombre de cas de fièvre typhoïde.

Cette carence relative de l'immunité vaccinale dans des régions autres que celles où est fabriqué le vaccin est un fait qui semble bien établi : il est hors de doute qu'il y a, pour le moins, des variations de virulence entre les bacilles d'Eberth isolés en France et ceux que l'on rencontre dans les différentes régions de l'Afrique du Nord. L'immunité vaccinale actuellement très renforcée que l'on confère aux militaires partant pour le Maroc n'est pas toujours absolument efficace et il semble qu'il y aurait intérêt à utiliser dans une région donnée des vaccins T.A.B. établis avec une forte proportion de souches locales.

II. — TYPHUS EXANTHEMATIQUE

La courbe du typhus exanthématique ne présente en elle-même aucun intérêt puisqu'elle est le plus souvent voisine de zéro; elle a rarement atteint les chiffres infimes répartis entre 0,05 et 0,7 o/oo. En réalité les cas de typhus qui se manifestent chez les militaires, en Tunisie, relèvent de soldats indigènes rentrant de permission en période d'incubation. Le fait a pu être vérifié dans la grande majorité des cas.

Les mesures strictes d'épouillage et d'isolement des malades ont empêché la propagation de ces cas dont le nombre est d'autant plus

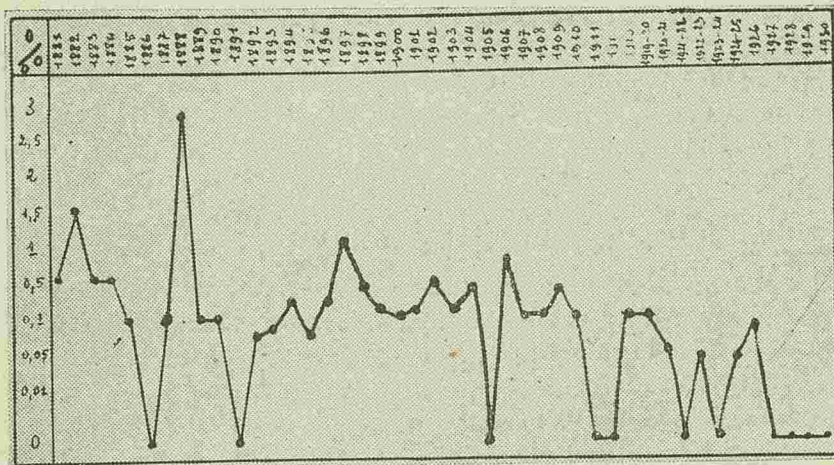
réduit, qu'en règle générale, aucune permission n'est accordée pour les localités où les situations décadaires de l'inspection d'hygiène signalent des cas de maladies contagieuses.

Les excellents résultats obtenus dans ce pays où le typhus sévit de façon permanente parmi la population indigène sont dus aux mesures strictes appliquées contre les porteurs de poux, leur dépistage au cours du service et surtout lors des retours de permissions et à la lutte contre les insectes eux-mêmes, lutte qui fait l'objet des préoccupations constantes du commandement et du Service de Santé.

Le Service de Santé en Tunisie se devait de mettre en œuvre dans toute leur rigueur, et par là même avec succès, les résultats des découvertes qui sont la gloire de l'Institut Pasteur de Tunis.

III. — VARIOLE

Si les prescriptions établies par l'article 6 de la Loi du 15 février 1902 étaient strictement observées, l'armée ne devrait pas connaître la variole. Nous verrons qu'il n'en est rien; et les enquêtes faites à chaque incorporation de contingents, même européens, montrent qu'un certain nombre d'individus ont échappé aux vaccinations et revaccinations légales.



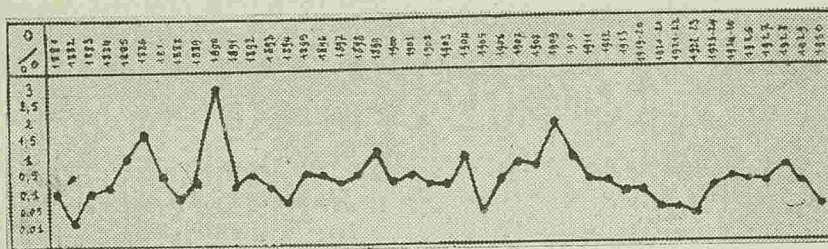
La variole a été souvent constatée parmi les troupes de Tunisie, plus fréquemment, il est vrai, parmi les militaires indigènes. Pour-

tant tout soldat européen et indigène est vacciné dans les tous premiers jours de son arrivée au corps. Des circulaires récentes ont même fait vacciner les jeunes soldats originaires de la Métropole dès leur passage à Marseille. Il n'en reste pas moins que la variole a pu donner lieu à la courbe ci-dessus: Le graphique n'est pas brillant. Il le serait sans doute beaucoup plus si les jeunes gens de 21 ans qui viennent à l'armée étaient revaccinés quelques temps avant leur arrivée au régiment (par exemple à l'occasion du conseil de révision). Le Service de Santé dans l'état actuel assure l'exécution d'une des prescriptions de la Loi (revaccination à 21 ans) prescription illusoire en ce qui concerne les individus échappant au service militaire. La preuve en est dans le plus gros pourcentage de cas chez les femmes que chez les hommes (entre 20 et 50 ans).

Il n'est donc pas exagéré de dire que la statistique de l'armée est alourdie par des cas de variole d'*incubation civile*, fait souvent contrôlé.

On doit pourtant signaler qu'un certain nombre de cas de variole ont été décelés chez les hommes ayant indubitablement subi les vaccinations et revaccinations légales.

IV. — SCARLATINE



La scarlatine se manifeste parmi les troupes de Tunisie, avec une intensité moyenne (chiffres extrêmes de 3 ‰ en 1890 et de 0,03 ‰ en 1882).

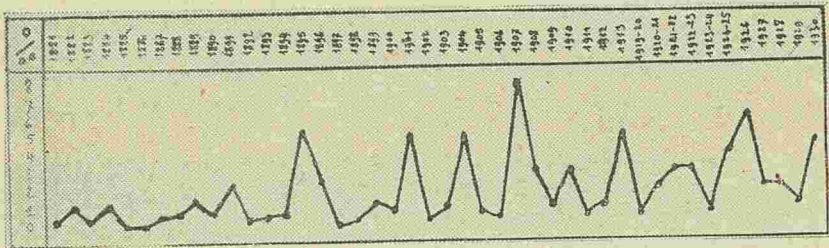
La scarlatine se présente le plus souvent sous la forme de cas isolés, le *chapelet interminable* n'étant pas toujours de rigueur. De petits groupements par contacts surviennent qu'il n'est pas toujours possible d'éviter étant donné la rapidité de la contagion. Les cas frustes ne se révélant qu'à la période de desquamation, sont presque toujours la cause des manifestations. Un certain nombre

de cas sont le fait de jeunes recrues de même que quelques foyers peuvent avoir leur origine dans les cas survenus chez les familles d'officiers et atteignant la collectivité militaire par l'officier lui-même ou les ordonnances. Il ne faut rien exagérer à ce sujet.

Maladie contagieuse qu'il n'est pas possible de supprimer tout à fait la scarlatine ne s'est jamais manifestée parmi les militaires en Tunisie sous la forme d'épidémies trainantes. Un isolement précoce des malades et des mesures sévères d'isolement et de prophylaxie pour les contacts possibles en sont la raison.

V. — ROUGEOLE

La rougeole se manifeste de façon plus intense. S'il est possible de trouver dans la courbe quelques années où aucun cas n'est apparu, par contre la rougeole a atteint 8 0/00 en 1907 et se tient le plus souvent autour de 2 0/00.



Les atteintes par rougeole sont infiniment moins nombreuses en Tunisie (comme d'ailleurs en Algérie) que dans la Métropole où la proportion est le plus souvent au-dessus de 10 0/00.

C'est donc une maladie fréquente dans l'armée. La rougeole frappe la collectivité militaire comme elle frappe les collectivités scolaires; le régiment étant, après l'école, le second stade d'immunisation par primo atteinte. Tous les jeunes gens ayant échappé à la contagion scolaire sont frappés lors de leur passage dans l'armée. Il n'est pourtant pas rare de rencontrer parmi les recrues, lors de la visite de dépistage, des rougeoleux en pleine éruption. Le mode de contagion de la rougeole explique la possibilité de petits foyers épidémiques dont les mesures d'isolement et de prophylaxie empêchent la généralisation. Mais tout porte à croire que

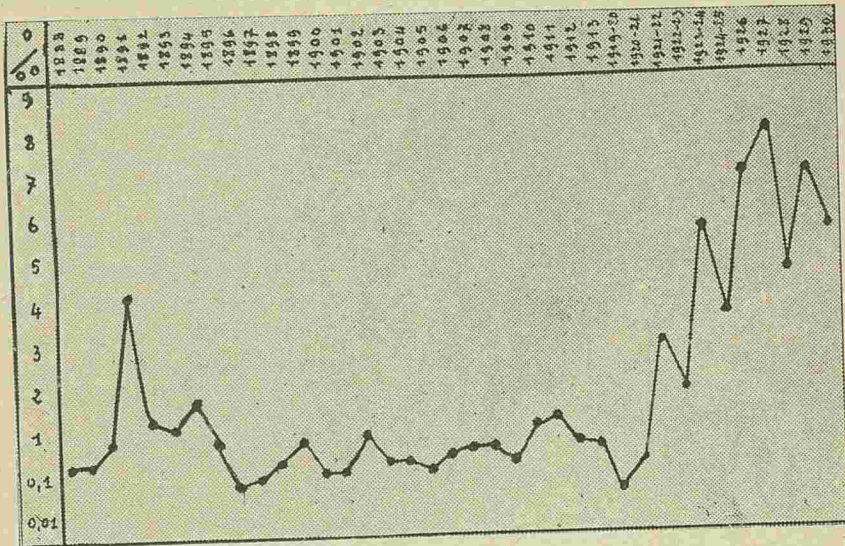
l'extension de la maladie est bien plus souvent arrêtée par les immunisations conférées par une atteinte en bas âge.

La rougeole, maladie du soldat, demande toute l'attention du Service de Santé, non pas tant pour restreindre la contagion initiale que pour éviter, par l'isolement individuel la propagation des complications de malade à malade.

VI. — DIPHTERIE

Parmi nos graphiques le moins présentable est celui-ci.

En effet, si la diphtérie s'était, en général, maintenue autour de 1 o/oo, depuis 1921, le nombre de cas n'a cessé d'augmenter, constituant le Service de Santé de graves préoccupations.



Une étude plus approfondie permet de constater que la diphtérie sévit presque exclusivement dans les garnisons du Nord de la Tunisie; une ligne horizontale passant un peu au Sud de Tunis délimiterait assez bien deux régions, celle du Nord où l'on rencontre la diphtérie, celle du Sud où ses manifestations sont extrêmement rares et le plus souvent le fait de contacts dans la région Nord. Un second point, classique en épidémiologie militaire est que la diphtérie atteint surtout les corps de troupe montés (cavalerie, artillerie, train) où ceux, vivant auprès des premiers, au ha-

sard des casernements. L'exemple le plus typique en est celui du Quartier Forgemol à Tunis où sont casernés quelques corps, aux côtés du 4^{me} Chasseurs d'Afrique; le régiment à cheval constituant le foyer d'endémie.

Bien que les manifestations de la diphtérie soient, en Tunisie notablement au-dessous des proportions relevées pour l'armée métropolitaine, l'extension de la maladie, d'année en année a fait l'objet d'études approfondies.

En dehors des mesures d'hygiène et de désinfection usuelles, la recherche des porteurs de bacilles de Loeffler a été mise en œuvre systématiquement depuis bientôt deux années avec comme conséquences l'isolement et la stérilisation des porteurs sains. Le renforcement des mesures prophylactiques n'a pas permis de faire regresser jusqu'ici le nombre de cas de diphtérie, peut-être est-il permis de penser que l'extension a été limitée de ce fait. La Direction locale du Service de Santé demandait depuis quelques années, l'autorisation de vacciner au moyen de l'anatoxine de Ramon les hommes du régiment le plus atteint, décélés réceptifs par la réaction de Schick.

Une loi toute récente (18 décembre 1931) rendant la vaccination obligatoire en cas d'endémicité ou d'épidémie, vient de mettre à la disposition des médecins militaires un moyen de prophylaxie que l'armée s'honore d'avoir largement contribué, dans la personne du médecin commandant Zoeller, à faire entrer dans la pratique courante.

Il est certain que d'ici quelques années la diphtérie aura presque complètement disparu dans l'armée.

VII. — PESTE

Malgré un état endémique marqué dans la population civile de la Régence, malgré de nombreuses poussées épidémiques, il était permis jusqu'en 1929 de dire que la maladie N° 9 n'avait atteint l'armée sous aucune de ses formes.

Pourtant la troupe avait été souvent appelée à participer à des cordons sanitaires ou à des mesures de police vis-à-vis des suspects comme par exemple au cours de l'épidémie de Tunis en 1929.

Bien que l'efficacité de l'immunité conférée par la vaccination préventive soit discutée il est bon de noter que la vaccination anti-pesteuse est employée de façon systématique dans l'armée à l'égard

des militaires destinés à certains théâtres d'opérations extérieures.

En Tunisie, plus particulièrement, les troupes envoyées en mission de police sanitaire ont toujours été vaccinés préventivement soit par le vaccin de l'Institut Pasteur de Paris, soit par le Lipo-vaccin antipesteux.

Le cas échéant la sérothérapie antipesteuse a permis de conférer l'immunité dans des cas urgents. La lutte contre les rats fait partie d'autre part des mesures d'hygiène courante, dans l'armée.

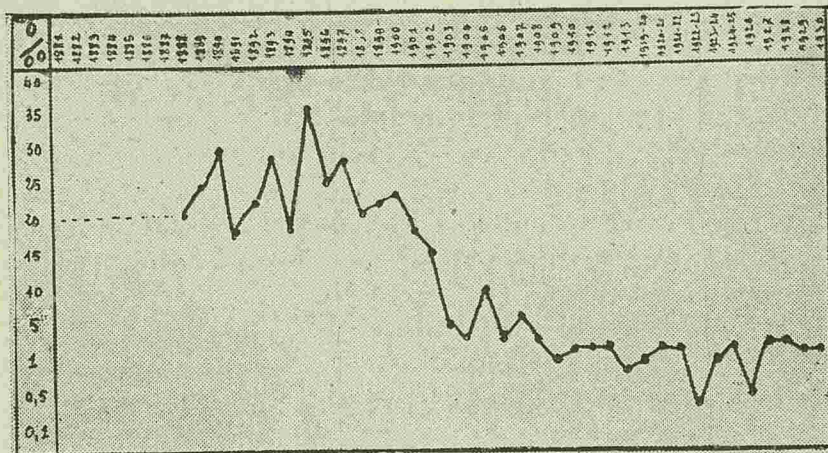
Malheureusement en octobre 1930 un cas est venu rompre une longue tradition.

Un sous-officier européen est décédé de peste bubonique contractée à son domicile particulier (les rats capturés à l'endroit même ont été reconnus atteints de peste par le laboratoire spécial à Tunis).

VIII. — DYSENTERIES

Sous ce titre nous groupons différentes affections intéressant le tractus intestinal et relevant de vocables divers dans la nosologie militaire soit :

- Dysentérie bacillaire;
- Dysentérie amibienne sous ses diverses formes;
- Diarrhée et entérites aiguës;
- Diarrhée chronique des pays chauds.



La grosse majorité des cas rapportés sont des diarrhées et enté-

rites aiguës ayant nécessité l'hospitalisation. Les cas de dysentérie bacillaire bactériologiquement confirmés sont actuellement peu nombreux, il en est de même pour les dysentéries amibiennes qui sont pour la plupart d'origine étrangère à la Tunisie ayant été contractées soit au Maroc soit au Levant.

Très fréquente lors de l'expédition de Tunisie, la dysentérie bacillaire a notablement diminué d'intensité. Se manifestant à la période des fortes chaleurs, elle cesse dès que la température redevient normale. Elle frappe presque exclusivement les jeunes soldats, nous y reviendrons plus loin. Les mesures d'hygiène rigoureusement appliquées ont eu raison de la dysentérie bacillaire ; pourtant les causes de contagion indirecte ont peu varié.

Les diarrhées et entérites aiguës ont une épidémiologie qui se superpose à celle de la précédente bien qu'il ne s'agisse en réalité que d'un syndrome relevant de causes étiologiques différentes. Celles-ci ont été minutieusement étudiées et il est apparu que les diarrhées ressortissaient presque exclusivement à des défauts de l'hygiène alimentaire favorisés par les périodes de grosses chaleurs. Les diarrhées sévissent de mai à septembre frappant presque exclusivement les jeunes soldats en particulier les recrues qu'un hasard malheureux fait arriver en Tunisie précisément au début de Mai.

Ces jeunes hommes non encore acclimatés, soumis à la fois à un changement d'existence et à une recrudescence des fatigues physiques, changeant à ce moment même de régime alimentaire, surpris par les fortes chaleurs se laissent aller malgré les ordres, les recommandations et une propagande active, à des excès alimentaires néfastes, notamment en ce qui concerne l'ingestion d'énormes quantités de boissons à base d'eau, de fruits et de légumes crus.

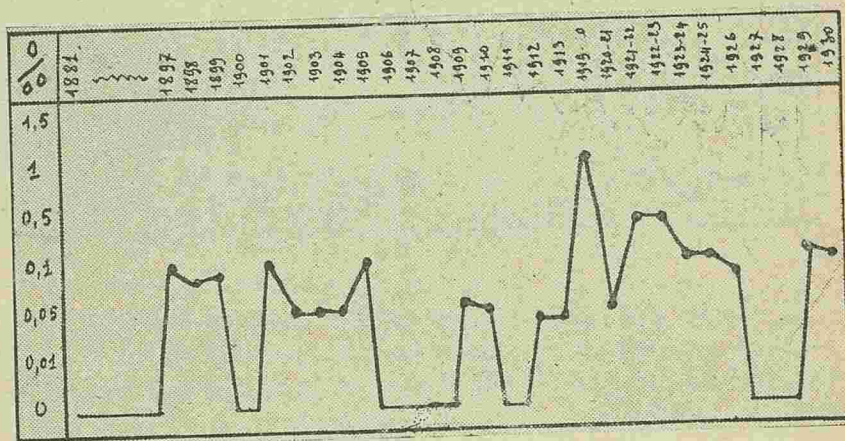
De plus, la température incline à abandonner toutes précautions et, malgré des mesures sévères, les refroidissements nocturnes sont fréquents.

En un mot, la question des diarrhées relève d'une discipline et d'une hygiène que les mesures coercitives et la persuasion n'arrivent pas à imposer. Le Service de Santé et le commandement s'y emploient avec une infinité de moyens qu'il serait fastidieux d'énumérer mais la bonne volonté des hommes faciliterait grandement une tâche souvent décevante.

IX. — MENINGITE CEREBRO-SPINALE EPIDEMIQUE ET MENINGOCOCCIE

La méningite cérébro-spinale ne sévit que de façon rare et peu intense en Tunisie, la courbe oscillant le plus souvent autour de 0,1 o/oo alors qu'elle évolue autour de 0,4 o/oo dans la Métropole. Ses manifestations ont toujours été restreintes et les mesures d'isolement et de recherche de porteurs de méningocoques immédiatement déclanchées n'ont jamais permis de déceler des porteurs de germes dans l'entourage des malades. La maladie frappe les indigènes aussi bien que les européens. Elle est le plus souvent contractée à l'extérieur des casernements.

Telle qu'elle se présente en Tunisie depuis cinquante années, elle n'offre qu'un intérêt documentaire.



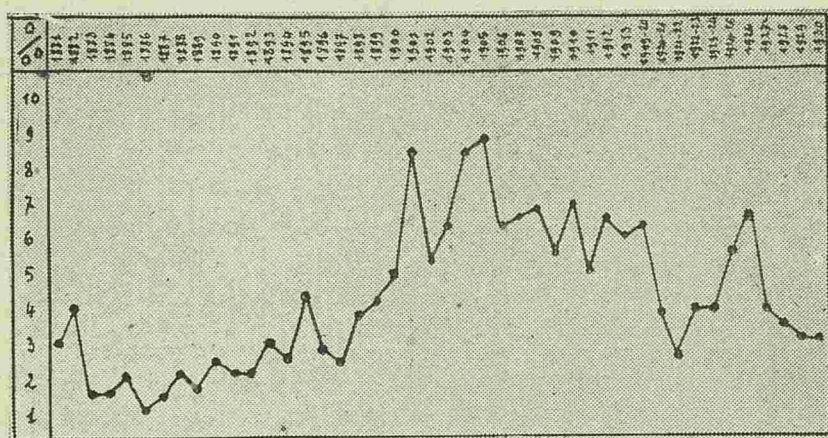
XII. — TUBERCULOSE

Nos maîtres Courmont et Rochaix ont écrit que l'« *Etude de la Tuberculose dans l'armée est un contrôle de la Tuberculose civile* ». Si les statistiques militaires donnent le relevé de tous les cas qui apparaissent à l'occasion du service, elles ne comprennent pas tous ceux qui peuvent être constatés par les médecins militaires dans leurs fonctions. C'est ainsi que lors des conseils de révision bon nombre de Tuberculeux ou pré-tuberculeux sont dépistés et signalés sous le titre de « renseignements démographiques » mais

ces cas ne figurent naturellement pas sur la statistique médicale de l'armée.

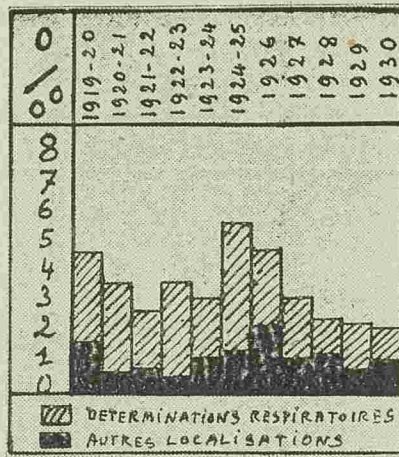
Néanmoins l'étude de la Tuberculose dans l'armée présente un gros intérêt puisqu'elle montre l'action de la maladie sur de jeunes hommes réputés sains et vivant dans un milieu exempt de contamination.

Les Troupes de Tunisie ont une proposition de tuberculeux superposable à celle de l'armée stationnée en France.



La courbe qui a augmenté de 1886 à 1905, décroît à peu près régulièrement depuis cette date. Des lois diverses (Loi de 2 ans en 1905, faisant incorporer dans le Service auxiliaire les hommes faibles de constitution et loi du 1^{er} avril 1908 sur la réforme temporaire) n'ont pas eu sur la morbidité pour tuberculose en Tunisie les effets qui leur sont classiquement attribués. La raison doit en être trouvée dans le fait que ces deux lois ne jouent pas, en ce qui concerne les indigènes tunisiens qui constituent plus de la moitié des effectifs locaux.

Comme pour l'armée de la Métropole, ce sont les localisations respiratoires du bacille de Koch qui dominent, les autres déterminations n'intervenant que pour une part nettement inférieure; comme le montre le graphique ci-dessous pour la période d'après-guerre.



Les indigènes sont frappés dans une proportion à peu près double de celle des Français. Pourtant les conditions de recrutement spéciales à la Tunisie permettent lors des conseils de révision une sélection autrement sévère que celle qui préside aux choix des recrues européennes.

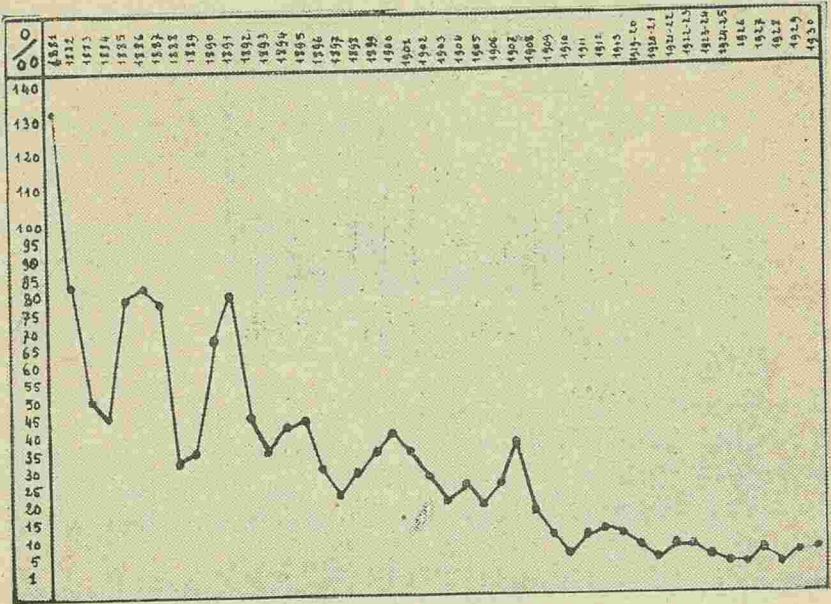
L'aide sociale que l'armée apporte à la lutte contre la tuberculose est immense. Indépendamment des habitudes d'hygiène que le malade a pu acquérir dans les hôpitaux, l'armée par le jeu des pensions militaires, assure aux anciens soldats tuberculeux des conditions optima d'existence. En outre la liaison entre le Service de Santé et les organismes sociaux de lutte contre la tuberculose, en ce qui concerne les malades libérés du service, fait l'objet de prescriptions rigoureusement observées.

XIII. — PALUDISME

Il n'est pas possible à des médecins militaires de parler de paludisme sans évoquer les noms illustres de deux d'entre eux, Maillot et Laveran, dont la vieille école du Val-de-Grâce et le Service de Santé militaire sont fiers à juste titre.

Si l'hématozoaire que Laveran avait découvert, tout près de la Tunisie, une année avant l'occupation de celle-ci, a été dès les débuts des opérations la cause majeure de morbidité, la quinine, dont le médecin inspecteur Maillot avait reconnu la valeur spéci-

fique, a permis de diminuer rapidement les méfaits du paludisme en un pays où il est encore considéré comme un danger social.



La courbe ci-dessus est un hommage à nos grands anciens puisque partant de 2.933 cas en 1881, elle aboutit pour ces dernières années à des chiffres oscillant autour de 100. Le Paludisme n'a pas entièrement disparu, parmi les troupes de Tunisie, mais il est juste de signaler que nos statistiques sont grevées par les cas indigènes en général jamais encore traités.

Pour différentes raisons, la méthode de lutte du Service de Santé consiste presque exclusivement en la *quininisation préventive*. Il n'est pas besoin de vanter cette méthode, la lecture de la courbe suffit. La contribution qu'apporte le Service de Santé à l'œuvre sociale n'est donc pas à dédaigner puisqu'en préservant la collectivité militaire et en stérilisant les malades chroniques, il diminue pour une bonne part les sources futures de contamination.

∴

Nous nous sommes efforcé de montrer l'effort accompli par le Service de Santé en Tunisie. Nous avons volontairement passé sous silence les maladies telles que la fièvre ondulante qui consti-

tue dans le milieu militaire une rareté en raison des conditions d'alimentation du soldat; le Trachome et la Syphilis, deux affections dont l'étude, dans l'armée, fournirait pour divers motifs la matière d'un travail particulier.

Cet exposé, presque exclusivement numérique, nous semble pouvoir démontrer l'aide qu'apporte, sans sortir des limites de son activité, le Service de Santé de l'armée à la lutte générale entreprise contre les maladies infectieuses.

BIBLIOGRAPHIE

Statistique médicale de l'Armée Métropolitaine. — (Imprimerie Nationale, Paris).

Archives de la Direction du Service de Santé des Troupes de Tunisie.

Cours d'épidémiologie et des maladies des Armées. — (Val-de-Grâce, Paris).

Précis d'Hygiène Le Courmont et Rochaix — 1925.



La déclaration et la vérification des décès

par le Dr J. PLANGKE

—«0»—

A la suite d'un rapport déposé par le docteur Fié, au nom de la Commission d'Hygiène, en novembre 1930, la Chambre des Députés a invité le Gouvernement à réglementer la vérification des décès par une épreuve scientifique nettement affirmative de la certitude de la mort. Dans la séance de l'Académie de Médecine du 2 février 1932, le professeur Balthazard, pour répondre à la demande du Gouvernement, a présenté un rapport dont les conclusions sont les suivantes :

1° Observer un délai de 24 heures minimum entre le moment de la mort et celui de la mise en bière.

2° N'opérer aucune mise en bière avant vérification médicale du décès.

3° Faire effectuer le contrôle médical des décès par des médecins de l'état-civil, au moins dans les grandes villes, nommés dans des conditions propres à assurer leur compétence aussi bien au point de vue du diagnostic clinique de la mort qu'à celui de la mise en œuvre des procédés médico-scientifiques modernes du diagnostic de la mort.

Le vœu de la Chambre des Députés et le rapport du professeur Balthazard indiquent que les Pouvoirs publics ont enfin le désir — sinon la volonté — d'améliorer une organisation jugée par tous incomplète et insuffisante.

Les prescriptions de la loi française relatives aux décès sont consignées dans les art. 77, 78, 80, 81, 84, 86, du C. C., modifiés en partie par les dispositions de la loi du 8 juin 1893.

Les infractions aux lois sur les inhumations sont visées par l'article 358 du C. P.

C'est l'officier de l'état-civil qui « ne pourra délivrer l'autorisation de l'inhumation qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès ». En fait, le C. C. a laissé aux autorités locales le soin d'organiser la vérification des décès. Le médecin étant seul compétent en la matière, c'est à lui qu'est confiée cette vérification. Il est donc intéressé au premier chef à n'ignorer aucun des éléments de la question.

Dans la déclaration et la vérification des décès, les problèmes suivants se posent au médecin :

1° s'assurer que la mort est réelle;

2° indiquer les causes du décès;

3° rechercher sur le corps du décédé les indices de crime ou de délit.

Je ne crois pas inutile un essai de mise au point de chacun de ces problèmes. Cet essai me permettra de signaler, chemin faisant, les difficultés d'une mission qui peut se présenter comme très délicate.

1° *Diagnostic de la mort réelle*

Le médecin doit s'assurer que la mort est réelle. Il doit pouvoir certifier que le décédé est bien décédé, c'est-à-dire qu'il n'est pas en état de mort apparente. Il s'agit d'éviter le danger d'une inhumation prématurée.

Le danger d'être enterré vivant est une hantise pour beaucoup plus de personnes qu'on ne croit, et cette crainte se manifeste dans l'insistance que mettent parfois les familles à demander au médecin de leur affirmer, par la constatation d'un signe certain, la réalité de la mort.

Les inhumations d'individus encore vivants sont-elles fréquentes?

Sans s'arrêter à quantité d'aventures extraordinaires — celle de ce gentilhomme normand trois fois mort, trois fois enterré, et trois fois rendu à la vie par la grâce de Dieu — certains faits plus ou moins impressionnants courent à travers l'Histoire. Les « Résurrections » des Ecritures n'étaient peut-être que des morts apparentes, — je ne parle pas de la Résurrection de Lazare qui, enterré depuis quatre jours, était bien mort (*jam foetet*, dit Marthe). Depuis les temps bibliques, beaucoup de ces faits ont défrayé la chronique de toutes les époques.

C'est l'anatomiste Vésale, qui aurait commencé à ouvrir le corps d'un seigneur de la cour de Philippe II, lequel seigneur vivait encore. C'est l'abbé Prévost, l'auteur de « Manon Lescaut », autopsié étant encore en vie. C'est l'affreux danger couru en 1826 par le cardinal Donnet, rapporté par lui-même à la tribune de la Chambre, et qu'une étroite critique de Lacassagne a montré être controuvé. Autant de romans dont le caractère apocryphe ou légendaire a été prouvé par la suite, romans échafaudés sur des détails mal interprétés, dramatisés à plaisir, et trop facilement acceptés par la crédulité publique.

Il n'en est pas moins vrai qu'il existe des faits certains de mort apparente prise pour la mort réelle. Encore faut-il ajouter que, sauf très rares exceptions, ces erreurs tragiques ne sont pas imputables à des médecins.

Un médecin averti sait que l'état de mort apparente ne se rencontre guère que dans quelques états pathologiques, qui mettent son attention en éveil : dans la syncope succédant aux grandes hémorrhagies, internes ou externes, — dans l'asphyxie, mécanique ou autre (après la pendaison, après la submersion), — au cours de l'anesthésie chirurgicale, — peut être après les accidents dus à la fulguration, — chez les grands commotionnés.

Le dépistage de la mort apparente comporte la recherche des signes de la mort réelle.

Ceux-ci apparaissent lentement, et Zacchias, un des pères de la médecine légale, a dit avec raison, à la fin du XVI^me siècle, qu'il n'est qu'un seul signe de la mort : la putréfaction. Pour ne pas retarder par trop le moment de l'inhumation, pour répondre aux appréhensions d'un entourage craintif, pour éloigner et écarter le danger de livrer à l'hermétique enfouissement de la terre ou aux flammes du four crématoire un être vivant, on s'est évertué à découvrir un signe qui permet de dire : cet homme est vraiment mort.

Je passerai en revue les procédés qui, dans ce but, ont été, les uns proposés, les autres expérimentés avec plus ou moins de succès — les uns enfantins, les autres dangereux, beaucoup insuffisants.

Ces procédés s'adressent, pour la plupart, aux différentes fonctions physiologiques.

A la sensibilité s'adressent : les cautérisations au fer rouge, l'acupuncture, la flagellation, le chatouillement de la musqueuse nasale, les inhalations d'ammoniaque.

A la fonction respiratoire, les antiques manœuvres du miroir et de la bougie placés devant la bouche.

Plus scientifique, et de réelle valeur, je retiendrai le signe de Séverin Icard, le certificat de décès automatique, mis à la portée de tout le monde, par la réaction sulfhydrique. La production de gaz sulfurés dans les poumons étant un phénomène hâtif de la putréfaction — 15 ou 20 heures après la mort — un papier trempé dans une solution d'acétate de plomb, placé devant les narines, se colore en noir par formation de sulfure de plomb.

Nombreux sont les procédés basés sur la fonction circulatoire. A leur propos, il ne faut pas perdre de vue que l'absence des battements du cœur ne signifie pas toujours mort réelle, et qu'il y a une mort apparente temporaire, dont la durée peut être longue, avec arrêt vrai du cœur, — mort apparente des nouveaux-nés, des accidents d'anesthésie, des asphyxies.

La plantation d'une aiguille dans le cœur, l'artériotomie sont délaissées à bon droit. La recherche des signes suivants est plus pratique et moins périlleuse pour le sujet dont la mort serait incertaine.

Signe de Bouchut : l'auscultation prolongée du cœur, — signe assez peu sûr, dont la valeur dépend de la patience et de la finesse d'ouïe du médecin.

Signe de Donné : absence de coagulation du sang après la mort, — signe reposant sur un principe faux, car le sang conserve parfois la propriété de se coaguler après la mort.

Signe de la Forcippresse, d'Icard — recherche nécessitant une observation très prolongée.

Signe de Martenot (de Cordoue), de la phlyctène explosive. La brûlure par une flamme produit sur le vivant une phlyctène séreuse entourée d'une auréole rouge. Sur le cadavre, elle produit une ampoule ne contenant que du gaz, laquelle éclate et s'affaisse. Quelques causes d'erreur ont été signalées : la phlyctène explosive ne se produirait pas sur un membre œdématié; elle ne se produirait pas non plus sur la peau d'un malade anesthésié.

Signe de Chavigny et Simonin, que l'on peut rapprocher du précédent : une goutte d'acide sulfurique sur les tissus vivants détermine la formation d'une eschare noire par action de l'acide sur le sang des capillaires. Cette eschare ne se montrerait pas sur un tissu mort.

Signe de la fluorescéine, de Sévérin Icard : 2 grammes de fluorescéine en solution alcaline injectés dans une veine ou sous la peau provoquent une coloration jaune intense de la peau et des muqueuses, et donnent à l'œil l'aspect d'une émeraude magnifique. Ce signe, d'après son inventeur, aurait toujours été positif.

Signe de Boudimir : la ventouse scarifiée ne donne pas de sang sur le cadavre.

Signe de M. d'Halluin : instillation dans l'œil d'une solution de dionine à 1/20; en quelques instants se manifeste une turgescence

des vaisseaux superciels, phénomène qui ne se produit pas après l'arrêt du cœur.

D'autres symptômes, enfin, sont indépendants des grandes fonctions physiologiques.

Signe de Brissemoret et Ambard : Les tissus et sécrétions des vivants, normalement alcalins (à l'exception, on le sait, du suc gastrique, de l'urine et de la sueur) deviennent acides après la mort. Une ponction du foie ou de la rate ferait constater nettement l'acidité viscérale après 24 heures.

Signe de Rebouillat : Après une injection sous-cutanée d'éther, cet éther s'écoule par la piqûre par inertie des tissus morts.

Signe de Piga : Sur l'épreuve radiographique, on constate l'absence de mouvements des organes, et peut-être un dépôt de soufre.

Signe de Tonelli, de Rome : Ce signe, découvert tout récemment, serait très précoce. Chez l'homme mort, la pupille se déforme, cédant à la pression exercée sur le globe oculaire à quelque distance de la cornée.

Tous ces procédés sont passibles de critiques, et même ceux qui, par leur apparente rigueur scientifique sembleraient devoir être infaillibles, se sont montrés en défaut dans certains cas, bref n'ont pas fait leur preuve.

Au surplus, est-il indispensable que les médecins chargés de la vérification des décès ne puissent certifier la réalité de la mort sans rechercher l'un des signes que j'ai énumérés — ou d'autres de certitude plus absolue, — sans « mettre en œuvre les procédés médico-scientifiques modernes », ainsi que le réclame Balthazard ? Je n'en suis pas très convaincu.

Deux conditions me paraissent nécessaires — et suffisantes — pour que les erreurs soient évitées à coup sûr :

1° L'examen par le médecin vérificateur doit être sérieux. E. Giraud (Thèse de Montpellier, 1909) écrit ceci : « Toute la vérification du médecin de l'état-civil se résume à saluer l'assistance et à jeter un vague coup d'œil sur le corps du supposé décédé; bien plus, la plupart du temps, le certificat de décès est délivré sans examen préalable, sans que le médecin daigne même se rendre au domicile du défunt ». Je suis loin de souscrire à un jugement aussi sévère; mais il n'est pas niable que, par un sentiment de discrétion compréhensible, le médecin de l'état-civil pratique habituellement un examen très superficiel, et ne se croit pas autorisé à se livrer

dans la chambre mortuaire, à des expériences médico-chirurgicales qui paraîtraient irrespectueuses et sacrilèges.

Je suis d'avis, cependant, que la discrétion ne doit pas être poussée jusqu'à l'abstention, et qu'un examen utile est possible, avec du tact et quelque effort de persuasion.

2° L'article 77 du C. C. interdit de procéder à l'inhumation moins de 24 heures après le décès. Or, ce délai écoulé, il semble vraiment que les grands signes classiques de la mort soient suffisants : refroidissement du corps, rigidité, absence du pouls, affaissement des globes oculaires. Point n'est besoin de voir les sugillations cadavériques, souvent tardives, ni la tache verte abdominale qui ne se montre guère avant le quatrième jour.

Ces signes ne seront qu'ébauchés au moment d'une vérification trop hâtive, et la garantie contre une inhumation prématurée ne peut qu'être imparfaite dans ces conditions. Aussi, sans demander que la vérification médicale ne soit pas effectuée avant 24 heures, — ce qu'il serait difficile d'obtenir, — sans demander non plus, que le délai s'étende de la déclaration à l'inhumation, pour éviter les abréviations illégales par déclarations mensongères de l'heure du décès, plusieurs règles formelles devraient-elles être adoptées. D'abord, que la vérification ne soit pas faite moins de 8 à 10 heures après le moment présumé de la mort; ensuite, que le délai de 24 heures, qui donnera aux signes caractéristiques le temps d'apparaître, d'évoluer et de devenir évidents, soit compris entre le moment de la mort et celui de la mise en bière, et non celui de l'inhumation; enfin, que ce délai soit respecté d'une façon absolue.

Ce délai ne serait raccourci que sur l'avis de l'homme de l'art, pour des raisons uniquement médicales d'hygiène ou de contagion, et après vérification soigneuse.

Qui tôt ensevelit, bien souvent assassine,

Et tel est cru défunt, qui n'en a que la mine.

a dit Molière. N'oublions pas cette leçon de prévoyance.

Il faut reconnaître que, pendant les saisons chaudes, alors que la décomposition est rapide, la présence d'un cadavre dans un logement étroit et surpeuplé est incommode par l'odeur et les souillures possibles. Ces inconvénients sont désagréables, plus que dangereux, et quelques précautions peuvent y remédier. Malgré quoi, j'estime que toujours, sauf avis contraire et motivé du médecin, le corps ne doit pas être mis en terre avant le délai légal.

Je ne parlerai que pour mémoire, — car la réalisation n'en est pas très aisée, ni prouvée l'utilité, — des dépôts et chambres mortuaires, des obitoires, où les corps seraient conservés jusqu'à l'apparition du signe certain de la mort, c'est-à-dire de la putréfaction. Dans ces dépôts, qui ont été institués dans plusieurs villes d'Allemagne, puis en Angleterre, jamais la sonnette placée dans la main des cadavres n'a été agitée, jamais un retour à la vie ne s'est produit. Je ne pense pas que ces établissements soient encore entretenus. Leur emploi présenterait tout au plus un avantage, celui de permettre aux habitants des petits logements de traiter convenablement leurs morts jusqu'à l'inhumation.

Cette étude du diagnostic de la mort m'amène à quelques réflexions sur la constatation des décès dans les hôpitaux. Je formulerais deux critiques à ce propos.

1° Dès qu'un malade est présumé avoir cessé de vivre, le décès est constaté par la surveillante ou par une infirmière de la salle. De mes souvenirs d'étudiant, de mes lectures et, en particulier, d'une enquête étendue faite par S. Icard, en France et à l'étranger, je retiens que, presque jamais, aucune vérification n'est faite ensuite par l'interne ou par le chef de service, qui se contentent de signer la feuille de décès sur le seul avis de l'infirmière. J'entends bien que, dans la grande majorité des cas, le malade était parfaitement connu du médecin, que l'évolution de la maladie a été suivie jour par jour, et que sa mort était prévue. Mais un cas exceptionnel peut se présenter, une circonstance anormale passer inaperçue. Si les faits sont conformes aux conclusions de l'enquête de S. Icard, il apparaît que les médecins laissent une lourde responsabilité à une infirmière qui, tout expérimentée qu'elle soit, n'a pas qualité pour vérifier un décès. Tourdes a écrit cette phrase dans le Dictionnaire des sciences médicales : « C'est dans les hôpitaux que l'on a recueilli les plus nombreux exemples de ces ensevelissements précipités ».

2° Que se passe-t-il lorsqu'un malade meurt dans une salle commune d'hôpital ? On voile la face du défunt, et le corps est laissé dans le lit qu'il occupe pendant un temps qui, pour des raisons faciles à comprendre, ne peut pas être long, 4 heures, 3 heures, quelquefois 2 heures seulement. Puis le corps est descendu dans un local que l'on ne peut s'empêcher, le plus souvent, d'appeler, en bon français, un cabinet de débarras. On l'y abandonne

sur une table de marbre, roulé dans un drap ou déposé dans une bière ouverte. Et, jusqu'à l'heure du transport au cimetière, il reste entre ces quatre murs, en compagnie du matériel du service des morts de l'hôpital.

Eh bien ! j'estime que cela n'est ni prudent, ni décent.

Cela n'est pas prudent. Car, à supposer le cas, rarissime si l'on veut, mais pas invraisemblable, d'une mort apparente, l'insouciance avec laquelle on se désintéresse du corps n'aura-t-elle pas sa part dans le passage à la mort réelle, qu'un aménagement conçu dans un esprit quelque peu prévoyant aurait pu éviter ?

Et cela n'est pas décent. Ceux qui meurent dans le milieu familial sont veillés pieusement par leurs proches et par leurs amis. Pour les malades aisés, et même fortunés, qui meurent à l'hôpital — et cette considération n'est pas déplacée aujourd'hui, puisque l'hôpital n'est plus la maison des seuls indigents, et que les changements de la vie moderne obligent ou invitent les non-besogneux, et même les riches, à s'y faire soigner — on saura trouver des arrangements pour que soient satisfaits, au gré des familles, les sentiments d'affection et de regret, ou la vanité.

Les malheureux n'en demandent pas autant. Mais la Société se devrait cependant de ne pas, dès leur dernier souffle, traiter en objets encombrants et de nulle valeur ceux qui lui ont demandé son aide, pour vivre d'abord, et, s'il le faut, pour mourir proprement.

Aussi verrais-je volontiers, dans tous les hôpitaux, la salle des morts organisée avec un minimum d'hygiène et de convenance. Ce que l'on fait en Belgique, en Autriche, en Italie surtout, il est possible de le faire chez nous. Pourquoi ne pas donner à la dépouille de ces morts une chambre qui serait nette et propre comme une chambre de malade, largement éclairée, aérée l'été, chauffée l'hiver ? Pourquoi ne pas les coucher sur un lit, étendus sur un matelas caoutchouté, protégés par un drap et une couverture ? Je souhaiterais qu'à tant d'autres dépenses inutiles on ajoutât cette nouvelle dépense inutile.

2° *Indication de la cause des décès*

Recherche des indices de crimes

Nous avons vu que le médecin est seul compétent pour s'assurer, avant tout, de la réalité de la mort. C'est, évidemment, de sa compétence que relèvent les autres problèmes à résoudre.

Dans les grandes villes, ce soin est confié à des médecins désignés officiellement, les médecins de l'état-civil. Lorsque cette organisation n'existe pas, et même lorsqu'elle existe, les Municipalités acceptent les déclarations faites par les médecins-traitants. A la campagne — quand toutefois la famille se donne la peine de faire cette déclaration — celle-ci est reçue sans autre forme; et cette tolérance est une nécessité, si l'on songe au nombre limité et à l'éloignement du médecin, au temps qu'il perdrait, et aux frais... que personne ne voudrait payer.

Tout en restant partisan d'une réglementation, dont la nécessité n'est pas unanimement admise, il est permis de montrer les difficultés multiples qui, dans la pratique, rendent cette réglementation sinon inutile, au moins incapable d'atteindre complètement son but.

a) *Indication de la cause des décès.*

L'Administration a besoin de connaître la cause de tous les décès, pour établir une statistique sanitaire générale. Elle est ainsi à même de prendre les mesures de prophylaxie et d'hygiène dont l'intérêt pour la santé publique n'est pas discutable. Il est certain que l'élément le plus important de cette statistique lui est fourni par la déclaration obligatoire des maladies contagieuses et épidémiques, depuis la rougeole jusqu'à la tuberculose. Il n'est pas moins certain que, pour les fins qu'elle se propose, elle doit faire état de toutes les autres maladies.

Les médecins de l'état-civil lui apportent-ils les renseignements qu'elle demande ?

S'il n'y a pas eu de médecin-traitant, ou si le médecin-traitant n'a pas laissé une note indiquant le diagnostic de la maladie, le médecin de l'état-civil ne recueille, sur la cause de la mort, que les renseignements imprécis de la famille et ceux que lui donnent les ordonnances médicales, s'il en existe. Il ne se livre pas à une minutieuse enquête rétrospective, dont les résultats seraient, du reste, faussés par l'ignorance, par les réticences, voulues ou non, de l'entourage. Aussi énonce-t-il sur son bulletin officiel un diagnostic approximatif, très souvent erroné. Il lui est impossible de faire autre chose.

Le médecin-traitant est seul à connaître la cause exacte de la mort de son client; théoriquement, c'est lui qui, pour l'établissement d'une statistique exacte, devrait informer l'Administration.

Mais l'observation du secret à laquelle il est étroitement soumis ne peut se concilier avec l'obligation de délivrer les certificats de décès. Aussi n'y est-il pas tenu.

Il n'éprouverait et, en réalité, il n'éprouve aucune hésitation à signer un certificat de décès pour fièvre typhoïde ou pour bronchopneumonie; il ne s'agit pas de faits confiés sous le sceau du secret, ni de faits secrets par nature, c'est-à-dire de ceux qu'il lui est défendu de révéler. Mais il refusera d'indiquer une cause de mort — syphilis, alcoolisme, épilepsie — que lui-même ou la famille pourra juger nuisible aux intérêts familiaux.

Et, d'autre part, si le diagnostic simplifié de « mort naturelle » lui permet de satisfaire à une interprétation du secret professionnel non compromettante, il ne rend pas à l'Administration le service qu'elle sollicite, de l'aider à dresser une statistique sérieuse dans un but d'utilité générale.

b) *Recherche des indices de crimes et délits.*

En ce qui concerne le dépistage des indices de crimes, les mêmes considérations sont à développer.

Comment le médecin de l'état-civil fera-t-il le diagnostic d'empoisonnement, d'avortement criminel ? Comment, sans visiter le cadavre nu, connaîtra-t-il les sévices corporels, une plaie de la poitrine, de l'abdomen ou du dos ? S'il n'est pas mis sur la voie par un avertissement préalable, comment pourra-t-il, sans l'examen approfondi auquel il se livre rarement, découvrir les traces d'un acte criminel, alors surtout qu'en entourage intéressé s'entend pour le tromper ?

En vérité, le médecin de l'état-civil est le plus souvent impuissant à déceler un crime et son assistance à la Justice est très illusoire.

C'est au sujet de la déclaration d'un décès consécutif à un acte criminel que le médecin-traitant se trouve aux prises avec les situations les plus difficiles. Aucun de nous n'ignore ces luttes intimes ou, placés entre l'obligation légale du secret et le sentiment angoissant d'une complicité par le silence, nous nous demandons de quel côté se trouve notre devoir.

Dans plusieurs pays, la législation oblige les médecins, au même titre que tous les citoyens, à dénoncer les crimes qu'ils ont connus dans l'exercice de leur profession. Appelés à découvrir certains

crimes odieux commis sur d'innocentes victimes, nous sommes parfois tentés d'envier ce droit qu'ont nos confrères étrangers de livrer au juge le résultat de leurs constatations médicales. En France, en vertu de l'art. 378 du C. P., nous sommes tenus au secret professionnel, dont la loi nous fait une obligation absolue et d'ordre public. Le médecin-traitant n'a rien dit pendant qu'il soignait un blessé. Il ne doit rien dire lorsque ce blessé est mort.

Ce qu'il doit se garder de faire, surtout, c'est de céder aux supplications d'une famille terrorisée par la menace du déshonneur ou du scandale. Si, dans le certificat qu'il accepte de signer il énonce un diagnostic volontairement faux, c'est alors qu'il se fait complice. Qu'il soit question d'une mort suspecte, d'un avortement, d'un empoisonnement, de blessures, voire d'un suicide (bien que le suicide ne soit pas un délit en France), le médecin ne perdra jamais de vue que le fait, ignoré aujourd'hui, sera peut-être demain l'objet d'indiscrétions, de bavardages malveillants, de commentaires équivoques, enfin d'une intervention judiciaire. Il sera saisi dans un engrenage de complications de mauvais aloi, dont sa complaisance aura été l'origine.

Qu'il refuse donc un certificat qu'il n'est pas tenu de délivrer, et que ce refus lui soit une règle, aussi bien dans sa clientèle que lorsqu'il est appelé à assister aux derniers moments ou à constater la mort d'une personne inconnue de lui. Qu'il laisse la place au médecin de l'état-civil !

Mais ce n'est pas seulement à l'occasion d'indices de crime que le médecin rencontrera, également impératives et contraires, les suggestions de sa conscience se heurtant à l'obligation du secret.

Il sera mêlé aussi à des affaires civiles, dans lesquelles le Tribunal ne peut se prononcer que s'il connaît les causes de la mort. Un accidenté du travail consolidé, pour qui la loi de 1898 ne joue plus, a ou n'a pas repris son travail; après un temps quelconque, il succombe, à la suite de troubles pathologiques que ses héritiers imputent à l'accident antérieur. La victime d'un accident d'automobile est guérie de ses blessures, lorsqu'elle est emportée par une maladie considérée par sa famille comme une complication de l'accident. C'est au praticien, qui a suivi la marche de l'affection terminale, qu'il appartient de préciser par son diagnostic la relation, ou l'absence de relation, entre la mort et l'accident.

Sollicité par le juge, que doit faire le médecin, — alors que sa déclaration ne semble pas, en l'espèce, constituer la divulgation d'un fait secret à lui confié, — alors que son silence est susceptible d'entraîner une injustice, de même, il est vrai, qu'il peut être, en matière de délit, la sauvegarde d'un criminel ?

Qu'importe ! Sans parler des conséquences possibles, désagréables pour lui, qu'il a le droit d'envisager, et dont la crainte peut le retenir, la Loi est formelle, et il doit se taire.

J'ouvre ici une courte parenthèse. Le service de l'état-civil refuse à qui que ce soit, et avec raison, la communication des diagnostics de décès qu'il enregistre, d'après les déclarations médicales. Ce service répondra-t-il par le même refus au magistrat qui, gêné dans son action par le silence du médecin, s'adressera à lui ? Il est vraisemblable qu'il est tenu au secret professionnel, comme le médecin, même vis-à-vis de la Justice.

J'ai dit que le praticien devrait s'abstenir de délivrer les certificats de décès, et laisser la place au médecin de l'état-civil. Encore faut-il qu'il y ait un médecin de l'état-civil ! Et celui-ci n'existe à peu près nulle part, ce qui soulève des problèmes qu'aucune solution ne paraît pouvoir correctement résoudre, et sur lesquels il est vain d'insister.

Il semblerait que des circonstances de cet ordre doivent parfois embarrasser les médecins des hôpitaux. En 1902, le Comité Consultatif de l'Assistance publique à Paris a établi la conduite que, — à l'égal de tous les médecins, — doivent tenir les médecins des hôpitaux, par rapport à l'art. 30 du C. I. C. : « L'obligation du secret professionnel constitue une règle absolue pour toutes les personnes appartenant au corps médical des hôpitaux en ce qui touche les faits dont elles n'ont eu connaissance qu'à raison des soins donnés aux malades en traitement dans ces établissements ».

Cependant, comme les médecins de l'état-civil ne sont pas appelés à constater les décès dans les hôpitaux (bien que le texte de l'art. 80 du C. C. paraisse formel) il est admis que les médecins des hôpitaux sont investis, par délégation, de la fonction de médecin de l'état-civil. Que fera alors le médecin d'hôpital en présence d'un acte criminel ? Voilà où la situation manque de netteté ! Il apparaît que ce chef de service doit se taire en tant que médecin-traitant — comme il se tairait dans sa clientèle de ville — et suivant l'avis du Comité Consultatif de l'Assistance publique. Et pourtant

il doit parler en tant que médecin de l'état-civil. Qu'il se retranche derrière un demi-silence en déclarant que la mort est « de cause inconnue », c'est, par un moyen détourné, dénoncer un fait suspect et déclencher l'action de la Justice; c'est violer le secret professionnel.

3° *Déclaration des fœtus et des embryons*

La déclaration des mort-nés est obligatoire, comme l'est la déclaration de la naissance (art. 56 du C. C.) et la non-déclaration tombe sous le coup de l'art. 346 du C. P. L'enfant n'est réellement un mort-né que s'il n'a pas respiré, et il y a lieu de déclarer, non pas « enfant décédé », mais « enfant sans vie » (décret du 4 juillet 1806).

La déclaration des embryons n'est pas obligatoire en France, sauf à Paris où une circulaire du Préfet de la Seine, de 1903, prescrit la déclaration des embryons dont le développement fait remonter la conception au-delà de la sixième semaine.

L'embryon est le produit de la conception non viable (avant le 180^e jour de la grossesse). C'est donc à partir du 6^e mois que le produit viable, le fœtus, doit être déclaré. Pour reconnaître l'âge du produit, Balthazard^e et Dervieux ont^e indiqué un procédé : multiplier la taille par le coefficient 5,6; considérer, plus simplement, comme embryon tout produit mesurant moins de 33 centimètres, comme fœtus tout produit mesurant plus de 32 centimètres.

J'estime qu'il serait utile d'appliquer partout la circulaire du Préfet de la Seine rendant obligatoire la déclaration des embryons au-delà de la sixième semaine environ, c'est-à-dire mesurant plus de 4 à 5 centimètres, longueur moyenne du produit à deux mois.

1° *Pourquoi cette déclaration de l'embryon ?*

Parce qu'elle sort d'embarras et l'administration et les familles, en facilitant une inhumation régulière et correcte, dont on croit pouvoir s'exempter habituellement.

Cela répond à une question de convenance. Quelle que soit l'indifférence qu'on a pour cette ébauche d'être, il est peu séant qu'elle soit traitée à l'égal d'un débris de cuisine. Puis il est imprudent, ainsi qu'on le fait (de jeter le petit corps dans les w.-c., de l'enfourer au fond d'une poubelle, ou de l'abandonner sur un tas d'ordures. Il peut être découvert et mettre la curiosité publique d'abord, la Justice ensuite, sur une fausse piste.

2° *Comment et par qui doit être faite la déclaration ?*

C'est ce que les médecins — et les sages-femmes — sont intéressés à savoir.

Si elle n'a pas de motifs de dissimuler l'accouchement prématuré ou l'avortement, la famille fera elle-même la déclaration, qui sera appuyée par un certificat du médecin traitant. J'ajouterai une recommandation. Il pourrait arriver — cela s'est vu après la naissance d'un enfant vivant, — que la famille, par négligence ou par calcul, omit de faire la déclaration, malgré la promesse donnée au médecin. Cette omission est susceptible d'exposer celui-ci aux poursuites prévues par le C. P. Aussi s'assurera-t-il, toujours, à l'Etat civil, dans les 24 heures qui suivent, de l'existence de la déclaration.

Si la famille, ayant des raisons pour tenir l'avortement caché, se refuse à faire la déclaration, le médecin doit lui en démontrer la nécessité, et c'est lui qui en prendra le soin. Pour ne pas violer le secret dont il est dépositaire, il déclarera un « enfant sans vie », un « fœtus ou embryon de tel âge », sans donner ni le nom ni l'adresse de la personne accouchée, — ainsi qu'il le ferait pour une déclaration de naissance.

Lorsqu'il s'agit d'un avortement provoqué, le médecin ignore, le plus souvent, les manœuvres abortives, et se borne à les soupçonner. Si elles lui sont avouées, ou s'il en découvre les signes nettement apparents, quelle conduite doit-il tenir en ce qui concerne la déclaration du fœtus ?

En déclarant lui-même le fœtus, sans indication de parents ni d'adresse, il agit comme dans le cas d'un avortement spontané; il faut bien, au surplus, que ce fœtus soit enterré proprement, et Dieu sait ce qu'on en ferait sans la déclaration ni le permis d'inhumation ! Par cette complaisance forcée il est évident que le médecin couvre un acte criminel. Je ne vois pas qu'il puisse se comporter autrement, puisqu'il est lié, quoi qu'il en veuille, par la chaîne, souvent lourde, du secret professionnel.

3° *Que doit-on faire du fœtus ?*

Est-il nécessaire qu'il soit présenté à l'officier de l'état civil ? Doit-il être déposé dans un local spécial en vue de l'examen par le médecin de l'état civil ? ou laissé simplement sur le bureau de l'employé municipal si un tel local n'existe pas ? Dispositions et geste qui ont été proposés, mais dont l'utilité n'est pas certaine.

J'accepte volontiers que pour les mort-nés à terme ou près du terme, déclarés sans certificat médical, la visite et la vérification du médecin de l'état civil soient prescrites, dans le but de rechercher, comme après le décès d'un vivant, les indices de délit ou de crime. Mais cette vérification officielle me paraît superflue lorsque le médecin traitant, en signant un certificat pour un fœtus, a pris la responsabilité de remplacer le médecin de l'état civil, — ce que l'Administration accepte couramment en pratique. Et quand un embryon de 15 à 20 centimètres a été déclaré, il n'est guère à supposer qu'il porte des traces suspectes, même si l'avortement a été criminel.

Ceci dit, je considère comme parfaitement suffisant que, en échange de la déclaration, il soit délivré un permis d'inhumer, au vu duquel le gardien du cimetière se chargera d'enterrer le produit, provenant de parents connus ou anonymes, qui lui est apporté, enfermé dans une boîte.

C'est à peu près ainsi, paraît-il, que les choses se passent à Tunis, et cette manière de procéder semble à l'abri de critiques sérieuses.

Un mot reste à dire du placenta. Il faut savoir qu'il y a quelque imprudence à le jeter avec les débris du ménage. Le médecin devra conseiller de le porter au cimetière avec le fœtus à inhumer, ou de le détruire complètement, — en le brûlant. C'est le moyen d'éviter des ennuis, si un policier zélé trouvait cette masse charnue qui n'est qu'un déchet, sans valeur sentimentale, et sans intérêt médico-légal, car je ne sache pas qu'un placenta ait jamais pu servir de pièce à conviction.



SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 4 Mars 1932

La séance est ouverte à 18 heures, sous la présidence du docteur Scialom.

Sont présent : MM. les Docteurs Cohen-Boulakia, Guez, Tremsal, Reynal, H. Bonan, Pérez, Hababou-Sala, Lehucher, Fellous, Ganem, Moatti, Caillon, J. Scemla, Ronchet, Nataf, Salvo, Broc, Lançon, Soria, L. Uzan, Santillana, Bouquet-Bryon, Cohen-Hadria, Féré, Maruani, Bruguairolles, Ghouila-Houri, Victor Cohen, Sfez, Lalloum.

Loras, interne des hôpitaux de Lyon.

∴

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

∴

COMMUNICATION DU BUREAU

Les candidatures des docteur Burgarella, A. Rizzuto et Tommaso Costantino sont adoptées à l'unanimité.

∴

Le docteur Loras, interne des hôpitaux de Lyon, est agréé à l'unanimité comme membre associé.

∴

COMMUNICATIONS

Grippe et purpura hémorragique

par le D^r BONAN Hector

Dans cette observation si particulière, un syndrome endothélio-sanguin apparu tardivement a modifié le pronostic d'une grippe qui s'avérait bénigne malgré quelques localisations pulmonaires et articulaires.

M. S..., âgé de 45 ans, jusqu'alors bien portant et n'ayant présenté pendant son adolescence qu'une pneumonie il y a une dizaine d'années, s'alite le 23 décembre 1931.

Il se plaint de frissons, de courbatures générales et d'une gêne légère à la déglutition; le faciès est congestionné et les conjonctives injectées. La T° est à 39°, le pouls à 120, la respiration à 45. L'examen minutieux ne révèle aucun symptôme anormal, tous les appa-

reils sont indemnes. Les urines analysées ne montrent ni glucose, ni albumine.

Pendant quatre jours, la température se maintient en plateau sans aucun signe de localisation; on pratique une hémoculture, un séro-diagnostic et une recherche d'hématozoaires : tous examens négatifs.

La numération globulaire donne la formule suivante :

G. R. : 5.220.000

G. B. : 6.484

Poly-neutro : 74

Eosino : 1

Lympho : 8

Moyens mono : 15

Grands mono :

Taux hémo : 80%

Le 26 décembre apparaît un bouquet d'Herpès labial et l'état général est plus touché. La fatigue est plus accusée; il existe quelques vomissements et le malade mouche du sang (1^{re} note hémorragique).

Le 31 décembre, au septième jour de la maladie, on trouve de la submatité au sommet droit en arrière et quelques râles fins sous-crépitaux.

Les jours suivants, le foyer se précise; le malade tousse et a des crachats sanglants épais, visqueux, adhérents au vase, ce qui fait porter le diagnostic de pneumonie, d'autant plus que l'examen des crachats montre des pneumocoques très abondants. Ces phénomènes pulmonaires d'ordre congestifs disparaissent complètement après trois jours, mais la température ne cède pas.

Le 3 janvier, le malade ressent de violentes douleurs articulaires. Tour à tour les articulations des doigts, des coudes, des épaules, des genoux sont touchés. Les doigts sont particulièrement tuméfiés, rouges, chauds, très douloureux à la pression, et tout mouvement devient intolérable au malade; on le met au salicylate de soude et bientôt après trois jours les douleurs diminuent sans disparaître totalement en même temps que la température baisse progressivement pour disparaître définitivement. C'est alors qu'apparaît en période apyrétique un purpura léger intéressant la face int. du bras droit et la partie latérale gauche abdominale, cons-

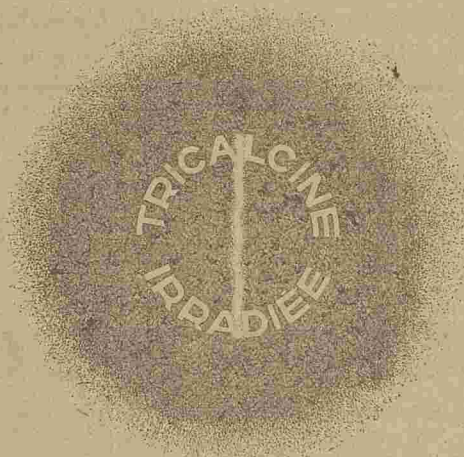
TRICALCINE IRRADIÉE

DOSÉE A 1/2 MILLIGRAMME D'ERGOSTÉRINE IRRADIÉE PAR
CACHET OU PAR CUILLER A CAFÉ DE **GRANULÉS**

VITAMINE D
SELS DE CALCIUM

RECONSTITUANT
GÉNÉRAL

CACHETS



GRANULÉS

TROUBLES DE CROISSANCE
DÉBILITÉ. CARENCE. RACHITISME
DÉMINÉRALISATION

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA - 21, RUE CHAPTAL - PARIS - IX^e

TRICALCINE

LA PLUS ANCIENNE SPÉCIALITÉ RECALCFIANTE



Pharmacie T. LECLERC, 10, rue Vignon - Paris

SÉRUM NORMET CHIRURGICAL

Traitement des grandes hémorragies et des états de shock

Permet d'obtenir la **SURVIE DEFINITIVE** même après les **SIGNES D'AGONIE**

E SERUMNORMMÉDICAL

1° Action sur le cœur et le système nerveux végétatif.

(Myocardites, Varices, Hémorroïdes, Hémoptysies, Hématémèses, Métrorragies, etc.).

2° Action sur les toxines microbiennes et les leucocytes.

(Paludisme chronique; Infections : Grippe, Variole, Rougeole, Méningite cérébro-spinale, etc.).

3° Action sur l'hématopoïèse.

(Anémie, Convalescence, Purpura hémorragique, Hémophilie).

Entérophage

Traitement bactériophagique de toutes les colibacilloses.

Entéroxin

Infections intestinales;
Vaccinothérapie buccale.

Staphylophage

Traitement bactériophagique de toutes les staphylooses.

Entérochir

Complications chirurgicales;
Voies urinaires.

Littérature et échantillons : **OFFICE TUNISIEN D'EXPANSION FRANÇAISE**
22. Rue d'Italie — TUNIS — Téléphone : 44.93

Syphilis

Médication donnant par **VOIE DIGESTIVE** des résultats thérapeutiques comparables à ceux des injections d'arsénobenzènes.

Dysenterie amibienne

Action spécifique sur les amibes et les kystes amibiens

Plan et toutes **SPIROCHETOSSES**

TRÉPARSOL

(Acide formyl-métabino-para-oxy-phényl-arsinique)

POSOLOGIE

Adultes. — 1 à 4 comprimés dosés à 0 gr. 25 par jour, selon la tolérance, pendant 4 jours consécutifs, suivis de 3 jours de repos. Durée du traitement : 8 à 10 semaines.

Enfants. — 0 gr. 02 par kilog. et par jour. Mêmes modalités de traitement que pour les adultes, comprimés à 0 gr. 10 et à 0 gr. 02.

Adopté par l'Assistance Publique de Paris par les Ministères de la Guerre, de la Marine et des Colonies, du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance Sociales.

Comprimés dosés à 0,25 cg Adultes

Comprimés dosés à 0,10 cg Enfants

Comprimés dosés à 0,02cg Nourrissons

Laboratoire **LECOQ & FERRAND**, 14, Rue de Gravel

LEVALLOIS PERRET (Seine)

titué par des éléments punctiformes ne s'effaçant pas à la pression, en même temps que s'installe de la diarrhée et des vomissements.

On cesse le salicylate de soude; une poussée intense purpurique fait alors son apparition. L'éruption est formée par des pétéchies lenticulaires et nummulaires se dessinant irrégulièrement sur les membres, le tronc et même sur la face dont elles accentuent la pâleur.

En même temps, au niveau du bord extérieur de la langue apparaît une grosse bulle blanchâtre qui, aussitôt rompue donne naissance à de petites hémorragies et qui secondairement se sphacéléra, en laissant un creux noir à odeur putride. Les gencives sont tuméfiées et saignent.

Du moelena apparaît, le malade fait deux à trois selles par jour, les vomissements sont plus fréquents, striés de sang au début; ce sont ensuite de véritables hématénèses; les épistaxis redoublent et d'heure en heure apparaissent des poussées purpuriques intéressant bientôt tout le corps. En même temps s'installe un hoquet permanent. Aux éléments purpuriques s'ajoutent des éléments nouveaux sur la face dorsale des art. métacarpo phalangieunes. Quelques nœuds sont centrés par une pétéchie. Ces derniers éléments purpuriques sont centrés par un point de nécrose; il s'agit de purpura nérotique.

A l'endroit de chaque éruption hypodermique apparaît une pétéchie. La vessie de glace même posée sur l'abdomen détermine deux vastes échy-moses.

Le tableau est alors complet, l'abattement est intense, la pâleur très marquée, accentuée par les différentes hémorragies gingivales, linguales, gastriques, intestinales et cutanées. Les vomissements sont incoercibles, le hoquet continu; l'oligurie s'installe.

L'albumine est de 0,85 dans les urines.

Le malade est bientôt dans la torpeur et on désespère de le sauver.

Le lendemain les troubles digestifs s'amendent, les hémorragies viscérales s'arrêtent, la diurèse s'améliore. Cependant les poussées purpuriques continuent, il se forme particulièrement à l'endroit des injections intramusculaires de sang de vastes placards échy-motiques parsemés de pétéchies.

Le signe du lacet est positif, et malgré les grandes quantités de sérum animal injecté, le temps de saignement est retardé; il est de 11' 39" (normal : 3 à 4'), ainsi que le temps de coagulation, 7' 47" (normale : 5 à 6").

La formule leucocytaire est la suivante :

G. R. : 3.180.000
G. B. : 9.200
Poly-neutro : 82,4
Eosino : 1,2
Lymphocytes : 5,8
Moyens mono : 6,5
Grands mono : 4,1
Taux hémo : 77%

Des accidents sériques très légers apparaissent : arthralgies, prurit, légère reprise fébrile, quelques tr. digestifs; mais ces incidents n'ont fait que retarder la guérison aujourd'hui définitive.

En résumé, voilà une affection fébrile d'une dizaine de jours accompagnée d'un foyer congestif pulmonaire, de réactions articulaires et d'un purpura avec hémorragies viscérales constituant sans aucun doute un purpura infectieux aigu; la négativité de l'hémoculture, l'absence d'oscillations thermiques, de crises pseudo-palustres et surtout l'apparition du syndrome sanguin au cours d'une longue période d'apyrexie, nous permet d'éliminer le diagnostic de méningococcémie pour ne retenir que celui de grippe qui expliquerait bien la localisation pulmonaire et l'abondance des pneumocoques dans les crachats.

Ces formes de grippe provoquant un syndrome hémorragique avec hémophilo-hémogénie sont assez rares; notre observation est à rapprocher de celle de Touraine et surtout de celle plus récente de Lœdrich et Mamou à la Médicale des Hôpitaux de Paris. Nous ne pouvons mieux faire pour terminer notre observation que de relever ici leurs considérations générales.

Ce qui constitue la particularité de cette observation c'est que l'état infectieux provocateur a été une grippe d'allure bénigne, nous n'avons trouvé aucun cas analogue où l'hémophilie ait été causée par un épisode infectieux aigu aussi peu important. Rappelons toutefois l'observation relatée en juin 1925 par Paiseau, Cayla et

Hamburger, où une infection syphilitique ancienne et latente fut l'unique cause apparente.

Pourquoi chez notre malade une infection si légère a-t-elle déclenché le syndrome hémophilique. Il ne présentait ni des signes de syphilis, ni d'alcoolique, ni d'altération hépatique, ni d'hypertension artérielle. Devons-nous invoquer les épistaxis répétées du début de l'affection ? Les hémorragies auraient-elles sensibilisé l'appareil hématique par un processus mystérieux quelque peu comparable à ce qu'on a appelé l'hémotrypsie ?

Nous sommes tentés d'assimiler les deux processus d'autant que les injections du sang provoquaient des hémorragies locales.

∴

Pyo-pneumothorax métapneumonique double

chez une fillette de 8 ans

Thoracotomie bilatérale en deux temps. - Guérison

par les D^{rs} LANÇON et LEHUCHER

—(O)—

Appelé le 16 novembre 1930 auprès de la jeune M..., l'un de nous faisait le diagnostic de bronchite grippale.

Il s'agissait d'une enfant de 8 ans, sans antécédents notables. Cependant la jeune M... fut assez difficile à élever; au cours de la première année, d'après la mère, les vomissements furent fréquents, presque journaliers et l'augmentation de poids très insuffisante. Plus tard, maladies de l'enfance et, en particulier, rougeole assez sévère.

Lorsque l'un de nous fut appelé en 1927 à donner ses soins à cette enfant, il fut en présence d'une fillette fragile, surtout au point de vue pulmonaire et nettement adéno-pathique. Peu de temps avant ce premier examen, l'intéressée avait présenté un prolapsus du rectum et, consécutivement, elle avait gardé de la rectite chronique.

Au surplus, l'enfant faisait de l'insuffisance hépatique se traduisant par une constipation habituelle et par des selles de coloration plus ou moins grisâtre.

Au cours de la visite qui devait marquer le début d'une longue histoire pathologique, l'enfant, qui avait de la température depuis

quatre ou cinq jours, atteignait 40°1. Les premiers jours de fièvre avaient été soulignés par de l'enclenchement et, peut-être, par un léger mal de gorge, le tout accompagné de quelques frissons. A l'auscultation, on notait des deux côtés, mais principalement à gauche, des râles discrets sous-crépitaux à tonalité faiblement humide et quelques sibilances. De ce côté, la zone auditive correspondait à une légère submatité.

L'oppression était peu marquée; mais bientôt les signes acoustiques devaient s'intensifier à gauche et l'on pouvait identifier d'abord un foyer avec souffle caractéristique, puis des foyers multiples plus ou moins erratiques présentant des alternances d'évolution et d'extinction, sans jamais se liquider complètement.

Parallèlement la dyspnée s'accusait et la broncho-pneumonie était caractérisée. Il s'agissait en l'espèce d'une broncho-pneumonie dite lobulaire, évoluant par foyers successifs ou simultanés que l'on rencontre après la grippe ou après le simple catarrhe saisonnier. La température oscille entre 38° et 39°5; l'oppression s'accuse, le pouls avoisine et dépasse 100, le facies s'altère, l'état général faiblit.

Conjointement à droite, le champ pulmonaire amplifie ses signes auditifs, et il est bientôt possible d'affirmer que de ce côté également, l'engouement se précise et que bientôt succédera la phase d'hépatisation.

Notre confrère, le docteur Broc, est appelé en consultation. L'abcès de fixation est décidé et pendant les quelques jours qui suivent l'injection de térébenthine, la température prend une forme à grandes oscillations, pour se stabiliser assez vite autour de 38°.

Devant la prolongation d'un état toujours alarmant, avec fièvre persistante, nouvelle consultation avec les docteurs Broc, Durand et Dupoux. Nous inaugurons la vaccinothérapie par le W. et D. Pas de résultat appréciable après une vingtaine d'injections de vaccin. A ce moment-là, utilisation d'un auto-vaccin préparé par le docteur Durand et qui fut également abandonné.

A l'auscultation du côté gauche, le souffle paraît s'intensifier, la douleur de côté s'accuse, les vibrations thoraciques sont affaiblies, la percussion donne une certaine sonorité au niveau de la moitié supérieure du poumon, tandis que la partie inférieure et la région axillaire accusent une matité relative.

Cependant, en l'absence de tout signe précis, le diagnostic de pneumothorax n'est même pas envisagé. Par contre, nous nous fixons de plus en plus sur la possibilité d'un épanchement purulent et, comme suite, à la date du 17 février, une ponction exploratrice pratiquée en arrière, dans le 7^{me} ou 8^{me} espace, ramène un pus très lié, épais, donnant du pneumocoque à la culture et totalement exempt de bacille de K.

Du côté droit, avec une intensité moindre et une modalité moins grave, les signes continuent à évoluer. Mais leur observation sera gênée et même rendue impossible du fait de la pleurotomie pratiquée à gauche.

Dès que les résultats de l'examen bactériologique et de la culture nous furent connus, l'intervention fut décidée et l'un de nous va retracer, à partir du 21 février, l'historique plus chirurgical que médical, du cas que nous avons l'honneur de communiquer aujourd'hui.

Appelé le 21 février 1931, dans la banlieue, près de la petite malade, nous procédons à un examen clinique qui serait à lui seul peu concluant si nous n'avions d'abord les précieux renseignements donnés par nos confrères docteur Langon et docteur Broc.

De plus la radiographie faite le 14 février éclaire le tableau : image hydro-aérique à gauche, niveau du liquide épanché affleurant en haut le 7^{me} espace intercostal; à droite l'hémithorax est gris uniformément, plus sombre à la base.

Ponctions exploratrices dans le 9^{me} espace droit et gauche ramènent du pus à aspect pneumococcique. Le laboratoire identifiera le pneumocoque des deux côtés.

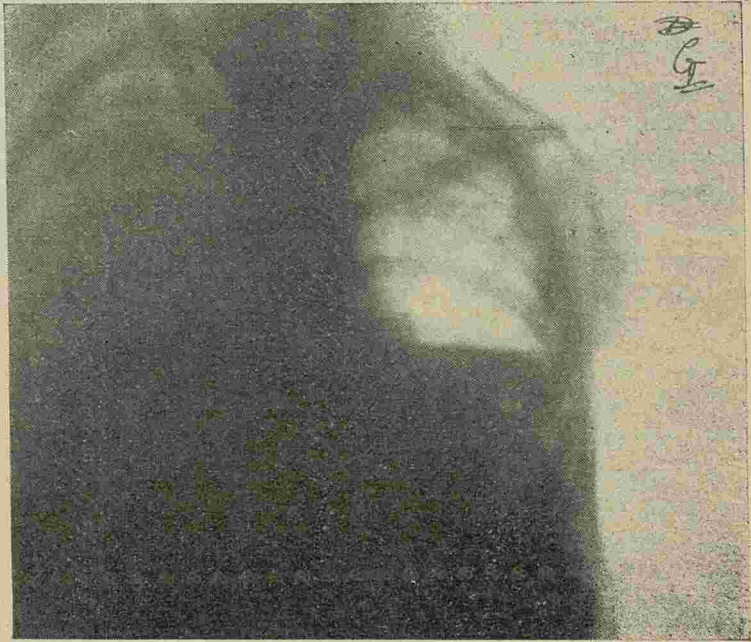
Nous nous trouvons donc en présence d'une pleurésie purulente double à pneumocoques. Le côté gauche est le siège d'un pyo-pneumothorax et l'on s'explique que le pneumo ait masqué le pyo. C'est ce côté qui paraît actuellement le plus gravement atteint et le moins utile au point de vue de l'hématose. L'aspect général de la petite malade est des plus mauvais : le petit corps est émacié, le faciès pâle, étiré, anxieux, on ne voit que les yeux dans cette pauvre figure; la respiration, très rapide, anhélanter, n'est possible que grâce à l'inhalation constante, jour et nuit, d'oxygène, l'enfant n'a reposé les nuits précédentes que la « pipe » à oxygène dans la bou-

che : elle refuse obstinément de s'en séparer, même pour quelques secondes, c'est par ce tube qu'elle se rattache encore à la vie.

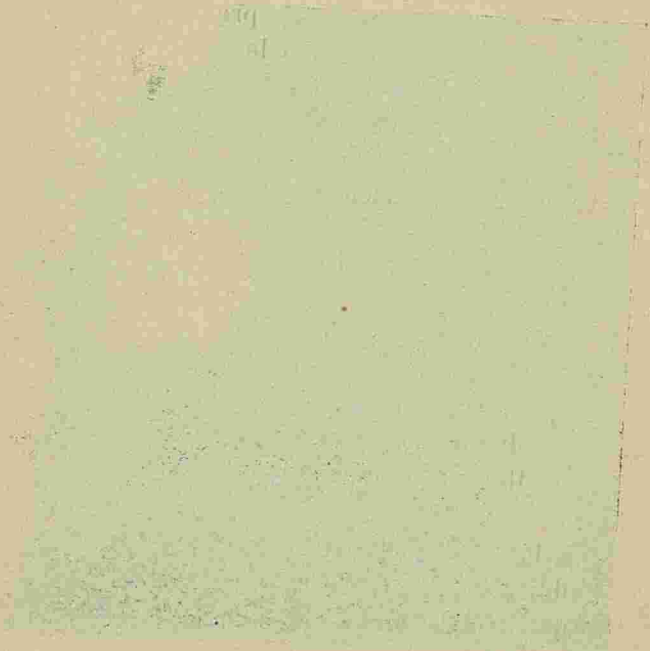
La situation est tragique, mais l'hésitation n'est pas permise; il faut faire la thoracotomie à gauche et nous allons la pratiquer immédiatement. Au cours des préparatifs, avant même que le masque à chlorure d'éthyle avec lequel on doit obnubiler la petite malade quelques secondes, ne soit appliqué sur la bouche et le nez, pendant qu'on précise en position couchée le niveau inférieur de l'épanchement la seringue en main, l'enfant tombe en syncope : en quelques secondes profitant de cette absence de connaissance, nous faisons par une petite brèche hâtivement pratiquée, sauter 5 cm. environ de la 9^{me} côte et nous ouvrons la plèvre au ras du diaphragme : le pus s'écoule chargé de fibrine et de fausses membranes, un drain épinglé est placé; à ce moment même l'enfant sort de l'état syncopal, sans avoir pris une goutte d'anesthésique. La respiration reprend rapide mais régulière. Le pouls quoique fréquent, à 120 environ, est relativement bien frappé. La « pipe » à oxygène est remise dans la bouche et la vie reprend son cours. Au cours de cette intervention « en voltige », nous avons cependant exploré aux doigts gantés la cavité pleurale à travers la brèche thoracique : on a réellement l'impression de pénétrer dans une cavité pulmonaire; de fortes adhérences en dehors surtout, limitent la cavité pyo-aérique, ces adhérences ne sont pas formées uniquement de plèvre épaissie : du parenchyme pulmonaire double la plèvre en profondeur, c'est ce qui expliquerait sur la Radio la perméabilité partielle, aux rayons, de la partie externe du sinus costo-diaphragmatique.

Les jours suivants du 21 au 27 février l'enfant se trouve mieux, l'oxygène par la bouche est toujours exigé en permanence. La plèvre gauche se draine, les pansements sont progressivement moins souillés. Mais à droite l'épanchement a augmenté : on a l'impression que le poumon se bloque de ce côté.

Nos confrères consultés sont d'avis comme nous-même qu'on ne peut sans péril grave répéter pour le moment à droite ce qui vient d'être fait à gauche. On décide de pratiquer des thoracentèses successives au fur et à mesure que l'épanchement se reformera : méthode palliative qui permettra d'attendre que le côté gauche soit assez amélioré pour se charger à son tour de la plus grande part de l'hématose.



10
10
10
10



Première thoracentèse droite au Potain le 27 février, on retire 350 cc. de pus. Deuxième thoracentèse le 4 mars : on retire 700 cc. A partir de ce moment l'épanchement se reproduit moins vite. On fera la 3^e thoracentèse le 14 mars : elle ne donnera que 250 cc. de pus. L'état général s'est un peu amélioré; la dyspnée est moins forte; le côté gauche est en bonne voie de guérison : la percussion et l'auscultation montrent que de ce côté le poumon est revenu habiter la cavité pleurale jusqu'au niveau de la thoracotomie : le drain a été enlevé et la suppuration est presque tarie.

On fait le 16 mars une nouvelle radiographie que notre confrère Docteur Jaubert de Beaujeu vient pratiquer au domicile de la petite malade, comme il l'avait fait la première fois. Cette excellente Radio confirme à gauche les données cliniques : la guérison est en bonne voie de ce côté. A droite, elle nous montre une image hydro-aérique occupant la moitié inférieure du thorax, image reproduisant presque exactement l'état du côté gauche au 14 février. La température, comme vous le verrez sur les cartons ci-joints, qui s'était abaissée aux environs de 38 après la première thoracotomie, recommence à faire des clochers les 5, 11, 13 février, elle tend à reprendre le type oscillant de suppuration. Le 17 un clocher atteint 40. Il faut se résoudre à intervenir à droite comme nous l'avons fait à gauche. Nos confrères Broc et Lançon sont de notre avis, à plus attendre on ne gagnera rien. Le 18 mars nous pratiquons la thoracotomie droite en un point symétrique du côté gauche.

Cette fois la petite malade bien raisonnée et fort sage, un peu moins affaiblie, se prête de la meilleure grâce à l'anesthésie locale régionale que nous avons préférée à tout mode d'anesthésie par inhalation; nous employons la solution de Syncaïne Clin à 1/200, insistant spécialement sur le blocage du nerf intercostal dans la gouttière sous-costale, et sur l'infiltration sous-périostée. Les choses se passent dans le calme le plus complet; après résection costale on reponctionne la plèvre avant de l'inciser : pus. Incision pleurale : il s'écoule un pus abondant bien lié avec fibrine et fausses membranes; les adhérences tiennent : aucun signe de pneumothorax total. Drainage au drain épinglé. La petite intervention qui a duré dix fois moins de temps que l'anesthésie, est admirablement supportée et nous devons rendre hommage à l'énergie et au

courage de notre petite patiente qui n'a pas proféré la moindre plainte.

Les choses se passeront dès lors très simplement. A part 3 ou 4 oscillations cours de mars et début avril la fièvre s'éteint, les pansements suivent leur cours, le côté gauche est déjà guéri depuis les environs du 20 mars. Le côté droit le sera un mois plus tard. L'auscultation vers le 15 avril est tout à fait normale.

Le 7 mai, l'enfant tout à fait guérie et ayant déjà perdu son aspect squelettique viendra à Tunis se faire radiographier chez notre confrère Docteur de Beaujeu : à part quelques détails insignifiants, tout est normal.

Nous avons pensé que cette observation méritait d'être rapportée pour les raisons suivantes :

1° Les pleurésies purulentes doubles méta pneumoniques sont rares, c'est la première que nous voyons et depuis 1913 nous avons observé et opéré un bon nombre d'unilatérales dans notre service de chirurgie infantile de l'H. C. F.

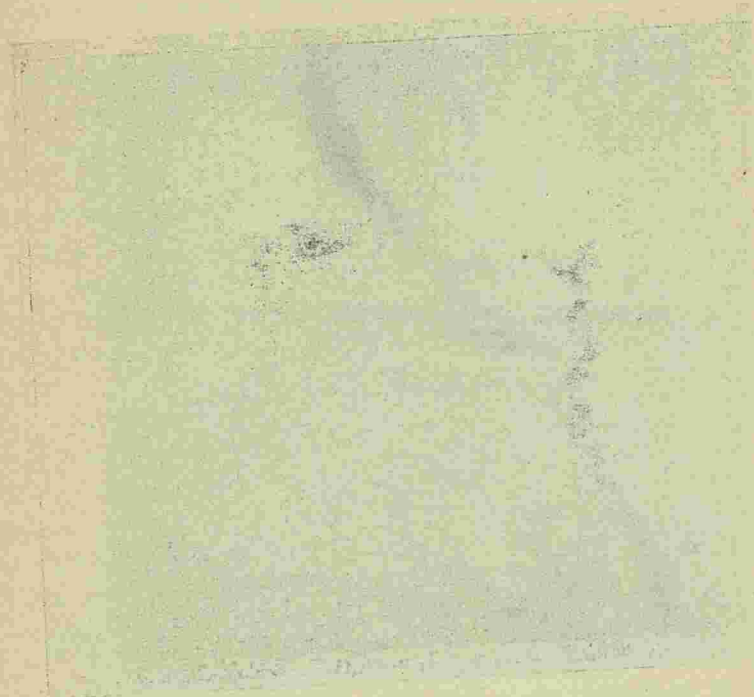
2° Il y a lieu de faire remarquer que le pneumothorax masque le pyo et rend le diagnostic difficile pendant longtemps; l'évolution est insidieuse. Voyez sur les deux Radios ce qui concerne le côté droit : il a fallu un mois pour que l'image hydro-aérique apparaisse.

3° Nous croyons pouvoir conseiller le recours systématique à la Radiographie et à la ponction exploratrice dans les états pleuro-pulmonaires chez l'enfant quels que soient les signes d'auscultation.

4° La thoraco-pleurotomie bilatérale a été rarement pratiquée avec succès : il semble prudent, dans le cas d'épanchement purulent bilatéral, d'attendre que le premier côté opéré soit suffisamment redevenu apte à assurer l'hématose pour entreprendre l'ouverture de la cavité pleurale du second côté : dans l'intervalle compris entre les deux opérations, les thoracentèses successives sont d'une utilité incontestables.

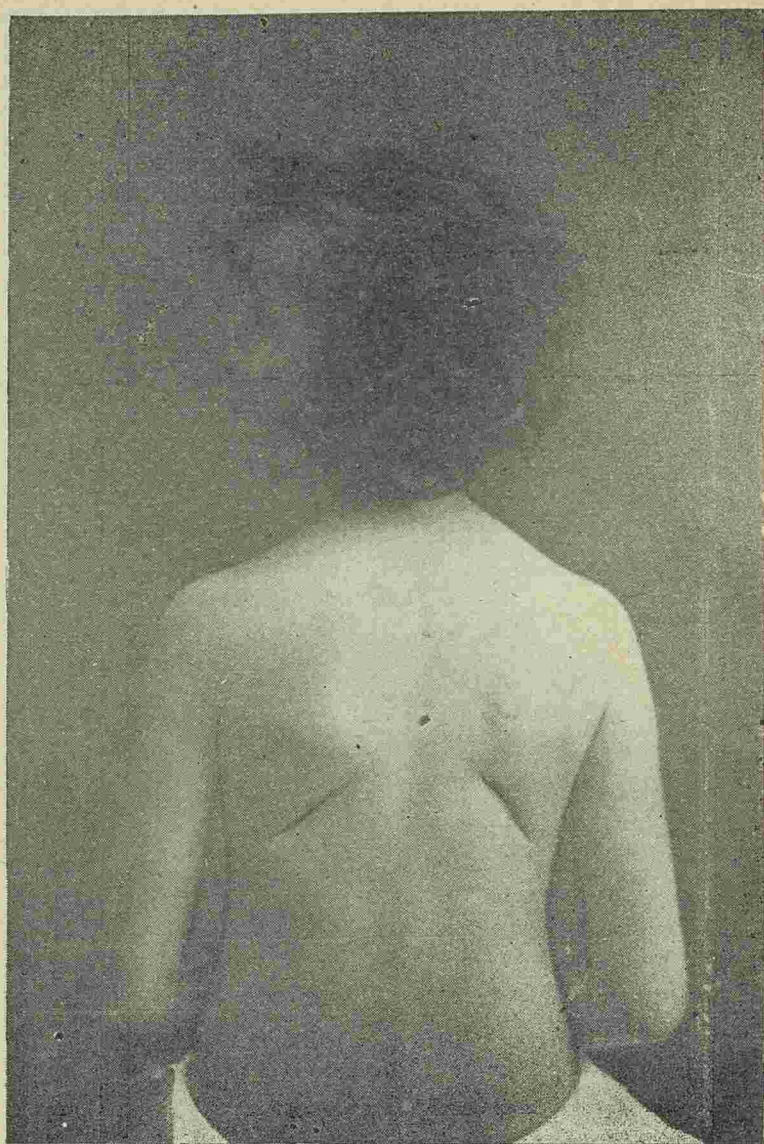
5° Depuis lors nous n'employons plus que l'anesthésie locale régionale en position assise pour les petites thoracotomies de ce genre : cette façon de faire nous paraît très supérieure à tous points de vue aux différents procédés d'anesthésie par inhalation.













Discussion :

D^r H. BONAN : Je voudrais faire une remarque à propos des clichés radiographiques. La clarté des sinus costo diaphragmatiques et des bords axillaires, d'une part, la présence du pneumothorax. d'autre part, feraient penser plus à un abcès du poumon qu'à une pleurésie purulente de la grande cavité.

∴

D^r BROU. — *Doua Raouani.*

(paraîtra au prochain numéro).

∴

Avant de lever la séance, le président rappelle que les jours écoulés ont été endeuillés par la mort de trois de nos confrères : Les Docteurs Gnecco, Nalli et Goéré. Il exprime aux familles les condoléances et la sympathie de la Société.

LIVRES REÇUS

Pression artérielle et ramollissement cérébral

(Recherches cliniques, physiopathologiques et thérapeutiques)

par Stanislas de Sèze, ancien interne des Hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8° de 232 pages, avec 53 figures dans le texte. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris. — Prix : 40 francs.

La première partie de cet ouvrage contient une étude clinique et pathogénique des variations de la pression artérielle au cours du ramollissement cérébral, fondée sur l'observation attentive d'un grand nombre de cas de ramollissements sylviens survenus chez des vieillards athéromateux.

La seconde partie contient une étude critique des variations de la pression artérielle consécutives aux phénomènes d'ischémie cérébrale expérimentale, et notamment, des réactions cardio-vasculaires déterminées chez l'animal par l'embolie cérébrale expérimentale.

Dans une troisième partie, l'auteur cherche à établir, en se fondant sur l'observation clinique, l'influence exercée par les variations de la pression artérielle sur l'évolution clinique du ramollissement cérébral. Joignant aux faits publiés antérieurement l'apport de nombreux cas personnels, il montre que les modifications tensionnelles, lorsqu'elles surviennent chez un sujet atteint d'artérite de la sylvienne, conditionnent dans une large mesure, l'évolution et le pronostic des accidents de la thrombose vasculaire. Plusieurs observations saisissantes illustrent parfaitement le rôle néfaste que jouent, sur ces terrains prédisposés, les différentes causes d'effondrements tensionnels, brusques ou progressifs.

Comment expliquer, du point de vue physiologique, ce retentissement des variations circulatoires sur les accidents du ramollissement cérébral ? Ce problème conduit l'auteur à reprendre l'étude de la perméabilité artérielle au cours du ramollissement cérébral athéromateux : il s'attache particulièrement à l'étude de la perméabilité vasculaire anastomotique, dont le rôle paraît en effet, des plus importants. Les recherches personnelles que l'auteur verse au dossier de ces deux questions donnent un très grand intérêt à cette quatrième partie.

La dernière partie de l'ouvrage est un « chapitre d'application thérapeutique » qui s'adresse principalement au médecin praticien. Toutes les notices thérapeutiques nouvelles qui ont retenu, dans ces dernières années, l'attention du public médical y passent au crible d'une critique impartiale. Après avoir discuté de l'opportunité d'une thérapeutique hypertensive de ramollisse-

ment cérébral, l'auteur aborde le problème de la saignée et enfin le problème de la thérapeutique vaso-dilatatrice et antispasmodique des accidents de la thrombose athéromateuse.

On ne peut résoudre ces problèmes sans tenir compte à la fois des données de l'observation clinique, des nouvelles connaissances physiologiques concernant le rôle des spasmes vasculaires, et des données récemment acquises sur les rapports du ramollissement cérébral avec l'infarctus hémorragique.

Tous les praticiens devront lire cette étude essentiellement pratique, où les avantages, les inconvénients et les indications de ces diverses méthodes thérapeutiques sont l'objet d'une discussion serrée, aboutissant à des conclusions précises.

Nouvelle vue d'ensemble sur le Système Réticulo-Endothélial

par A. Rouslaacroix, chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Marseille.

— Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris, 1931. —

In-8° raisin, 64 pages. — Prix : 10 francs.

Les nombreux problèmes soulevés par la notion anatomo-physiologique du système réticulo-endothélial sont plus que jamais à l'ordre du jour; aussi n'était-il pas inutile de mettre au point, pour l'étudiant comme pour le médecin praticien, les divers aspects de cette intéressante question.

La nouvelle monographie présentée par M. Rouslaacroix, tout en condensant les excellentes revues générales antérieures, les complète par une analyse sommaire des plus récents travaux et les synthétise par une conception générale personnelle.

Après une étude assez détaillée de la topographie anatomique et de l'histologie du S.R.E., l'auteur a réservé la plus large place aux propriétés physiologiques : aptitude à la coloration vitale envisagée comme phénomène de colloidexie intracellulaire, pouvoir phagocytaire, rôle hématopoïétique, fonctions métaboliques et action trophique, crythrolyse et biligénie. Il expose sans prendre parti, les questions encore controversées du revêtement alvéolaire pulmonaire et de la microglie.

Les résultats souvent contradictoires ou paradoxaux donnés par la méthode expérimentale du blocage, précisent cependant certaines données physiologiques et mettent toute l'importance, dans l'immunité humorale ou cellulaire des phénomènes d'excitation, d'inhibition ou de sensibilisation du S.R.E. La physiologie pathologique entraîne naturellement la conception des syndromes provoqués par l'altération fonctionnelle des éléments réticulo-endothéliaux, ou

même de véritables entités morbides, telles que la maladie de Gaucher, la maladie de Niemann Pick et peut-être la lympho-granulomatose maligne.

Du point de vue biologique général, le S. R. E. ne doit pas être considéré comme une spécialisation, une différenciation du mésenchyme, mais bien comme une réserve de mésenchyme embryonnaire, indifférencié, doué des fonctions vitales essentielles et présentant les possibilités évolutives les plus diverses.

Cette conception apportée de précieux éclaircissements dans l'étude des tumeurs d'origine conjonctive et permet de tracer les grandes lignes d'une classification rationnelle des sarcomes.

L'Année Médicale Pratique

publiée sous la direction de C. Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. — Préface du professeur E. Sergent. — Un vol. in-16, 646 pages, 12 fig. — Editeur Lépine. — Prix : 26 francs.

« L'Année Médicale Pratique » fière d'avoir dépassé sa 10^{me} année, s'est habillée d'une couverture artistique.

Sous ses brillants atours, elle continuera à figurer sur le bureau de tous les bons médecins. Il est impossible en effet pour un médecin d'être à la page s'il n'a pas la possibilité de trouver en quelques secondes les notions nouvelles de diagnostic et de thérapeutique pour chaque maladie : or c'est là un jeu avec les 300 articles de l'Année Médicale Pratique, classés par ordre alphabétique. Bien plus cet ouvrage renferme la liste alphabétique de tous les nouveaux médicaments, de tous les nouveaux livres et appareils de l'année. Il se termine même par un index alphabétique des quatre dernières années.

Songer à faire de la bonne médecine sans ce précieux petit volume serait une vaine gageure.

La Tunisie Médicale

AVRIL 1932



TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Les accidents nerveux au cours du pneumothorax artificiel et leur traitement

par le D^r TRIOLO

Le pneumothorax artificiel, sous l'apparence de la plus grande simplicité, cache quelque fois des surprises fort désagréables; les accidents nerveux par leur brusquerie et leur caractère dramatique, sont parmi les plus graves.

Un malade peut cesser de vivre en quelques minutes, à la grande stupéfaction de l'opérateur, qui se demande quelle faute il a pu commettre.

La faute, le plus souvent, n'existe pas.

Les physiologistes les plus expérimentés ont eu à déplorer des cas mortels et la preuve a été donnée, par la nécropsie, qu'aucun reproche ne pouvait leur être adressé.

Les quelques observations qui suivent montrent comment les événements se sont déroulés entre les mains de médecins, dont la capacité est hors de discussion.

Obs. du serv. du prof. BEZANÇON.

Malade en cure de Pneumo depuis six mois; elle allait bien et avait grossi de 5 kg. Une radioscopie permet de constater la compression totale du poumon, sauf à l'apex; on enfonce l'aiguille, aucune oscillation au manomètre; brusquement la malade devient cyanotique, violacée; les jugulaires sont saillantes, les yeux sont revulsés. Le corps ébauche un mouvement d'extension; trente secondes plus tard git inerte.

(Revue de la tuberculose 1925).

Obs. du Dr. KINDBERG.

Homme en traitement depuis 16 mois; à la dernière séance brusquement et sans qu'il paraisse y avoir eu absorption de gaz, phénomènes de lipothymie. Le malade tombe dans le coma. Mort 15 minutes après la piqûre (*ibidem*).

Obs. du Dr. DUMAREST.

Après une insufflation de 100 cc. de gaz la malade en s'asseyant sur la chaise longue, brusquement, se trouve mal; elle présente quelques secousses des lèvres et meurt, malgré tous les efforts pour la ramener. (*Ibidem*).

Les Drs CORDIER et VINCENT ont vu mourir leur malade en 5 minutes à la 13^e insufflation et après l'introduction de 55 cc. de gaz (*Soc. Med. Hôpitaux Lyon 1924*).

LEURET, COUMISON et FONTAN signalent aussi deux accidents graves et mortels. (*Journal de Med. de Bordeaux 1929*).

DUMAREST et MURARD. — Un cas mortel (*Revue tub. 1925*).

BALVAY et ARCELIN. — Un cas mortel (*ibidem*).

LYONNET et PIERY. — Un cas mortel (*ibidem*).

DELBÈCO. — Deux cas d'eclampsie pleurale sans injection d'air (*Paris-Med. 1926*).

RODOLLI. — Un cas mortel (*Riforma medica, anno X L II*).

et puis :

CERVINI. — (*Policlino — sez. prat. anno XXXI*).

COPECCHI. — (*Rivista clin. medica — Marzo 1925*).

FASANO. — (*Minerva medica — Nov. 1924*).

LA MENDOLA. — (*Rivista sanitaria — Aprile 1929*).

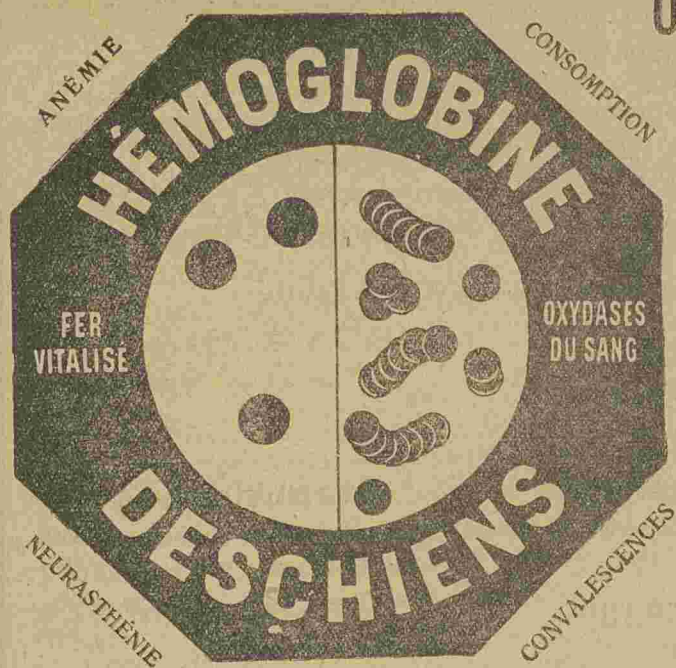
Il doit y en avoir encore d'autres, qui n'ont pas été publiés ou qui ne sont pas à ma connaissance.

Les accidents nerveux qui surviennent au cours du Pneumo ne sont pas toujours mortels; souvent les malades en échappent.

Voici un exemple :

Obs. du Dr. DELBÈCO.

Il s'agissait d'une malade avec des adhérences, ce qui obligeait à chaque insufflation d'élever la pression. Au début du 4^{me} mois il fait la ponction comme d'habitude; mais il ne constate aucune oscillation au manomètre; un deuxième essai n'a pas plus de succès; à peine il retire l'aiguille, la malade pâlit, pousse un cri et



**OPOTHÉRAPIE
HÉMATIQUE**

SIROP DE
DESCHIENS

à l'Hémoglobine

REPLACE
VIANDE CRUE
et Ferrugineux

Dose : 1 cuillerée à soupe
à chaque repas.

DESCHIENS, D^r EN PHARMACIE,
9, RUE PAUL-BAUCRY, PARIS 6^e

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE CHEZ MM. ANGE VALENZA & C^{ie}, 9, RUE PÈRE DE FOUCAULT - TÉLÉPHONE 21.18

La Grande Marque
Des Antiseptiques
Urinaires et Biliaires

56, BOULEVARD PÉREIRE

(PLACE WAGRAM)

PARIS (17^e)

**URASEPTINE
ROGIER**

dissout
et chasse
l'acide urique

Echantillons et Littérature :

A. VALENZA & C. ESCANO, 47, Rue Massicault - TUNIS

Pharmacie T. LECLERC, 10, rue Vignon - Paris

SÉRUM NORMET CHIRURGICAL

Traitement des grandes hémorragies et des états de shock

Permet d'obtenir la **SURVIE DEFINITIVE** même après les **SIGNES D'AGONIE**

E SERUMNORMMÉDICAL

1° Action sur le cœur et le système nerveux végétatif.

(Myocardites, Varices, Hémorroïdes, Hémoptysies, Hématémèses, Métrorragies, etc.).

2° Action sur les toxines microbiennes et les leucocytes.

(Paludisme chronique; Infections : Grippe, Variole, Rougeole, Méningite cérébro-spinale, etc.).

3° Action sur l'hématopoïèse.

(Anémie, Convalescence, Purpura hémorragique, Hémophilie).

Entérophage

Traitement bactériophagique de toutes les colibacilloses.

Entéroxin

Infections intestinales;
Vaccinothérapie buccale.

Staphylophage

Traitement bactériophagique de toutes les staphylooses.

Entérochir

Complications chirurgicales;
Voies urinaires.

Littérature et échantillons : OFFICE TUNISIEN D'EXPANSION FRANÇAISE
22, Rue d'Italie — TUNIS — Téléphone : 44.93

Syphilis

Médication donnant par VOIE DIGESTIVE des résultats thérapeutiques comparables à ceux des injections d'arsénobenzènes.

Dysenterie amibienne

Action spécifique sur les amibes et les kystes amibiens

Plan et toutes SPIROCHETOSES

TRÉPARSOL

(Acide formyl-méta-amino-para-oxy-phényl-arsinique)

POSOLOGIE

Adultes. — 1 à 4 comprimés dosés à 0 gr. 25 par jour, selon la tolérance, pendant 4 jours consécutifs, suivis de 3 jours de repos. Durée du traitement : 8 à 10 semaines.

Enfants. — 0 gr. 02 par kilog. et par jour. Mêmes modalités de traitement que pour les adultes, comprimés à 0 gr. 10 et à 0 gr. 02.

Adopté par l'Assistance Publique de Paris par les Ministères de la Guerre, de la Marine et des Colonies, du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance Sociales.

Comprimés dosés à 0,25 cg Adultes

Comprimés dosés à 0,10 cg Enfants

Comprimés dosés à 0,02cg Nourrissons

Laboratoire **LECOQ & FERRAND**, 14, Rue de Gravel

LEVALLOIS PERRET (Seine)

presque aussitôt elle présente des mouvements convulsifs des yeux, des paupières, qui se généralisent à tout le corps. Ces convulsions sont suivies d'un sommeil profond d'une demi heure avec respiration stertoreuse. Après le réveil la malade très lasse dit que que les ponctions ont été fort douloureuses (Paris-Med. 1926).

Ayant eu l'émouvante expérience de deux cas, il m'a paru intéressant d'entretenir de ce sujet les jeunes confrères, qui débutent dans la pratique du pneumo.

Première obs.

Jeune homme de 22 ans, que j'avait soigné auparavant pour abcès du poumon gauche. Après deux ans de bien être, avec reprise de travail, il se représente dépéri, fiévreux, et portant deux cavernes : l'une au sommet et l'autre vers la base du poumon gauche, au même endroit où existait l'abcès.

Présence de bacilles de Koch dans les crachats.

J'essaie le pneumo; je trouve des adhérences; quand même je réussis à introduire 200 cc. de gaz. Le malade ressent des douleurs de côté. Le surlendemain j'insuffle la même quantité de gaz et je provoque les mêmes douleurs. Le manomètre oscillait en pression négative : — 5 — 3. 200. + 0.

Je m'arrête et, vu la persistance des douleurs, je retire l'aiguille.

Le malade échange quelques mots avec moi, sans montrer rien d'anormal. Tout à coup il devient pâle, la figure se couvre de sueurs, le regard est fixe, la connaissance est obscurcie; il prononce encore cependant quelques paroles d'encouragement à sa mère.

La respiration se ralentit graduellement, le pouls devient de plus en plus faible; un seul mouvement, celui de se tourner vers le côté droit, de se mettre à plat ventre; puis il entre dans le coma; le pouls ne frappe plus, le cœur est arrêté, les piqûres répétées avec tous les excitants cardiaques n'arrivent pas à le secouer.

La situation était tragique et je considérais le malade perdu.

Alors j'ai pratiqué une injection intracardiaque de solution d'adrénaline.

Avec une aiguille de 8 cm. de longueur, que je porte toujours dans ma boîte, je ponctionne au 4^{me} espace, un centimètre au dehors du bord gauche du sternum, et j'injecte un cc. de la solution au 0/00 d'adrénaline.

Après quelques secondes, la main sur le cœur, je sens revenir

les battements cardiaques, puis le pouls à la radiale, et puis la connaissance; le malade était sauvé. Après un quart d'heure il pouvait répondre à mes questions; il accusait une forte douleur à la tête et un grand affaiblissement.

Le lendemain il s'était levé du lit.

Deuxième obs.

Homme de 34 ans; il était à sa deuxième année de traitement et sur le point de le cesser. Il se portait bien; il avait repris le travail.

Les reinsufflations ayant été espacées, à la dernière séance je constate que le gaz est resorbé et la plèvre collée. Je ponctionne une première fois sans résultat; je ponctionne dans un autre endroit; le manomètre commence à osciller en pression négative. Je fais pénétrer 200 cc. de gaz. Le malade accuse une forte douleur de côté; je m'arrête, je retire l'aiguille, et je le vois pâlir; le front se couvre de sueurs; il perd connaissance; la mort survient dans un espace de 20 minutes.

J'ai mis en œuvre tous les moyens pour le ranimer, sauf l'injection intracardiaque d'adrénaline, qui, à cette époque, n'avait pas encore été essayée.

Le médecin qui a le malheur de voir survenir, au cours du pneumothorax artificiel de pareils accidents nerveux en gardera toujours le plus pénible souvenir; c'est, peut-être, le plus douloureux épisode de la vie du médecin.

Heureusement les cas où surviennent ces accidents sont l'exception en comparaison du nombre assez élevé des ponctions de la plèvre que l'on pratique tous les jours.

Est-il possible de prévoir quels sont les malades susceptibles d'en être atteints ?

Une petite incursion dans le champ de la physiopathologie de ces accidents permettra une réponse.

Les accidents nerveux au cours du pneumo se produisent par un double mécanisme; tantôt c'est le *réflexe pleural*, tantôt c'est l'*embolie gazeuse*.

Ces deux mécanismes varient, d'une manière générale, suivant que l'on a introduit ou non des gaz dans la plèvre; c'est-à-dire que dans le cas où la simple ponction a déterminé l'accident, c'est le réflexe pleural qui est mis en cause; dans le cas, au contraire, où l'accident se produit après l'introduction de gaz, c'est l'embolie

gazeuse qu'il faut incriminer; souvent les deux causes agissent en même temps; il en résulte alors des formes complexes (1).

La réalité du *réflexe pleural* paraît hors de doute.

La disposition des diverses branches du pneumogastrique et leurs relations fonctionnelles expliquent comment l'excitation d'un filet le plus éloigné de la branche respiratoire peut avoir sa répercussion sur la branche cardiaque et produire l'arrêt du cœur.

Pour ce qui regarde la plèvre, la démonstration expérimentale a été faite sur des animaux par l'excitation intrapleurale avec des agents physiques et chimiques. On a réussi à reproduire des phénomènes eclamptiques en tous points comparables à ceux observés chez l'homme.

En clinique humaine sont notoires les cas de mort subite survenues au cours des opérations sur le larynx par le mécanisme du réflexe laryngé; de la même manière l'accident peut survenir si le point de départ est plus éloigné, la plèvre.

L'observation du Dr. Barbier est classique.

Soupçonnant un épanchement pleural chez un enfant, il décide de pratiquer une ponction exploratrice :

« Avant d'intervenir, dit-il à ses élèves, je rappellerais les dangers auxquels on s'expose en pratiquant une ponction exploratrice, même jugée nécessaire. »

Malheureusement l'expérience a été trop démonstrative ! A peine introduite l'aiguille de Pravaz, l'enfant pâlit et tomba en syncope : il ne fut plus possible de le rappeler à la vie !

Les observations cliniques tirées de la pratique du pneumo et chez lesquelles les accidents sont survenus à la suite de la simple ponction, avant toute introduction de gaz prouvent aussi la réalité du réflexe pleural.

Quand les accidents nerveux éclatent à la suite de l'introduction de gaz dans la plèvre, c'est l'embolie gazeuse qu'il faut incriminer.

La démonstration de cette possibilité a été faite soit à la nécropsie, soit expérimentalement chez les animaux en introduisant dans

(1) Il peut y avoir une autre cause : la perforation du poumon avec introduction directe du gaz dans un vaisseau; mais celle-ci est une faute grave de l'opérateur, et ne devrait arriver qu'à ceux qui ignorent la technique du pneumothorax.

les artères encéphaliques des petites quantités de gaz; on a provoqué des phénomènes soit de choc mortel, soit des accidents convulsifs ou paralytiques.

Pour que l'embolie se produise en clinique humaine, il faut qu'un vaisseau sanguin de la cavité pleurale soit béant, ce qui se produit, quand se déchire une adhérence de la plèvre.

Le rappel de ces brèves notions pathogéniques permet d'affirmer qu'il est impossible de prévoir l'accident qui arrive par réflexe pleural à la suite de la simple ponction de la plèvre.

On pourrait seulement, puisqu'il s'agit de phénomènes dont la voie de conduction est représentée par le *pneumogastrique*, considérer tout état psychique, qui élève le tonus de ce nerf, comme favorisant l'éclosion de ce syndrome.

Par conséquent il faudrait agir avec la plus grande prudence chez les vagotoniques, chez les anxieux, chez les peureux.

Quand, au contraire, l'accident se produit par la suite de la rupture d'une adhérence, sa prévision est, dans une certaine mesure, possible, en ce sens qu'on peut toujours s'abstenir de toute intervention dans les cas où la plèvre est adhérente.

L'accident dans les cas de plèvre adhérente se produirait par l'introduction de gaz à travers les vaisseaux béants, mais aussi par la douleur, qui peut déterminer les réflexes.

Cette conduite, inspirée de la prudence et qui limite l'intervention de l'opérateur aux seuls cas où la plèvre est saine, est suivie par un certain nombre de médecins qui voient dans les nouvelles interventions — phrénicectomie et thoracoplastie — et aussi dans la cryothérapie le moyen le plus efficace de traiter les plèvres adhérentes.

Sur cette conclusion je pourrai finir et dire : celui qui préfère un travail agréable, celui qui veut s'éviter toute émotion, n'a qu'à choisir les cas où la plèvre est saine, et pour les jeunes débutants je trouve que c'est un devoir.

Mais il y a des médecins, qui ne se contentent pas d'une telle pratique.

L'attrait, qui exerce sur certains esprits toute difficulté à surmonter fait qu'ils ne se laissent pas intimider par les risques que l'on peut courir, ni par la crainte de savoir sa propre réputation en jeu; ils cherchent à tout prix à créer le pneumo.

Une telle conduite est-elle justifiée ?

Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative; ni la phrénico, ni la thoracoplastie, ni l'aurothérapie ne peuvent substituer le pneumo.

Ces traitements n'ont pas des indications aussi étendues qu'a le pneumo; les sels d'or par exemple laissent encore pour le moment les médecins dans la plus grande incertitude sur leur dosage et quant à leur indication c'est dans les cas récents de tuberculose exsudative, là où encore ne se sont pas formés des cavernes, ou avec des cavernes récentes, qu'ils trouvent leur meilleure application. La phrénico a, elle aussi, des indications bien restreintes; il faut que la lésion soit basale, et qu'elle ne soit pas évolutive, pour qu'elle soit efficace.

La thoracoplastie est une opération grave, d'exception.

Or le pneumo est justement appelé à arrêter une poussée évolutive ou à comprimer des cavernes, qui, le plus souvent, siègent au sommet ou à la région hilare, et ces éventualités sont certainement les plus fréquentes.

La présence d'adhérences de la plèvre, par conséquent, ne devrait pas arrêter la main d'un opérateur expérimenté.

Il y a danger sans doute; mais il ne faut pas l'exagérer non plus; s'il est réel, il est rare.

Ce serait dommage que chaque fois que la plèvre montre des adhérences on soit amené à arrêter tout essai de pneumo; la méthode connaît trop de bienfaits pour qu'on y renonce aux premières difficultés que l'on rencontre.

Du reste, les difficultés que les adhérences opposent à la création du pneumo ne sont pas toujours égales, de même que toutes les adhérences pleurales ne sont pas toujours identiques. A côté des cas de symphyse où les deux feuillets de la plèvre sont collés dans toute leur étendue, et où le gaz n'arrive à pénétrer d'aucune façon, il y en a d'autres où la plèvre adhère seulement par endroits, ce qui permet au gaz de se frayer un chemin. Il y a aussi des adhérences anciennes formées de tissu fibreux, cicatriciel, qui ne cède qu'au couteau. D'autres, au contraire, sont récentes, formées de tissu conjonctif, lâche; elles s'affilent sous la pression et se laissent facilement détacher.

Autant de variétés, presque, qu'il y a de malades.

Comment savoir devant quelle variété d'adhérences on se trouve ?

Seul l'essai avec l'aiguille peut nous renseigner; ni l'examen clinique, ni l'écran ne peuvent nous fixer.

Mais l'essai doit être complet; il ne suffit pas d'avoir ponctionné une ou deux fois sans résultats pour déclarer la plèvre imperméable.

Le prof. Bull a démontré à la table nécropsique que chez la plupart des malades opérés par la thoracoplastie, considérés, par conséquent, atteints de symphyse pleurale, la plèvre était libre par endroits (Actes du Congrès de la Tuberculose — Oslo 1930).

Or, si dans ces cas-là, on avait continué les ponctions exploratrices, on aurait, peut-être, réussi à trouver l'endroit où la plèvre était perméable, ce qui aurait évité aux malades une opération aussi grave que la thoracoplastie.

Car, pour que le pneumo soit efficace, c'est-à-dire pour qu'il apporte un changement favorable dans le cadre morbide, il n'est pas nécessaire que le décollement du poumon soit complet. Il y a des cas nombreux où le décollement a été partiel et où la guérison a pu s'obtenir quand même.

Je pourrais en rapporter des cas, et comme moi tout médecin qui s'occupe de collapsothérapie.

Ce sujet passionnant m'amènerait bien loin.

Pour revenir à l'argument, je dirais :

Devant un cas de tuberculose ulcérate en évolution il ne faut pas se faire trop d'illusion; seul le pneumo est capable d'arrêter l'évolution et d'assécher la plaie; ce pneumo, même partiel, devrait être réalisé à tout prix; les adhérences, s'il y en a, il faut les détacher soit par la pression, soit par la méthode de Jacobsen (thoraco-cauterisation).

Un accident arrive ? on a fait son propre devoir dans l'intérêt du malade, donc rien à se reprocher.

Et maintenant arrivons au traitement des accidents nerveux de la Collapsothérapie.

Jusqu'à ces derniers temps il n'y avait pas de traitement pour les accidents nerveux, qui survenaient au cours du pneumo; on mettait en œuvre tous les moyens physiques et chimiques, mais guérissaient seulement les malades guérissables spontanément.

Actuellement la thérapeutique a acquis un moyen très efficace pour combattre ces accidents : *l'injection intracardiaque de la solution d'adrénaline au 0/00.*

La technique de ces injections est décrite dans les traités de médecine; il faut une longue aiguille avec laquelle on ponctionne à l'endroit choisi, qui est au 4^{me} espace intercostal, un centimètre au dehors de la marge gauche du sternum.

On est assuré que l'aiguille a pénétré dans le cœur si on voit qu'elle exécute des mouvements d'oscillations, ou bien si on peut retirer du sang pas aspiration.

Le premier signe peut manquer quand le choc est grave et le cœur est arrêté.

Le second est un sûr moyen de reconnaître si l'on a pénétré dans la cavité.

Mais est-il nécessaire de pénétrer dans la cavité du ventricule pour que la ponction ait bien réussi, pour que l'injection soit efficace ?

Je ne le crois pas.

Ce qu'on demande à l'adrénaline, c'est une action locale; si l'on injecte le médicament dans la cavité, le mélange avec le sang peut en affaiblir et en retarder l'effet.

L'injection doit donc être faite dans la masse même du muscle cardiaque, qui sera ainsi directement excité.

Il est bien entendu que l'injection intracardiaque d'adrénaline réussit de préférence dans les cas où le réflexe pleural est en cause.

Chitinomes ou Cuticulomes observés

dans un kyste hydatique du poumon

par M. CHAHED, Interne à l'Hôpital Ernest Conseil

Nous avons eu l'occasion de vous présenter au cours de la dernière séance un fragment de foie avec kyste hydatique calcifié; aujourd'hui nous vous présentons un volumineux kyste hydatique qui comprimait complètement le poumon droit. S'agit-il d'un kyste du poumon ou de la plèvre. L'interprétation dans ce cas était difficile et l'état du malade ne nous a permis de faire une radiographie avant l'opération. Cependant le professeur Devé, de l'École de Médecine de Rouen, que nous avons consulté par écrit à ce sujet, penserait à un gros kyste cortical du poumon plutôt qu'à un kyste de la plèvre.

Cette volumineuse membrane, nous provient d'un malade qui a été hospitalisé au service du Dr. Broc à l'Hôpital Ernest Conseil le 21 décembre dernier. A son entrée, Mohamed ben Amar, N° 5364, âgé de 30 ans, était pâle, son facies plombé, ses traits tirés. Il rappelait le type d'un grand infecté. Sa température était normale à 37°. Il répondait péniblement aux questions qu'on lui posait car il était très dyspnéique. Cette gêne respiratoire remontait à 5 ans. D'abord une dyspnée qui survenait à la suite de fatigue ou d'un effort quelconque, puis progressivement elle est devenue continue avec une intensité croissante. Elle était accompagnée de tirage sus et sous sternal. Ce malade a toujours été agacé par une toux sèche quinteuse sans expectoration caractéristique. Il n'a jamais eu d'hémoptysie ni de crachats purulents.

A l'inspection, on constatait que l'hémithorax droit était fortement dilaté et immobile. On trouvait de l'abolition des vibrations vocales et une matité de bois sur tout le côté droit en avant et en arrière. On ne notait pas de skodisme sous claviculaire, absence d'égophonie et de pectoriloquie aphone. Pas de murmure vésiculaire, pas d'œdème de la paroi ni d'adénopathie axillaire. Rien à signaler du côté du poumon gauche.

Le cœur normal quoique rapide était refoulé à gauche.

La rate était normale.

Les membres inférieurs étaient œdématisés.

Le foie douloureux, formait une masse irrégulière allant jusqu'à l'ombilic au point qu'au premier examen, on avait pensé à une tumeur de l'abdomen, cancer secondaire de l'estomac avec œdèmes des membres inférieurs cachexie, etc.

L'examen du sang donne la formule suivante :

Hémoglobine : 90
Valeur globulaire : 1,0
Globules rouges : 4.464.000
Globules blancs : 6.200

Formule leucocytaire :

53 polynucléaires neutrophiles
3 éosinophiles
36 mononucléaires (grands et moyens)
8 lymphocytes
(3 myélocytes)

La réaction de Casoni faite avec le liquide de kyste hydatique d'origine humaine reste négative.

En présence de ces signes et pensant à une pleurésie totale, on fait une ponction exploratrice qui retire un liquide clair eau de roche. L'examen microscopique montre la présence de scolex.

Devant cette dyspnée angoissante, on demande au D^r Ronchot de bien vouloir opérer ce malade d'urgence.

Après résection des 6^{me} et 7^{me} côtes au niveau de la ligne axillaire et ouverture de la poche, on obtient un jet de liquide hydatique clair; eau de roche qui avait une pression considérable. Cet écoulement était souvent interrompu. Les vésicules filles venaient boucher l'orifice de sortie. Il suffisait au malade de faire des inspirations profondes pour chasser ces vésicules et l'écoulement se poursuivait. L'expulsion de la poche était une véritable délivrance. Après une quinte de toux suivie de plusieurs inspirations, le malade a rejeté l'hydatide volumineux que nous vous présentons aujourd'hui.

La membrane cuticulaire a une couleur blanche légèrement jaunâtre, ressemble à l'image classique du blanc d'œuf cuit. Mais la paroi interne présente une anomalie que nous n'avons pas encore rencontré et qui fait tout l'intérêt de notre présentation.

On y voit des saillies arrondies de la grosseur d'une mûre, très nombreuses, formant des sortes de petits condylomes brillants, nacrés, tantôt séparés, tantôt agminés.

Nous avons envoyé un morceau de la pièce au D^r Devé qui nous a très aimablement indiqué qu'il s'agit d'une altération particulière de la cuticule. échinococcique. « Il s'agit d'hyperplasies chitineuses circonscrites. Ce sont de véritables chitinomes ou cuticulomes. C'est une malformation qui est loin d'être rare. »

« J'avais d'abord cru que la malformation en question était en quelque sorte « réservée » aux vieux kystes primitifs. Or, j'ai pu voir dans un cas récent qu'elle s'observe tout aussi bien sur les kystes secondaires encore jeunes. Dans le cas auquel, je vous fais allusion, j'ai même pu constater que de telles verrues chitineuses s'observaient non pas sur un kyste secondaire par hasard, mais bien chez tous les kystes péritonéaux secondaires enlevés au même malade.

C'est une altération connue, signalée par Dubreuil de Bordeaux (Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, 1887, page 168), elle a été en particulier étudiée par J. Lambias de Buenos-Ayres. Voir un résumé de la communication dans les C. R. de la Société de Biologie, 1926, page 1381. »

Contribution au traitement du phlegmon diffus, gangréneux du plancher buccal (Angine de Ludwig)

par le D^r NUNEZ

chirurgien-chef suppléant de l'Hôpital Italien

—(0)—

Cette infection peu fréquente, mais très grave dès le début par son allure septicémique est envoyée aux chirurgiens dans la majorité des cas lorsqu'il ne reste plus rien à faire.

La mortalité est énorme de 50 à 60% environ et cette mortalité si élevée est due, à mon avis, au fait que la famille du patient n'accepte pas facilement une intervention d'urgence sans d'abord essayer un traitement médical, ne fut-ce que de quelques heures; elle est due aussi aux atermoiements du médecin traitant qui espère sur une amélioration spontanée qui ne peut jamais arriver.

Ceux qui connaissent bien l'allure de cette infection, son origine et sa gravité ne peuvent hésiter un instant à instituer un traitement chirurgical immédiat. Cette maladie est caractérisée cliniquement par une infection extrêmement extensive et septique; en quelques heures, tout le plancher buccal est envahi, anatomiquement le siège du foyer infectieux est sus-milo-hyoïdien. L'incision nous fait tomber sur des tissus d'aspect gangréneux, pas de pus mais une substance rougeâtre peu abondante avec des bulles de gaz et des tissus nécrosés.

L'infection est due à plusieurs microbes, streptocoques, staphylocoques, anaérobies. La porte d'entrée est une lésion de la bouche; une dent cariée avec pulpite ou périostite, l'avulsion d'une dent, une amygdalite ou une ulcération de la langue.

A l'examen on trouve de l'œdème dur du plancher buccal qui encercle la langue; celle-ci est soulevée. A la région sous maxillaire, sus-hyoïdienne d'un ou des deux côtés tuméfaction dure non fluctuante.

La peau est au début normale, mais au troisième ou quatrième jour se recouvre de phlyctènes rougeâtres et puis d'escharres. La déglutition est la respiration sont excessivement gênées. T° 39°5 à 40°. Pouls petit et rapide. Albuminurie. La mort survient par collapsus, adynamie ou asphyxie consécutive à l'œdème de la glotte, broncho-pneumonie ou pyoémie.

Le traitement est exclusivement chirurgical et doit être précoce sans attendre la fluctuation.

Il faut toujours faire trois incisions cervicales, une médiane et sus-hyoïdienne qui dissociera la sangle du mylo-hyoïdien et deux latérales suivant le bord inférieur du maxillaire pour arriver aux tissus cellulaires du plancher de la bouche. Il faut en même temps faire du sérum anti-gangréneux et employer tous les remèdes usuels des septicémies et le traitement général.

Le cas que je vais vous présenter est intéressant parce qu'il démontre que lorsqu'on opère avant l'arrivée des grands symptômes on a beaucoup de chances de sauver son malade.

Le cas est rare parce qu'il intéresse un sujet âgé de 10 ans.

J'estime que la fusée purulente que nous avons débridée au troisième jour a fonctionné comme un véritable abcès de fixation et qu'elle a contribué au succès obtenu.

Le 13 janvier j'ai eu l'occasion d'examiner un enfant de 9 ans $\frac{1}{2}$, de constitution moyenne pesant 30 kilos n'ayant dans ses antécédents qu'une rougeole et une coqueluche. La veille, l'enfant en apparent parfait état de santé avait été envoyé chez le dentiste qui avait trépané une molaire inférieure gauche. Le soir même T° 38° et douleur à la région sous-maxillaire gauche.

A l'examen je constate une tuméfaction dure, diffuse à la région sous-maxillaire et sus-hyoïdienne plus prononcée à gauche. Peau normale non adhérente. A l'examen de la cavité buccale, je trouve la langue soulevée et encerclée par un œdème dur. Trismus assez évident. Phénomènes généraux inquiétants. Frissons. Faciès terreaux, légère gêne respiratoire. T° 40°. Albuminurie très marquée.

Devant ce tableau très net d'angine de Ludwig, j'avertis la famille que le cas est grave et je propose une intervention chirurgicale d'urgence que la famille accepte. Le petit est envoyé dans une clinique et à 4 heures (soit trois heures après la visite) il est opéré par le docteur Montefiore qui a bien voulu exécuter une intervention nécessaire mais ingrate à cause de sa forte mortalité. S'agissant d'une famille à laquelle je suis très lié, j'avoue que le courage m'a manqué de l'opérer moi-même sachant quel infime pourcentage de guérison comporte une telle affection.

13 janvier 1932 : 4 heures de l'après-midi. Anesthésie générale au kéléne, à peine de quoi assoupir le patient. Incisions suivant la méthode classique décrite plus haut. (Trois incisions . deux laté-

JUGLANREGINE

Elixir iodo-tannique phosphaté
à base de Noyer (feuilles fraîches et sèches)

Remplace avantageusement
l'Huile de Foi de MORUE

Echantillon franco sur demande aux LABORATOIRES BADEL

Valence-sur-Rhône — Reg. Com. Romans 3915

Traitement du diabète "per os"



SYNTHALINE B

Laboratoires CRUET

13, Rue Miollis — Paris (15^e)

PRODUITS CIBA



Médication Reconstituante, Hématopoïétique, Antiparasitaire :

PHYTINE, FERROPHYTINE,

PHYTINATE DE QUININE

Médication Hypnotique, Analgésique, Sédative :

DIAL, DIDIAL, DIALACÉTINE

Médication iodée, Eupnéique, Iodo-hydrargyrique :

LIPOIODINE, LIPOFÉINE, LIPOGYRE

Médication antibacillaire :

ELBON, RÉSYL

Demander notre Littérature
et Travaux Scientifiques.

Laboratoires CIBA. — O. ROLLAND, 1, place Morand - LYON

Traitement du Psoriasis

PSOTHANOL

Composé arséno - bismuthique

Ampoules pour injections intraveineuses ou intramusculaires

Traitement de la Syphilis

MUTHANOL

Hydroxyde de bismuth radifère

Ampoules

Suppositoires

— «0» —

Laboratoire G. Fermé — 55, Bld de Strasbourg — Paris 10^{me}

Agent pour la Tunisie : E. Brami — 37, Rue d'Isly — Tunis

rales et une médiane communicantes entre elles), drains, pansement humide, sérum anti-gangréneux de Weinberg (Institut Pasteur). Injection de 250 gr. de sérum physiologique; lavage à l'eau formolée à 2 0/00.

14 janvier 1932 : Etat toujours grave; par les plaies opératoires pas une goutte de pus. T° min. 39° — max. 40° et tuméfaction de tout le côté gauche de la face. L'œil est complètement fermé par l'œdème.

15 janvier 1932 : Etat général toujours très grave. T° min. 38°; T° max. 40°. A 5 heures de l'après-midi par l'incision encore béante parallèle au rebord du maxillaire inférieur gauche on introduit une longue pince de Kocher fermée (qui remonte jusqu'à la région temporale) que l'on sort après l'avoir ouverte à l'intérieur; il s'en écoule 150 grs environ de pus fétide. On place un drain en caoutchouc et des crins de Florence.

16 janvier 1932 : Au pansement du matin on commence à trouver du pus au niveau de l'incision. Etat général très amélioré. L'œdème a beaucoup diminué; le malade peut ouvrir les deux paupières. T° min. 37°3. T° max. 37°9.

17 janvier 1932 : L'amélioration progresse rapidement; œdème de la face disparaît. T. max. 37°7. T° min. 37°5.

18 janvier 1932 : La malade demande à se lever. Etat général parfait. T° min. 36°8. T. max. 37°2.

19 janvier 1932 : Apyrexie.

20 janvier 1932 : Apyrexie.

10 février 1932 : Guérison des plaies chirurgicales et reprise des occupations.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 8 Avril 1932

La séance est ouverte à 18 heures sous la présidence du docteur Scialom.

Sont présents : MM. les docteurs Ganem, Tremsal, Perrussel, Triolo, Maurice Uzan, Feilous, Saffar, Hababou-Sala, Nunez, Lévy E., Scialom, Jacobson, Chaigneau, Renchot, V. Cohen, Santillana, Boulakia, Ghouila-Houri, Cohen-Boulakia, Seria, Lumbroso, Montefiore, L. Uzan, Brandenburg, Brugairolles, H. Benan, G. Lévy, Sfez, Léoni, Chahed, Broc, Moatti, Maruani, Guez, E. Lumbroso, Giami, Roger Caffan, Guttières, Bouquet-Bryon, Disegni, Slama, Uzan, Salvo, Reynal.

∴

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

∴

PRESENTATIONS DE PIÈCES

Cancer du larynx et abcès du poumon

par le D^r CHAHED

—(0)—

Nous vous présentons par la même occasion deux pièces anatomiques : larynx, et poumon droit prélevés au cours de l'autopsie d'un sujet atteint à la fois d'un cancer du larynx et d'un abcès du poumon.

Sliman, N° 246, âgé de 44 ans, entre dans le service du Docteur Broc à l'Hôpital E. Conseil le 17 février dernier. Il se plaint surtout d'une expectoration abondante plus accusée le matin que dans le reste de la journée et qui remontait à ce mois. Les crachats purulents, parfois teintés de sang, avaient une odeur fétide. Il avait également une tuméfaction siégeant au niveau de l'angle du maxillaire à gauche avec troubles de la déglutition et douleurs lancinantes. Ces derniers phénomènes remontaient à deux mois seulement.

À l'examen on est en présence d'un malade dyspnéique présentant une adénopathie cervicale gauche. On notait tout un chapelet ganglionnaire s'étendant de la clavicule à l'oreille. Au niveau de l'angle du maxillaire inférieur se trouvait le ganglion le plus volu-

mineux. Il avait la grosseur d'un œuf de pigeon avec une consistance rénitente. Par la suite ce ganglion était devenu fluctuant et s'est ouvert spontanément à l'extérieur. La région cervicale droite était normale. Le malade se plaignait de troubles de la déglutition et se contentait d'absorber des aliments liquides. La voix était enrouée. La toux était grasse et ramenait chaque fois une expectoration purulente avec odeur de plâtre frais.

Au niveau des poumons on notait peu de signes à part une submatité et une respiration soufflante au niveau du tiers moyen du poumon droit.

Le cœur et les autres viscères sont normaux.

Pas de fièvre.

Pas d'adénopathie axillaire. Le W est négatif.

L'examen clinique des crachats, le lendemain de son arrivée à l'hôpital, montre la présence de trois couches caractéristiques.

On fait une radioscopie du poumon et une radiographie qui montrent une ombre au tiers moyen du poumon droit de la grosseur d'une mandarine donnant l'impression d'un abcès, avec image hydroaérique.

Niveau du liquide horizontal et mobile quand on secoue le malade derrière l'écran.

Le malade est envoyé au docteur Houdart pour examen du larynx. On trouve une épiglote en choux-fleur avec perforation de la partie centrale.

Le larynx est atteint dans sa plus grande partie; on suspecte une tumeur maligne; un fragment prélevé de cette tumeur est envoyé au laboratoire dont la réponse est la suivante : Epithélioma spino-cellulaires nombreux globes cornés.

L'interrogatoire du malade fait penser à un abcès primitif du poumon puisque les manifestations pulmonaires remontent à six mois, alors que les signes laryngés ne se sont manifestés que quatre mois après.

Le malade ne raconte pas une histoire de pneumonie. D'ailleurs, il a toujours été apyrétique. Nous avons pensé à un abcès ambien, mais l'examen des crachats et des selles n'a pas donné une réponse positive. Ce n'est qu'après l'examen du larynx que nous avons posé le diagnostic d'abcès du poumon secondaire consécutif à son épithélioma.

L'infection se serait faite par voie respiratoire descendante : un fragment de cancer se comportant comme corps étranger a pu se détacher, pénétrer dans les bronches et provoquer une infection péri-bronchique (abcès et caverne).

A l'autopsie, nous avons prélevé les pièces que nous vous présentons aujourd'hui et qui répondent bien à nos explorations cliniques et radioscopiques. Le poumon présente une cavité un peu plus grosse que celle décélée par la radiographie siégeant plutôt à la partie supérieure du tiers moyen du poumon droit. L'intérieur de cette cavité est tapissée par la membrane pyogène qui persiste dans la pièce que nous présentons. Cette différence de volume s'explique par l'évolution ultérieure de l'abcès, la radiographie étant faite à l'entrée du malade dans le service.

Le larynx présente un cancer en chou-fleur bourgeonnant et saignant, reposant sur une base indurée. Cet épithélioma a détruit l'épiglotte et les cordes vocales.

∴

D^r NUNEZ : *Contribution au traitement du phlegmon diffus, gangréneux du plancher buccal (Angine de Ludwig).*

(Voir en tête de ce numéro, page 169).

Discussion :

Le D^r RONCHOT rappelle que cette affection a été tout d'abord décrite par Gensoul en 1830, sous le nom de phlegmon septique du plancher de la bouche et qu'il s'agit d'une affection toujours mortelle.

Le D^r MONTEFIORE précise que Pauchet admet également la guérison du phlegmon du plancher de la bouche quand l'incision est précoce et précocement associée au sérum antigangréneux de Veinberg à doses presque toxiques.

∴

D^r TRIOLO : *Les accidents nerveux au cours du pneumothorax et leur traitement.*

(Voir en tête de ce numéro, page 163)

Discussion :

D^r H. BONAN : Un accident nerveux n'a pas été signalé, c'est l'hémiplégie au cours du pneumothorax; j'en ai observé un cas dans le service du docteur Sergent, à Paris et le docteur Pruvost en a signalé plusieurs.

Il s'agit ici d'hémiplégie par embolie gazeuse par piqûre du poumon.

Un traitement nouveau a été essayé ces derniers temps avec succès, c'est l'acéchéoline.

D^r TRIOLO : 1° L'hémiplégie entre dans le cadre symptomatologique de l'embolie, dont j'ai parlé longuement. Tout médecin connaît les rapports.

2° L'embolie causée par la piqûre du poumon et décrite par le D^r Bonan est une faute grave de technique, qui ne devrait jamais se produire. Celle, dont j'ai entretenu la Société et que l'on ne peut pas éviter, est produite presque toujours par la déchirure d'une adhérence.

3° Quant au traitement, dans le syndrome syncopal, qui est en relation avec le réflexe pleural et qui est souvent mortel, le seul traitement logique est le cardiotonique, avec l'adrénaline intracardiaque en tête; dans le syndrome embolique, plus bénin, et qui habituellement guérit spontanément, l'acéchéoline peut trouver son indication.

D^r BROC : J'ai eu moi aussi l'occasion d'observer des accidents, dont un mortel, au cours du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel.

Il s'agissait d'un tuberculeux âgé de 18 ans environ, venant de Tozeur, entré à l'Hôpital Sadiki le 7 février 1928 pour une tuberculose unilatérale ulcéro-caséeuse gauche très étendue, datant de quelques mois, avec fièvre, amaigrissement très rapide et mauvais état général. L'intégrité du poumon droit, et des autres appareils, cœur et rein, la rapidité de l'évolution, indiquaient de tenter un pneumothorax artificiel que le malade, assez craintif, avait fini par accepter.

Le samedi 7 février, on commence le pneumothorax avec le trocart de Kuss, la paroi traversée, l'aiguille retirée, le manomètre montre des oscillations minimales mais nettes; l'insufflation est commencée (appareil de Von Muralt).

A peine cinquante centimètres cubes d'air ont pénétré, le malade se soulève, pâlit, se plaint de vertiges et perd connaissance.

On enlève le trocart, dès que le malade s'est soulevé et plaint. Le pouls est petit, filant, le malade se cyanose et se couvre de sueurs. Caféine, Huile camphrée. Au bout de quelques minutes le malade

semble un peu mieux, le pouls est plus perceptible, la sensibilité aux excitations périphériques existe, on a l'impression que le malade va sortir de sa syncope. Mais il reste sans connaissance, et se met à grincer des dents d'une façon continue et monotone. Dans les heures qui suivent et malgré le traitement employé, apparaissent de petites crises épileptiformes généralisées. Toni-cardiaques. Gardenal.

Au bout de 24 heures, coma, résolution musculaire, incontinence d'urine, mort le lundi. Pas d'autopsie.

Nous avons observé d'autres cas qui se sont mieux terminés au cours de réinsufflations, chez des malades atteints de pneumothorax partiels. Au cours d'une réinsufflation, nous avons vu survenir une amaurose qui a duré un quart d'heure environ avec angoisse et tendance à la syncope, et chez trois autres malades des syncopes, avec quelques mouvements convulsifs, arythmie, sensation d'étouffement, malaises ayant duré plusieurs heures et qui nous ont fait abandonner le pneumothorax chez deux de ces malades.

Nous estimons que les cas survenus au cours de réinsufflations, sont dus, non pas à l'éclampsie pleurale, mais à des embolies dues à la pénétration de l'air dans les réseaux veineux par suite de ruptures d'adhérences.

Ces accidents se produisaient plus souvent autrefois, parce que l'on cherchait à comprimer assez fortement le poumon, et pour cela on tâchait d'obtenir des pressions positives fortes. Certains spécialistes pensent que ces accidents, avec une bonne technique ne doivent plus se produire, pour nous, nous croyons qu'il est toujours possible de voir, au cours d'une insufflation, survenir ces accidents, lorsqu'il existe des adhérences qui peuvent se rompre et offrir ainsi une voie de pénétration à l'embolie gazeuse.

Aussi lorsque nous avons à faire à des pneumothorax partiels, nous avons soin de terminer les insufflations avec des pressions à peine positives, de contrôler très fréquemment les pressions au cours de l'insufflation, celle-ci ayant été au préalable précédée d'une radioscopie. Fidèles au principe « primum non nocere, nous préférons abandonner le pneumothorax plutôt que de risquer de voir survenir un accident qui peut être mortel.

Nous n'avons jamais observé d'éclampsie pleurale qui, d'ailleurs peut se produire par ponction simple de la plèvre et qui avait été

signalée bien avant l'emploi de la méthode de Forlanini, accident dont le mécanisme est tout différent des embolies gazeuses, cause des accidents que nous avons relatés plus haut.

D^r TRIOLO : Je suis d'accord avec le docteur Broc quand il affirme qu'il est toujours possible de voir, au cours d'une insufflation, survenir les accidents nerveux, lorsqu'il existe des adhérences qui peuvent se rompre.

Si certains spécialistes pensent qu'avec une bonne technique ces accidents ne doivent plus se produire c'est qu'ils se réfèrent à la grave faute de la piqûre du poumon.

Quant à l'abandon du pneumothorax que le docteur Broc préfère aux risques de voir survenir un accident, je crois qu'il doit s'agir des cas où les malades ont déjà présenté quelques accidents.

Puisque dans les cas d'adhérence de la plèvre, le docteur Broc ne se refuse pas de pratiquer le pneumothorax partiel, il est bien évident qu'il risque toujours de voir survenir un accident même si la pression terminale est à peine positive.

Séance extraordinaire du 26 Avril 1932

La séance est ouverte à 18 h. 10 sous la présidence du docteur Scialom.

Sont présents : MM. les Docteur Ronchot, Triolo, Tremsal, Cuénod, Mazères, Brugairolles, Ghouia-Houri, H. Bonan, G. Lévy, Moatti, Ganem, Jacobson, Pérez, Chaigneau, Lumbroso, Harroy, Nataf, Hababou-Sala, Cohen-Boulakia, Maruani, Kortebie, Zérah J., Zérah H., Farhat, I. Lumbroso, M^{me} R. de Gentile, Guttières, Boulakia, Reynal, V. Cohen, V. Soria, Hayat, M. Uzan, Cassuto, L. Uzan, Benmussa, Guez.

..

Le président remercie les confrères militaires et civils qui ont bien voulu assister à cette séance, et précise que le prochain départ du docteur Jacobson ne permet pas d'attendre la séance ordinaire de mai.

..

Le président donne la parole au docteur Cuénod qui donne lecture du rapport suivant :

A Monsieur le Directeur Général de l'Intérieur

*Rapport sur les résultats obtenus par le traitement
du docteur Jacobson dans le Trachome
dans les Services Ophthalmologiques de Tunis
(Décembre 1931, Janvier et Février 1932)*

Monsieur le Directeur Général,

En raison du très grand intérêt que pourrait présenter pour la population tunisienne toute amélioration du sort des trachomateux, vous avez bien voulu constituer une Commission de médecins ophtalmologistes destinée à étudier les résultats cliniques obtenus chez ces malades par la méthode préconisée par le Docteur Jacobson.

Cette Commission composée de Mme le Docteur Reymond de Gentile, ophtalmologiste de l'Hôpital Sadiki; de M. le docteur Cohen-Boulakia, ophtalmologiste de l'Hôpital Civil Français; de M. le Docteur Costantino, ophtalmologiste de l'Hôpital italien; de M. le Docteur Roger Nataf, membre correspondant national de la Société d'Ophtalmologie de Paris, et que j'ai eu l'honneur de prési-

der, sur votre demande, s'est réunie à plusieurs reprises au cours des mois de janvier et février dernier, soit à l'Hôpital Sadiki, soit à l'Hôpital italien, soit à ma Clinique de la rue Zarkoun.

Dans ces divers établissements, au cours de ces deux derniers mois, le traitement du Docteur Jacobson a été appliqué à 150 trachomateux, soit :

Hôpital Sadiki	37
Hôpital Civil Français	28
Hôpital Italien	15
Clinique de la rue Zarkoun	70

Ces divers cas ont été pris intentionnellement parmi les trachomateux invétérés, à la troisième période du trachome et présentaient des lésions graves de la cornée, étendues et diffuses, des infiltrations vasculaires plus ou moins étendues (pannus). Leur acuité visuelle était très réduite pour la plupart.

Il s'agissait de malades soignés antérieurement, et quelques-uns d'entre eux depuis fort longtemps, par les méthodes habituelles qui les avait améliorés, puis ils étaient restés stationnaires. On sait, en effet, que l'on ne peut actuellement compter, avec les méthodes de traitement en cours, sur plus de 75 % de guérisons ou d'améliorations définitives. Les 25 % restant sont la plaie des cliniques ophtalmologiques dans les régions où sévit le Trachome.

Ce sont pour la plupart des malades débilités physiquement ou atteints en plus, de tares pathologiques autres que le Trachome.

Au point de vue ophtalmique, leur caractéristique est de présenter de temps à autre, à des périodes plus ou moins rapprochées, des poussées irritatives au cours desquelles se produisent de petites ulcérations douloureuses de la cornée avec vascularisation et retentissement sur l'iris et parfois sur les membranes profondes de l'œil. Ces poussées entraînent généralement une nouvelle diminution de l'acuité visuelle, déjà si mauvaise, de ces malades. Beaucoup d'entre eux peuvent à peine se conduire eux-mêmes.

Le traitement fait par le Docteur Jacobson lui-même consiste en injections intra-musculaires d'une solution d'éther benzyl-cinnamique connue sous le nom de solution de Jacobson, et ayant donné des résultats très encourageants dans diverses affections, notamment dans la tuberculose humaine, et aussi en France dans un certain nombre de cas de trachome (thèse de Schalom, Paris 1931).

Cette solution paraît agir sur les inflammations chroniques et les ulcérations provoquées par les divers agents pathogènes, en diminuant l'infiltration, en cicatrisant l'ulcère et en remontant l'état général.

Au cours des mois de janvier et février derniers, le Docteur Jacobson a pratiqué sur les cent cinquante (150) malades qui lui ont été confiés une seule ou plus généralement *deux séries de douze injections* quotidiennes séparées par un intervalle de 15 jours de repos.

Sauf dans les cas où le malade a fait une poussée de Kérato-iritis intercurrente et où il a paru indispensable d'employer alors l'atropine, les malades en traitement n'ont, en général, été soumis à aucune autre médication.

1° Pour les 37 malades traités dans le service de Mme Reymond de Gentile à l'Hôpital Sadiki, voici les résultats obtenus :

4 malades ont fait au cours du traitement des ulcères graves ou des poussées de pannus.

6 ont paru présenter une légère amélioration des signes objectifs sans que l'on ait pu constater d'amélioration de l'acuité visuelle.

27 ont eu une amélioration des signes objectifs et subjectifs (éclaircissement du pannus, cicatrisation des ulcères, amélioration du larmolement et de la photophobie) avec amélioration de l'acuité visuelle allant parfois jusqu'à plusieurs dixièmes. Les améliorations les plus sensibles se sont produites dans les cas de pannus léger avec ulcère.

En résumé sur 37 malades de l'Hôpital Sadiki nous avons :

Statu quo	4
Amélioration légère	6
Amélioration notable	27
	<hr/>
	37

Pour les 28 malades du Docteur Cohen-Boulakia à l'Hôpital Civil, il est noté :

Résultat nul	1
Résultat médiocre	3
Résultat passable	3
Résultat bon	21 dont 8 très bons

Le Docteur Cohen-Boulakia ajoute : au cours du traitement les paupières et la conjonctive se désinfilrent souvent assez rapidement, la cornée devient plus brillante et plus humide, l'enduit xérosique se détache, les taies s'éclaircissent et se disloquent par endroits.

En résumé pour l'Hôpital Civil nous avons :

Statu quo	1
Amélioration légère	6
Amélioration notable	21
	<hr/>
	28

Pour les 15 malades du Docteur Costantino de l'Hôpital Italien, les résultats sont nettement moins favorables :

Statu quo	10
Amélioration légère	3
Aggravation nette	2
	<hr/>
	15

Ces deux derniers cas signalés par le Docteur Costantino, comme ayant été aggravés, ont été vus par les membres de la Commission. Ce sont des cas de trachome avec pannus et présentant après les deux séries d'injection des ulcères trachomateux en activité avec une infiltration comme celle que l'on observe au cours des poussées irritatives habituelles chez ces malades.

Pour les 70 malades des Docteurs Cuénod et Roger Nataf à la Clinique de la rue Zarkoun, ils se répartissent ainsi :

Statu quo	23
Amélioration légère	17
Amélioration notable	26
Grande amélioration	4
	<hr/>
	70

Dans aucun cas le traitement du Docteur Jacobson ne nous a donné d'aggravation persistante. Quelques malades ont eu des réactions passagères mais, après elles, il y a toujours eu sédation et souvent amélioration sensible dans l'état de la cornée et dans le degré d'acuité visuelle.

Voici donc un tableau général résumant ces 150 cas :

	Aggrava- tion	Statu quo	Amélior légère	Amélior notable	Grande amélior
	—	—	—	—	—
37. Hôpital Sadiki	0	4	6	27	0
28. Hôpital Civil Français	0	1	6	13	8
15. Hôpital Italien	2	10	3	0	0
70. Clinique Rue Zarkoun	0	23	17	26	4
	2	38	32	66	12

* A part les deux cas d'aggravation signalés à l'Hôpital Italien, qui nous paraissent plutôt rentrer dans la série des statu quo et si nous comptons d'autre part comme appartenant au statu quo les améliorations légères, on peut dire qu'il y a eu à la suite de l'intervention thérapeutique Jacobson :

72 cas de « statu quo » et 78 cas d'amélioration notable, ce qui donne un pourcentage un peu supérieur à 50 % en faveur de ces derniers, cette amélioration se manifeste surtout par son influence favorable sur l'état général.

Les trachomateux, présentent, en effet, le plus souvent, pour ne pas dire presque toujours, un état de misère physiologique marqué. Les injections de la solution de Jacobson ont remonté l'état général d'une façon sensible, et il semble que ce ne serait pas là part la moins importante de son action chez les trachomateux.

Les résultats rapportés ci-dessus sont appréciables, et le seront surtout s'ils se maintiennent; il serait encore prématuré de conclure d'une façon définitive, d'autant plus que les trachomateux sont sujets à poussées et à récidives, et qu'il faudrait poursuivre pendant longtemps les études amorcées sur ce sujet. On pourrait alors arriver à une conclusion qui nous permettra peut-être d'espérer la récupération d'une partie tout au moins de ces trachomateux invétérés qui sont une si lourde charge pour la Société.

Tunis, le 14 mars 1932.

Le Président de la Commission :

Dr. CUENOD.

*Note complémentaire du Rapport du 14 Mars 1932
sur le traitement du Trachome par la Méthode de Jacobson*

A l'Hôpital Sadiki, 28 malades nouveaux ont été traités par les injections de Jacobson. Cela porte à 65 le nombre des malades ayant suivi le traitement d'une façon régulière. Voici textuellement les résultats rapportés par M^{me} Reymond de Gentile :

« Sur 65 malades ayant suivi régulièrement le traitement, 15 ont eu des améliorations des signes subjectifs et fonctionnels sans que l'on ait pu noter une augmentation appréciable de l'acuité visuelle.

42 ont présenté des améliorations plus marquées : cicatrisation des ulcères, éclaircissement des pannus, résorption partielle et éclaircissement des leucomes qui deviennent moins opaques et se fragmentent — diminution ou disparition du larmolement et de la photophobie.

8 sont restés stationnaires,

2 malades ont présenté des poussées d'ulcères graves qui sont survenues au cours du traitement, mais qui ont cédé par la suite ».

A l'Hôpital Civil Français, M. Cohen-Boulakia a dressé la note suivante :

« 30 malades nouveaux dont 3 n'ont pas suivi le traitement, 2 trachômes florides, et 8 encore au début du traitement.

Résultats tous favorables, dont 3 excellents.

Nous avons donc eu trois ou quatre échecs. On observe quelques récurrences, mais plus fugaces que normalement et cédant à la suite du traitement.

Médication active, efficace contre certaines lésions cornéennes particulièrement les faies récentes, encore vascularisées et le pannus trachomateux, crassus ou ténuis, ulcéré à sa limite inférieure.

Dans les granulations pures : désinfiltration, puis apparition de vaisseaux à direction verticale, dissociant des flots. »

A la clinique de la rue Zarkoun, MM. Cuénod et Roger Nataf rapportent que 17 nouveaux malades ont suivi le traitement, alors qu'un certain nombre des anciens malades ont reçu de nouvelles séries d'injections.

Les résultats ont été sensiblement les mêmes que précédemment : 5 stationnaires.

6 légèrement améliorés (légère amélioration des signes fonctionnels sans changement des signes objectifs).

6 nettement améliorés (amélioration des signes fonctionnels et objectifs, éclaircissement du pannus, cicatrisation des ulcères, augmentation de l'acuité visuelle).

Chez les malades antérieurement soignés, quelques rechutes avec poussées cornéennes améliorées par un traitement.

Le total des malades soignés à ce jour par le traitement de Jacobson, se répartit ainsi :

Hôpital Sadiki (M ^{me} Reymond de Gentile)	65
Hôpital Civil Français (M. Cohen-Boulakia)	55
Hôpital Italien (M. Costantino)	15
Clinique de la Rue Zarkoun (MM. Cuénod et Roger Nataf)	87
Total.....	222

Sur ce total on note en résumé :

Cas de statu quo ou d'amélioration légère	101
Cas d'amélioration notable	113
Cas récents au début du traitement	8
	222

En résumé ces résultats nous amènent aux mêmes conclusions que celles du rapport du 14 mars.

Il y a eu des améliorations sensibles au point de vue de l'éclaircissement cornéen. Mais les trachomateux comme nous l'avons déjà signalé (dans le rapport précédent) étant sujets à des poussées récidivantes, et les résultats obtenus étant encore trop récents, il serait bon de poursuivre encore les études commencées, avant de formuler une conclusion définitive.

D^r Guénod.

*Communication du Docteur Barral, Médecin Commandant,
au sujet du traitement du Trachome par la méthode
du Docteur Jacobson*

Le docteur Barral, médecin commandant, expose les résultats obtenus par la méthode du docteur Jacobson, à la Section des Trachomateux de Bizerte où sont rassemblés les militaires trachomateux au nombre de 210.

Tout d'abord il attire l'attention sur la différence de gravité entre le trachome de ces militaires et celui dont on a parlé jusqu'ici. Il s'agit du trachome 1 et 2, le trachome 3 ne pouvait être gardé dans l'armée.

Cent malades ont été traités par la méthode Jacobson; pour éviter un choix quelconque on a pris tous les hommes ayant un matricule impair, les numéros pairs ont été gardés comme témoins. Ces 100 malades ont reçu deux séries de 12 injections chacune.

Première remarque intéressante : ces 2.400 injections n'ont amené aucune réaction générale, ni fièvre, ni douleur, ni réaction au point de la piqûre, aucun de ces hommes n'a eu un jour d'indisponibilité; tous ont continué leur service; il y a là un fait à noter à l'avantage de cette méthode quand on la compare aux autres traitements toujours douloureux, entraînant l'hospitalisation ou des indisponibilités plus ou moins longues.

Au point de vue fonctionnel le degré de vision avait été soigneusement déterminé au début et revu en fin de traitement. Nous trouvons 73 % d'améliorations nettes, 23 états stationnaires, 4 ou 5 régressions — douteuses d'ailleurs. — Les militaires indigènes ayant tendance à avouer difficilement une amélioration qui ne peut que leur faire faire un service plus actif, ces résultats ne peuvent être suspects d'avoir été obtenus par suggestion des malades. L'augmentation de vision a varié de 1 dixième à 5 dixièmes, chez certains malades la vision est redevenue égale à 1. A signaler chez un vieux sous-officier atteint de trachome 3 une sérieuse amélioration; un gros leucome central s'est fragmenté et en partie résorbé : la vision qui était avant d'à peine 1/10 est actuellement de 1/2.

Au point de vue objectif, ce qui frappe d'abord c'est l'assouplissement de la paupière supérieure; il est difficile d'évaluer en chiffre cette sensation, mais dans l'ensemble plusieurs médecins qui ont examiné ces hommes ont eu cette impression non douteuse. Cette sensation correspond en général à l'examen à un affaissement visible des granulations et à une diminution des exsudats, en même temps apparaissent dans certains cas des travées fibreuses en mosaïque enserrant des îlots de granulations restantes, ce processus est donc assez différent du processus ordinaire, ces guérisons spontanées conduisant au Trichiasis; il n'est apparu nettement d'ailleurs que chez 4 ou 5 malades. Les pannus cornéens ont également regressé et diminué chez beaucoup de malades.

Chez tous les hommes traités, ce qui frappe c'est une vascularisation intense de la conjonctivite palpébrale, vascularisation qui ne s'accompagne pas de congestion de l'œil, ni d'exsudat, la différence à ce point de vue avec les sujets non traités est évidente. Cette vascularisation peut expliquer la résorption des exsudats et les résultats obtenus.

Le docteur Barral s'excuse de ne pouvoir donner aujourd'hui des chiffres absolument précis, ces chiffres seront exposés dans un rapport ultérieur, il fait des réserves sur la durée des résultats obtenus encore trop récents. La prudence s'impose quand on parle de guérison ou même d'amélioration d'une affection aussi tenace et aussi sujette à des surprises désagréables que le trachome, mais il estime que la méthode Jacobson est très intéressante, et qu'il y a lieu de continuer son application pour se rendre compte, avec le recul du temps, des résultats exacts que l'on peut attendre d'elle.

Dr CUÉNOD : Les résultats que nous apporte notre confrère de Bizerte sont fort intéressants; ils sont en réalité complémentaires de ceux que nous avons obtenus. Les malades que nous avons confiés à M. Jacobson sont des trachomateux invétérés atteints essentiellement de lésions cornéennes, ceux de l'armée sont des trachomateux relativement récents, et par conséquent constituent des cas plus favorables et plus influençables par le traitement.

Dr. JACOBSON : MES CHERS CONFRÈRES,

Je tiens tout d'abord à vous remercier tous en la personne du Président de votre Société, le docteur D. Scialom, de l'accueil amical que j'ai trouvé ici, et à exprimer au docteur Cassuto, Président de la « Maison du Médecin », mes remerciements pour l'aimable hospitalité qu'il m'a accordée.

Je dois toute ma reconnaissance à M. le docteur Cuénod, ophtalmologiste honoraire des hôpitaux de Tunis, qui m'a initié à la trachomologie, qui a bien voulu être le président de la Commission d'Etudes et venir aujourd'hui exposer les résultats de l'expérimentation entreprise.

Mes remerciements cordiaux s'adressent également à M^{me} le docteur Raymond de Gentile, M. le docteur Cohen-Boulakia, M. le docteur Constantino, M. le docteur Roger Nataf.

Sur la fin de mon séjour j'ai eu la bonne fortune d'intéresser à

mes recherches M. le Médecin général Sandras, Directeur du Service de Santé des Troupes de Tunisie, qui m'a confié, avec l'approbation du Ministère de la Guerre, le vaste champ d'expériences que constitue le corps des trachomateux à Bizerte.

Les docteurs Dabat, médecin-colonel, Barral, Luc, médecins-commandants, m'ont facilité ma tâche et ont bien voulu venir aujourd'hui parmi nous. Qu'ils veuillent bien croire à ma vive reconnaissance.

Mes remerciements s'adressent également aux confrères Farhat, Kortobi, Claus, ainsi qu'à MM. les docteurs Talbot, Junès et Simon Nataf de Sfax, que j'ai connus au cours d'un rapide voyage dans le Sud Tunisien.

MES CHERS CONFRÈRES,

Je ne suis qu'un ophtalmologiste d'occasion et vous me permettez de vous parler seulement des propriétés de la médication et des réactions qu'elle peut provoquer chez des trachomateux.

La solution d'éther benzyl cinamique que nous avons introduite en thérapeutique, nous l'avons appliquée tout d'abord dans les lésions tuberculeuses, puis dans d'autres affections inflammatoires à tendances chroniques, provoquées par divers agents pathogènes.

En réalité, la médication n'est nullement spécifique pour aucune des affections où elle était appliquée, même avec un grand succès.

Les propriétés physiologiques et biologiques de l'éther benzyl cinamique, que nous avons étudiées, sont :

Leucocytaire, anti-toxique, catalytique, vaso-dilatatrice et action cicatrisante des ulcères.

Cliniquement, nous avons constaté que la solution d'éther benzyl cinamique fait régresser la congestion, l'infiltration, l'œdème, ainsi que les tissus lymphoïdes et qu'elle provoque ou favorise la cicatrisation.

Granulation des tissus lymphoïdes, congestion, infiltration, ulcération, ne sont-ils pas les signes habituels du trachome ?

Voilà pourquoi, nous avons cru que la solution d'éther benzyl cinamique pouvait être indiquée dans le traitement du trachome.

Les injections de la solution ne donnent pas de réactions générales, non plus de réactions locales, mais elles peuvent donner des réactions focales.

Chez les trachomateux, ces réactions se manifestent sur les signes subjectifs et objectifs.

Subjectivement c'est la douleur : les malades nous disent que la douleur au commencement du traitement, a rétrogradé, puis est revenue; ou bien le malade qui n'a pas souffert avant, ressent quelques douleurs.

Or, si on compare les caractères cliniques de la douleur, on constate que : avant le traitement, la douleur est sourde et continue; sous l'action des injections, la douleur est passagère, par à coups, secousses et élancements.

Dans le premier cas, la douleur est continue parce qu'elle est provoquée par l'irritation et la compression des terminaisons nerveuses par les tissus inflammatoires; lorsque les tissus inflammatoires rétrogradent, la douleur cède.

Dans le second cas, il s'agit d'une douleur temporaire provoquée par une vaso-dilatation des capillaires.

Objectivement, les réactions se portent sur la cornée et sur la conjonctive. La cornée et la conjonctive deviennent plus congestionnées. En réalité, il s'agit d'une vascularisation plus intense due à une vaso-dilatation physiologique et non d'une congestion pathologique. Elle se distingue de celle-ci par le fait qu'elle ne s'accompagne pas d'une infiltration cellulaire et la congestion n'est pas en nappes. Ce sont des néo-vaisseaux cornéens qui deviennent visibles. Les paupières subissent le même sort, se vascularisent davantage, mais il n'y a pas d'infiltration. Au contraire, on constate que les paupières deviennent de plus en plus souples malgré l'hyperhémie.

La glande lacrymale subit la même loi physiologique que toutes les glandes sous l'action d'une vaso-dilatation : sa sécrétion augmente et voilà pourquoi nous voyons souvent augmentation du larmoiement, sous l'action des injections chez les trachomateux. Ainsi, même dans les cas de xerosis, la cornée s'humecte souvent. Ces réactions, bien entendu, sont passagères.

Si l'action thérapeutique des injections commence à se manifester sur la cornée, au cours de la première série; elle ne devient visible sur les paupières, que plus tardivement.

Tout d'abord, on note que les paupières deviennent plus souples, elles se désinfiltrent et, grâce à cette désinfiltration des tissus, les

granulations deviennent plus saillantes, plus visibles; on a l'impression qu'elles sortent de leurs nids; puis, elles s'effacent et elles peuvent subir deux modes de transformation : elles se résorbent ou elles s'éliminent en laissant des cicatrices souvent en forme de mosaïque. Bien entendu, cette action thérapeutique est lente; elle n'est pas chirurgicale, mais elle a ce grand avantage, qu'elle vient de l'intérieur vers l'extérieur.

Des cas de récédive ont été signalés également à Paris. J'en ai vu ici aussi, quelques-unes, mais en général, elles cèdent sous l'action de nouvelles injections.

En voici un cas que nous avons vu à la clinique des docteurs Cuénod et Nataf :

Malade ayant passé par toutes les cliniques et que plusieurs ophthalmologistes connaissent, malade indiqué comme restant rebelle à tout traitement. Depuis huit mois il a cessé complètement son travail. On commence le traitement et au bout de deux mois, ses lésions sont tellement améliorées que le malade reprend son travail. Il est cordonnier de profession; travaille régulièrement et n'éprouve aucune gêne; il fait des journées très longues, allant jusqu'à onze heures et même au delà de minuit pendant quinze jours. Dernièrement, il a travaillé sans arrêt pendant presque trois jours entiers, ne se reposant que 2 h. $\frac{1}{2}$.

Ce malade fait une récédive et lorsque le docteur Cuénod lui reproche son excès de travail, il répond : j'ai une famille et je suis forcé de travailler. Eh bien, qui parmi nous, en travaillant trois jours consécutifs, ne prenant de repos que 2 h. $\frac{1}{2}$, n'aurait pas les yeux congestionnés ?

On recommence de nouveau les injections, aujourd'hui c'est la cinquième, et le malade accuse une légère amélioration.

Je ne veux pas abuser plus longtemps de votre indulgence, mais avant de terminer, qu'il me soit permis d'exprimer ma profonde gratitude au Gouvernement français qui a bien voulu me confier cette mission.

Lorsqu'au Ministère des Affaires Etrangères on a parlé de m'envoyer en mission, Monsieur le Ministre Résident Général de Tunisie, Monsieur François Manceron, qui mène si activement la lutte contre le trachome, a exprimé le désir de voir cette expérimentation se faire dans la Régence.

Grâce à la bienveillance et sous la haute direction de Monsieur le Résident Général, de Monsieur le Directeur général de l'Intérieur, à l'activité de Monsieur le Directeur de l'Office d'Hygiène Sociale, le docteur Mazères, qui a grandement facilité mes démarches, j'ai eu la satisfaction d'accomplir ma mission, emportant avec moi le sentiment d'avoir donné un peu plus de lumière dans l'obscurité des malades trachomateux, qui me furent confiés. Qu'ils me permettent de leur en exprimer ma profonde reconnaissance.

Enfin, mes chers confrères, grâce à votre collaboration, j'ai pu ressentir une émotion si vive, qui ne s'effacera jamais de ma mémoire : voir un trachomateux conduit à la consultation, devenir à son tour, sous l'action des injections, le guide d'un malade plus malheureux ; ou encore voir un bébé arabe de 18 mois aux yeux couverts par les taies depuis cinq mois, sous l'action des injections, pouvoir enfin sourire à sa mère.

LE PRÉSIDENT : J'espère que de cette discussion jaillira la lumière et pour nous et pour les trachomateux.

Doua Raouani

par le D^r René BROG

Je vois entrer dans mon cabinet une européenne jeune, qui paraît assez gênée quand je l'invite à m'expliquer ce dont elle souffre. A toutes mes questions, elle répond d'une façon vague et diffuse et je vais me décider à l'examiner, sans avoir pu tirer aucune indication de son interrogatoire que je termine en lui demandant si elle est toujours bien réglée.

Un léger sourire détend sa figure toujours inquiète jusque là, et je comprends immédiatement qu'elle est venue pour savoir si elle est enceinte, car cette jeune femme de qui je ne pouvais pas tirer une parole m'apprend maintenant avec volubilité qu'elle n'est plus très bien réglée, qu'elle a déjà un enfant, qu'elle est séparée de son mari depuis six mois, émotions, chagrins, bouleversements, soucis, privations, travail, toutes choses qui ont fini par supprimer les règles depuis... deux mois, et il faudrait bien les faire revenir. Ce qu'elles peuvent causer de catastrophes, ces règles qui ne viennent pas, si l'on en croit la tradition populaire, tuberculose, anémie grave, intoxication de l'organisme et... divorce aux torts et griefs de l'épouse séparée.

Suffisamment orienté maintenant, je m'apprête à faire un toucher vaginal en me demandant : faudra-t-il le dire, faudra-t-il le taire ?

En pareille occurrence, ne pas le dire, c'est passer quelques mois après pour un individu qui ne connaît pas son métier; le dire, c'est une, quelquefois deux existences de perdues. Cruelle énigme ? J'aurais préféré voir cette jeune femme porter sa confiance chez un autre confrère :

Tout en faisant ces réflexions, je fais pénétrer mon index dans la cavité vaginale, et je bute sur une masse allongée, mobile, ferme, consistante, appuyée par une extrémité sur le col, et je m'arrête. Qu'est-ce que c'est que ça ? On trouve tant de choses dans cette cavité, comme dans sa voisine d'ailleurs, où les pirates barbaresques, du temps de Candide, allaient chercher les diamants de

leurs prisonniers : « Voilà qu'un Corsaire de Salé fond sur nous et nous aborde. Nos soldats se défendirent comme des soldats du Pape. Ils se mirent tous à genoux en jetant leurs armes et en demandant au Corsaire une absolution in articulo-mortis.

Aussitôt on les dépouilla nuds comme des singes, et ma mère aussi, nos filles d'honneur aussi et moi aussi. C'est une chose admirable que la diligence avec laquelle ces Messieurs déshabillent le monde. Mais ce qui me surprit davantage, c'est qu'ils nous mirent à tous le doigt dans un endroit où, nous autres femmes, nous ne nous laissons mettre d'ordinaire que des canules. Cette cérémonie me paraissait bien étrange; voilà comme on juge de tout quand on n'est pas sorti de son pays. J'apprends bientôt que c'était pour voir si nous n'avions pas caché là quelques diamants. C'est un usage établi de temps immémorial parmi les nations policées qui courent sur mer. J'ai su que Messieurs les Religieux Chevaliers de Malte n'y manquent jamais quand ils prennent des Turcs ou des Turques. C'est une loi du droit des gens à laquelle on n'a jamais dérogé. (*Candide*, page 57. Jouaust, Académie des Bibliophiles, MDCCCLXIX).

J'avance avec précaution. Est-ce un œuf, qui s'est décollé, à moitié sorti du col; est-ce un caillot, une ovule qui n'a pas fondu ? Mon doigt dans le vagin, au contact de ce corps étrange et (je vais m'en apercevoir d'ici peu) étranger, je demande brusquement à ma cliente si elle ne s'est pas livrée à quelque manœuvre.

Les femmes, prises sur le fait, ont une inconscience, un toupet, et un art de mentir qui n'appartient qu'à elles, car la patiente me répond d'un air candide qu'elle n'a rien fait du tout. Je mobilise ce corps cylindrique, gros comme le pouce, et long de 4 cent. environ et l'attire au dehors. C'est un cylindre assez ferme de couleur vert foncé. Je le montre à ma cliente en lui disant : Eh bien et ça qu'est-ce que c'est ? il n'y est pas venu tou seul.

La cliente ne s'est pas démontée du tout. Elle a poussé un soupir de satisfaction, en me disant : je l'ai depuis ce matin, je n'avais pas pu le faire sortir, et j'étais très inquiète, j'avais peur des complications.

J'ai profité de ce moment de détente, et j'ai pu savoir qu'elle avait été voir une femme musulmane qui fait ces trucs-là (sic) et je regrette vraiment de ne pas avoir pu avoir son adresse, pour faire la connaissance de cette vieille confrère.

Mais j'ai gardé le corps du délit que j'ai remis au Docteur Bouquet, le pharmacien, pour analyse, lequel m'a remis la note suivante :

La poudre verdâtre que vous m'avez envoyée est exclusivement minérale constituée par de l'acétate de cuivre commercial impur (l'acétate de cuivre rentre dans la composition de divers topiques escharrotiques irritants actuellement abandonnés; n'est plus employé que dans la liqueur de Villate (médecine vétérinaire).

Il ne s'agit pas de vert de Schelle, ou de vert de Schweinfurt qu'on peut se procurer facilement (aucune réaction de l'arsenic). Cette poudre renferme aussi de l'alun, et donne une faible réaction du bore. Il s'agit donc d'un mélange d'acétate de cuivre commercial avec de l'alun et du borate de soude.

J'ignore si ce procédé pour faire revenir les règles est toujours efficace, car je n'ai pas revu la cliente; je pense que les sécrétions vaginales en dissolvant le produit devaient neutraliser sa causticité, détruire sa nocivité, il est en tout cas beaucoup moins dangereux que les bouts de baleine de parapluie, ou de fils de fer, que mon index a rencontrés, à son détriment, au cours d'une assez longue carrière.

Je n'ai pas pu savoir le prix de l'intervention, car dans ces cas-là, la discrétion des femmes égale leur inconscience, leur toupet, etc. (voir plus haut).

La lutte contre le bruit à l'Académie de Médecine

A peine y a-t-il quelques semaines, au nom d'une commission, composée de M. Maurice de Fleury (dont nous regrettons si vivement le récent décès), de MM. Souques, Marcel Labbé, Brouardel, Claude, commission chargée de donner son avis sur les méfaits du bruit, M. Portier, rapporteur, s'exprima de la façon suivante :

La vie moderne est caractérisée par une hyperactivité des facultés motrices, psychiques et affectives; elle tend à exalter outre mesure le travail des centres psychiques.

D'autre part, les machines motrices ont pris dans notre civilisation un développement toujours croissant entraînant comme conséquence une série de bruits dont le nombre et l'amplitude sont une des caractéristiques de notre époque.

Or, le bruit trouble les opérations intellectuelles les plus simples; il apporte une entrave marquée au travail cérébral; il exagère donc la fatigue, déjà grande, du fonctionnement de nos centres d'élaboration.

Il entrave le sommeil ou le trouble, le rendant moins réparateur.

Le civilisé moderne, surmené au cours de la journée, se repose mal durant la nuit. Ainsi se trouve violée une des lois fondamentales de la physiologie : celle du rythme de l'activité des organes; la phase de dépense, de catabolisme est exagérée; la phase de réparation, d'anabolisme est raccourcie, entravée.

L'individu est entré dans un cercle vicieux dont il ne sortira qu'en s'échappant du milieu néfaste dans lequel il vit.

La ruée des habitants des villes vers le calme de la campagne à leurs rares moments de liberté est une réaction instinctive des foules contre les souffrances occasionnées par cette vie trépidante.

Sur le terrain pathologique, le bruit exerce encore l'influence la plus néfaste. Il exagère les tendances à l'excitation, les troubles du caractère, il suscite des réactions violentes chez les prédisposés constitutionnels. Chez les déprimés, il s'oppose à la guérison qui ne s'obtient que par le calme, la tranquillité et le silence. Les anxieux, si nombreux de nos jours, voient leur état s'aggraver.

La vie dans le bruit, pour des organismes déjà fatigués, physiquement

et intellectuellement, crée un état d'intolérance propice au développement des conditions psycho-névropathiques.

Les méfaits du bruit au point de vue de la santé publique ne sont donc pas douteux. Il importe par conséquent d'atténuer, dans la mesure du possible, ceux qu'on ne peut pas supprimer complètement.

L'Académie de médecine apporte donc tout son appui à la campagne — si méthodique et judicieuse — entreprise par le Touring-Club de France.

ELLE ÉMET LE VŒU :

1° QUE LES BRUITS ET LES TRÉPIDATIONS SOIENT SUPPRIMÉS OU ATTÉNUÉS DANS L'INTÉRIEUR DES GRANDES VILLES : BRUITS DE TRAMWAYS, D'AUTOBUS, SIGNAUX AVERTISSEURS, DE FREINS, D'ÉCHAPPEMENTS LIBRES, DE SIRÈNES, ETC.

ELLE APPELLE PARTICULIÈREMENT L'ATTENTION DE M. LE PRÉFET DE POLICE SUR LE TROUBLE GRAVE QUE RAMÈNENT CHAQUE ANNÉE, A ÉPOQUE FIXE, LES FÊTES FOLIAIRES DANS CERTAINS QUARTIERS DE LA PÉRIPHÉRIE.

LES BRUITS INTÉRIEURS DES MAISONS, CEUX DUS, EN PARTICULIER, AUX HAUSSABLEURS, GRAMOPHONE, DEVRAIENT ÊTRE ATTÉNUÉS DE MANIÈRE A NE PAS GÊNER LES VOISINS.

2° Dans le plan d'extension des grandes villes, dans l'aménagement des banlieues, il importe de prévoir des zones de silence. La réglementation devrait se montrer particulièrement efficace autour des hôpitaux, des cliniques, des établissements d'instruction.

QUOI QU'ON FASSE, LE CENTRE DES GRANDES VILLES RESTERA BRUYANT, IL IMPORTÉ QUE LE FATIGUÉ ET LE SURMENÉ PUISSENT TROUVER UN CALME RÉPARATEUR A LA PÉRIPHÉRIE DE LA VILLE.

Les raisons invoqués pour expliquer cette impuissance ont quelque peu varié, suivant les stations et leurs municipalités.

Les uns ont blâmé le peu de temps dont disposent, pour gérer les affaires communales, les magistrats municipaux, toujours très pris par leurs occupations professionnelles; les autres, la trop grande bienveillance accordée à des amis ou à des camarades qui ne se gênent nullement pour enfreindre les arrêtés municipaux; tous le manque d'autorité du maire vis-à-vis des gens auxquels il doit les fonctions honorifiques qu'il remplit, et tous estiment que la police de la station ne peut être, convenablement assurée que si elle est confiée à une autorité qui échappe à toutes ces contingences....

Dès le 24 septembre 1917, la Fédération thermale d'Auvergne, réunie en assemblée générale, approuve, à l'unanimité, les conclusions d'un rapport du Docteur Percepiéd et émet le vœu que la police des stations hy-

hydrominérales et climatiques soit confiée pendant la saison à un inspecteur, nommé par le préfet, spécialement chargé d'assurer la propreté de la villa et sa tranquillité. Le maire de La Bourboule appuie les conclusions du rapporteur et trouve ses revendications trop modestes. Il dénonce les lenteurs administratives, le pouvoir théorique du préfet, pratiquement trop long à se manifester, l'insuffisance des pouvoirs de police des maires pour réprimer les professions bruyantes, la lenteur des sanctions pénales et l'insuffisance de certaines d'entre elles, et enfin l'impuissance du maire en dehors du périmètre communal; il voudrait que la loi de 1884 soit modifiée et que les pouvoirs du maire de la station s'étendent sur toute l'étendue d'un périmètre thermal ou climatique qu'il conviendrait de créer.

Dans son Assemblée générale du 25 septembre 1923, la Société des Sciences médicales de Vichy adopte à l'unanimité un vœu tendant à confier au pouvoir central, pendant la période de la saison tout au moins, la police urbaine et sanitaire des stations hydrominérales auxquelles leur caractère confère un caractère cosmopolite. La Société invoque à l'appui du vœu qu'elle émet, non seulement tous les faits que nous avons déjà signalés, mais encore l'affluence de plus en plus nombreuse dans les stations, depuis le grand développement du tourisme de personnes bien portantes voyageant pour leur agrément, ne séjournant que fort peu de temps, recherchent surtout les distractions, dont un grand nombre, parmi les plus appréciées, sont fort bruyantes et nuisent à la tranquillité indispensable aux malades. Elle cite le précédent de la ville de Nice dont la police est assurée par le pouvoir central.

Quelques jours après, la Société médicale et le Syndicat d'initiative de l'hôteliguyon adoptaient un vœu identique.

Le 1^{er} octobre dernier, le Syndicat des hôteliers de Vichy émet le vœu qu'il soit pris des mesures pour assurer le repos et la tranquillité des hôtes de la station.

Les stations d'Auvergne et de Vichy ne sont pas les seules à se plaindre; en effet, la grande majorité de nos stations fréquentées, sinon toutes, souffrent des mêmes inconvénients; aussi, votre commission vous propose-t-elle d'émettre le vœu suivant :

Le Congrès,

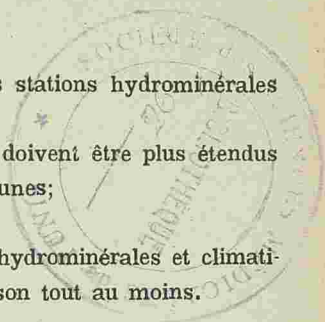
Considérant que la police municipale est impuissante à assurer la tranquillité, le repos, les conditions parfaites d'hygiène et de bien-être indispensables

aux malades qui viennent suivre une cure dans les stations hydrominérales et climatiques;

Considérant, en outre, que les pouvoirs de police doivent être plus étendus dans les stations de cure que dans les autres communes;

Emet le vœu :

1° Que la police urbaine et sanitaire des stations hydrominérales et climatiques soit confiée au pouvoir central, pendant la saison tout au moins.



LIVRES REÇUS

Le Régime des Maladies du Foie et des Voies Biliaires

La collection des recueils diététiques éditée par les Laboratoires Heudebert vient de s'enrichir d'une nouvelle unité.

« Le Régime des Maladies du Foie et des Voies Biliaires » vient de paraître sur 100 pages, remplies de conseils pratiques et de recettes culinaires.

Cette étude est conçue dans le même esprit pratique que les brochures qui l'ont précédées (Le Régime du Diabétique, le Régime des Maladies du Rein, le Régime des Enfants, le Régime de l'Obésité), c'est-à-dire sans prétentions médicales, mais avec le seul souci de rendre service et de permettre au malade de suivre son régime aussi agréablement que possible, sans transgresser les prescriptions médicales.

De son côté, le médecin qui ne peut entrer dans les détails culinaires du régime trouve dans ces brochures un auxiliaire précieux qui vient compléter les indications générales de l'ordonnance.

Ces brochures sont gracieusement offertes aux Médecins qui en font la demande aux Laboratoires Heudebert (Service des Editions), 85, rue St-Germain, Nanterre (Seine).

Guerre-Paix (Faisceau Scriptural) (2^{me} volume)

par le Docteur Dartigues, avec présentation par le professeur Félix Legueu, membre de l'Académie de Médecine (Ouvrage de 527 pages avec deux portraits. — Gaston Doin, éditeur, Paris).

Le docteur Dartigues, après nous avoir donné son « Faisceau Oratoire » et avant de nous donner son « Faisceau Scientifique », poursuit la publication de son « Faisceau Scriptural ». Au premier volume de ce Faisceau Scriptural, intitulé « Para-Chirurgie », succède ce deuxième volume, qui porte un titre bien synthétique et où deux noms semblent jurer d'être accouplés par un trait d'union : « Guerre-Paix ». Il s'agit là surtout d'un livre documentaire et de souvenirs du temps de guerre et du temps de paix où l'auteur, pendant la guerre a été mêlé en quelque sorte à ce qu'il appelle « l'internationalisme belliqueux », et pendant la paix s'est préoccupé avec la puissance animatrice qu'on lui connaît, des relations médicales dans le monde latin, pratiquant ainsi ce qu'il nomme « l'internationalisme pacifique ». La partie « Guerre » comprend des extraits de son livre : la Mission chirurgicale au Caucase, et une partie tout à fait inédite : « Les Lettres Caucasiennes », au docteur Helme, où se trouvent des morceaux de grande élévation, tel le Drapeau Français au Cau-

case, le Polyglottisme, le Visage de la France, les Représailles Intellectuelles, etc., et des pages tout à fait savoureuses. La partie « Paix » comprend tout ce que le docteur Dartigues a « écrit » en faveur de la cause scientifique et spirituelle latine et pour l'Umfia ou Union Médicale Latine.

Le Pr. Legueu a écrit pour ce livre « Guerre-Paix », une préface remarquable, dont nous ne saurions mieux faire que de rapporter les dernières lignes : « ce livre comporte par l'unité de son développement, un enseignement de haute portée : il est un bel exemple du patriotisme agissant et fertile ; il est une leçon d'énergie morale et d'activité intellectuelle, et dans la « crise de conscience qui pèse si lourdement sur le monde, il nous laisse « entrevoir comme les lueurs d'un arc-en-ciel, et les signes avant-coureurs de « la résurrection.

« Par ses qualités d'intelligence, de mesure et de générosité, la race latine, « en effet, est plus capable que toute autre de replacer le monde sur des bases « normales d'équilibre et de santé morale.

« Si cette heureuse évolution devait un jour se réaliser, les peuples se rappelleraient que Dartigues fut à l'origine de ce mouvement dont, avec un « style frémissant d'émotion, il expose ici les origines premières, en ce livre « où l'on sent vibrer le souffle du plus pur patriotisme et où l'on trouve à chaque page des raisons nouvelles d'admirer, de croire et d'espérer. »

L'Asthme Bronchique

par Pasteur Vallery-Radot, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Hôpitaux et François Claude, médecin consultant au Mont-Dore. — 1 vol. in-8° de 54 pages, avec figures dans le texte. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris. — Prix : 16 francs.

Dans cette monographie, les auteurs tracent les grandes lignes de la symptomatologie de l'asthme, esquissent la pathogénie telle qu'on peut la concevoir actuellement, enfin passent en revue les principaux traitements qui ont fait leurs preuves.

« C'est, disent-ils, parce que depuis dix ans nous avons examiné et traité sans parti pris un très grand nombre d'asthmatiques que nous sommes aujourd'hui éloignés de tout dogmatisme ».

Dans un premier chapitre, les auteurs étudient les caractéristiques de l'accès d'asthme, puis les types d'accès, enfin les équivalents respiratoires : coryza spasmodique, rhume des foins, toux spasmodique.

Dans un second chapitre ils montrent sur quelles notions s'étaye aujourd'hui la pathogénie de l'asthme. Ils font l'étude du terrain diathésique et du méca-

nisme de la crise. Les auteurs font preuve d'un grand éclectisme : c'est leur mérite d'avoir montré que l'asthme a des mécanismes extraordinairement variés. En cela se distingue ce livre de ceux qui l'ont précédé sur l'asthme. Les auteurs ne sont pas partisans d'une pathogénie, ils jugent en cliniciens qui ont examiné impartialement chaque cas soumis à leur examen.

Le traitement est longuement étudié : traitements agissant sur la crise; traitements ayant pour but de modifier la constitution de l'asthmatique; agents transformateurs du système vago-sympathique; méthodes humorales; méthodes de désensibilisation spécifique, etc.

« Les traitements de l'asthme, disent les auteurs, sont variés. On ne doit pas les employer sans discernement. Certains asthmatiques bénéficient beaucoup d'un traitement qui se montre complètement inefficace chez d'autres. Il faut donc, avant tout essai thérapeutique, faire un examen minutieux du malade, rechercher les causes qui sont à l'origine de l'état asthmatique et les conditions d'apparition des crises.

« C'est une erreur de supposer qu'il peut y avoir une méthode générale de traitement de l'asthme. A chaque asthmatique répondent des traitements différents et chaque asthmatique doit essayer successivement les diverses méthodes thérapeutiques appropriées à son asthme. »

Ce livre est une excellente mise au point de la question. Il renferme les données essentielles de nos connaissances sur l'asthme. Il est écrit par des auteurs particulièrement compétents qui ont su étudier les faits en observateurs et en critiques. La lecture de cette monographie permettra à l'étudiant comme au médecin de se mettre rapidement et aisément au courant d'un des problèmes les plus complexes de la pathogénie.

Conférences Cliniques de Médecine Infantile

par Henri Grenet, médecin de l'Hôpital Bretonneau. In-8° raisin, 272 pages, 23 fig. — Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. — Prix : 30 francs.

Ces conférences qui ont été faites à l'Hôpital Bretonneau sont conçues dans un but pratique. Quelques-unes envisagent des questions d'intérêt général toujours actuel. La plupart sont consacrées à des maladies qui présentent chez l'enfant une fréquence particulière ou des caractères spéciaux; par des observations cliniques et des exemples tirés de la pratique de l'auteur, le lecteur est mis directement en présence des difficultés du diagnostic, de pronostic, ou de thérapeutique. Certains de ces sujets étudiés ont été renouvelés par des travaux récents; on s'est efforcé d'en donner une mise au point claire et impartiale.

Ces leçons sont rédigées dans un esprit clinique qui, nous l'espérons, en rendra la lecture facile et les fera bien accueillir des élèves et des médecins soucieux de se familiariser avec les difficultés de la pathologie infantile.

Ce volume contient les quatorze conférences suivantes :

I. Développement de l'enfant normal. — II. Alimentation du nourrisson normal. — III. La pneumonie chez l'enfant. — IV. Les broncho-pneumonies de l'enfance. — V. La maladie rhumatismale chez l'enfant (rhumatisme articulaire aigu et formes extra articulaires). — VI. La méningite tuberculeuse (méningite tuberculeuse de la seconde enfance). — VII. La méningite tuberculeuse (méningite tuberculeuse du nourrisson. Diagnostic et traitement de la méningite tuberculeuse). — VIII. Le tétanos du nouveau-né. — IX. La vulvo-vaginite des petites filles et ses complications. — X. La vaccination anti-diphthérique. — XI. Les stigmates de la syphilis héréditaire. — XII. La syphilis héréditaire de seconde génération.

La Dentition chez les Enfants

par le professeur Cassoute, chargé de Cours de Clinique Médicale Infantile à la Faculté de Marseille, médecin des Hôpitaux. — Un volume de 216 pages in-8° couronne. — Editions de l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris VI. — Prix : 25 francs.

Cet ouvrage s'adresse à la fois aux médecins, et aux stomatologistes. En effet, les premiers ne doivent pas rester indifférents aux questions de stomatologie et méconnaître les signes que peut fournir l'examen de la denture. Quant aux stomatologistes il importe qu'ils ne perdent pas le contact avec la médecine générale. Le temps n'est plus où les dents étaient considérées comme des corps étrangers; « fixés dans le maxillaire comme des clous dans une planche ». Bien au contraire leur état de souffrance retentit sur l'état général et les maladies du tout jeune âge laissent leurs traces sur la denture.

Telles sont les idées générales qui ont présidé au travail du Professeur Cassoute.

On y trouvera les détails les plus précis sur l'« évolution normale de la première et de la seconde dentition » et aussi sur les processus normaux tels que les « éruptions tardives », les « anomalies de siège, d'implantation », l'« atrophie mandibulaire » et ses conséquences sur l'alimentation et l'état général.

Un long chapitre est consacré à la question toujours si controversée des « Accidents de la dentition ». L'auteur, après avoir passé en revue toutes les doctrines qui ont été soutenues depuis Hippocrate, fait une mise au point nécessaire, en établissant une juste mesure entre les exagérations des uns et les réac-

tions en sens contraire des autres. A lui seul ce chapitre suffirait à assurer le succès de l'ouvrage.

Le Professeur Cassoute aborde ensuite l'étude des « érosions » et des « malformations dentaires ». Leur pathogénie, leur étiologie montrent bien l'interdépendance de la médecine et de la stomatologie, s'il est vrai comme l'affirmait Capdepon que les érosions constituent un des chapitres les plus importants de la pathologie infantile. L'auteur insiste sur le rôle important de l'hérédo-syphilis, notamment en ce qui concerne la « dent d'Hutchinson ».

Toutes les causes de la « carie dentaire » sont passées en revue, les relations de la carie avec le rachitisme et la tuberculose sont plus particulièrement discutées, comme le sont aussi les opinions favorables ou hostiles à l'avulsion des dents de lait, cariées.

Viennent enfin les chapitres concernant la « septicémie bucco-dentaire » et les « infections focales apexiennes ». Bien que l'importance de ces causes dans l'étiologie de certaines maladies soit actuellement fort connue, elle échappe trop souvent aux médecins. C'est cependant leur découverte qui doit amener la collaboration si utile du médecin et du stomatologiste.

Tous ceux d'entre ces praticiens qui auront lu l'ouvrage du Professeur Cassoute seront à même de comprendre l'importance de cette collaboration pour le plus grand bien de leurs malades.

Formulaire Thérapeutique Odonto-Stomatologique

par les D^{rs} R. Boissier, stomatologiste des Hôpitaux, professeur à l'École de Chirurgie dentaire et A. Bouland, chirurgien-dentiste, licencié en Droit. — 1 volume de 400 pages in-8° couronne. — Editions de l'Expansion Scientifique Française, 23, Rue du Cherche-Midi, Paris VI. — Prix : 30 francs.

La deuxième édition du « Formulaire Thérapeutique Odonto-Stomatologique » de Boissier et Bouland vient de paraître. Ce serait méconnaître les auteurs que de les accuser d'avoir simplement recopié la première édition : le texte est en grande partie nouveau, le volume comporte 80 pages de plus; la présentation est cette fois en tous points excellente : typographie parfaite, élégant cartonnage, corrections soignées; on sent que l'éditeur, encouragé par le succès foudroyant du formulaire, n'a pas hésité à faire l'effort nécessaire pour publier une édition élégante.

Le volume est une véritable encyclopédie : tout ce qui concerne la thérapeutique, simplifiée il est vrai, nécessaire au dentiste y figure en bonne place : d'abord une étude de pharmacologie — les médicaments y sont passés en revue;

agents physiques, agents chimiques (action, cryo, créno, thermo, curie, électrothérapie), agents biologiques (sérum, vaccins, colloïdes, vitamines).

Une deuxième partie expose les différents symptômes et l'art de les traiter : la douleur, l'infection, l'hémorragie, la syncope, la déminéralisation, les empoisonnements.

Dans la troisième partie, les auteurs font défiler à nos yeux le cortège nombreux et varié des maladies de la bouche et des dents, depuis l'abcès dentaire jusqu'au zona, et de l'abrasion aux périodontites : il y a là un défilé impressionnant, mais l'on se rassure en pensant que le remède est toujours... mettons souvent... enfin parfois à côté du mal. Les auteurs descendent au plus profond des abîmes et nous y croisons des affections bien rares, ce qui rend d'inappréciables services au praticien désorienté.

Au quatrième tableau, signalons un chapitre des plus utiles, consacré aux examens de laboratoire (chimiques, biologiques, bactériologiques et histologiques) et aux façons de s'en servir : puis des études importantes sur les dentifrices, les brosses et la stérilisation.

Restent enfin les chapitres divers où l'on trouve une masse considérable et disparate de renseignements d'ordre juridique, numérique ou même commercial, mais bien commode.

Tel qu'il se présente aujourd'hui, le formulaire thérapeutique plus complet que son aîné, demeure le livre indispensable, non seulement aux étudiants pour affronter leurs juges sévères, mais aussi aux praticiens dont la mémoire est hésitante. Il leur permettra, « docti cum libro », de discuter de toutes choses connues et même des autres.

Première Conférence Internationale du Rat

Paris — Le Havre, 16-22 mai 1928)

Documents réunis et publiés par le professeur Gabriel Petit, membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie Vétérinaire de France, secrétaire général de la Conférence. — Avec 59 portraits et 15 vues diverses. — Vigot Frères, éditeurs, 23, Rue de l'École-de-Médecine, Paris VI. — Prix : 80 francs.

Hygiène, Nudité, Soleil aux Colonies

par le docteur Fougerat de David de Lastours, préface du professeur Tanon, de la Faculté de Paris. — In-8° raisin, 52 pages, avec 16 illustrations. — Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. — Prix : 5 fr. Le soleil et la chaleur, considérés comme des fléaux par les hygiénistes.

chambre et les physiciens de laboratoire, sont-ils nocifs, malfaisants, facteurs de toutes les maladies ?

Ou bien, au contraire, l'hygiène par l'insolation directe sous les climats tropicaux est-elle le plus sûr moyen de se protéger de ces maladies ?

Telle est l'angoissante question qui doit être résolue.

Le Docteur Fougerat de Lastours apporte dans son travail, et son expérience personnelle des pays chauds, et de très nombreuses observations, recueillies dans treize pays différents; leur simplicité même leur donne toute la rigueur d'une démonstration expérimentale.

Elles permettent à l'auteur de tracer en quatre paragraphes le tableau de la marche inexorable de la carence solaire, CHEZ L'INDIGÈNE, avec la dénutrition qui en est le résultat et la maladie qui envahit les organismes ainsi appauvris.

D'autres faits montrent, POUR LE BLANC, la nécessité de l'insolation hygiénique dans les régions tropicales. A l'encontre du néfaste préjugé trop répandu en France, c'est le plus sûr garant contre l'alcoolisme, le cafard, la folie, les souffrances physiques et morales qui guettent le blanc égaré dans le bled.

« Allons-nous, selon la forte expression du Docteur Pierre Lépine, continuer à subir toutes ces tares morales, tous ces vices physiologiques, tout l'abâtardissement de la race blanche sous prétexte qu'il est immoral d'être nu ? »

Heureusement, de l'excès du mal naît un bien : Nos administrateurs, nos médecins coloniaux, nos missionnaires catholiques, eux-mêmes, se rendent, maintenant, souvent, compte du danger.

Aux récentes « Journées Médicales Internationales de Vincennes », un vœu en faveur de la libre insolation des indigènes a été adopté à l'unanimité.

Malheureusement trop peu d'hommes ont assez de courage pour reconnaître la vérité : avec une demi-sincérité, vis-à-vis d'eux-mêmes, ils ne veulent la voir qu'à travers le prisme de leurs illusions et de leurs préjugés !

Vu sa gravité, le problème soulevé, si à propos, par « Hygiène, Nudité, Soleil aux Colonies », ne comporte ni réponse équivoque, ni solution bâtarde.

Sinon, notre civilisation portera encore devant les siècles une écrasante responsabilité. Elle en a bien assez comme cela.

En dehors de ces considérations médicales et scientifiques, l'ouvrage contient un exposé pratique et des conseils d'initiation qui le rendent particulièrement précieux.

La Tunisie Médicale

MAI 1932

TRAVAUX ORIGINAUX

Les possibilités et l'avenir du pneumothorax en Tunisie

par Félix MASSELOT

(Statistiques de notre service établies par les D^{rs} E. Bloch et Dupont)

—(0)—

Nous retrouvons dans l'histoire du pneumothorax thérapeutique les mêmes errements que dans celle de l'appendicite. Sans doute tous les médecins en connaissent actuellement les avantages, mais dans chaque cas particulier, beaucoup en discutent l'opportunité, ne se décidant à agir que s'il y a une flambée immédiatement dangereuse de l'infection.

Il fut un temps où je me rangeais parmi les tièdes; c'était l'époque où le pneumothorax était la dernière cartouche du malade, où l'on n'intervenait que parce que tout avait échoué; c'était l'époque aussi des erreurs de méthode : décollements brutaux, surpressions, etc. Malgré ces errements on obtenait parfois des résultats tellement brillants que le plus incroyant était obligé de s'incliner, mais à côté que de déchets conseillant la prudence.

Depuis la guerre, l'expérience du pneumothorax s'est généralisée. La méthode n'est plus monopolisée par quelques phtisiothérapeutes, elle fait partie de l'arsenal de la thérapeutique courante. Les exagérations des uns, les préventions des autres, se sont noyées dans la masse des faits. De multiples observateurs ont publié leurs statistiques, codifié leur technique. Un corps de doctrine s'est constitué, la méthode est au point et il faut le redire sans cesse, c'est ce que nous possédons de mieux à l'heure actuelle en matière de traitement de la tuberculose et même en matière de prophylaxie antituberculeuse. Cette vérité ne peut plus être discutée. Quelques médecins ont eu à cœur de diffuser la méthode de Forlanini en

Tunisie. Nous nous y sommes pour notre part employé de notre mieux.

Nous apportons aujourd'hui notre statistique de dix années de collapsothérapie en Tunisie. Elle porte sur 120 cas en majeure partie des cas hospitaliers.

Leur nombre relativement peu élevé tient à des facteurs multiples. En premier lieu et à part de rares exceptions, nous n'avons été aidé par personne dans le recrutement de nos malades. En second lieu nous avons été pendant de longues années trop sévères dans le choix des cas à traiter. Bien que gagné depuis longtemps à l'idée du pneumothorax, nous n'étions pas encore absolument persuadés qu'il constituait même sous un climat défavorable l'arme la plus efficace contre la tuberculose. Enfin et surtout à l'époque, la plupart des malades ignoraient tout du pneumothorax; or la confiance en une méthode ne gagne le public qu'autant qu'il lui est possible d'en constater les résultats.

La progression du chiffre de nos malades pneumothoracisés par année est très instructive à ce point de vue. Elle accuse une montée constante et rapide, passant de 6% en 1928 à 32 % en 1931. En janvier 1932, cinq nouveaux malades ont été pneumothoracisés à l'hôpital français.

Au point de vue des indications, nous avons suivi dans l'ensemble les données classiques, c'est dire que nous avons appliqué la méthode aux cas de tuberculose ouverte unilatérale évolutive non spontanément améliorable. Pourtant nous avons, avec succès, pratiqué un petit nombre de pneumothorax chez des malades bilatéraux, lorsqu'il y avait grande prédominance d'un côté et que les lésions de l'autre côté ne paraissaient pas affecter le type habituel des lésions évolutives.

Nous avons renoncé momentanément aux pneumothorax bilatéraux étant donné les grands dangers que présente cette intervention. Nous ne méconnaissions pas, pour l'avoir vu aussi bien à Ley-sin qu'à Paris, les résultats satisfaisants, inespérés même que l'on peut obtenir chez certains malades voués sans cela à une mort certaine, mais nous ne doutons pas non plus du nombre considérable d'échecs, d'aggravations et même de morts dont cette pratique est responsable. Dans un pays comme la Tunisie où tout doit être mis en œuvre pour que la collapsothérapie de Forlanini se généralise

comme en France, il nous semble dangereux de compromettre son succès en donnant pour le moment à la méthode une extension périlleuse. Nous n'avons pas non plus associé le pneumothorax à la phrénicectomie dans les cas bilatéraux; la phrénicectomie a en effet des indications spéciales qui se rencontrent assez rarement chez des malades dont les deux poumons sont atteints simultanément. Nous avons élargi les indications classiques dans un certain nombre de cas, notamment dans certaines formes abacillaires avec atteinte prédominante de l'état général. Nous en donnons ci-dessous une observation typique :

Il s'agit d'une femme de trente ans qui a eu cinq enfants vivants bien portants et deux fausses couches, dont le mari est en bonne santé, et qui, il y a sept mois, eût une poussée fébrile oscillant entre 38° et 39° accompagnée de toux et de douleurs thoraciques de la base gauche.

L'état général s'alléra progressivement, et deux mois plus tard la malade eut une petite hémoptysie qui motiva son hospitalisation dans un hôpital de l'intérieur. Cinq mois de cure hospitalière n'améliorant point son état, (la fièvre persiste accompagnée de toux, de vomissements et d'un amaigrissement considérable), elle vient alors consulter à Tunis le docteur Hayat et le 5 mars 1931 elle entre dans notre service, à son instigation. Elle présente à ce moment des signes cliniques de pleurite de la base gauche, confirmée par la radiographie qui décèle une obscurité de type pleural du tiers inférieur de l'hémithorax gauche.

La température à grandes oscillations, toujours au-dessus de 38° atteint parfois 40°. La malade présentant le tableau clinique d'une mélitococcie, le sérodiagnostic est pratiqué et demeure négatif. L'évolution d'une tuberculose grave ne faisant pas de doute pour nous, nous nous décidons à tenter un pneumothorax gauche le 14 mars 1931. A notre surprise le décollement s'effectue aisément, et le surlendemain de la première insufflation la température tombe à 37°. On obtient d'emblée un décollement de la base que les insufflations suivantes transforment en décollement total; au bout de quinze jours, soit de quatre insufflations, l'état général s'améliore au point que la malade prend cinq kilogr. en deux semaines. La malade regagne l'intérieur et vient régulièrement toutes les trois semaines dans le service pour l'entretien de son pneumothorax.

Actuellement,, soit au bout d'un an de traitement, elle a atteint le poids de 80 kgr. ayant pris 35 kgr. depuis l'institution du traitement. L'état général, l'appétit et les fonctions digestives sont excellents. Elle ne tousse pas et ne crache pas.

Le résultat obtenu peut compter parmi les meilleurs de ceux qu'on est en droit d'attendre.

Nous avons rarement pratiqué le pneumothorax chez des gens âgés. Comme l'ont observé tous les auteurs, cette méthode ne donne son plein résultat que chez les sujets dont la puissance vitale est peu touchée. Pourtant le pneumothorax peut s'imposer chez un certain nombre de malades âgés; c'est ainsi que nous l'avons pratiqué chez une vieille diabétique avec un résultat satisfaisant et chez un sujet immédiatement menacé par les troubles profonds de l'état général. Dans ce dernier cas, grâce au pneumothorax, le malade a repris en quelques mois suffisamment de vigueur pour lui permettre de subir d'abord une phrénicéctomie dont les résultats ont été peu importants et ensuite une thoracectomie suivie d'une reprise considérable de l'état général.

Nous n'avons pas pratiqué de pneumothorax chez les enfants de moins de 10 ans. Les propagandistes de la méthode dans l'enfance apportent évidemment d'excellentes statistiques : 75% de guérison d'après Armand Delille.

Pourtant il ne paraît pas douteux à la lecture de l'ensemble des travaux parus sur ce sujet que les résultats dans l'ensemble sont nettement moins bons que chez l'adulte.

Peut-être comme le fait remarquer Taillens, est-ce parce que la méthode est appliquée trop tard; peut-être est-ce parce que « les « états qui en sont justiciables sont bien plus graves chez l'enfant « et comportent un pronostic mortel. » De toutes façons le pneumothorax étant appliqué chez l'enfant depuis beaucoup moins longtemps que chez l'adulte, une conclusion sur sa valeur est encore prématurée, et un médecin prudent a le droit de se montrer réservé dans ses décisions.

Voici la statistique concernant l'âge de nos malades :

de 10 à 20 ans nous avons fait 32 P. soit 26%
de 20 à 30 ans nous avons fait 45 P. soit 37%
de 30 à 40 ans nous avons fait 24 P. soit 20%

de 40 à 50 ans nous avons fait 10 P. soit 8%
de 50 à 60 ans nous avons fait 9 P. soit 7%

Nous avons opéré sur un nombre égal d'hommes et de femmes. 63% de nos malades ont été traités au cours d'une évolution fébrile.

36% étaient à peu près apyrétiques et l'intervention a été basée dans ces cas sur les signes physiques et radiologiques ainsi que sur les altérations progressives de l'état général.

Dans 63% de nos cas nous avons obtenu un décollement complet, dans 36% un décollement partiel.

Il est un fait bien connu c'est que ni l'examen clinique, ni les données radiologiques ne permettent de savoir à l'avance si le décollement sera possible. Tel malade qui semble n'évoluer que depuis trois semaines à une plèvre totalement adhérente; chez tel autre dont le passé pleural est évident, le décollement s'effectue parfaitement bien.

Pourtant il semble que les lésions marginales donnent un pourcentage très important d'échecs. L'efficacité de l'intervention n'est pas d'ailleurs proportionnelle à l'importance du décollement. Il y a des décollements totaux schématiques complètement inefficaces en raison de l'existence de cavernes juxta-hilaires incompressibles, par exemple; il y a par contre des décollements partiels surtout de la base, qui donnent d'excellents résultats, nous en avons deux observations particulièrement démonstratives, avec pneumothorax interrompu depuis trois ans pour l'un et un an pour l'autre. Il semble que le meilleur décollement d'ailleurs indépendant la plupart du temps de la volonté de l'opérateur ne soit pas le décollement schématique en falaise, dans lequel le poumon ne figure plus que sous l'aspect d'une ligne verticale parallèle au médiastin, mais au contraire celui dans lequel le moignon pulmonaire tout en ne subissant pas l'influence de la respiration garde une certaine tonicité. L'idéal étant en quelque sorte la compression élective des lésions.

La variété des décollements est infinie, il serait fastidieux de schématiser les formes bizarres et inattendues que les adhérences partielles peuvent imprimer à l'image pulmonaire; notons seulement la rareté de la séparation des lobes pulmonaires par l'insufflation. Il nous paraît intéressant d'insister, d'une part, sur la difficulté qu'il y a souvent à voir un pneumothorax à la radioscopie

lorsque les lésions tranchent peu sur la plage pulmonaire (il est de toute nécessité dans ces cas de faire une radiographie, car on pourrait facilement conclure à l'inexistence d'un pneumothorax quelquefois important et pouvant admettre $\frac{1}{2}$ litre de gaz et plus) et d'autre part, sur le fait que les décollements peuvent être visibles dans le plan sagittal et nullement dans le plan frontal; on peut avoir un décollement antérieur ou postérieur, en avant ou en arrière duquel demeure une lame pulmonaire importante qui le masque. Ces problèmes radiologiques ne peuvent être résolus que par la radiographie seule, radio pratiquée de face et de profil. La précocité des interventions en matière de pneumothorax donnera de plus en plus à la radiographie une place prépondérante sur la radioscopie.

Les rayons X ont seuls permis le développement de la méthode de Forlanini. Il nous semble néanmoins qu'on en abuse un peu en passant systématiquement les malades à l'écran avant et après l'insufflation. Si cette manière de faire est indispensable pour les premières insufflations ou de toute nécessité il faut suivre pas à pas ce que l'on obtient comme décollement, si elle est également indispensable dans les cas de malades perdant rapidement leur gaz et de poumons revenant trop rapidement à la paroi, si elle est très utile pour la surveillance des épanchements, il nous semble que son usage systématique, dans les cas bien décollés et à insufflation toujours normale qui sont la majorité n'est pas indispensable.

Il existe nombre de poumons immuablement rétractés contre le médiastin et qui offrent toujours la même image radiographique pendant des mois et des années.

Il est d'ailleurs exagéré de prétendre que l'examen radiographique permet d'éviter la blessure du poumon. Il ne peut donner, dans les conditions où il est habituellement pratiqué, l'épaisseur des plans à traverser. Il montre si le décollement existe toujours et la région où il atteint sa plus grande amplitude. Le point d'attaque de la ponction est généralement toujours le même pour le même malade, en dépit des examens radiographiques et les multiples piqûres laissent un tatouage caractéristique et révélateur. On n'évitera la blessure du poumon que par l'habitude que l'on prend du malade et surtout la grande pratique du pneumo qui seule donne à l'opérateur cette sensation si particulière de pointe dans le vide.

La sûreté de main ne s'acquiert que par un long apprentissage. Quant à la piqûre en plusieurs temps, rationnellement préconisée par certains auteurs, il n'y a qu'à demander aux malades ce qu'ils en pensent pour savoir si elle peut entrer vraiment dans la pratique courante.

Qu'on nous comprenne bien, nous n'avons nullement l'intention de faire le procès de la radiographie sans laquelle le pneumothorax est impossible, nous ne nous élevons que contre les exagérations d'une méthode complémentaire indispensable. Pour obtenir dans un service un grand rendement, il faut gagner du temps sans pour cela nuire à la sécurité des malades.

Notre proportion d'épanchements est de 36% des cas. C'est le chiffre moyen donné par les auteurs. (31% statistique de Véran). Nous n'avons pas fait la statistique des épanchements par année mais notre impression très nette est que par le perfectionnement de la technique, (en particulier insufflations sans pressions et pressions terminales toujours négatives), nos cas d'épanchement deviennent de plus en plus l'exception. Sur 39 pleurésies, nous n'avons eu que 6% d'épanchements purulents vrais, et dans deux cas seulement nous avons observé le syndrome de la perforation pulmonaire avec ses signes manométriques et sa vomique.

Nos résultats se décomposent ainsi :

Nous n'avons noté de bilatéralisations que dans 9% des cas; ce chiffre est nettement plus élevé que celui de la statistique de Véran 3% des cas et plus faible que celui de Dumarest 15% des cas.

Dans 5% des cas le traitement a été interrompu du fait de l'indocilité du malade, dans 8% du fait de son départ de Tunisie.

Guérisons	14,16%
Améliorations	42,50%
Décès	21,66%

Les améliorations comportent les cas favorables en traitement qui donneront plus tard un nombre important de guérisons.

Il nous paraît nécessaire de comparer nos chiffres aux statistiques publiées jusqu'ici non pour le vain désir de voir si nous avons fait mieux ou plus mal que les autres, mais dans le but de savoir si à Tunis on peut arriver en opérant correctement à avoir des résultats comparables à ceux de France. Cette question ne pourra d'ailleurs pas être résolue par la seule publication de notre statis-

tique. Il faut que tous ceux qui pratiquent le pneumothorax ici apportent les leurs. Ils nous permettront de juger si la question du climat nettement défavorable de ce pays doit compromettre l'avenir du pneumothorax en Tunisie.

Nous ne reprendrons pas les discussions byzantines sur la signification des termes guérison et amélioration en matière de tuberculose. Ils sont pris à peu près par tous les auteurs dans la même acception. Les règles de guérison définies par Véran nous paraissent devoir rallier tous les suffrages. Nous les rappelons ci-dessous :

1° Absence d'expectoration ou disparition constante des bacilles dans les crachats.

2° Absence de signes cliniques d'activité tuberculeuse.

3° Absence d'épanchement de substitution.

4° Absence de signes radiologiques inquiétants.

5° Epreuve du travail.

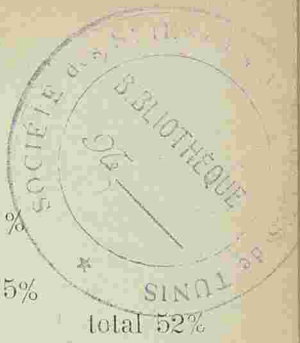
Nous laissons de côté celle des test biologiques (vitesse de sédimentation et Verne résorcine) dont nous étudions actuellement l'importance pratique et sur lesquels nous n'avons pas encore d'opinion personnelle définitive.

L'amélioration ou la guérison relative est de définition plus élastique. Mais il paraît logique de faire entrer dans ce cadre tous les cas dans lesquels le sujet est passé d'un état de maladie avéré à un état de santé apparent, état de santé pouvant permettre la reprise d'une vie sensiblement normale. Sous cette rubrique figurent tous les cas en traitement dont l'avenir ne peut être sûrement prévu, quelque soit l'excellence des premiers résultats, mais qui compteront certainement un nombre important de guérisons.

Voici les différentes statistiques citées par Dumarest dans son beau livre sur le pneumothorax :

Burnand (statistique de sanatorium)	236 cas
Vivants	129 cas
Sort inconnu	25 cas
Décédés	82 cas
Léon Bernard (statistique hospitalière)	201 cas
Cas favorables	56 %
Croizier (statistique hospitalière) :	
Bons résultats	50 %

Pissavy (statistique hospitalière) :			
Mortalité	48 à	56 %	
Rist et Hischberg (statistique hospitalière) :			
Guéris		6,5%	
			total 52%
En traitement ou améliorés		45,5%	
Non améliorés		4%	
Bilatérales		13,5%	
			total 48%
Décédés		30,5%	
Dumarest (statistique sanatoriale)	229 cas		
Cas très favorables		40%	
Cas favorables mais incomplets		13%	
Insuccès		47%	



Que pouvons-nous conclure de ces chiffres, sinon que le pneumothorax porte en lui-même le maximum de ses chances de succès. Ainsi se vérifie même dans ce pays l'assertion du Professeur Bezançon : que la notion de climat cède le pas aujourd'hui à l'emploi du pneumothorax artificiel. Pratique, sous n'importe quel climat, il donne des résultats comparables et demeure une des armes les plus puissantes de la lutte antituberculeuse. Sa portée sociale est encore plus importante que son intérêt thérapeutique. Son action doit donc avec la bonne volonté de tous être aussi puissante en Tunisie qu'en France.

Le pneumothorax doit-il être réservé aux seuls phthisiologues de métier, ou doit-il entrer dans la pratique médicale courante. La question vaut d'être discutée, vu l'importance du résultat à obtenir.

Si l'on se place au point de vue social, il est souhaitable que cette intervention soit à la portée du plus grand nombre pour atteindre le plus de malades possible. Il est d'ailleurs nécessaire pour que le praticien ne la considère pas avec hostilité qu'elle puisse sous certaines conditions lui être accessible. Il est d'autre part indispensable que le malade qui se confie à un opérateur ait à son sujet toute garantie de compétence et d'habileté. Un médecin de « médecine interne » instruit est parfaitement apte à les offrir s'il a été préalablement éduqué pendant un temps suffisant dans un service spécialisé. Il aura appris ainsi ce qu'est un tuberculeux et com-

ment on le dépiste, il se sera familiarisé avec l'appareil de Kuss et se sera rompu aux mille petites difficultés de sa pratique; il connaîtra l'évolution des pneumothorax, leurs dangers, leurs contre-indications.

Il nous semblerait dangereux par contre de permettre l'application de cette méthode à un autodidacte qui n'aurait puisé sa science que dans des livres ou dans des cours sans portée pratique. Il serait obligé de se former pratiquement aux dépens de ses malades et souvent à leur détriment. En cette matière, une longue et patiente pratique sous une direction éclairée est indispensable avant de devenir son propre directeur. L'acquisition de la technique instrumentale du pneumothorax étant du ressort de la petite chirurgie est relativement aisée; le difficile n'est pas de savoir injecter du gaz dans une plèvre, mais de bien l'injecter et à bon escient : de parer aux complications possibles et de savoir les traiter le cas échéant.

Certains dispensaires d'hygiène sociale de France pratiquent aujourd'hui couramment les réinsufflations de pneumothorax; il faut approuver sans réserve cette manière de faire, dans les villes dépourvues de techniciens au courant de la méthode. Quels que soient les inconvénients du pneumo au dispensaire, ils sont inférieurs au bénéfice que les malades en retirent. Dans les villes où il existe des médecins spécialisés en nombre suffisant et des hôpitaux où la méthode de Forlanini est appliquée couramment, il nous semble désirable (et cette formule semble aujourd'hui admise), de limiter l'action du dispensaire à l'entretien par exception des pneumothorax non compliqués; un dispensaire actif ne doit pas avoir le temps de faire de thérapeutique; il doit rester un organe de prophylaxie, but en vue duquel il a été créé.

Le pneumothorax ne pourra donner en Tunisie la mesure de ce qu'il peut, que lorsque les malades indigents qui en sont porteurs pourront être hébergés dans un centre de traitement pendant les six premiers mois d'application de la méthode. Il ne faut pas oublier en effet que le malade porteur d'un pneumothorax guérit par lui-même et que l'insufflation n'a pour but que de juguler le mal jusqu'à ce que l'organisme ait eu le temps d'en triompher. Les plus beaux résultats sont ceux que l'on obtient chez les malades soumis conjointement à la cure de repos.

Ce centre d'hébergement des pneumo thoracisés est d'ailleurs un

objet de préoccupation de la Ligue anti-tuberculeuse de Tunisie, particulièrement d'un de ses membres les plus actifs, le docteur Hayat. Un effort parallèle doit encore être accompli par l'assistance publique pour que les services de tuberculeux existants, par de meilleurs aménagements et par l'augmentation du nombre de leurs lits puissent jouer dans la lutte antituberculeuse le rôle de premier plan que leur a assigné le professeur Bezançon dans son exposé à l'Académie de Médecine de mai 1930 : (orientation nouvelle de la lutte antituberculeuse) le service de tuberculeux d'un hôpital ne doit plus être un asile d'incurables mais un centre de traitement des plus actifs.

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour dire que le pneumothorax voit ses statistiques s'améliorer de jour en jour au fur et à mesure que les malades sont adressés plus précocement au spécialiste. Les chiffres anciens sont grevés lourdement dans nombre de cas, du fait qu'on attendait d'avoir épuisé l'action des moyens habituels avant d'intervenir activement.

Plus une lésion est jeune, plus le pneumothorax a de prise sur elle, moins il est dangereux puisque la portion de poumon tuberculisée susceptible d'adhérer ou de se perforer est réduite, puisque les lésions ne sont pas en partie sclérosées et difficilement compressibles.

Combien voit-on d'excellents décollements rester inefficaces à cause de l'existence d'une caverne ancienne qu'aucun effort ne peut comprimer ? Sans doute en agissant précocement on interviendra d'ailleurs sans dommage dans un certain nombre de cas qui auraient guéri tout seuls; mais grâce à cela on sauvera nombre de malades qui auraient été condamnés pour avoir attendu. Songe-t-on à limiter l'application du traitement prolongé de la syphilis parce que certaines syphilis guérissent toutes seules ou restent inactives la vie durant.

Pour pouvoir pratiquer le pneumo dans des conditions idéales, bien des obstacles restent à surmonter; il faut combattre l'esprit public non averti, et souvent hélas, l'esprit médical. Le public n'agit que poussé par la contagion de l'exemple. Si dans une famille le malade n'a pas d'attaches médicales, s'il n'a pas vu ou entendu parler de malades guéris par le pneumothorax, se faisant un monde de cette intervention, il s'opposera à l'action de son

médecin ou n'y cédera que trop tard. Il faut donc atteindre l'esprit public par persuasion, par tracts et conférences, et par l'action puissante des infirmières visiteuses d'hygiène. Il faut entraîner également la masse des médecins hésitants. Rares sont ceux, jaloux de leur autorité sur le malade, qui ne veulent à aucun prix se résoudre à le confier même momentanément à autrui. Beaucoup de ceux qui luttent encore contre la diffusion de cette méthode le font par méconnaissance de ses résultats tangibles. Ils tiennent le pneumothorax pour une excellente méthode d'exception alors qu'il est la meilleure méthode générale de traitement. A ceux-là il faut conseiller de lire l'admirable préface du Rist dans le livre de Véran et d'en retenir la phrase capitale : « je ne sache pas qu'aucun de ceux qui ont commencé à l'appliquer ait renoncé depuis à son usage », il leur faut aussi la bonne volonté de venir voir eux-mêmes les résultats qu'obtiennent leurs confrères physiologues. Sans cette bonne volonté et ce désir de collaboration il n'y a rien à faire.

P.S. — Nous pensons joindre à cet article la statistique de la dizaine de cas de phrénicectomie et des deux cas de thoracoplastie que nous avons fait pratiquer par le Docteur Bouquet; nous préférons en faire l'objet d'une communication ultérieure dans laquelle nous attirerons l'attention sur les bienfaits de la collaboration médico-chirurgicale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Les tendances actuelles de la lutte anti-tuberculeuse leurs possibilités de réalisation en Tunisie (1)

par Félix MASSELOT

Ancien Interne du quartier des Tuberculeux de l'Hôpital Laënnec
(Service du Professeur Léon Bernard)

—«O»—

L'essor prodigieux de la méthode de Forlanini dans ces quinze dernières années a profondément modifié la conception de la lutte antituberculeuse. Celle-ci jusqu'à ces temps derniers se tenait sur le terrain d'une stricte défensive, n'ayant pour but que d'arracher à la contagion ses victimes. Elle semble depuis quelques mois s'orienter résolument vers l'offensive contre la maladie, recherchant les guérisons thérapeutiques qui en définitive constituent le moyen le plus efficace pour tarir les sources de contagion.

Nous possédons actuellement dans la méthode de la collapsothérapie une arme d'efficacité certaine. Toutes les statistiques s'accordent sur ce point. Voici une des dernières en date, celle de Küss, au dispensaire Rockefeller portant sur 96 malades traités en 12 ans:

Malades décédés ou insuffisamment améliorés ou ayant rechuté	53
Malades en très bon état	34
Malades en bon état ayant à se ménager	7 43
Malades restés fragiles	2

Cette statistique a trait à des malades de la classe pauvre, traités dans des conditions défavorables par la méthode ambulatoire (les malades ne pouvant être hospitalisés au dispensaire) ce qui explique le pourcentage modeste des succès obtenus. Ceux-ci, en milieu hospitalier s'élèvent habituellement à environ 50% des cas traités.

Rist et Hirschberg apportent des chiffres plus convainquants encore :

De 1919 à 1921 ils ont appliqué le pneumothorax artificiel à 149 malades qu'ils ont suivis jusqu'en 1927. Pendant la même période ils ont également observé 60 malades reconnus par eux justiciables du pneumothorax et qui l'avaient refusé.

De ce 2^{me} groupe, 54 étaient décédés au bout de la huitième année et il n'en survivait que six incapables de travailler (soit 90% de mortalité).

(1) Conférence faite à la Maison du Médecin le 7 mai.

Au contraire dans le premier groupe des porteurs de pneumothorax, la mortalité n'était au bout de huit ans que de 45%. Les malades traités menaient une existence normale et n'étaient plus à la charge de la société.

Des résultats analogues peuvent être obtenus partout où la méthode peut être correctement appliquée. Le facteur climat passe nettement au second plan, comme le dit Bezançon, la collapsothérapie devenant l'élément prépondérant du succès.

Voici les chiffres obtenus par nous-même en dix ans de collapsothérapie à l'Hôpital Civil de Tunis :

Sur 120 malades traités :

Cas favorables 57% dont 14% de guérisons;

Décès : 21%;

Interrompus du fait du malade ou perdus de vue par suite de départ de Tunis : 22%.

Tous les médecins pratiquant la méthode du pneumothorax s'accordent pour répéter que le chiffre des succès durables augmentera dans des proportions considérables si deux conditions sont remplies :

La première est de pouvoir traiter le tuberculeux aussi près que possible du début apparent de sa lésion afin d'avoir à comprimer des lésions jeunes; ce sont elles qui donnent le moins de complications et le plus grand nombre de décollements efficaces.

La deuxième tout aussi importante est de pouvoir assurer un repos d'au moins six mois aux malades chez qui l'on a créé un pneumothorax; nous y reviendrons.

Le pneumothorax pour donner tout ce que l'on peut en attendre et faire courir au malade le minimum de danger, doit être appliqué par des opérateurs compétents. Beaucoup de complications sont dues à des fautes d'inexpérience et si, sauf exception, il n'y a aucune virtuosité opératoire particulière à acquérir, aucun tour de main savant, il n'en est pas moins vrai que la conduite heureuse du traitement est soumise à un ensemble de disciplines qui ne s'acquièrent que par une pratique prolongée sous une direction compétente.

Si l'on veut faire rendre à la méthode le maximum de ce qu'elle peut donner, il importe également, ainsi que nous l'avons déjà dit, que les malades soient soumis à une cure de repos, difficile, sinon

impossible à suivre, pour la plupart des malades pauvres. Sitôt « blanchis », dès la chute de la fièvre et le retour des premières forces, ils se remettent à l'ouvrage et souvent entravent ou compromettent définitivement ainsi l'œuvre de guérison. Il faut donc de toute nécessité créer pour cette catégorie de malades, la plus nombreuse, des lits d'hospitalisation, soit dans les hôpitaux heureusement situés, soit dans les hôpitaux sanatoriums édifiés dans la banlieue des villes, et prévoir pour chaque malade traité par le pneumothorax, une hospitalisation minimum de six mois.

Ces hôpitaux sanatoriums paraissent aujourd'hui rallier tous les suffrages. Placés immédiatement à proximité des villes, dans une campagne salubre, ils sont facilement accessibles aux malades et à leurs familles. Ils sont d'une gestion plus aisée et moins onéreuse que les véritables sanatoriums. Cette formule paraît d'ailleurs d'une grande souplesse et l'on conçoit facilement tous les intermédiaires possibles, entre le grand établissement de cure nécessaire à une capitale régionale tel par exemple l'Hôpital Sanatorium Arnoz à Bordeaux et le simple quartier de tuberculeux d'un hôpital général placé hors de l'agglomération urbaine tel qu'il est réalisé pour certains hôpitaux provinciaux.

Une objection peut-être faite relativement à la portée sociale de la méthode de Forlanini, celle qu'elle s'applique à un trop petit nombre de tuberculeux. Dix pour cent seulement des malades peuvent en bénéficier, écrivait-on encore il y a quelques années dans les traités de collapsothérapie. Or, il faut bien savoir que ce pourcentage a été fixé à une époque où le pneumothorax était la dernière cartouche du malade, qui s'y soumettait toujours tardivement après avoir tout essayé. Comme le dit excellemment Kindberg, la plupart des lésions bilatérales « ont été unilatérales à leur première poussée évolutive et justiciables du pneumothorax à ce moment ». De plus les méthodes chirurgicales nouvelles, sections de brides, phrénicectomie et thoracoplastie permettent d'agir dans nombre de cas où le pneumothorax est inefficace ou impossible. La phrénicectomie en particulier semble devoir être mise au premier plan de ces nouvelles techniques. Morin de Leysin déclare avoir obtenu avec elle 30% de succès. Nous avons nous-même enregistré de fort beaux succès sur des malades opérés sur notre demande par notre collègue chirurgien de l'hôpital le Docteur Bouquet.

Il convient enfin de souligner que le pneumothorax est la seule méthode qui permette au malade de reprendre dès le sixième mois un travail même pénible et qui libère les budgets d'assistance de la charge écrasante de subvenir aux besoins des malades et de leurs familles. Cette considération à elle seule suffirait à prouver sa portée sociale.

Est-il donc exagéré de réclamer pour une méthode de traitement aussi puissante que la collapsothérapie sa juste place dans l'action antituberculeuse ?

Si l'accord s'est fait unanimement sur la nécessité de se servir du pneumothorax comme arme de lutte antituberculeuse, une certaine confusion règne encore actuellement sur les modalités d'application de cette nouvelle forme de lutte, ainsi qu'en témoigne le récent congrès de phthisiologie de Bordeaux de 1931.

Cette confusion est née d'un état de fait auquel le temps seul permettra de remédier.

D'une part les services de phthisiologie des grandes villes ayant été débordés par l'afflux des demandes de pneumothorax, et d'autre part les départements d'importance secondaire et les campagnes ne présentant souvent aucune ressource technique à ce point de vue spécial, il a fallu s'adresser aux dispensaires d'hygiène sociale et leur demander, en violation de la loi de 1916, de se charger de ce nouveau service que certains de leurs médecins chefs, possédant la préparation nécessaire, étaient en mesure d'assurer.

Au Congrès de Bordeaux, si un rapport, celui de Küss, est favorable à la possibilité de créer et d'entretenir des pneumothorax au dispensaire, tout en faisant observer que « pour les cas compliqués « il y a une indication formelle à créer des centres de réinsufflations bien organisés en rapport avec de bons hôpitaux sanatoriums suburbains »; le second rapport, celui de Secoussé et Piéchaud, apporte des conclusions contraires que nous reproduisons textuellement :

« Pour parer momentanément à la pénurie de notre organisation hospitalière, il a été envisagé de permettre aux dispensaires de pratiquer les réinsufflation d'entretien du pneumothorax créé dans les formations hospitalières. Certains sont allés plus loin et ont envisagé et réalisé la création du pneumothorax et son entretien au seul dispensaire (véritable méthode ambulatoire du pneumothorax

en cure libre). A notre avis, ces pratiques, défectueuses en principe, peuvent être soutenables lorsqu'il existe à portée une formation hospitalière susceptible de recueillir immédiatement les malades en cas de complication..... il nous paraît nécessaire de choisir dans chaque département des centres de réinsufflations qui seront autant que possible placés à un nœud de communication et à proximité d'un hôpital, sinon dans l'hôpital lui-même. Là un médecin local, médecin de l'hôpital, préparé à la collapsothérapie par un stage suffisant effectuera non seulement l'entretien du pneumothorax, mais la surveillance du malade s'il y a lieu. Une salle sera réservée dans ces petits hôpitaux, aux tuberculeux, salle de triage et d'hospitalisation d'urgence s'il y a lieu. »

Les auteurs Bordelais insistent pour que les dispensaires se cantonnent dans leur rôle de prophylaxie et de prospection pour n'en sortir que dans des cas exceptionnels.

Ce rapport contient les résultats de deux enquêtes faites auprès des médecins des dispensaires et des syndicats médicaux.

En 1926, les médecins de dispensaires par 14 voix sur 28 ont estimé que le pneumothorax est affaire d'hôpital et non de dispensaire. Les 14 médecins favorables à cette nouvelle attribution des dispensaires demandaient qu'au préalable quatre conditions fussent remplies :

1° accord préalable avec les groupements professionnels;

2° débouchés hospitaliers capables de recevoir les malades en cas de complication ou d'aggravation, à l'instar de ce qui existe au dispensaire Léon Bourgeois, à Paris.

3° repos préalable pour tout candidat au pneumothorax dans une formation hospitalière;

4° nécessité pour les médecins spécialisés de disposer du temps nécessaire.

En 1930, une nouvelle enquête auprès de ces mêmes médecins a montré que sur 60 médecins, 40 ont été partisans des réinsufflations aux dispensaires, 20 ont voté contre ou n'ont pas manifesté d'opinion arrêtée. Presque tous les partisans des réinsufflations aux dispensaires estiment que cette pratique n'est qu'un pis aller. Les opposants se basent sur les raisons suivantes que nous schématisons ci-dessous :

1° Diagnostique, triage éducation hygiénique, placement, tel est

et doit être le rôle de médecin de dispensaire qui est déjà assez important et chargé.

2° Les statuts et contrats de médecins des dispensaires s'opposent formellement à l'action thérapeutique des dispensaires.

3° Tous les médecins de dispensaires ne pratiquent pas le pneumothorax (de fait sur 700 dispensaires, 101 seulement pratiquent les insufflations).

4° L'objection visant l'impossibilité d'y consacrer le temps nécessaire est admise même par les interventionnistes, puisqu'un de leurs plus chauds partisans, le docteur Martin demande que « les organisations départementales augmentent leur personnel médical pour permettre à celui-ci de consacrer aux insufflations le temps nécessaire. »

L'enquête faite auprès des syndicats médicaux a abouti aux conclusions suivantes, nettement défavorables :

Le dispensaire ne pratiquera de réinsufflation que :

1° s'il n'existe pas de confrères spécialisés en pneumothérapie dans un certain rayon d'action.

2° s'il n'existe pas de centre de réinsufflation dans un hôpital proche dûment spécialisé.

Une discussion intéressante a suivi la lecture de ces différents rapports. Nous en extrayons ce qui a trait directement à la question de l'entretien du pneumothorax au dispensaire.

Le Professeur Gausse, de Montpellier, dit que dans l'Hérault il est admis que les dispensaires d'hygiène sociale ne doivent pas faire de traitement, et en particulier pas de réinsufflations; celles-ci se font à Montpellier dans les sanatoriums et les hôpitaux.

Le Professeur P. Courmont, de Lyon, déclare que dans les grandes villes il est préférable à tous points de vue que les pneumothorax soient créés et entretenus à l'hôpital où une cure prolongée de repos est possible. Il admet une conduite différente si les centres hospitaliers sont débordés ou si dans les petites villes ou centres ruraux il n'y a pas encore de service pour tuberculeux et si le seul spécialiste compétent est celui qui a la charge du dispensaire. Il se prononce ensuite contre la méthode dite ambulatoire du pneumothorax.

Le Docteur Lambert, de Paris, déclare que le pneumothorax doit rester dans la majorité des cas une intervention nécessitant

une hospitalisation pendant la période nécessaire à la constitution du collapsus. Il admet son entretien au dispensaire, à la condition que le dispensaire soit en liaison étroite avec son hôpital de rattachement et préconise l'aménagement des dispensaires dans les hôpitaux, le dispensaire Léon Bourgeois réalisant au maximum le type parfait de la connexion des services dont on peut s'inspirer en toute confiance.

Les docteur Olmer et Berthier, de Marseille, tout en admettant la possibilité dans certaines conditions spéciales à préciser de confier les pneumothorax à des organismes extra-hospitaliers pronent les avantages des services hospitaliers de collapsothérapie.

Rist veut laisser toute liberté aux dispensaires au point de vue des pneumothorax, mais il dit par ailleurs : « Pour moi, lorsque « j'ai créé à l'hôpital un pneumothorax artificiel, je me refuse à « le rendre à la circulation au bout d'un mois ou deux, si efficace « que soit le traitement, car je sais bien que 8 fois sur 10, il sera « dans l'impossibilité d'observer le repos absolu qui lui sera indis- « pensable pendant au moins six mois. »

Il dit ailleurs : « Pour que le problème médico-social du pneumothorax soit résolu, il nous faut des hôpitaux-sanatoriums et encore des hôpitaux-sanatoriums. Il manque 20.000 lits d'hôpital-sanatorium en France. C'est là le nœud de la question. »

Ameuille considère que le pneumothorax n'est ni un droit, ni un devoir pour le dispensaire. Il veut laisser pleine liberté aux médecins compétents. Il est avec Poix et Bosnière en France, le propagandiste de la cure ambulatoire.

André Martin, que nous avons déjà cité parmi les interventionnistes, prétend que les résultats des pneumothorax dépendent non pas de l'hospitalisation du malade mais de la compétence du phthisiologue, point de vue qu'il est seul à soutenir. Il juge la question de façon différente suivant les cas :

« 1° aux dispensaires revient, semble-t-il, l'entreprise du pneumothorax dans les formes non évolutives, chez les malades ayant la possibilité de se reposer à domicile pendant les six premiers mois (ce qui d'après Courmont équivaut à dire qu'un nombre infime de malades en profiterait).

« 2° Les services hospitaliers locaux annexés si possible au dispensaire ou l'hôpital sanatorium régional devrait se charger au

« contraire des collapsothérapies d'urgence dans les cas aigus évolutifs, hémoptysiques et aussi dans les cas discrets, lorsque les conditions économiques ne permettent pas de réaliser l'intervention ambulatoire au dispensaire. »

Le Docteur Loubet, de Bordeaux, est « résolument hostile à l'extension dans le sens thérapeutique des fonctions des dispensaires, mais en pratique il lui paraît difficile d'opposer un veto formel à cette extension. »

Le Docteur Encontre, de Laon, est partisan des réinsufflations au dispensaire s'il n'existe pas dans son ressort de médecin les pratiquant ou si le malade est adressé expressément au dispensaire par un médecin.

Nous avons rapporté tout au long cette discussion en citant tous les orateurs dans l'ordre de leur intervention. Nous en avons le plus possible dégagé l'esprit: que peut-on en conclure ? :

Que la majorité des auteurs compétents est contre le principe des insufflations au dispensaire, ne l'acceptant que comme un expédient dû aux nécessités de l'heure et ne s'y résignant transitoirement que jusqu'à la création en France d'un nombre suffisant de centres de collapsothérapie et de lits d'hospitalisation pour les tuberculeux;

Que les rares partisans de cette action thérapeutique des dispensaires se couvrent des risques possibles par des restrictions et pour beaucoup proclament la nécessité de l'union intime des dispensaires avec les hôpitaux afin d'envoyer à ceux-ci les cas compliqués ou ceux dont la condition sociale rend vain tout essai thérapeutique ambulatoire.

Est-il en vérité équitable de dire à ceux des médecins des hôpitaux qui se sont patiemment spécialisés dans l'étude de la phtisiothérapie : le dispensaire gardera les cas non compliqués, c'est-à-dire les bons cas, ceux qui donnent les succès définitifs, il vous enverra en échange tous les cas compliqués, ceux qui donnent de la peine, engagent la responsabilité morale et quelquefois pécuniaire des opérateurs, ceux qui se soldent par un grand nombre d'insuccès. N'est-ce pas leur proposer un marché de dupes.

Les discussions du Congrès de Bordeaux ont eu leur écho à la réunion du Conseil de Direction du Comité National en date du 21 novembre 1931.

Le médecin général Arnaud en a présenté un résumé lumineux

dans le rapport qu'il y a lu, dont les points essentiels sont : « que
« les auteurs du Congrès de Bordeaux croient devoir conclure
« en réclamant *la création de centres spéciaux de collapsothérapie*
« *installés à l'hôpital ou à l'hôpital sanatorium le plus voisin du*
« *dispensaire* et ne veulent accorder à ces mêmes dispensaires
« *qu'un rôle d'exception en cette matière seulement en l'absence*
« *des organismes désignés plus haut et à propos des réinsuffla-*
« *chez les seuls indigents;*

Que le point de vue de la confédération des Syndicats médicaux de France est défini ainsi qu'il suit :

« En l'absence de centres outillés spécialement (hôpitaux, sanato-
« riums) ce mode de traitement (le pneumothorax) pourra être ins-
« tauré dans un dispensaire si les praticiens de la région ne sont pas
« outillés eux-mêmes pour l'installation de cette thérapeutique. »

Le médecin général Arnaud donne, en terminant son rapport, les chiffres indiquant l'état actuel de la question sur l'ensemble du territoire français. Une enquête faite par ses soins a donné les résultats suivants :

Ont répondu 74 départements;

Abstention 19 départements.

Dans 13 départements tous les dispensaires pratiquent les réinsufflations.

Dans 21 départements ce rôle est dévolu aux principaux établissements hospitaliers et à certains dispensaires.

Dans 34 départements les dispensaires ne pratiquent par principe aucune réinsufflation, ce traitement spécial étant réservé aux hôpitaux et aux sanatoriums.

Dans 6 départements enfin, la collapsothérapie n'est pas appliquée du tout.

« Dans un grand nombre de départements le pneumothorax ne
« peut être assuré que d'une façon irrégulière ou même ne peut
« pas être pratiqué.

Qui contesterait dans ces régions déshéritées le droit et même le devoir pour les dispensaires de sortir de leur rôle prophylactique ?

De toutes les considérations ci-dessus, il ressort que l'organisme le mieux adapté pour la pratique du pneumothorax chez les indigents, en raison de la possibilité qu'il a d'entreprendre tous les cas, de les traiter dans les meilleures conditions possibles et, le cas

échéant, d'appliquer les méthodes chirurgicales nouvelles, est le service hospitalier spécialisé ou l'hôpital sanatorium.

Il importe donc de se servir au maximum de ceux qui existent et d'en créer là où il n'en existe pas encore.

Le Professeur Bezançon dans une remarquable communication à l'Académie de Médecine faite en juin 1930, précise ce que doivent être à son idée de pareilles formations dans les grands centres :

« Le service de tuberculeux ne doit plus comporter comme autre-
« fois exclusivement une salle de malades avec galerie de cure mais
« toute une organisation complète de radiologie, un laboratoire,
« une ou plusieurs salles où puissent être pratiqués le pneumotho-
« rax et aussi d'autres opérations délicates telles que section de
« brides, etc. On soit envisager la nécessité de constituer non plus
« seulement des services médicaux modèles de phtisiologie, mais
« des services médico-chirurgicaux absolument indispensables.
« Pour le pneumothorax, ce que j'ai vu à Boucicaut et à Saint-
« Antoine dans les installations plus que rudimentaires de ce der-
« nier hôpital, me force à conclure que dans un grand nombre de
« cas, on obtient des résultats remarquables en plein Paris, en
« plein quartier ouvrier et que réellement dans ce cas, c'est la col-
« lapsothérapie qui est le facteur dominant. »

Le problème ne peut être résolu avec cette ampleur dans toutes les villes de France. Voici d'après Secousse et Piéchaud ce que l'on peut installer dans les hôpitaux de rang plus modeste. Ces auteurs réclament la création de centres dans les petits hôpitaux locaux, comportant une salle de tuberculeux, salle de recueil et de triage. Ces services seraient confiés à des médecins qualifiés. Ils seraient en rapport étroit avec les dispensaires des environs. On y créerait des pneumothorax et c'est vers eux que viendraient les malades pour leurs réinsufflations « déchargeant ainsi le dispen-
« saire d'hygiène sociale de cette besogne supplémentaire à ses
« consultations normales. » Provisoirement, dans les cas où aucune de ces réalisations ne serait possible, Secousse et Piéchaud admettent la méthode de cure ambulatoire au dispensaire, méthode de nécessité. D'après le Professeur Bezançon « la constitution de
« centres hospitaliers urbains de phtisiologie doit non seulement
« mieux assurer la lutte antituberculeuse, mais diminuer l'effort

« qui cependant reste à faire de création de nouveaux sanatoriums
« qui doivent être organisés plus dans l'esprit hôpital-sanatorium
« que dans celui du type sanatorium d'autrefois. »

Ces idées ont reçu la haute approbation du Professeur Léon Bernard qui, en les mentionnant dans une des dernières séances du Comité National, affirme la nécessité de modifier l'orientation des organisations destinées aux tuberculeux et réclame une très large place « aux centres urbains et périurbains spécialisés, services
« spécialisés, services hospitaliers ou sanatoriums-hôpitaux, rem-
« plissant le triple rôle de centres d'hospitalisation, centre de tria-
« ge et centre de thérapeutique. L'effort à accomplir devra s'exer-
« cer en vue de multiplier ces dernières formations jusqu'ici trop
« rares. »

L'orientation dans le sens thérapeutique de la lutte antituberculeuse rend plus nécessaire encore l'intime liaison des trois organismes sur lesquels elle repose : le dispensaire de dépistage, l'hôpital, l'hôpital-sanatorium. Cette liaison est réalisée au maximum par le dispensaire type Léon Bourgeois tel qu'il fonctionne dans plusieurs grandes villes de France (Paris, Nancy, Strasbourg, Bordeaux, etc.). Elle peut également s'établir aisément si les médecins des hôpitaux sont chargés par surcroît du dispensaire comme le fait existe à Grenoble par exemple où les docteurs Amabert et Lamy sont à la fois médecins des hôpitaux et médecins du dispensaire d'hygiène sociale. L'union est encore possible s'il y a connexion étroite entre le dispensaire et l'hôpital tant en ce qui concerne leurs emplacements respectifs, qu'en ce qui touche à leur fonctionnement. Elle nous paraît par contre complètement impossible si le dispensaire demeure un organisme entièrement indépendant, n'ayant d'autres liens avec les hôpitaux qu'un simple fil téléphonique.

En Tunisie où l'armement antituberculeux se constitue, ceux qui ont la charge de sa création ont le devoir de s'inspirer des tendances nouvelles de la lutte contre la maladie et d'en réaliser dans la mesure des possibilités financières les indications essentielles.

Un dispensaire ouvrira en mai à Tunis. Avec sagesse il a été provisoirement conçu comme un organisme bicéphale accolé aux deux hôpitaux vers lesquels la clientèle indigente a coutume de se

rendre. A Tunis où les principes élémentaires d'hygiène n'ont pas touché la masse, où la plus grande partie des consultants est illettrée ou presque, il fallait au moins dans les débuts aller aux malades et non pas attendre que ceux-ci viennent au dispensaire. Celui-ci malgré l'aide puissante que les hôpitaux lui apporteront connaîtra des heures difficiles, critiques même, car il est presque démuné de possibilités de placement. Il n'existe en effet en tout et pour tout que 44 lits d'hospitalisation à l'Hôpital Français et 74 lits dont la moitié réservée aux tuberculeux chirurgicales à l'hôpital Ernest Conseil. Dans les pays évolués en s'en tenant aux termes d'un standard universellement adopté, il faut au minimum autant de lits d'hospitalisation pour les tuberculeux qu'il y a de décès annuels par tuberculose. Il serait d'une part tout à fait vain de calculer les besoins de la population indigène d'après un standard établi en Europe ou en Amérique; d'autre part, il est difficile de se baser sur les chiffres des statistiques municipales dont l'exactitude ne peut être que très approximative vu l'impopularité de la déclaration d'une maladie tuberculeuse chez les Européens et les Israélites Tunisiens, et vu également l'insouciance des chefs de quartiers indigènes devant un des devoirs de leur charge dont ils ne comprennent pas la portée.

Il est donc impossible actuellement de chiffrer les besoins de la ville de Tunis en lits d'hospitalisation de tuberculeux mais on peut d'ores et déjà, sans s'avancer beaucoup, affirmer que les 44 lits français et israélites et les 74 lits musulmans constituent un chiffre très au-dessous du minimum indispensable.

Si l'on veut que le dispensaire donne ce que l'on est en droit d'attendre de lui, si l'on veut intensifier la lutte antituberculeuse et consentir au plus grand nombre possible d'indigents tuberculeux le bénéfice de Pneumothorax thérapeutique, il faut assurer l'hospitalisation des malades qui en ont besoin.

L'Hôpital Français et l'Hôpital E. Conseil, situés tous deux sur une colline, dans un endroit salubre, en dehors du périmètre urbain, peuvent provisoirement jouer le rôle d'hôpitaux-sanatoriums. Si la création ultérieure d'établissements de cure est souhaitable, elle ne présente pas, vu l'heureux emplacement des hôpitaux existants, un caractère d'urgence. Un petit pays comme le nôtre ne peut avoir la prétention de calquer d'emblée et dans leurs moindres

détails les organisations françaises les plus perfectionnées. Il doit à notre avis s'inspirer de l'esprit qui a guidé ceux qui les ont réalisées mais non les copier servilement. Nous ne céderons pas à la tentation de rappeler l'exemple instructif mais trop connu de la grenouille du bon La Fontaine.

Dans les deux hôpitaux, français et musulman, la collapsothérapie est couramment appliquée depuis plus de dix ans.

Ces deux hôpitaux fonctionnent donc depuis cette époque, sans en porter l'enseigne comme centre de collapsothérapie. Ils sont pourvus du personnel compétent, du matériel voulu et leurs services chirurgicaux assurent déjà le fonctionnement médico-chirurgical que réclame Bezançon.

Loin d'être débordés, ils demandent aux praticiens de la ville, de leur adresser leurs indigents justiciables de la méthode de Forlanini.

Rien n'est donc à créer de ce côté.

Le dispensaire prophylactique a assez affaire actuellement pour se constituer sans revendiquer encore sa part dans l'action thérapeutique. Son heureuse situation juxta-hospitalière lui permettra plus tard de s'associer à cette action dans la mesure de ses moyens et de ses possibilités et dans la mesure où cette action apparaîtra nécessaire aux commissions compétentes.

La formule souple de dispensaire juxta-hospitalier provisoirement en vigueur à Tunis permet une action antituberculeuse conjuguée du dispensaire dans le plan de la prophylaxie et des hôpitaux dans celui de la thérapeutique. Elle permet de réaliser l'essentiel de ce que réclament aujourd'hui tous les phthisiologues compétents.

N. B. — Cet article n'ayant pas pour but de dresser un plan d'action antituberculeuse en Tunisie est volontairement muet sur bien des points du programme de lutte contre la tuberculose.

Il ne parle pas du rôle essentiel du corps médical tout entier sans l'appui duquel tout effort demeurera stérile.

Il n'effleure pas les problèmes urgents à résoudre des logements insalubres et du paupérisme qui sont d'initiative et de réalisation purement gouvernementale.

Il n'envisage pas la lutte dans l'intérieur du pays et l'action des dispensaires polyvalents.

Son but limité et précis a été d'attirer l'attention de tous sur la nécessité d'instaurer ici une action thérapeutique puissante en la coordonnant avec l'action prophylactique en voie de réalisation et de montrer sous quelle forme et avec quels moyens, elle peut être entreprise le plus efficacement et avec le moins de frais.

Tunis se modernise
La mendicité scientifique

Descendant d'auto, l'autre jour, non loin de la « Maison du Médecin », j'ai été abordé par un mendiant arabe, en burnous, dont la tête ne m'était pas inconnue. Mais comme j'étais pressé, je ne cherchais pas à faire l'effort de mémoire nécessaire pour retrouver où j'avais pu le connaître, et j'allais passer mon chemin, quand je fus frappé par la façon bizarre dont ce mendiant demandait l'aumône.

Ça n'était plus « aatini sourdi », qui a remplacé « atini quareb », qu'on entendait encore il y a 24 ans sur la place Bab-Souika, ni la charité, le mendiant disait fantaisie, phantaisie.

Je m'arrête intrigué par ce mot, me demandant ce que cela voulait dire, quand le mendiant tirant en l'air son burnous, m'indique une de ses jambes, atteinte d'éléphantiasis, ce qui me fait situer de suite l'endroit où je l'ai vu pour la première fois, à la consultation de l'Hôpital, où il vient de temps en temps prendre un repos bien mérité, quand les touristes ne donnent plus. Je suppose que c'est là qu'il a appris la nature de son mal et la manière de s'en servir. Phantaisie ! Fantaisie !

R. B.

Diagnostic de la grossesse

Chez beaucoup d'Arabes, quand on a terminé d'examiner la malade qui nous a fait appeler, on trouve souvent une femme, qui vous demande de lui tâter le poulx pour savoir si elle est enceinte ou non. La première fois où cette demande m'a été faite, peu de temps après mon arrivée en Tunisie, je me suis demandé sur quoi reposait cette idée qui me parut aussi bizarre que la théorie de l'enfant endormi dans le ventre de sa mère.

La première femme à qui j'expliquai qu'il me paraissait impossible de faire de cette façon le diagnostic de grossesse, me répondit que les toubibs français en connaissaient moins qu'un certain X..., médecin toléré, qui faisait le diagnostic par ce moyen-là.

Quels pouvaient être les caractères du poulx, lui permettant de diagnostiquer la grossesse ? J'ai cherché dans quelques livres sans rien trouver. Je croyais même que cette idée était spéciale à la population indigène musulmane; mais l'entrefilet suivant paru dans la Chronique Médicale me prouve qu'il n'en est rien :

« Un signe de grossesse. — Le plus ancien traité japonais d'obstétrique paraît être le San-Rong, écrit en 1767 par Kangama, accoucheur expérimenté de la province d'Omi. Un résumé de cette œuvre fait par B. Miyake, interprète à l'Académie médico-chirurgicale de Yedo, fut publié en allemand dans les compte-rendus de la Société allemande de Yokohama, et le docteur Charpentier en donna une traduction française dans les numéros de septembre et d'octobre 1879, des archives de Tocologie. On y trouve un signe de grossesse qui m'a intrigué.

Pour établir sûrement son diagnostic, il faut procéder à l'exploration de trois points : 1° les artères des quatre extrémités digitales. Pour procéder à cette exploration, le médecin place les extrémités digitales en contact avec celles de la femme.

2° L'artère crurale.

3° L'artère radiale.

S'il y a grossesse, les artères N^{os} 1 et 2 battent plus fort que le N^o 3.

Le docteur Grenier de Paris qui a été intrigué par ce signe de grossesse demande :

Un confrère pourrait-il dire :

- a) Si cette observation d'ordre pratique est exacte;
- b) dans ce cas, quelle explication on peut en donner ? »

Il y a longtemps malheureusement que notre confrère toléré est mort emportant son secret dans la tombe; peut-être nos confrères accoucheurs pourraient-ils nous dire sur quoi repose cette croyance des femmes indigènes

R. B.

LIVRES REÇUS

Paludisme et Pseudo-Paludisme

par J. Rieux, ancien professeur au Val-de-Grâce, professeur à la Faculté libre de Médecine de Lille. 1 vol. in-8° de 50 pages avec 2 planches en couleurs hors texte. — Gaston Doin et Cie, éditeurs. — Prix : 16 francs.

Dans ce fascicule consacré, comme son titre l'indique, au Paludisme et au Pseudo-Paludisme, le professeur Rieux développe, dans son ensemble, la thèse qui lui est assez personnelle et qu'il a déjà exposée dans maints mémoires et communications; à savoir que :

Le Paludisme, infection due au Plasmodium découvert par A. Laveran en 1880, est une maladie d'une durée beaucoup moins longue qu'on le pense habituellement. Certes, chez les paludéens, qui séjournent dans les pays à endémie palustre, le paludisme, grâce à des réinfections répétées, peut revêtir une véritable chronicité. Mais, chez ceux qui sont soustraits à toute infection nouvelle par leur retour en pays salubres, la maladie ne dure guère plus de douze à dix-huit mois, après lesquels le Plasmodium disparaît; on ne saurait donc parler chez eux de « paludisme chronique ». Les manifestations aiguës ou chroniques, qui surviennent chez ces anciens paludéens, relèvent, en réalité, de tout autre chose que du paludisme « vrai » et méritent dès lors le nom de « Pseudo-Paludisme ».

L'ouvrage se divise ainsi logiquement en deux parties;

1° L'exposé résumé de l'infection palustre vraie (avec présence d'hématozoaires dans le sang) dans ses diverses formes et dans son évolution;

2° L'exposé des multiples modalités cliniques, aiguës ou chroniques, que l'on rattache communément à un Paludisme antérieur et qui ne lui appartiennent proprement pas : Pseudo-paludisme « infectieux » et Pseudo-Paludisme « viscéral », auxquels l'auteur consacre les développements nécessaires.

Peut-on parcourir d'un esprit indifférent les pages, consacrées à un sujet, dont on est en droit aujourd'hui de mesurer l'importance à l'étendue même de nos colonies, qui sont presque autant de foyers malarigènes ?

Diagnostic de la Tuberculose rénale

par le Docteur Edmond Papin, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph. 1 vol. in-8° de 80 pages avec 4 planches hors texte. — Gaston Doin et Cie, éditeurs — Prix : 22 francs.

Si la tuberculose rénale dans sa forme typique ne peut tromper le médecin averti, il n'en est pas de même des formes anormales de cette affection. Peut-on même parler de formes anormales alors qu'il s'agit de l'absence de certains symptômes, de la prédominance de certains autres, de l'association avec des affections qui en cachent le début ? Ce sont tous ces cas que le Docteur Papin a étudiés avec soin : il a montré aussi les variétés suivant l'âge, suivant le sexe, il a également insisté sur la tuberculose dans les reins anormaux.

Il existe beaucoup d'ouvrages sur la tuberculose rénale, mais aucun ne présente une étude aussi précise des variétés cliniques de cette maladie pourtant si fréquente. Cette étude est basée non seulement sur une abondante littérature dont l'auteur n'a pas voulu encombrer cet ouvrage essentiellement pratique, mais aussi sur plusieurs centaines de cas personnels.

Cet ouvrage intéressera non seulement l'urologiste mais aussi et surtout le praticien qui trouvera là tous les moyens de diagnostic dont nous disposons aujourd'hui, cliniques, histo-bactériologiques, endoscopiques et radiologiques, exposées de la façon la plus simple, même pour ceux qui n'en font pas ordinairement usage.

Quiconque veut être aisément documenté sur la tuberculose rénale chirurgicale n'a qu'à parcourir ce petit livre.

PERSONNEL

de la

Société des Sciences Médicales de Tunis

Composition du Bureau pour l'année 1932

Président d'honneur :

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

Président : D^r SCIALOM

D ^r TRIOLO, <i>vice-président;</i>	D ^r HABABOU-SALA, <i>conseiller;</i>
D ^r RONCHOT, <i>secrétaire général;</i>	D ^r G. LUMBROSO, <i>conseiller;</i>
D ^r TREMSAL, <i>secrétaire adjoint;</i>	D ^r ZAMMIT, <i>conseiller;</i>
D ^r SORIA, <i>trésorier général;</i>	D ^r CHAUVIN, <i>conseiller.</i>
D ^r BRUGAIROLLE, <i>trésor. adj.;</i>	D ^r SANTILLANA, <i>bibliothécaire.</i>

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

Membres rési

NOM	Prénoms	Domicile avec N° de Téléphone
Adamo	François	31, boul. Bab-Menara — 04.11
Anderson	Charles William	Jardin d'Essais
Anderson Mme	Madeleine	Jardin d'Essais
Bardou	V.	26, rue d'Italie — 04.54
Barsotti	Edmond Gilbert Raoul	10, rue Kléber — 28.93
Benmussa	S.	2 rue Hannon — 19.60
Ben Rais	Hadi	33, rue Essaïda-Adjoba — 09.92
Bernava	Paul	5, rue des Martyrs
Bloch	Edouard	6, rue Amilcar — 49.13
Bonan	Abraham	6, Passage Bessis — 10.41
Bonan	Hec'or	35, rue de Metz — 31.65
Bouhageb		27, boul. Bab-Menara — 10.25
Boulakia	Joseph	6, Place Garibaldi — 02.06
Bouquet	Henri	38, rue de Patras — 12.44
Brandenbourg		4, rue de l'Eglise — 26.81
Brignone	Pietro	42, avenue Bab-Djedid — 36.40
Broc	René	12, rue des Belges — 04.41
Brugairolle	André	Rue de la Commission — 42.34
Brun	Gabriel	4, rue de Moscou — 05.74
Brun Mme		4, rue de Moscou — 05.74
Burgarella		
Busacca	Eugenio	Rue des Tanneurs
Busacca	Gino	14, rue de Grèce — 54.60
Caillon	Louis	38, rue de Patras
Calamida	Francesco	61, avenue Jules-Ferry — 09.51
Calo'	Enrico	1, rue Hannon — 06.70
Cardoso	Maurizio	8, rue des Maltais — 00.47
Cassar		35 bis, rue Es-Sadikia — 17.38
Cassuto	Emile	68, rue de Naples — 07.88
Cattan	Albert	1, rue d'Angleterre — 03.59
Chaigneau	Yves	10 ^{me} Sénégalais
Chauvin	Louis	40, rue Al-Djazira
Chanzy	Marcel Louis	Direction du Service de Santé
Chemla	S.	49, avenue de Paris — 14.52
Chérouvrier	André Michel Jean	23 bis, rue de Marseille — 43.56

dents à Tunis

Cabinet de Consultations avec N° de Téléphone	Maison de Santé N° de téléphone	Spécialité
31, boul. Bab-Menara — 04.11 Jardin d'Essais Jardin d'Essais		Chirurg. et Méd. génér. S/Direct ^r Institut. Pasteur Malad. Femmes Enfants
26, rue d'Italie — 04.54		
2, rue Stephen-Pichon — 23.94		Médec. Gén. Accid. Trav
2, rue Hannon — 19.60		
33, rue Sidi-Ben-Arous — 18.22		Médecine générale
5, rue des Martyrs		Médecine générale
6, rue Amilcar — 49.13		
6, passage Bessis — 10.41		Médecine générale
35, rue de Metz — 81.65		
27, boul. Bab-Menara — 10.25		
6, Place Garibaldi — 02.06		Médecine générale
38, rue de Patras — 12.44	16, r. Damrémont 11.98	Chirurgie générale
4, rue de l'Eglise — 26.81		
3 bis, rue Al-Djazira — 01.79		Médecine et chirur. gén.
12, rue des Belges — 04.41		
Rue de la Commission — 42.34		Malad. nez, gorge, oreil.
7, rue Raspail — 07.64	7, rue Raspail 07.64	Chirurgie
11, avenue Roustan		
Rue des Tanneurs		Chirurgie générale
14, rue de Grèce — 54.60		Nez, oreilles, gorge
N'exerce pas		Méd. consult. à Vichy
24, rue Al-Djazira — 09.51		Chirurgie générale
1, rue Hannon — 06.70		
8, rue des Maltais — 00.47		Médec. et chirur. gén.
35 bis, rue Es-Sadikia — 17.38		
68, rue de Naples — 07.88		Médecine gén. Vénéreol.
1, rue d'Angleterre — 03.59		R. X.
10 ^{me} Sénégalais		Méd. Com. Troupes Col.
Hôpital Milit. du Belvédère — 13.56		Dermatologie Syphiligr.
Santé Militaire		Adj. D ^r Service Santé
49, avenue de Paris — 14.52		
23 bis, rue de Marseille — 43.56		O.R.L. Hôp. Civ. Franç.

NOM	Prénoms	Domicile avec N° de Téléphone
Cohen	Aldo	6, rue d'Angleterre — 25.52
Cohen	Victor	3, avenue de Madrid — 30.91
Cohen-Boulakia	Salvatore	159, avenue de Paris — 34.89
Cohen-Hadria	Elie	41, rue Es-Sadikia — 25.53
Comte		6, impasse El-Assabi
Cortési	Angelo	25, rue de Provence — 78.50
Cuénod	Auguste	1, rue Zarkoun — 04.86
Costantino	Tommaso	81, avenue de Carthage
Dana	R.	30, avenue de Londres — 44.28
Debbasch	Guido	159, avenue de Paris — 34.89
Debbasch	Aldo	41, rue de Naples — 15.69
Deleuil	Robert Jean	14, rue de Russie — 17.09
Diacono	Albin	57, rue de Naples — 35.47
Dinguizli		9, rue El-Maherzi — 47.17
Disegni	Ettore	28, rue Es-Sadikia
Di Vittorio	Salvatore	96, rue de Portugal — 26.97
Domela	Théodore	72, avenue Jules-Ferry — 01.50
Durand	Paul	Cité-Jardins Belvédère
Durand	Ch.	38, rue de Patras — 18.41
Duplenne		Boulevard Bab-Benat — 44.20
Duplenne Mme		Boulevard Bab-Benat — 44.20
Enriquez	U.	18, rue de Constantine — 42.41
Farhat	Radhy	42, boul. Bab-Menara — 03.78
Farrugia	R.	4, avenue de Carthage — 20.98
Fellous	E.	22, rue des Maltais — 10.89
Ferrini		Rue Saint-Charles
Funaro	Luciano	161, avenue de Paris — 08.89
Gandolfo	Paul	17, rue du Maroc — 71.05
Ganem	Roger	25, avenue de Paris — 49.69
Garofalo	Filippo	11, rue Al-Djazira
Gérard	F.	100, rue de Serbie — 15.01
Ghouila-Houri	Darius	Place Pasteur — 42.76
Gioia		50, rue de Naples — 48.20
Giami	Maurice	2 bis, avenue de Madrid — 75.54
Gobert	E. G.	5, Place Lavigerie

Cabinet de Consultations avec N° de Téléphone	Maison de Santé N° de téléphone	Spécialité
6, rue d'Angleterre — 25.52		
3, avenue de Madrid — 30.91		Médecine générale
1, rue de Rome — 42.77		Oculiste
41, rue Es-Sadikia — 25.53		Dermato Vénérologie
6, impasse El-Assabi		
26, avenue Bab-Djedid — 15.73		Chirurgien accoucheur
1, rue Zarkoun — 04.86		Ophthalmologie
7, rue de Provence — 03.96		Maladies des enfants
30, avenue de Londres — 44.28		
43, avenue Bab-Djedid — 22.76		Médecine générale
41, rue de Naples — 15.69		Radiologie
14, rue de Russie — 17.09		Urologie
57, rue de Naples — 35.47		Dermato Vénérologie
9, rue El-Maherzi — 47.17		
114, rue de Serbie — 08.00		Radiologie
6, rue d'Italie — 26.97		Malad. peau et vénér.
72, avenue Jules-Ferry — 01.50	9, rue de Brazza 01.50	
Cité-Jardins Belvédère		
38, rue de Patras — 18.41		
Boulevard Bab-Benat — 44.20		
Boulevard Bab-Benat — 44.20		
18, rue de Constantine — 42.41		
42, boul. Bab-Menara — 03.78		Ophthalmologie
4, avenue de Carthage — 20.98		
22, rue des Maltais — 10.89		
Rue Saint-Charles		
161, avenue de Paris — 08.89		
17, rue du Maroc — 71.05		
25, avenue de Paris — 49.69	91, rue Courbet 48.04	Chirurgie générale
11, rue Al-Djazira		Médec. chirurg. accouch.
100, rue de Serbie — 15.01		
Avenue Gambetta — 42.76	Avenue Gambetta 42.76	Chirurgie générale
50, rue de Naples — 48.20		
2 bis, avenue de Madrid — 75.54		Médec. génér. Pédiatrie
5, Place Lavigerie		

NOM	Prénoms	Domicile avec N° de Téléphone
Goldzeiguer	David	9, rue d'Angleterre — 15.65
Gourdon		Hôpital Militaire du Belvédère
Guez	Jacques	23, rue Es-Sadikia — 76.56
Guinet	Maurice Pierre	46, avenue Jules-Ferry — 06.44
Hababou Sala	Joseph	35, avenue de Londres — 01.60
Hadjoudj	Mohamed	9, rue d'Isly — 35.18
Halfon	Albert	6, rue Bab-Carthagène — 09.57
Harroy	Paul Léon Adolphe	34, rue Sidi-Kaddous
Hayat	Israël Eugène	41, rue de Metz
Henry	Albert Lucien	2, rue de Tripoli — 19.20
Houdart		35, rue Es-Sadikia
Israël	Daniel	63, rue de Serbie — 70.19
Jaubert de Beaujeu	Auguste	14, pass. des Entrepreneurs — 10.42
Kortobi	M.	6, rue de Cruche — 20.16
Laignet		Institut Pasteur
Lalloum		2, rue Bab-Carthagène — 23.01
Lançon		2, rue Saint-Charles — 45.57
Laurent	Paul, Amedé, Emile	2, rue d'Italie — 15.49
Legrand	Hubert, Constant	Hôpital Civil Français — 62.00
Lehucher		5, route de la Soukra — 34.97
Lévy	Benjamin	13, rue de Hollande — 09.26
Levy	Emile	14, rue Saint-Charles — 09.75
Levi	Giuglielmo	43, rue des Glacières — 06.73
Levi	Guido	11, rue Amilear — 11.83
Lumbroso	Edouard	
Lumbroso	Giacomo	Avenue Bab-Djedid
Lumbroso	Isaac	
Lumbroso	Ugo	42, rue des Maltais — 22.85
Maccotta	Giuseppe	7, rue Es-Sadikia — 11.02
Mara	Emile	7, rue de Sparte — 01.00
Mara	Henri	16, rue d'Athènes — 32.55
Marnata		2, rue Malta-Srira — 31.77
Maruani	Félix	1, rue Daurémont
Marzouk	Elie, Emile	
Masselot	Félix, Joseph, Jean.	18, rue de Rome — 19.69

Cabinet de Consultations avec N° de Téléphone	Maison de Santé N° de téléphone	Spécialité
9, rue d'Angleterre — 15.65 Hôpital Militaire du Belvédère 80, avenue de Paris — 16.20 8, rue Amilcar — 23.74 35, avenue de Londres — 01.60 13, boul. Bab-Menara — 44.33 6, rue Bab-Carthagène — 09.57 34, rue Sidi-Kaddous 29, avenue de Paris — 03.61 2, rue de Tripoli — 19.20 35, rue Es-Sadikia 63, rue de Serbie — 70.19 14, pass. des Entrepreneurs — 10.12 6, rue de Cruche — 20.16 Institut Pasteur 2, rue Bab-Carthagène — 23.01 2, rue Saint-Charles — 15.57		Affection génito-urinaire Méd. gén. Mal. Enfants Electrorad. ultra-violet Peau, Vénéreol. Gynéc. Médecine générale Médecine générale Ophtalmologie Médecine interne Méd. Chef Disp. Antitub. Nez, Gorge, Oreilles Accoucheur Electro-Radiol., Radium
5, route de la Soukra — 34.97 14, rue Saint-Charles — 09.75 43, rue des Glacières — 06.73 11, rue Amilcar — 11.83 11, rue d'Italie — 20.39 6, rue des Maltais — 24.53 38, rue de Naples — 46.02 6, rue des Maltais — 24.53 7, rue Es-Sadikia — 11.02 7, rue de Sparte — 01.00 16, rue d'Athènes — 32.55 2, rue Malta-Srira — 31.77 6, rue de Montpellier — 03.98 16, avenue de France — 12.64 18, rue de Rome — 19.69	5, R ^{te} de la Soukra 34.97	Ophtalmologie Gynécologie Accoucheur Accoucheur Gynécologie Oreilles, Nez, Gorge Maladie des Yeux Malad. Enf. Syst. Nerv. Maladie des Yeux Médecine Chir. génér. et Gynécol. Radiologie Radium Rayons X Vénérologie, Urologie Phthisiologie

NOM	Prénoms	Domicile avec N° de Téléphone
Materi Mazères	Mahmoud Edouard, Reymond	Rue Manoubia 6, rue Amilcar — 5433
Menvielle	Jean	3, avenue de Paris — 05.11
Minguet	Gaston, Charles	71, avenue de Londres — 29.55
Moatti	Léon	33, avenue Jules-Ferry — 09.68
Molco	Emile	6, rue d'Alger — 11.41
Montéfiore	Lucien	5, rue Amilcar — 11.54
Moschiano	Alphonse	71, rue des Teinturiers — 26.00
Nataf	Roger	42 ter, rue de Naples — 43.90
Nicolas	Abel	105, rue de Portugal — 19.24
Nicolle	Marcelle, Marie-Louise	Institut Pasteur
Nicolle	Charles	Directeur de l'Institut Pasteur - 03.24
Nunez	Arturo	8, rue Zarkoun — 22.36
Ortona	César	15, rue Es-Sadikia — 04.55
Pérez	Albert	8, Passage Ravotti — 25.76
Perrussel	Georges, Octave	Hôpital de la Manouba — 15
Piraino		1, rue d'Espagne — 24.55
Plancke	Julien	11, rue de Belgique — 00.09
Raynal		Directeur Hygiène Municipale - 57.41
Reymond de Gentile		2, rue Malta-Srira — 30.42
Rizzuto	Antoine	59, rue Al-Djazira — 70.70
Rogalski	Albert	7, rue d'Angleterre
Ronchot	Gilbert	9, rue de Grenoble — 49.52
Salmieri	Matteo	3, rue d'Athènes — 23.21
Salvo	Guido	5, rue de Russie — 28.69
Samâma	Elie	35 bis, avenue de Londres
Sandras	Louis	22, avenue Carnot
Sarfati	Albert	4, passage Condé — 36.62
Sarfati	Edouard	Place du Contrôle-Civil — 42.04
Santillana	Aldc	6, rue d'Oran — 55.73
Scemama	Henri	96, avenue de Paris — 48.25
Scemla	Jules	75, avenue de Paris — 31.58

Cabinet de Consultations avec N° de Téléphone	Maison de Santé N° de téléphone	Spécialité
5, boul. Bab-Menara — 39.60 Direction Gie de l'Intérieur — 57.26		Médecine générale D ^r Office Hygiène Soc. et de Méd. Prév. de Tun.
71, avenue de Londres — 29.55 17, rue d'Angleterre — 53.44		Radiologie Médec. gén. Nez, Gorge, Oreilles
6, rue d'Alger — 11.41 5, rue Amilcar — 11.54	16, rue Marceau 14.19	Chir. génér. Gynécolog. Chir. génér. accoucheur
71, rue des Teinturiers — 26.00 1, rue Zarkoun — 04.86		Ophtalmologie Méd. génér. Pet. Chir.
105, rue de Portugal — 19.24 20, rue Es-Sadikia — 39.84		Médecine Infantile
8, rue Zarkoun — 22.36 15, rue Es-Sadikia — 04.55		Chir. gén. Voies urin. Médecine interne
8, Passage Ravotti — 25.76 Hôpital de la Manouba — 15		Electr. Méd. Radiolog. Neuro-psychiatrie
1, rue d'Espagne — 24.55 11, rue de Belgique — 00.09		
Directeur Hygiène Municipale - 57.41 2, rue Malta-Srira — 30.42		Ophtalmoogie
59, rue Al-Djazira — 70.70 7, rue d'Angleterre		Médecine générale
Rue Sidi Mahrez, 4, imp. Cordonnier	Rue Sidi-Mahrez (4, im- passe Cordonnier 19.34	Chir. génér. Accouch.
3, rue d'Athènes — 23.21 36, av. Bab-Djedid — 09.29		Chir. génér. Gynécolog. Médecine générale
9, rue d'Italie — 28.05 4, passage Condé — 36.62		D ^r Sce Sté Troup. Tun.
Place du Contrôle-Civil — 42.04 6, rue d'Oran — 55.73		Médecine Infantile
96, avenue de Paris — 48.25 75, avenue de Paris — 31.58	Cliniq. Montfleuri 07.66	Accouch. Gynécologie

NOM	Prénoms	Domicile avec N° de Téléphone
Scialom	David	8, rue des Tanneurs — 24.35
Scialorr	Ettore	74, avenue de Paris — 39.82
Setbon	Henri	64, avenue de Paris — 37.91
Sfez	Gaston	12, rue Al-Djazira — 09.49
Spezzafumo	Claude	4, rue d'Italie — 72.19
Solal	David	7, rue d'Alger — 11.55
Soria	Plinio	28, rue de Colmar — 31.41
Tabone		15, rue Pierre-Curie
Timsit	Léon	8, avenue de Carthage — 27.48
Tlatli	M.	1, rue Bab-El-Khadra — 10.21
Tremsal	Jean	25, avenue de Paris — 33.43
Triolo	Gaspare	4, rue d'Egypte — 71.54
Uzan	Maurice	64, rue de Naples — 23.59
Uzan	Michel	2, rue d'Alger — 08.86
Valensi	Albert	6, rue d'Oran
Valetta	Joseph	10, rue d'Espagne
Villain	Georges	Villa Marie-Rose, Le Bardo A. 23
Zérah	Henri	73, avenue de Paris — 33.38
Zérah	Jules	44, avenue Jules-Ferry — 27.85
Zeitoun		19, rue des Tanneurs — 42.96

Membres réside

VILLE	NOM	Prénoms
ARIANA	Belätsch	Joseph
AIN-DRAHAM	Rosendorf	
BEJA	Lefaucheur	
—	Vuilo	Vincenzo
BIZERTE	Errera	Alphonse
—	Perrignon de Troyes	Charles



Cabinet de Consultations avec N° de Téléphone	Maison de Santé N° de téléphone	Spécialité
<p>8, rue des Tanneurs — 24.35 74, avenue de Paris — 39.82 66, rue de Naples — 27.83 12, rue Al-Djazira — 09.49 4, rue d'Italie — 72.19 7, rue d'Alger — 11.55 34, rue du Caire — 31.41 15, rue Pierre-Curie 8, avenue de Carthage — 27.48 1, rue Bab-El-Khadra — 10.21 25, avenue de Paris — 33.43 140, rue Bab-Souika 64, rue de Naples — 23.59 2, rue d'Alger — 08.86 6, rue d'Orn 30, rue de l'Alfa Pas de clientèle.</p> <p>73, avenue de Paris — 33.38 44, avenue Jules-Ferry — 27.86 19, rue des Tanneurs — 42.96</p>	<p>34, rue du Caire 31.41</p> <p>de 8h. à 11 h.</p>	<p>Médec. (Chir. S. Accouch.)</p> <p>Malad. Enf. Tube diges-</p> <p>Médecine interne Oto-Rhino Laryngolog. Chir. génér. Urologie</p> <p>Médecine gén. et prév.</p> <p>Tube digestif Enfants Gynécologie</p> <p>Médecine générale Insp. d'Hygi, Adj. D^{on} Gén. de l'Intér. Serv. de l'Hyg. Publique. Maladie des Enfants</p>

nts à l'intérieur

Domicile avec N° de Téléphone	Heures de consultation	Spécialité
<p>Ariana — N. 23</p> <p>Rue Massicault — N. 46 Rue Barcelone — N. 1.57 Hôpital Militaire</p>	<p>8 h. à midi — 14 à 16 h. de 4 h. à 5 h.</p>	<p>Médecine générale Médecin de colonisation Médecin de colonisation Ophthalmologie Médecine générale Médecin commandant</p>

VILLE	NOM	Prénoms
BIZERTE	Salavert	
—	Surin	Gaston
BOU-ARADA	Abib	
DJERBA	Monery	
EL-AOUIA	Galaup	Pierre
FERRYVILLE	Belot	René
GROMBALIA	Centonze	
—	Krouch	Maurice
GAFOUR	Whien	
GAFSA	Duthu	Léopold
GHARDIMAOU	Debauchez	
KAIROUAN	Biecheler	
KEBILI	Bousquet	Alcion, Marie, Paul
KALAA-DJERDA	Dolcemascolo	Giacomo
LA GOULETTE	Errera	Giuseppe
—	Finzi	Albert
—	Lellouche	Albert
LA MANOUBA	Perrussel	
LE KEF	Kalmin	
MAHDIA	Marini	Charles
—	Pariante	Mario
MEDENINE	Decour	Humbert
MENZEL-TEMIME	Sicard	Marcel
MEDJEZ-EL-BAB	Dignat	
METLAOUJ	Renard	
MOKNINE	Bessis	E.
MONASTIR	Monasterew	

Domicile avec N° de Téléphone	Heures de consultation	Spécialité
<p>Place d'Europe et av. de France</p> <p>4^{me} Régiment Aviation Hôpital de la Marine Téléphone 15 Téléphone 5</p> <p>Téléphone 37 et 1</p>	<p>de 3 à 5 h. Tél. 68</p> <p>Hôpital — Tél. 10</p> <p>de 14 h. à 16 h.</p>	<p>Chirurgie Générale Médecin de colonisation Médecin de colonisation médecin capitaine Méd. 1^{re} Cl. de la Marine Médecine générale Médecin de colonisation Médecin de colonisation Médecin de colonisation Médecin de colonisation Directeur de l'Hôpital Médecin capitaine chargé du Service Médical du Cercle de Kébili et de l'Hôpital Infirmerie Dispensaire Indigène</p>
<p>Avenue Anatole-France — N. 36 5, rue Sidi-Bou-Saïd — N. 32 6, rue de Carthage — N. 63 Manouba — 15</p> <p>Téléphone 12</p> <p>Téléphone 46</p> <p>Téléphone 23</p> <p>Téléphone 36</p>	<p>le matin</p> <p>de 2 h. à 4 h.</p> <p>de 2 h. à 4 h.</p> <p>8 à 12 h. à la clinique</p>	<p>Neuro-Psychiâtrie Directeur de l'Hôpital</p> <p>Médecin de colonisation et municipal Accouchement</p> <p>Médecin de colonisation Médecin de colonisation</p> <p>Médecin de colonisation Médecine générale</p>

VILLE	NOM	Prénoms
NABEUL	Arroux	Abel, René Gaston
RADES	Yalovicof	Serge
REDEYEF	Chioselli	
SFAX	Bismuth	A.
—	Ceccaldi	R.
—	Galéa	Francesco
—	Junès	
—	Larché	
—	Nattaf	
SOUSSE	Dienot	Fernand
—	Sakka	
—	Younès	Joseph
SOUK-EL-ARBA	Jeannot	René
TARF ECHOUAA	Cirpar	

VÉTÉRAIRES

VILLE	NOM	Prénoms
TUNIS	Balozet	Lucien

Membres Chirugiens

NOM	Prénoms	Domicile avec N° de Téléphone
De Zouvy	Raphaél	11, avenue de Paris
Dirats	Michel	5, rue d'Espagne — 18.65

Domicile avec N° de Téléphone	Heures de consultation	Spécialité
8, av. de la République — 37 et 17 Téléphone 21	de 8 h. à 12 h. 8 à 10 h. — 16 à 18 h.	Médecin de colonisation Accouchement, Chirurgie Médecine générale
2, rue Amiral-Courbet — 3.93	9 à 11 h. — 4 à 6 h.	
Villa Germaine — 79	8 à 9 h. — 3 à 4 h.	
Rue Mohamed El Hady Bey 78, rue Victor-Hugo — 02.52	de 9 h. à 11 h. Dispensaire Lucien Saint le mardi à 14 h.	Médecine générale
Rue Villedon et 27, r. de Paris — 2.71 R de France et Hôpt Civ. — 51 et 34	10 à 12 h. — 15 à 16 h.	Oculiste Ophtalmologie

NAIRES

Domicile	Spécialité
9, avenue de Carnot	Docteur en médecine vétérinaire attaché à l'Institut Pasteur.

Dentistes de Tunis

Cabinet de consultations avec N° de Téléphone	Consultations
11, avenue de Paris 5, rue d'Espagne — 18.65	Tous les jours

NOM	Prénoms	Domicile avec N° de Téléphone
Enriquez	J.	48, rue de Constanline — 46.78
Guttières	Angelo, Léon, Max	6, rue d'Angleterre — 45.18
La Clavetine	René, Marcel, Félix	57, rue Marceschau
Lévy	Moïse	22, rue d'Isly
Lévy	D.	12, rue d'Italie — 53.19
Merdjan	O.	20, rue d'Angleterre — 25.16
Nizard	Emile	11, rue d'Italie — 50.39
Patricot	André, Joseph, Ant.	30, rue de Cronstadt — 22.48
Saffar	Ferdinand	
Slama		11, avenue Roustan — 00.29
Uzan	Lucien	16, rue de Rome — 34.55

Membres Pharma

NOM	Prénoms	Domicile avec N° de Téléphone
Bloch	Léon	5, rue Victor-Hugo, Montfleuri, Villa Hélios — 23.03
Bouquet	Jules, Jean	20, rue de la Marne
Gambe	Jean, Marie, Jh, Louis	2, rue de Bordeaux
Casanova	Charles	5, rue du Mehazek
Chemla	Joseph	7, rue d'Athènes
Chabert		Rue de Strasbourg — 00.64
Di Vittorio		
Darmon		
Durand	Désiré, Marie	7, rue Kellermann — 09.95
Escano		Cités-Jardins
Gandolfo		35, rue Al-Djazira — 02.33
Jarmon	Paul	
Ladjimi		187, rue Bab-Souika
Luciani	D.	

**Cabinet de Consultations
avec N° de Téléphone**

Consultations

- 18, rue de Constantine — **46.78**
 21, avenue de Paris — **13.19**
 3, rue des Belges — **00.54**
 70, avenue Jules-Ferry — **08.93**
 12, rue d'Italie — **53.13**
 20, rue d'Angleterre — **25.16**
 11, rue d'Italie — **50.39**
 5 bis, rue d'Italie — **22.51**
 8 bis, rue des Maltais — **34.94**
 11, avenue Roustan — **00.29**
 16, rue de Rome — **34.55**

Tous les jours excepté
samedi après-midi

Tous les jours sauf sa-
meidi après-midi

ciens de Tunis

Adresse de la Pharmacie avec N° de Téléph.

Spécialité

- 24, avenue de France — **05.53**
 111, rue de Portugal — **12.87**
 81, avenue de Londres .. **09.16**
 22, rue des Maltais — **32.33**
 Rue de Strasbourg — **00.64**
 7, avenue de France — **03.33**
 Place Cardinal-Lavigerie — **00.46**
 10, rue d'Angleterre — **01.54**
 Cités-Jardins
 35, rue Al-Djazira — **02.33**
 10, rue d'Espagne — **05.85**
 187, rue Bab-Souïka
 Place Bab-Souïka — **10.89**

Conseiller du Commerce
Extérieur de la France
Pharmac. des Hôpitaux

Analyses médicales

Anal. méd. et pharm.

NOM	Prénoms	Domicile avec N° de Téléphone
Luciani	Joseph	6 bis, rue d'Athènes
Lumbroso	Adrien	44, avenue de Londres — 01.78
Médinger	André, Marie, Nicolas	8, rue Maillot — 35.00
Menghini	Charles	
M ^{me} Sinigaglia-Gallico	Ketty	
Tavernier	Eugène, François	30, rue de Metz — 07.43
Uzan	Lucien	

Membres Pharma

VILLE	NOM	
MATEUR	Taïeb	
—	Grimaldi	
SFAX	Espié	
SOUSSE	Diacono	

Adresse de la Pharmacie avec N° de Téléph.	Spécialité
3, avenue de Carthage — 02.65 44, avenue de Londres — 01.78 13, rue de Belgique — 24.24 24.25 15, place Cardinal-Lavigerie — 27.26 12, rue d'Italie — 01.73 30, rue de Metz — 07.43 57, avenue Jules-Ferry	Ouvert la nuit jusqu'à 1 heure du matin Laboratoire de Biologie et de Chimie appliq. Analyses médicales

ciens de l'Intérieur

Membres Correspondants

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,	Néris-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)	RENDU	33, rue Sala (Lyon)



La Tunisie Médicale

JUIN 1932

REVUE GÉNÉRALE

Rhumatisme Tuberculeux

par le D^r Henry MAMOU

Ancien Interne des hôpitaux de Paris

Médecin assistant à l'Hôpital Necker

—(0)—

Le rhumatisme tuberculeux est une question d'actualité. Sa réalité, naguère mise en doute, est actuellement solidement établie grâce aux observations nombreuses, confirmées bactériologiquement, parues ces dernières années. Par un revirement de fortune si courant en médecine, nous assistons aujourd'hui à une extension importante du domaine du rhumatisme tuberculeux, et qui n'est pas près, semble-t-il, d'être arrêtée.

Sans parler des affirmations de Lowenstein, qui ne sont rien moins que démontrées, et qui tendent à englober la maladie de Bouillaud dans le rhumatisme tuberculeux, celui-ci apparaît à l'heure actuelle comme une entité ayant une place indiscutable en nosographie et dont on peut, d'ores et déjà, grâce aux travaux récents, essayer d'esquisser un tableau clinique.

HISTORIQUE

L'historique du rhumatisme tuberculeux est extrêmement instructive, car elle montre les différentes phases de faveur et de scepticisme médicaux qui ont accueilli tour à tour cette forme étiologique de rhumatisme.

La question n'est en effet pas nouvelle. Les anciens cliniciens avaient déjà soutenu qu'à côté de la tuberculose ostéo-articulaire banale, pouvaient exister des formes spéciales et atypiques.

Dès 1845, Bonnet notait la transformation sur place d'une arthrite rhumatismale en tumeur blanche.

En 1884, Gübler, dans la thèse de son élève Powel, montrait qu'il existait une « polyarthrite aiguë d'allure rhumatismale » et cependant d'origine tuberculeuse. Allant plus loin que son devancier, il soutenait que ces manifestations de type rhumatismal ne s'accompagnaient pas des lésions anatomo-pathologiques considérées comme caractéristiques de la tuberculose.

Mais le mérite revient incontestablement à Poncet (1) qui, se basant sur des faits purement cliniques, montra, dès 1896, l'alternance, l'intrication, la succession de certaines polyarthrites aiguës avec des manifestations tuberculeuses. Il établit ainsi qu'à côté de la tuberculose articulaire banale, il fallait faire place à une forme spéciale qu'il dénomma tuberculose inflammatoire, se traduisant par la banalité des lésions articulaires et par l'absence de bacilles. Cette conception nouvelle de la maladie, il l'attribua non plus au bacille de Koch, mais à d'hypothétiques toxines solubles agissant à distance. Bientôt, la tuberculose inflammatoire élargit son domaine et tendit à envahir la pathologie. On sait les discussions passionnées qui accueillirent les idées de Poncet. La réaction fut telle que la réalité du rhumatisme tuberculeux fut remise en doute et cette variété étiologique faillit être supprimée de la pathologie.

Cependant, grâce à quelques observations incontestables confirmées bactériologiquement (Dieulafoy, Sergent, Lemierre) on admit jusqu'à ces dernières années, que le rhumatisme tuberculeux existait, mais qu'il était fort exceptionnel.

Il faut arriver à la découverte des formes filtrantes du bacille de Koch par Fontes et aux nouvelles conceptions sur la tuberculose expérimentale atypique du Cobaye pour donner un renouveau d'actualité aux idées de Poncet, et voir se dessiner un revirement en faveur de la fréquence du rhumatisme tuberculeux, grâce surtout aux travaux de Besançon, de Pâisseau et de leurs élèves.

Ces notions nouvelles sont certes pour une part dans la multiplicité actuelle des observations de rhumatismes tuberculeux, mais il faut surtout remarquer qu'une grande part doit être attribuée à ce que ces conceptions modernes ont engagé les chercheurs à pratiquer plus fréquemment l'inoculation des épanchements articulaires (Laederich).

ETIOLOGIE

Comment peut-on mettre en évidence cette nature tuberculeuse du rhumatisme ? Trois ordres de preuves ont été invoquées.

a) *Les arguments cliniques* sont les plus nombreux et avaient une importance capitale pour Poncet.

Ils se basaient sur la coïncidence des manifestations rhumatismales et tuberculeuses. On connaît en effet les arthralgies, les polyarthrites à type aigu ou chronique survenant chez des tuberculeux avérés. Ces manifestations rhumatismales peuvent s'associer non seulement à une tuberculose pulmonaire, mais aussi à toute autre forme de tuberculose, — pleurale, péricardique, péritonéale, osseuse. — Le rhumatisme peut être en outre l'épisode initial d'une tuberculose. Ne voit-on pas dans certains cas une poussée articulaire suivie à bref délai d'une localisation tuberculeuse pulmonaire ? Enfin, il est fréquent de noter la transformation d'une arthrite banale en arthrite fongueuse tuberculeuse.

Ces arguments invoqués par Poncet furent vivement critiqués. Faire de toute manifestation articulaire chez un tuberculeux, un rhumatisme tuberculeux nous paraît actuellement une affirmation abusive. De plus, ne voit-on pas des tumeurs blanches évoluer après une arthrite d'étiologie nettement caractérisée, par exemple une arthrite gonococcique ?

Les arguments basés sur la clinique ne pouvaient donc suffir même à une époque où Fournier établit la nature syphilitique du tabès et de la P. G. sur des arguments purement cliniques et statistiques (Paisseau) (2).

Aussi a-t-on demandé à l'anatomie pathologique, à l'expérimentation et à la bactériologie d'apporter des preuves plus certaines.

b) mais *les preuves anatomo-pathologiques* sont bien difficiles à établir, car il s'agit de tuberculose inflammatoire dont les lésions sont banales et auxquelles manque la signature anatomique: le follicule tuberculeux.

c) Y a-t-il alors des *preuves expérimentales* ? Lannelongue et Milian sont arrivés à déclencher des arthralgies et des synovites après des injections de tuberculine.

Arloing, à l'autopsie de lapins vaccinés par des cultures de bacilles, a rencontré une arthrite fongueuse bénigne et d'autres fois, des synovites hydropiques ne portant pas la moindre trace de lésions spécifiques.

Dor et Courmont ont vu des injections intraveineuses de produits

tuberculeux donner naissance à des arthrites fongueuses et à des épanchements articulaires purement séreux.

Enfin Dominici aurait réussi à reproduire les lésions de la tuberculose inflammatoire avec des toxines du bacille de Koch.

Mais toutes ces expériences n'ont pas suffi à entraîner la conviction.

d) Ce sont les *preuves bactériologiques* qui ont démontré incontestablement la réalité du rhumatisme tuberculeux.

Dieulafoy et Griffon (3) démontrèrent pour la première fois par l'inoculation au cobaye, la présence du bacille dans le liquide d'hydarthrose succédant à une polyarthrite aiguë fébrile. Depuis cette observation, une dizaine de faits analogues existaient jusqu'à ces dernières années. Les preuves formelles étaient donc rares devant l'extrême fréquence des cas cliniques où se manifeste la coexistence d'arthrites diverses avec les affections tuberculeuses. Il faut arriver à la découverte du virus filtrant et de la tuberculose atypique du cobaye pour dépister plus facilement les infections tuberculeuses — et, partant, pour augmenter dans une proportion considérable les cas authentiques de rhumatismes tuberculeux.

ETUDE CLINIQUE

Le rhumatisme tuberculeux peut se présenter, en clinique, sous des aspects très polymorphes, depuis la simple arthralgie jusqu'aux formes les plus complexes poly ou mono-articulaires, évoluant d'une manière aiguë, subaiguë ou chronique. Le champ de la tuberculose articulaire est loin cependant d'être entièrement exploré et nous nous bornerons à décrire les formes qui paraissent être à l'heure actuelle, les mieux individualisées.

POLYARTHRITE AIGUE RHUMATISMALE TUBERCULEUSE

La polyarthrite aiguë ou subaiguë à poussées successives, simulant la maladie de Bouillaud, forme décrite par Poncet et confirmée par les travaux récents, nous servira de type de description.

Elle frappe tous les *âges* de la vie. Elle peut se voir chez l'adolescent de 10 à 15 ans (Lionnet) (4) aussi bien que chez le vieillard (Mazot) (5). Mais elle atteint de préférence l'adulte jeune de 20 à 30 ans.

Tantôt cette forme est *secondaire* à une affection tuberculeuse

pulmonaire; il y aurait, pour Poncet, un balancement entre les deux ordres de lésions, les manifestations pulmonaires semblant ne pas évoluer pendant la crise de rhumatisme et inversement.

Tantôt cette forme est *primitive*, elle est alors la première manifestation de l'imprégnation tuberculeuse de l'organisme. C'est la forme la plus fréquente, semble-t-il, mais aussi la plus facilement méconnue. Comme l'ont montré Poncet, puis, récemment, Bezançon, le malade qui fait le plus volontiers des manifestations de polyarthrite est celui qu'on pourrait appeler le « petit tuberculeux », présentant des lésions tuberculeuses latentes ou tout au moins discrètes, et non le phthisique. « Il semble que la polyarthrite, comme la pleurésie, soient plutôt des manifestations précoces de la tuberculose, survenant chez des individus réagissant nettement et fortement à la tuberculose, et non des manifestations tardives survenant chez de vieux phthisiques cachectiques. »

Nové-Josserand (6) soutient la même opinion. Pour lui, les sujets ont été contaminés au cours de la première et de la deuxième enfance, et chez eux, la tuberculose a sommeillé jusqu'à la 25^{me} année. Puis, à l'occasion d'un surmenage, d'un refroidissement, ou sans cause apparente, la reviviscence du B. K. se produit, et la première manifestation de cette activité, au lieu d'être une hémoptysie, une poussée de broncho-pneumonie tuberculeuse, une pleurésie à grand épanchement, est une poussée violente aiguë fébrile de rhumatisme tuberculeux.

Le début est souvent banal par des prodromes vagues; arthralgies fugaces, malaise général; parfois il est marqué par une phase angineuse, à la manière de la maladie de Bouillaud. L'angine érythémateuse ou érythémato-pultacée a pu être observée comme dans les observations de Babonneix et Mornet (7), et dans une observation personnelle publiée avec notre maître M. Laederich (8).

Puis la polyarthrite se déclare, atteignant des articulations variées. Au prime abord, le caractère inflammatoire et fluxionnaire des arthrites, les signes généraux peuvent en imposer pour une maladie de Bouillaud.

a) *L'atteinte articulaire* est en effet généralisée. Les grandes jointures ainsi que les petites, peuvent être prises. Cependant, le plus souvent, le rhumatisme tuberculeux se cantonne sur un nombre restreint d'articles.

Localement, les articulations sont globuleuses, rouges, chaudes et douloureuses à la palpation. L'impotence fonctionnelle peut-être complète (Lemierre) (9). Les ganglions, en rapport anatomiquement avec les articulations malades, sont parfois perceptibles. Leur recherche pourrait être d'un certain appoint pour le diagnostic (Bezançon, Fuselier, Lemierre) (10).

Les déterminations articulaires sont fluxionnaires, mais la mobilité de l'article est en général moindre que dans le rhumatisme articulaire aigu.

b) *Les signes généraux* peuvent être intenses : température élevée à 39-40, pouls rapide, en rapport avec la température. La pâleur du malade et les sueurs profuses, (10) peuvent être notées (observations de Bezançon (11), de Paiseau (12), et la nôtre) (8).

En résumé, polyarthrite aiguë, mobile, s'accompagnant de phénomènes inflammatoires locaux, et de signes généraux intenses peuvent simuler à s'y méprendre le rhumatisme articulaire aigu franc.

Pendant, deux signes doivent éveiller les soupçons :

1) l'absence habituelle de localisation cardiaque, exceptionnelle au contraire dans les formes importantes du R.A.A.

2) l'inefficacité plus ou moins absolue du salicylate de soude, correctement institué, à hautes doses, par voie intra-veineuse. Si, parfois, on note une diminution des douleurs articulaires par le salicylate, l'amélioration est transitoire, et le rhumatisme continue à évoluer, à atteindre de nouveaux articles, en plein traitement salicylé intensif (observation personnelle).

Un des caractères les plus importants de la polyarthrite tuberculeuse aiguë réside dans *son mode évolutif* très particulier.

EVOLUTION

Pendant longtemps, l'évolution va se faire par *poussées successives*.

La poussée peut durer quelques jours, ou au contraire, persister des semaines, avec des exacerbations et des rémissions. Chaque poussée nouvelle est précédée par des arthralgies fugaces, ou par une élévation thermique. Poncet insistait déjà sur ce caractère évolutif du rhumatisme tuberculeux.

« Le rhumatisme se déplace d'une jointure à l'autre; tantôt il

affecte une allure traînante, récidivante, avec des crises douloureuses qui, lorsqu'elles se répètent, sont un indice précurseur du rhumatisme déformant; tantôt il se localise sur une ou plusieurs jointures avec une fixité désespérante qui rappelle la tenacité de certaines arthrites blennorragiques. »

Cette évolution si particulière peut durer de longues années, avec des alternatives de mieux et de pire, et la *terminaison* peut se faire de façon très variée.

1) Dans certains cas, en particulier dans les formes légères de polyarthrites subaiguës, la *résolution* peut être complète. Dans notre observation, après une polyarthrite ayant évolué 12 ans, la rétrocession fut entière et les articulations recouvrèrent leur souplesse et leur état normal. Cependant, le malade reste toujours à la merci d'un retour des accidents, témoin celui de Harvier, Ratchet et Lemaire (13) qui eut sa rechute après 19 ans.

Plus souvent, une articulation garde un certain degré d'ankylose ou de raideur après plusieurs poussées de polyarthrite.

2) Parfois, le processus bacillaire se fixe sur une articulation, et, à la suite d'une polyarthrite aiguë, il subsiste une *hydarthrose chronique résiduelle*.

Au bout de quelques semaines, les phénomènes généraux s'amendent, la température tombe; mais les phénomènes articulaires ne participent pas à cette défervescence et les articulations restent globuleuses. Elles perdent leur allure inflammatoire pour prendre les caractères de volumineuses hydarthroses. La disparition de ces hydarthroses demandera alors plusieurs mois, comme dans l'observation de Dieulafoy et Griffon (3). Dans l'observation de Lemierre (thèse de Wind) (9), une polyarthrite ayant l'allure d'un rhumatisme franc, résiste au salicylate. Plus tard, les douleurs articulaires ayant disparu, il se développa au genou droit une hydarthrose tenace dont le liquide tuberculisa le Cobaye.

Barbier, Delbet, rapportent des faits analogues.

Dans notre observation, après plusieurs poussées aiguës de polyarthrite, il subsista pendant deux mois une hydarthrose du genou dont le liquide tuberculisa le Cobaye.

3) Plus souvent encore, on voit se produire, à la suite des polyarthrites aiguës une *tumeur blanche*. L'articulation, à la suite de la poussée reste douloureuse, elle ne recouvre pas sa mobilité et

s'empâte. Des ganglions apparaissent dans le territoire lymphatique de l'articulation. La radiographie confirme le diagnostic de tumeur blanche en décélant les lésions ostéo-articulaires.

Les exemples de cette évolution abondent dans la littérature. Poncet en cite plusieurs cas. Une femme de 65 ans est atteinte de tumeur blanche du genou. Elle avait souffert depuis quinze ans de nombreuses atteintes rhumatismales subaiguës ayant chaque fois une tendance plus marquée à frapper le genou.

Chez le malade de Lemierre (9), une tumeur blanche du genou apparaît au décours d'une polyarthrite aiguë intense.

Il s'agit d'une tuberculose du poignet dans les observations de Babonneix et Mornet (7), de Harvier, Ratchet et Lemaire (13), d'une tumeur blanche médio-tarsienne, dans le cas de Mauclair. Curtillet et Lombard (14) ont publié deux cas de rhumatisme tuberculeux polyarticulaire avec localisations vertébrales : arthrites cervicales aiguës suivies l'une de luxation pathologique, l'autre de Mal de Pott. Parfois, sans avoir le tableau classique de la tumeur blanche, on assiste à l'installation d'une arthrite érosive caractérisée par la limitation de la mobilité articulaire, la douleur et des modifications radiologiques ostéo-articulaires, comme dans le cas récent de M. P. Weill, Delarue et Oumansky (15).

4) Il est fréquent de voir l'évolution se faire insensiblement vers le *rhumatisme chronique déformant*. La transition est progressive. Le malade continue à souffrir à certains jours, les surfaces articulaires se déforment, s'épaississent, se sublaxent et enfin s'ankylosent. En quelques années, le malade est devenu un rhumatisant chronique.

L'observation de M. P. Weill (15) est typique. Chez une femme de 44 ans, après plusieurs crises aiguës de monoarthrite et de polyarthrite fébrile, s'installe une déformation progressive des mains avec déjettement latéral des doigts, limitations des mouvements, et douleurs simulant la polyarthrite symétrique progressive de Charcot.

Il en est de même dans les cas cités par Rathery (16) où des rhumatismes types « rhumatismes chroniques et déformants » évoluèrent après des crises de polyarthrites aiguës.

5) Enfin, la *mort* peut survenir.

a) rarement du fait de la localisation articulaire. Dans le cas de

Bezançon (12) on assista jusqu'à la mort, à l'accentuation progressive des manifestations articulaires qui procédèrent par petites poussées fébriles, extrêmement douloureuses et rebelles à toute thérapeutique.

b) plus souvent, la mort est causée par le développement d'une *tuberculose viscérale*, tuberculose pulmonaire ou méningée le plus fréquemment. Citons l'observation instructive de de Massary (18). Un malade de 25 ans présente un R.A.A. des plus nets. Des symptômes cérébraux éclatent étiquetés rhumatisme cérébral. Après la disparition des manifestations polyarticulaires, une tumeur blanche évolua et détruisit une articulation radio-carpienne. Les troubles cérébraux disparurent, mais un mois après, une méningite typique enleva le malade, et l'autopsie montra une méningite tuberculeuse caractérisée anatomiquement et bactériologiquement.

FORMES CLINIQUES

A côté de la polyarthrite aiguë ou subaiguë à poussées successives que nous venons d'étudier, on a décrit de nombreuses formes cliniques.

1) *Formes suivant l'allure des manifestations articulaires.*

a) on connaît des *f. arthralgiques* surtout fréquentes chez l'enfant. Elles sont, soit le prélude d'une forme polyarticulaire, soit des formes arthralgiques pures. Chez l'enfant de 10 à 15 ans, le seul symptôme est souvent la douleur : l'évolution est caractérisée par des poussées successives. Une ostéo-arthrite tuberculeuse peut-être la terminaison de ces poussées douloureuses. Bouilly (19) appelait cette forme la tumeur blanche rhumatismale.

b) *Les monoarthrites aiguës phlegmoneuses* simulent une arthrite infectieuse en particulier l'arthrite blennorragique. Elles ne diffèrent pas quant à l'évolution de la forme prise pour type de description. Elles peuvent alterner d'ailleurs avec elle, comme dans l'observation de M. P. Weill, Delarue et Oumansky (15), ou au contraire être la seule manifestation du rhumatisme tuberculeux.

Le plus souvent une tumeur blanche succède à plusieurs attaques de monoarthrites aiguës.

2) *formes suivant l'évolution.*

A côté des formes aiguës, subaiguës, il nous faut insister sur des formes *suraiguës* les plus anciennement connues.

a) La *forme diffuse aiguë* ou granulie des séreuses, décrite par Laveran (1876) (20), est très rare, mais classique.

Il s'agissait d'un jeune soldat atteint de polyarthrite aiguë, rappelant la maladie de Bouillaud, et qui mourut huit jours après de dyspnée progressive, avec des signes de granulie pulmonaire.

b) de cette forme nous rapprocherons les formes *graves, adynamiques* décrites par Nové-Josserand (6) : « En pleine santé apparente, un jeune sujet est brusquement atteint d'accidents articulaires à localisations multiples, accompagnés de fièvre, de dyspnée, de sueurs, de tachycardie; les jointures sont chaudes, douloureuses, rouges; l'état général paraît gravement affecté. Bientôt surviennent des manifestations sur les grandes séreuses, plèvres, méninges, péritoine ou péricarde, qui emportent le malade en quelques jours. »

Les polysérites tuberculeuses décrites par Sergent (21) rentrent dans ce groupe. Dans le Journal des Praticiens, Sergent relate l'observation d'un jeune homme de 20 ans, dont toute la famille était tuberculeuse, et qui fit une polyarthrite aiguë étiquetée R.R. A., qui ne céda pas au salicylate et s'accompagna de péricardite et de pleurésie droite. La nature tuberculeuse des accidents fut démontrée par l'examen cytologique et l'inoculation du liquide pleural.

3) *formes suivant la nature de l'épanchement.*

On a décrit des :

a) *formes sèches*

b) *des formes séreuses*

c) plus intéressantes sont les formes avec *liquide puriforme* (Bezançon) (2). La ponction ramène un liquide puriforme ressemblant à celui que l'on observe dans les épanchements prolongés du pneumothorax thérapeutique. L'inoculation du liquide tuberculise le cobaye.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des *formes aiguës* mono et polyarticulaires est en général difficile à affirmer.

Si les caractères, sur lesquels nous avons insisté — de mobilité articulaire moindre, de salicylo-résistance, d'absence de localisation cardiaque, peuvent faire éliminer le *rhumatisme articulaire aigu franc*, il est parfois très malaisé de distinguer le rhumatisme

tuberculeux du *rhumatisme gonococcique* oligo-articulaire, salicylo-résistant et n'atteignant pas le cœur.

Sans compter les diagnostics plus rares de *rhumatismes infectieux* d'autre nature, de *rhumatisme syphilitique* si protéiforme, de rhumatisme goutteux, qui ont pour eux leurs signes propres, on conçoit l'importance pour le diagnostic.

1° de l'enquête étiologique et de l'examen du malade.

2° des épreuves paracliniques complémentaires.

1° On examinera avec soin les poumons, pour découvrir non seulement une tuberculose évolutive, mais surtout une forme discrète, tuberculose pleurale ancienne ou une lésion scléreuse du sommet, apanage du rhumatisme tuberculeux. On recherchera minutieusement les bacilles dans l'expectoration et on s'aidera de la radiologie. Mais, quand cette enquête est négative, l'on tâchera de déceler dans les antécédents familiaux, personnels, ou collatéraux du malade, la trace de l'infection tuberculeuse, dans ses formes frustes, dégradées, si facilement méconnues.

Très suggestive pourrait être la découverte, chez le rhumatisant de cicatrices d'adénopathies cervicales datant de l'enfance (Bezançon et Jacquelin) (23), une otorrhée purulente du jeune âge (Poncet) des fistules d'abcès froids tuberculeux (Paisseau) (12), une iritis (Bezançon et Jacquelin) (23), une petite lésion osseuse, telle qu'un spina ventosa (Paisseau) (12) ou une épидидymite bacillaire.

Dans certains cas cependant, l'examen le plus fouillé des antécédents et du malade peut ne rien révéler d'anormal. Le rhumatisme est alors la première manifestation de la tuberculose, pouvant demeurer l'unique accident (Bezançon) (24), Laederich) (8), ou au contraire être suivi à plus ou moins brève échéance d'une tuberculose viscérale.

2° *Epreuves paracliniques.* — Si les considérations cliniques permettent parfois de soupçonner la nature tuberculeuse d'un rhumatisme aigu ou subaigu, elles ne sauraient permettre de l'affirmer. Il est indispensable de recourir systématiquement aux investigations bactériologiques.

a) *Bactériologie.* — Seule, la constatation de la présence du B.K. dans l'épanchement articulaire a une valeur démonstrative.

Dans quelques cas, on a pu déceler le virus par *la Culture*. Dans l'observation de Bezançon, Etienne Bernard et Celice (11), il s'agis-

sait d'une polyarthrite aiguë de cause indéterminée qui, après plusieurs poussées, laissa un Mal de Pott pour séquelle. Dans une des articulations, siège de phénomènes fluxionnaires, la culture du liquide retiré par ponction, permit de révéler la présence du B.K. La culture fut faite sur pomme de terre glycerinée, suivant la méthode Vetter; elle resta longtemps stérile, quand, après quatre mois, on trouva dans le tube oublié à l'étuve, une colonie de bacilles acido-résistants.

En pratique, l'inoculation est le procédé de choix. Dans la majorité des cas publiés, l'inoculation produit chez le cobaye une tuberculose expérimentale ordinaire du type Villemin.

Dans certains cas cependant, comme Paiseau et Oumansky (2) l'ont montré, on obtient une tuberculose atypique du cobaye caractérisée par sa localisation au système lymphatique, sous forme de tuméfactions ganglionnaires ne contenant qu'un petit nombre de bacilles. La réinoculation à un 2^{me} cobaye de ces tuméfactions provoque au passage suivant, la même tuberculose ganglionnaire, sans lésions viscérales. Cette tuberculose expérimentale est comparable à celle provoquée par l'inoculation des produits tuberculeux filtrés, ainsi qu'il découle des travaux de Fontès, d'Arloing et de Calmette.

Paiseau et Vialard (25), dans un cas de purpura rhumatoïde, par l'inoculation de la sérosité d'une arthrite du genou, provoquent une tuberculose localisée aux ganglions et sans généralisation viscérale.

Dans un autre cas, Paiseau et Oumansky (12) obtiennent une tuberculose atypique ganglionnaire du cobaye, par l'inoculation de la sérosité d'une hydarthrose chronique du genou survenue après une poussée de polyarthrite aiguë, chez un sujet présentant des signes cliniques et radiologiques de tuberculose pulmonaire fibreuse.

Ces résultats furent confirmés par Bezançon, M. P. Weill et Oumansky.

A côté de l'inoculation au cobaye, certaines épreuves biologiques, de moindre valeur diagnostic, peuvent être cependant fort utiles.

b) Les épreuves à la tuberculine, par *cuti-réaction* ou mieux par *intra-dermo-réaction*, pratiquées dans le rhumatisme tuberculeux,

donnent, comme l'a montré Bezançon, des réactions précoces, souvent intenses.

L'intra-dermo-réaction, pratiquée au voisinage de l'articulation malade, s'accompagne d'une « réaction focale », pouvant être d'une intensité particulière comme dans l'observation de Bezançon, M.P. Weill, Delarue, et Oumansky (24). Une véritable maladie locale caractérisée par une arthrite inflammatoire se développa, dont six mois après on retrouvait encore la trace.

Chez un malade de Bezançon et Jacquelin (23) un jeune homme de 20 ans, rhumatisant et tuberculeux à la fois, l'intradermo-réaction déterminait une réaction focale non seulement au niveau des articulations, mais aussi aux poumons, en même temps qu'elle exagérait les symptômes d'une iritis dont souffrait le malade.

c) La *séro-floculation de Vernes* à la résorcine offre également un vif intérêt. Dans notre cas, pendant la période aiguë fébrile, le sang du malade a donné une floculation à un chiffre très élevé, 117; mais, en attendant la réponse de l'inoculation au cobaye, nous n'avions pas cru devoir attacher de grosse valeur à ce résultat sachant que maintes maladies fébriles non tuberculeuses donnaient passagèrement des floculation positives. Vernes a insisté en effet sur les élévations éphémères du degré photométrique, au cours des états pathologiques fébriles. Par ailleurs, chez les rhumatisants subaigus, réagissant au salicylate, ou gonococciques, Langeron et d'Hour (26) ont trouvé des chiffres de floculation élevés. La réaction de Vernes doit donc être pratiquée en période apyrétique et à plusieurs reprises. L'allure de la courbe photométrique présenterait alors le plus haut intérêt pronostique (Vernes). Dans notre cas, la baisse progressive de l'indice optique à 27 nous permettait de porter un bon pronostic. Chez un malade de Bezançon, la réaction de Vernes donnait un chiffre à 35 alors que la température était à 38°. Sept semaines après, alors que la température était descendue à 37, l'indice optique subsistait à 32. Le malade succomba quelques mois après.

d) L'*examen cytologique* du liquide articulaire ne semble point donner un résultat univoque. Tantôt il s'agit de polynucléaires (Dieulafoy); tantôt de lymphocytes, la réaction semblant dépendre exclusivement de l'acuité du processus inflammatoire (Laederich) (8).

Par contre l'examen réfractométrique, apporterait, pour May et Stéhelin (27), une forte présomption en faveur de la nature rhumatismale ou tuberculeuse d'un épanchement. Les épanchements rhumatismaux ont la plus faible teneur en albumine. Avec le réfractomètre de Zeiss, on note l'indice de 44 correspondant à des taux d'albumine de 30 gr. Ces chiffres seraient beaucoup plus élevés quand il s'agit d'épanchements dus à des érythèmes noueux, ou des épanchements de nature tuberculeuse.

e) On sait que la réaction de sédimentation, suivant la méthode de Westergen, consiste à observer la vitesse de sédimentation des globules rouges du sang citraté du malade. Cette méthode appliquée en France par Forestier (28), à l'étude des rhumatismes, aurait une grande importance en indiquant l'activité évolutive de la maladie. Dans le rhumatisme tuberculeux, cette réaction est très fortement accélérée (M. P. Weill, Delarue, Oumansky) (15). Du reste, il existerait un parallélisme relatif entre la réaction de sédimentation et la réaction de floculation de Vernes (Forestier).

f) L'hémoculture sur milieu de Lowenstein, est encore un sujet à l'étude et les résultats obtenus prêtent encore à discussion.

Les formes aiguës et subaiguës dont nous venons de voir l'aspect clinique et le diagnostic sont actuellement les formes les mieux connues du rhumatisme tuberculeux. Il reste deux problèmes particulièrement importants à discuter. Il s'agit du rôle de la tuberculose dans le R.A.A. de Bouillaud et dans les rhumatismes chroniques.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ET TUBERCULOSE

Les rapport du R.A.A. avec la tuberculose se posent différemment suivant que le malade est ou n'est pas tuberculeux.

1) Dans un premier ordre de faits, il s'agit d'un *tuberculeux avéré* qui présente une polyarthrite aiguë, type Bouillaud. La question est de savoir quelle est la nature de ce rhumatisme.

Il semble que, contrairement à ce que soutenait Poncet il y a vingt ans, il peut exister un R.A.A. franc chez les tuberculeux. Les trois observations de Pellé (29) en sont des exemples. L'auteur s'est entouré de toutes les précautions désirables et les manifestations articulaires qu'il a constatées chez des tuberculeux pulmonaires, semblent très nettement se rapporter au R.A.A. franc. Il se base

sur l'absence de B. K. dans la sérosité articulaire qui n'a pas tuberculisé le cobaye, sur l'absence de réaction lymphocytaire, sur l'efficacité du traitement salicylé et l'évolution vers la guérison. Il s'agit donc d'un rhumatisme de Bouillaud authentique qui a évolué normalement sur un terrain tuberculeux et n'a provoqué aucune anergie (la cuti-réaction étant restée positive), ni aucune aggravation apparente des lésions pulmonaires.

2) Dans un 2^{me} cas, il s'agit, d'un individu indemne de lésions tuberculeuses, et qui présente une polyarthrite aiguë, type Bouillaud. Quels sont alors les rapports de ce rhumatisme avec la tuberculose ? On a étudié, dans ce sens, la *cuti-réaction au cours du R. A. A.*, mais les constatations ont été différentes suivant les auteurs. Pour Vigneron (30), Magni, la cuti-réaction devient négative au cours des formes graves de R. A. A. Par contre, pour le plus grand nombre d'auteurs, Jousset (31), Lesné et Coffin, Gousset et Rolly, le rhumatisme ne provoque pas l'anergie tuberculinique. Pour Grenet (32), l'intérêt de la cuti est double. Elle montre d'une part que les réactions à la tuberculose restent positives dans le R. A. A. et d'autre part, chez l'enfant, le rhumatisme peut coexister avec une cuti-réaction négative, ce qui est contraire à l'hypothèse de la nature tuberculeuse de la maladie de Bouillaud.

Telle était la question jusqu'à ces dernières années, quand, en 1930, dans une communication retentissante, à la Société Médicale des Hôpitaux de Vienne, le Prof. Lowenstein avec Reitter (33), apportèrent les résultats surprenants d'hémocultures pratiquées sur un milieu spécial avec le sang provenant de malades atteints de R. A. A. Sur 21 cas, les hémocultures, sur milieu de Lowenstein, étaient toutes positives avec présence de bacilles de Koch dans lesensemencements. Le milieu, dont ils se servaient, d'une préparation laborieuse, contenait toutes les substances dont les recherches antérieures avaient montré l'action favorable sur le développement du bacille tuberculeux : phosphate monopotassique, citrate de soude et sulfate de magnésie, asparagine et glycérine, fécule et jaune d'œuf. Les cultures de B. K. sur ce milieu devenaient visibles au bout de deux semaines et étaient nombreuses au bout d'un mois.

On conçoit l'importance de ces résultats qui confondent toutes nos idées cliniques. Mais les travaux de Lowenstein attendent

encore confirmation. Des résultats inégaux ont déjà été obtenus par différents expérimentateurs.

Parmi les récents travaux, citons Nanu, Jonesco et Stefanescu (34) qui rapportent l'observation d'un rhumatisme polyarticulaire aigu avec insuffisance mitrale et péricardite. Cliniquement, le cas ressemblait aux formes classiques de la maladie de Bouillaud, mais il en différait cependant par la présence d'une splénomégalie, par la récurrence incessante de la péricardite et des phénomènes infectieux, et par la résistance au traitement salicylé. La nature tuberculeuse de ce rhumatisme fut prouvée par une hémoculture positive sur le milieu de Lowenstein.

Tout récemment, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, à la suite de la présentation de notre cas, Costes et Saenz (35) apportèrent les résultats des hémocultures sur milieu de Lowenstein qu'ils ont pratiqués chez vingt-cinq polyarthritiques. Les hémocultures ont toutes été négatives.

Sans vouloir préjuger de l'avenir d'une telle méthode, on peut se demander, avec Costes et Saenz, si les auteurs viennois ont pratiqué une discrimination suffisante entre le cas de maladie de Bouillaud véritable et ceux de pseudo-rumatisme articulaire aigu tuberculeux, comme celui que nous avons observé avec M. Laederich (8). Il semble donc prématuré, à l'heure actuelle de tirer de ces travaux contradictoires, une opinion quant au rôle de la tuberculose dans la maladie de Bouillaud.

RHUMATISME CHRONIQUE ET TUBERCULOSE

Quelle est maintenant la part de la tuberculose dans l'étiologie des différentes affections qui rentrent dans le vaste groupe des rhumatismes chroniques : arthrite sèche des grosses articulations, coxarthrie en particulier, spondyloses, rhumatisme déformant de Charcot, rhumatisme fibreux.

Jusqu'à ces dernières années, l'étiologie tuberculeuse a été considérée comme tout à fait restreinte, ainsi qu'il ressort des rapports du Congrès de Bath (1925) où les médecins britanniques ont longuement discuté des causes des rhumatismes chroniques. Hagueneau et Etienne Bernard (36) aboutissaient aux mêmes conclusions après examen minutieux de trente-et-un malades atteints de maladie de Charcot, avec subluxations et déformations multiples.

Actuellement, cependant, la question doit-être totalement révisée à la lumière des recherches modernes.

Comme nous l'avons vu, l'une des caractéristiques essentielles des polyarthrites aiguës et subaiguës tuberculeuses est d'évoluer fréquemment vers le rhumatisme chronique déformant. Il existe ainsi, maintenant, un nombre important de rhumatismes chroniques dont la nature tuberculeuse a été démontrée par l'inoculation faite au moment des poussées aiguës ou subaiguës.

Cependant, lorsqu'on ne voit le malade qu'à la période d'arthrite sèche, de déformations ou d'ankyloses, le diagnostic étiologique risque d'être méconnu, faute de sérosité articulaire à inoculer, et le rhumatisme est alors étiqueté « rhumatisme chronique banal » (Bezangon).

A la période chronique, invétérée d'un rhumatisme, il est donc, souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de fournir la preuve irréfutable de sa nature tuberculeuse. On peut alors grouper un certain nombre d'arguments dont aucun n'a de valeur convaincante, mais dont la réunion forme un ensemble imposant.

a) La coexistence de rhumatisme chronique déformant et d'autres *manifestations tuberculeuses*, telles que les tumeurs blanches, est un argument *clinique* intéressant. C'est le cas rapporté dans la thèse de M^{me} Aubrun (37), où un homme de 43 ans fut atteint d'arthrite chronique des genoux et des hanches, puis d'arthrite sèche du poignet et du cou-de-pied et qui, 9 ans après, présentait aux tibio-tarsiennes et au cou-de-pied des tumeurs blanches avec fongosités et abcès.

Harvier et Lebée (38) rapportent une observation de rhumatisme chronique tuberculeux à forme plastique ankylosante et quasi-généralisé. La preuve étiologique est établie par l'existence d'antécédents héréditaires nets et d'une adénopathie médiastinale importante.

b) Bien plus démonstratifs sont les *arguments histopathologiques*, malheureusement exceptionnels. Le cas récent de Bezangon (11) est très important, puisqu'à l'autopsie d'un malade atteint d'un rhumatisme chronique fibreux, l'examen montra des lésions exclusivement localisées à la synoviale. L'histologie décélait de nombreux nodules péri-vasculaires, mais aucune formation épithélioïde, aucune formation folliculaire tuberculeuse. La nature de ces

lésions nodulaires n'a pu être révélée que par la présence des bacilles acido-résistants dans les coupes.

c) Peut-on, à l'instar des formes aiguës, invoquer *les arguments biologiques* ?

— La réaction de Vernes à la résorcine se montre fortement positive dans les rhumatismes chroniques;

— Dans le même ordre de faits, notons aussi l'augmentation de la réaction de sédimentation.

Mais ces deux méthodes semblent bien peu spécifiques. Elles paraissent indiquer un processus en activité qui retentit sur la composition du sang, en modifiant la proportion des protéines normales ou en y faisant apparaître des protéines anormales (Costes et Lacapère) (39).

Plus significatives sont peut-être les « réactions focales » de Bezançon obtenues par injection intra-dermique de tuberculine et qui, comme dans les formes subaiguës, peuvent être intenses dans les rhumatismes chroniques tuberculeux.

d) Quant *aux arguments thérapeutiques*, on ne peut s'appuyer sur eux qu'avec grande prudence : les médications employées peuvent agir en effet — par protéinothérapie non spécifique (Costes), ou par modification des conditions biologiques générales de l'organisme (Sézary).

Peut-être est-ce dans ce sens qu'il faille interpréter les résultats favorables obtenus, dans les rhumatismes tuberculeux, par les cuti-vaccins à la tuberculine ou par les antigènes tuberculeux, et l'efficacité remarquable de la Chrysothérapie.

THERAPEUTIQUE DES RHUMATISMES TUBERCULEUX

Le diagnostic de rhumatisme tuberculeux doit en effet inciter à essayer — à côté des thérapeutiques ordinaires des rhumatismes, si souvent décevantes — différents traitements récemment préconisés.

1) Les *sulfates de terres rares* ont été employés avec succès par Oddo et Giraud (40) qui obtiennent, dans deux cas de rhumatismes chroniques tuberculeux, des améliorations remarquables.

2) Les *cuti-vaccins* sont également intéressants à essayer, à en juger par les résultats obtenus par Costes et Lacapère (méthode de Ponnorf) (39).

Le cuti-vaccin de Ponndorf, contenant un mélange de tuberculine et un autolysat de bacilles de Koch, ne peut être tenté qu'avec une extrême prudence, en se basant sur les réactions du malade et en n'augmentant la dose et l'étendue des scarifications que très lentement. Dans les rhumatismes tuberculeux, cette cuti-vaccination associée à l'immobilisation de la jointure la plus touchée a exercé plusieurs fois une heureuse influence (Costes et Lacapère).

3) L'allergine de Jousset, employée avec prudence et en tâtant la susceptibilité du malade, amènerait une amélioration appréciable dès la 2^{me} ou la 3^{me} injection (Léonard) (41).

4) Mais c'est surtout la *Chrysothérapie* qu'il semble logique de tenter dans les rhumatismes tuberculeux, étant donnés d'une part, les propriétés antibacillaires bien connues des sels d'or, et, d'autre part, les résultats obtenus par Forestier (42) dans le traitement des rhumatismes chroniques de toute nature. Il serait d'ailleurs intéressant de chercher à savoir si les meilleurs succès de l'allochryisine enregistrés par Forestier ne concerneraient pas précisément les rhumatismes chroniques d'origine tuberculeuse (Laederich) (8).

Les sels d'or peuvent être employés soit par voie intra-veineuse (crisalbine), soit par voie intra-musculaire (allochryisine). Maurice Renaud vante les effets du complexe d'or et d'osmium (Orosmiol).

On commencera par de petites doses 0 gr. 05 ou 0 gr. 10 répétées, suivant la tolérance du sujet, une à deux fois par semaine. Dans la conduite du traitement, on se basera avec profit sur la courbe de la floculation de Vernes, ou sur la réaction de sédimentation (Costes, Forestier).

Les résultats déjà obtenus par Forestier, Bezançon, M. P. Weill et leurs collaborateurs, confèrent à la chrysothérapie une place de premier ordre dans la thérapeutique actuelle des rhumatismes tuberculeux.

BIBLIOGRAPHIE

(1) PONCET. — L'histoire du rhumatisme tuberculeux. — *Société de Médecine de Paris*, 25 mai 1907.

Le rhumatisme tuberculeux (Doin, 1909).

(2) PAISSEAU et OUMANSKY. — Rhumatisme tuberculeux. — *Annales de Médecine*,

(3) DIEULAFOY et GRIFFON. — Analyse dans Rouillard : Affec. rhumatismales et tuberculeuse. — *Presse Médicale*, 22 février 1928.

- (4) LIONNET. — Arthropathies rhumatoïdiformes au cours de la tuberculose chez l'enfant. — Thèse, Paris, 1903-1904.
- (5) MAZOT. — Tuberculose inflammatoire. — Thèse, Lyon, 1905.
- (6) NOVE-JOSSERAND. — Rhumatisme articulaire aigu et tuberculose. — *Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1925.
- (7) BABONNEIX et MORNET. — Rhumatisme tuberculeux primitif. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 23 juillet 1926 de Paris.
- (8) LAEDERICH, MAMOU, M^{me} ARAGER et LÉONARD. — Rhumatisme tuberculeux primitif aigu à poussées successives. — *Société Méd. des H. de Paris*, 14 décembre 1931.
- (9) LEMIERRE : Dans thèse de Wind. — Paris, 1924, N° 24.
- (10) FUSELIER. — Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux. — Thèse, Lyon, 1930.
- (11) BEZANÇON, ETIENNE BERNARD et CELICE. — Polyarthrite aiguë tuberculeuse d'allure rhumatismale. — *S. M. H.*, 20 avril 1928.
- (12) PAISSEAU et OUMANSKY. — Rhumatisme tuberculeux et ultra-virus. — *S.M.H. de Paris*, 12 octobre 1928.
- (13) HARVIER, RACHET, LEMAIRE. — Rhumatisme chronique tuberculeux. — *S.M.H. de Paris*, 1^{er} avril 1926.
- (14) CURTILLET et LOMBARD. — Deux cas de rhumatisme tuberculeux polyarticulaires avec localisation vertébrale. — *Revue d'Orthopédie*, septembre 1911.
- (15) M. P. WEILL, DELARUE, OUMANSKY. — Un nouveau cas de polyarthrite aiguë tuberculeuse. — *Soc. Méd. Hôpit.*, 16 octobre 1931.
- (16) RATHERY. — *Progrès Médical*, 20 mars 1916, p. 44.
- (17) BEZANÇON, M. P. WEILL, DELARUE, OUMANSKY et M^{lle} PAU. — Le substratum anatomo-pathologique et bactériologique du rhumatisme tuberculeux. — *Annales de Médecine*, 16 décembre 1930.
- (18) DE MASSARY. — Discussion sur le rhumatisme tuberculeux. — *S. M. H.*, 20 avril 1928.
- (19) BOUILLY. — Thèse agrégation, 1878. — Tumeur blanche rhumatismale.
- (20) LAVERAN. — Analyse dans ROUILLAND.
- (21) SERGENT. — Le rhumatisme tuberculeux. — *Journal des Praticiens*, 26 mars 1927, p. 193.
- (22) BEZANÇON, ETIENNE BERNARD, OUMANSKY et GAUCHER. — Sur un cas de tuberculose articulaire subaiguë. — *S. M. H.*, 8 mai 1931.
- (23) BEZANÇON et JACQUELIN. — Polyarthrite aiguë d'allure rhumatismale avec iritis chez un tuberculeux présentant une sensibilité extrême à la tuberculine. — *Soc. Méd. Hôp.*, 20 avril 1928, p. 634.

- (24) BEZANÇON, M. P. WEILL, DELARUE et OUMANSKY. — Un cas de polyarthrite chronique tuberculeuse avec hypersensibilité à la tuberculine. — *S. M. H.*, 15 mai 1931.
- (25) PAISSEAU et VIALARD. — Purpura rhumatoïde. Présence de bacilles acido-résistants présentant les caractères de l'ultra-virus. — *S. M. H.*, 4 nov. 1927.
- (26) LANGERON et D'HOUE. — Sur la positivité de la réaction de floculation à la résorcine chez certains syphilitiques et rhumatisants non tuberculeux. — *C. R. Biologie*, 1928, p. 982.
- (27) MAY et STEHELIN. — L'examen réfractométrique des pleurésies tuberculeuses. — *S. M. H.*, 18 octobre 1929.
- (28) FORESTIER et CERTONICX. — La vitesse de sédimentation des hématies dans les rhumatismes. — *Paris Médical*, 18 avril 1931, p. 374.
- (29) A. PELLÉ. — Tuberculose et rhumatisme. — *S. M. H.*, 18 juillet 1924, p. 1141.
- (30) VIGNERON. — Les diverses modalités de la cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte. — Thèse, Paris, 1925. N° 62.
- (31) JOUSSET. — La valeur de la cuti-réaction chez l'adulte. — *S. M. H.*, 27 mai 1926, p. 834.
- (32) GRENET. — La fréquence de cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants rhumatisants. — *S. M. H.*, 20 avril 1926.
- (33) LOWENSTEIN et REITTER. — Wiener, Klin, Woch. — Présentation à la Société Médicale de Vienne, 1930, p. 827.
- (34) NANU, JONESCO et STAFANESCO. — Contribution au diagnostic de la bacillémie tuberculeuse par l'hémoculture selon la méthode de Lowenstein. — *Presse Médicale*, 6 décembre 1931.
- (35) COSTES et SAENZ. — A propos du rhumatisme tuberculeux. — *S. M. H.*, 14 décembre 1931.
- (36) HAGENEAU et ETIENNE RENARD. — Rhumatisme chronique déformant et Syphilis. — *S. M. H.*, 1923, p. 73.
- (37) M^{lle} AUBRUN. — Coexistence de rhumatisme chronique déformant polyarticulaire et de tumeurs blanches suppurées. — Thèse, Paris, 1919-20, N° 29.
- (38) HARVIER et LEBÉE. — Rhumatisme chronique tuberculeux à forme plastique ankylosante et quasi-généralisé. — *Société de III*, 21 novembre 1922.
- (39) COSTES et LACAPÈRE. — Cuti-vaccination du rhumatisme chronique. — *S.M.H.*, 20 mars 1931.
- (40) ODDO et GIRAUD. — Deux cas de rhumatisme tuberculeux traités par les sulfates de terres rares. — *S. M. H.*, 1921, p. 1131.
- (41) LÉONARD. — Etude de la polyarthrite aiguë tuberculeuse. — Thèse, Paris, 1931.
- (42) FORESTIER. — Le traitement des polyarthrites chroniques par les sels d'or. — *S. M. H.*, 1930, p. 273.
-

**Essais de sérothérapie curative
du typhus exanthématique
par voie méningée**

par Paul DURAND

—(0)—

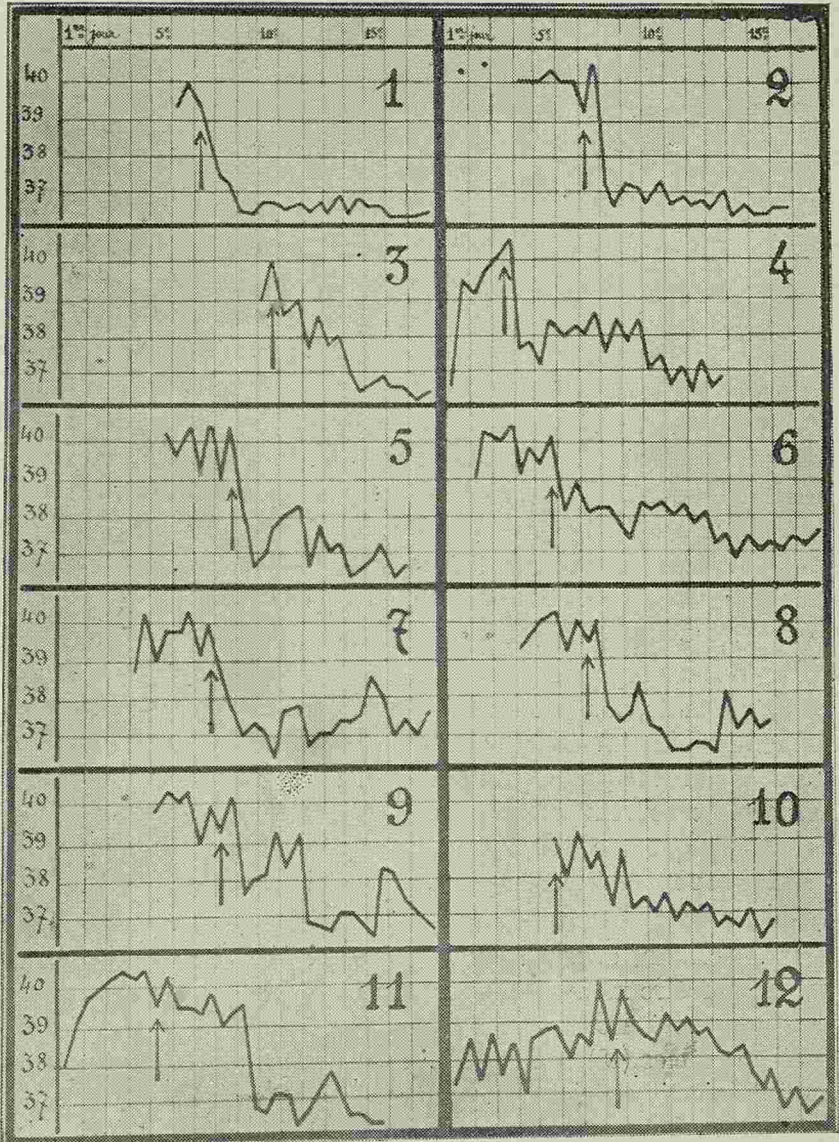
La découverte par Ch. Nicolle et E. Conseil du pouvoir préventif du sérum de convalescents de typhus, avait fait naître l'espoir d'une sérothérapie active vis-à-vis de l'infection exanthématique. Des essais furent faits par Legrain et Reynaud d'Alger; puis Ch. Nicolle et E. Conseil expérimentèrent plus largement; il fallut reconnaître que la méthode ne tenait pas ses promesses malgré que de fortes doses de sérum eussent été injectées sous la peau, dans les muscles, dans les veines.

Le typhus exanthématique est une infection généralisée à tout l'organisme; le virus est contenu dans le sang et dans les divers organes y compris les centres nerveux; ces derniers sont, cependant particulièrement frappés. La prédominance de l'atteinte nerveuse est attestée par la clinique : la plupart des symptômes du typhus surtout ceux qui en conditionnent la gravité sont d'ordre nerveux. Les lésions histologiques particulières au typhus prédominent, au niveau de l'encéphale, aussi bien chez l'homme que chez le cobaye infecté expérimentalement. Enfin le titrage du virus pendant la maladie du cobaye montre que le cerveau est de beaucoup le plus riche de tous les organes en virus. Il le reste même assez longtemps après la maladie puisque on y a trouvé plus de dix mille doses infectantes au 10^{me} jour de la convalescence de l'animal.

Les faits précédents justifient l'essai d'une sérothérapie locale par voies méningées. Pareille tentative avait déjà été faite par Orticoni, qui, employant du sérum de convalescents recueilli de 6 à 12 jours après la fin de la fièvre, avait obtenu une amélioration de l'état général de ses typhiques, sans modification nette de la durée de la maladie ni de la courbe thermique.

Sans avoir eu connaissance de ces travaux, et grâce à l'obli-

geance des docteurs Biecheler, Lefaucheur et Bogolovskoi, nous



avons appliqué une thérapeutique analogue sur 14 malades, utilisant des mélanges de sérums recueillis du 10^{me} au 24^{me} jour de

l'apyrexie. Chaque malade a reçu une seule dose de 20 à 25 cc. de sérum, après soustraction d'une quantité convenable de liquide céphalo-rachidien. Les résultats ont été les mêmes que le sérum ait été chauffé ou non une demi-heure à 58°.

Faite deux fois in-extremis, l'injection rachidienne n'a pu empêcher la mort imminente. Les courbes thermiques des douze autres malades sont reproduites ci-contre, la flèche indiquant le moment de l'intervention.

I. — Dans deux cas (courbes 1 et 2) la fièvre tombe en 24 à 36 heures après l'injection, pour ne plus se relever. Chez ces malades et ceux du groupe suivant, la sérothérapie est suivie d'un ensemble de phénomènes dont les uns (vomissements assez fréquents) sont dus à la voie employée et dont les autres reproduisent, à une date anticipée, la crise qui marque habituellement la fin du typhus. L'état général s'aggrave pendant quelques heures, parfois aussi le délire et la fièvre, après quoi apparaissent des signes heureux : cessation de l'insomnie pénible des typhiques, disparition de la céphalée, sueurs abondantes. Une débâcle urinaire se produit dans les quarante-huit heures au plus tard; elle est rarement précédée d'anurie transitoire. La constipation cesse; le malade ne conserve plus, avec une grande faiblesse, qu'une légère sensation de vertige.

II. — Dans sept cas (courbes 3 à 9) la chute thermique, bien que très prononcée, n'a pas été définitive. La crise anticipée s'est produite sensiblement aussi nette que dans les cas précédents, mais sans aboutir à la guérison immédiate. La maladie, décapitée de ses symptômes nerveux et réduite à une fébricule sans gravité, s'est prolongée quelque peu, parfois jusque vers le 15^{me} jour, où un dernier soubresaut thermique a marqué le terme habituel du cycle typhique.

III. — Enfin, dans les cas 10, 11 et 12 l'influence de la sérothérapie pour être moins éclatante, paraît cependant s'être manifestée par la brièveté anormale de la maladie (10 et 11) ou par la bénignité des symptômes (12). La crise ne s'est pas produite immédiatement après l'injection sérique.

Nos résultats diffèrent essentiellement de ceux d'Orticoni; la seule raison de cette différence réside dans la date à laquelle furent prélevés les sérums des convalescents, du 6^{me} au 12^{me} jour, pour Orticoni, du 10^{me} au 24^{me} jour chez nos malades.

D'ailleurs Weil, Breinl et Gruschka admettent que le sérum des convalescents présente le maximum de son activité entre le 14 et le 20^{me} jour.

Ces observations mettent, à notre avis, hors de doute l'action curative d'un pareil sérum employé par voie méningée. Les résultats rapportés ne pourront qu'être améliorés par la connaissance d'une posologie plus exacte et mieux adaptée aux exigences des divers cas. Les faibles quantités de sérum nécessaire rendent, par ailleurs, la méthode susceptible d'être utilisée dans la pratique.

Il est permis d'espérer qu'une sérothérapie curative analogue sera efficace pour les autres maladies du groupe des fièvres exanthématiques, peut-être aussi pour d'autres infections générales dans lesquelles habituellement ou par occasion l'atteinte des centres nerveux est prédominante.



Un cas de Diabète Rénal

chez une indigène musulmane

par MM. Lucien Uzan et C. Spezzafumo

Les glycosuries sans hyperglycémies sont assez fréquemment observées dans diverses circonstances, en particulier dans les affections hépatiques. Mais le syndrome auquel Klemperer donna le nom de « diabète rénal » doit répondre à des caractères précis que nous croyons devoir rappeler.

1° *Il y a glycosurie.*

Glycosurie en général modérée mais constante, oscillant autour de 5 à 15 grammes par litre.

2° *La glycémie est normale ou au-dessous de la normale.*

Avant d'indiquer les chiffres de « glycémie » que nous considérons comme normaux, nous devons rappeler que toutes les méthodes, applicables en pratique, de dosage des sucres du sang, sont des méthodes de réduction. On dose donc en bloc des substances réductrices et par une convention nécessaire dans l'état présent de nos connaissances, on les estime en glucose. En outre, pour pratiquer le dosage des substances réductrices du sang il faut dans une première opération priver ce liquide des protéines qu'il contient : c'est ce qu'on appelle la désalbumination. On utilise actuellement dans ce but deux réactifs primordiaux : l'acide tungstique et le mercure. Mais si on utilise la désalbumination tungstique, les dosages donnent des chiffres plus élevés qu'après désalbumination au mercure, la différence pouvant être fort notable. Après désalbumination mercurielle le dosage estimerait le « glucose » (glycémie) (méthode de Baudoin et Lewin) alors qu'après désalbumination tungstique il donne l'ensemble des « substances réductrices glucidiques » ou glucidémie (méthode de Fontès et Thivolle).

Pour ces raisons nous aurions désiré pratiquer sur le sang de notre malade des dosages simultanés par l'une et l'autre méthode pour suivre précisément le comportement de cette fraction résiduelle de glucides. Nous en avons été empêché par des raisons matérielles.

Nous considérons comme normales les « glycémies » variant de 0 gr. 80 à 1 gr. 10 par litre (méthode de Fontès et Thivolle ou méthode de Baudoin). Nos dosages ont été faits par la méthode de Baudoin.

3° *La glycosurie n'est pas influencée par l'ingestion de glucides.*

La suppression des hydrates de carbone ne fait pas disparaître la glycosurie, inversement des quantités croissantes mais modérées de glucides n'ont pas plus d'influence sur la glycosurie.

4° *La glycémie n'est pas influencée anormalement par les épreuves d'hyperglycémie provoquée.*

Depuis 1927, nous utilisons l'épreuve d'hyperglycémie provoquée de Marcel Labbé et Nepveux. Le chiffre mesurant la surface du triangle d'hyperglycémie exprime l'intensité de la réaction hyperglycémique en tenant compte à la fois de l'élévation de la glycémie au-dessus du taux initial (flèche hyperglycémique) et de la durée de la réaction. Le sujet normal a une réaction hyperglycémique de 0 mq 20 à 0 mq 40. Dans le cas de diabète rénal, la réaction doit être normale.

Nous considérons que ces caractéristiques strictes, plus sévères d'ailleurs que ne l'exigent de nombreux auteurs, sont nécessaires pour affirmer le diagnostic de diabète rénal. Tous les cas de diabète rénal, que l'un de nous a pu observer, tenaient parfaitement dans ce cadre étroit. Mais une tendance fréquente est de raisonner comme s'il existait un parallélisme au moins grossier entre le taux de l'hyperglycémie et celui de la glycosurie et des esprits qui répugnent encore à admettre que le seuil du glucose est essentiellement variable sont tentés de prendre en considération de faibles hypoglycémies passagères. Pour nous il existe un trouble de la glyco-régulation quand l'aire du triangle d'hyperglycémie provoquée dépasse 0 cmq 40 — 0 cmq 60 et dès lors il ne saurait plus être question de diabète rénal.

A notre connaissance du moins, il n'a pas été étudié de cas de diabète rénal en Tunisie. Le syndrome serait-il très rare ? L'un de nous, en un court laps de temps, a pu faire trois fois le diagnostic de diabète rénal chez des Européens nés en Algérie.

Le cas que nous rapportons concerne une jeune femme musulmane de 32 ans, dont la santé a toujours été bonne jusqu'à il y a trois ans. Mariée, elle a eu deux enfants qui sont vivants et en bonne santé. Elle a été réglée à 13 ans et, jusqu'à date du début de sa maladie, elle a toujours eu ses règles régulièrement et sans douleur. Il y a cinq ans, enceinte de six mois, elle a eu une fausse couche qui nécessita un curetage. Depuis trois ans, ses règles devien-

ment irrégulières, absentes pendant quelques périodes, ou très peu abondantes et de brève durée. En même temps, elle commença à ressentir une sensation de meurtrissure aux côtés de la région lombaire, à droite et à gauche, tiraillements qui l'empêchaient de se lever de sa chaise ou de son lit. On commence alors à lui faire de nombreux examens.

Une radiographie de la colonne lombaire qui n'a montré aucune altération des corps des vertèbres.

Plusieurs réactions de Wasserman, toutes négatives.

Enfin, un examen des urines qui montra la présence de sucre. On la met alors au régime et l'on chargea le mari de faire tous les jours le dosage du sucre sur l'urine des 24 heures. Le mari put observer et il nous en fit la remarque, que pendant les périodes de régime, le sucre était toujours présent dans les urines en quantités variant de 10 à 20 grammes, tandis que le taux de sucre se maintenait de 6 à 7 grammes quand la malade prenait des aliments hydrocarbonés. La glycémie déterminée à plusieurs reprises était normale.

L'an dernier en 1931, elle fit une cure à Korbous qui améliora beaucoup ses douleurs et une série de Naïodine fut suivie d'un notable apaisement.

Elle se présente à notre observation en décembre 1932. Femme pâle, cheveux blonds, développement musculaire et osseux normal. Examen des poumons et du cœur négatif, langue rose et humide. Abdomen normal, foie et rate dans les limites normales. Un examen gynécologique ne nous apprend rien de ce côté. Au point de vue neurologique, tout est normal. On détermine de la douleur à la pression aux côtés de la colonne vertébrale à la hauteur de la III^{me}, IV^{me}, V^{me} lombaire. Réflexes normaux : pouls 78; pas de douleurs à la pression des troncs nerveux périphériques. La malade va régulièrement à la selle tous les jours et urine de 1 l. 500 à 2 l. par jour.

Un examen complet des urines donne les résultats suivants le 3 février 1932 :

Diurèse : 1 l. 700

Réaction : alcaline (Ph = 7,6)

Glucose : 6 gr. 60 o/oo, pas d'acétone

Albumine vraie : 0 gr. 24 o/oo

Pseudoalbumine : Traces légères

Pas de cylindres, pas de cellules rénales, placards extrêmement nombreux de cellules vésicales.

Pas de sels biliaires, traces normales d'urobiline.

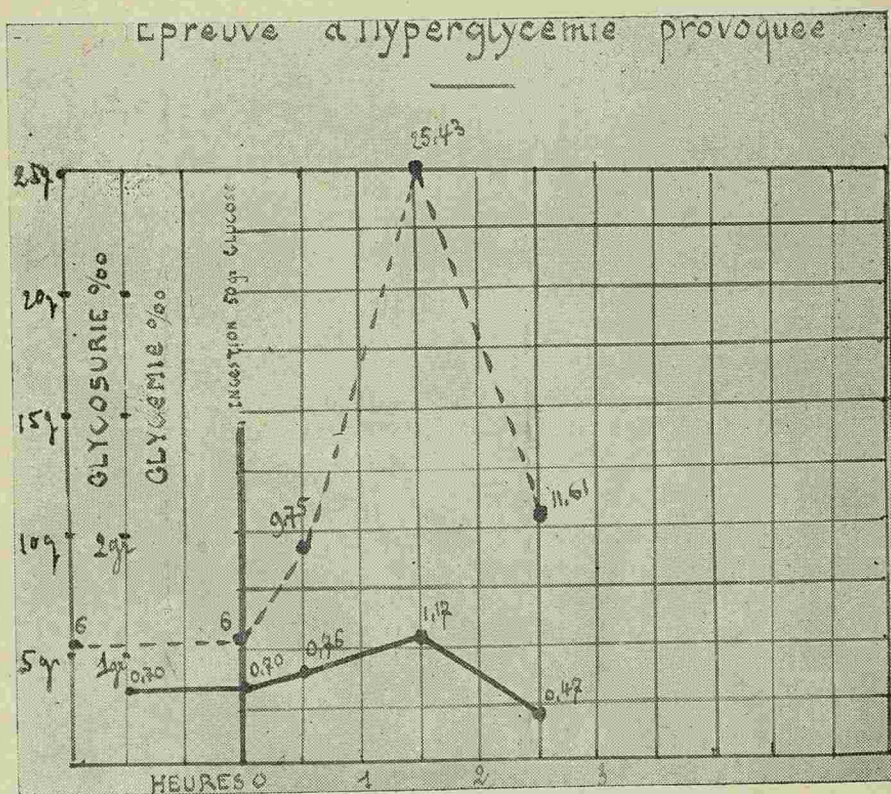
Le 5 février 1932, nous faisons une épreuve d'hyperglycémie provoquée, le matin, sur la malade à jeun.

Heures	Glycémie	Glycosurie
0 h. (ingestion de 50 gr. de glucose pur)	0 gr. 70	6 gr. 87
30 minutes après	0 gr. 76	9 gr. 75
1 heure 30' après	1 gr. 17	25 gr. 43
2 heures 30' après	0 gr. 47	11 gr. 61

Flèche d'hyperglycémie : 0 gr. 47

Durée de la réaction : 1 h. 30'

Surface du triangle d'hyperglycémie provoquée : 0 cmq. 37.



Ces données montrent qu'il s'agit d'un cas authentique de diabète rénal : glycosurie modérée mais permanente, glycémie normale, glycosurie non influencée par le régime, épreuve d'hyperglycémie normale.

Il est classique d'admettre que la céto-acidose est due à l'hypoglycémie, l'oxydation des corps cétoniques ne se produit qu'en présence de glucose et nécessite pour être complète une certaine quantité minima de glucose. L'insuline n'agit sur la céto-acidose qu'autant qu'on fournit en même temps du glucose à l'organisme. Plus récemment Maranon a proposé à certaines acidoses non diabétiques (acidose post-opératoires, acidose des hépatiques, des addisonniens, etc.) le nom significatif d'acidoses hypoglycémiques. Malgré une glycémie très basse, 0 gr. 47, notre malade présentait au contraire une réserve alcaline élevée RA=61, et un Ph urinaire de 8,2 nettement dans la zone alcaline. A aucun moment, il n'a été trouvé de l'acétone dans les urines comme le montre le tableau suivant :

Epreuve d'hyperglycémie provoquée
(Etude de l'équilibre acide-base)

	Urines		Sang
	Ph	Acétone	Réserve alcaline
Urines du matin à jeûn	7,2	Néant	
30 minutes après ingestion de glucose	7,8	Néant	
1 h. 30' après ingestion de glucose	7,8	Néant	
2 h. 30' après ingestion de glucose	8,2	Néant	61

Néanmoins nous ne croyons pas qu'on puisse rapporter simplement l'état alcalosique de notre malade à l'hypoglycémie habituelle qu'elle présente. D'ailleurs dans une thèse toute récente inspirée par le Professeur agrégé Sendrail, Lamarche en provoquant des variations transitoires de la glycémie seulement, au moyen de la phloridzine, n'a pu noter aucune modification de l'équilibre acide-base. Mais il serait intéressant de reprendre l'étude des rapports de l'hypoglycémie et de l'équilibre acide-base en provoquant une hypoglycémie phloridzinique de plus longue durée. On se rapprocherait davantage ainsi des cas de diabète rénal que l'on observe en patho-

logie humaine où l'hypoglycémie n'a pas toujours une allure paroxystique.

L'atteinte discrète du rein nous a toujours frappé dans les cas de diabète rénal que nous avons pu observer. Cette atteinte est attestée ici par la présence d'albumine, non accompagnée de cylindres ou de cellules rénales; l'azotémie est normale 0 gr. 32 par litre. Cependant nous devons souligner dans notre observation la présence de troubles ovariens importants et il ne nous semble pas que l'on puisse invoquer une étiologie certaine. Les parents de cette femme n'auraient pas présenté le syndrome.

Nous conseillons à notre malade un régime équilibré, du gluconate de calcium (acidifiant), et de l'extrait parathyroïdien (hypercalcifiant) associé à un traitement ovarien.



SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 13 Mai 1932

(En remplacement de la séance du 6 mai qui n'eut pas lieu en raison de l'attentat dont fut victime le Président de la République.

La séance est ouverte à 18 heures sous la présidence du Docteur Scialom.

Sont présent : MM. les Docteurs Ronchot, Tremsal, Triolo, Masselot, Bouquet, Bouquet-Bryon, Pérez, Giami, Ghouila-Houri, Guttières, Bonan H., Moatti, L. Uzan, Reynal, P. Durand, Santillana, Erugaïrolle, Ganem, Soria, Guez, H. Zérah, Jacobson, Hababou-Sala, Maruani, Benmussa.

COMMUNICATION DU BUREAU

Le Président prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Hier, jour de deuil national, j'ai associé aux différentes cérémonies la famille médicale à la famille française. Qui, mieux que le médecin comprend ce que laisse derrière elle la mort implacable qui frappe sans pitié. Au Temple Cohen, avec le Président de la « Maison du Médecin », et à la Cathédrale, avec d'autres confrères, j'ai assisté, ému, à des prières s'élevant vers l'Éternel pour récompenser le Juste qui vient de tomber glorieusement dans l'exercice de ses hautes fonctions.

Pourquoi ces imposantes cérémonies rituelles m'ont-elles rappelé celles qui terminèrent, il y a quelques jours, la vie du parfait honnête homme et du vrai gentleman qu'était notre ex-président le Docteur Zammit ?

Notre confrère qui fut un praticien modeste, dévoué et désintéressé a honoré la famille médicale internationale de Tunisie.

Pourquoi faut-il que j'aie eu à déplorer l'absence de nos confrères à ses obsèques simples? Le Président du Syndicat Médical Français, le Docteur Bouquet, m'a accompagné et nous fûmes avec quelques praticiens les Docteurs Macotta, Masselot, Hayat, Montefiore, Tabone, d'un certain réconfort à la douleur de la famille.

J'ai excusé auprès du beau-frère de notre regretté confrère les absents et j'ai cru respecter, en ne prononçant pas de discours

funèbre, les dernières volontés du Docteur Zammit, qui fut plus qu'un philosophe, un croyant et un pratiquant d'une tolérance éclairée et charitable.

Le vous demande de suspendre notre séance en signe de deuil.

Messieurs, il y a huit jours je levais la séance à cause de l'odieux attentat commis contre le Président Doumer. Aujourd'hui j'ai la douloureuse mission de déplorer la mort du Chef de l'Etat Protecteur. Hier des funérailles nationales pleines de grandeur et de simplicité lui ont été faites par la France. La Tunisie et le Monde civilisé se sont associés à ce deuil national rendant hommage à la vie exemplaire du Premier Magistrat de la République Française flétrissant le geste criminel d'une bête humaine qui, en se disant russe et médecin, a menti contre son pays, contre notre profession et contre l'Humanité.

Le Président Doumer était admirable comme citoyen, comme père, comme époux.

Quoique médecin, je me refuse d'analyser le psychisme du dément dangereux qui a osé abattre lâchement celui qui a personnifié dignement la France, la douce France.

La conscience humaine émue et révoltée a déjà rendu son jugement sans appel. Le Président Doumer entre dans l'Eternité et l'Immortalité avec ses quatre héroïques enfants, avec sa famille si durement frappée.

Le coupable entre dans l'opprobre et le néant. Inclignons-nous devant le mystérieux destin que notre raison ne peut expliquer, et suspendons nos travaux en l'honneur du Grand Disparu, dont la vie et la mort seront une leçon héroïque pour la postérité.

∴

Le secrétaire donne lecture des procès-verbaux des deux dernières séances. Le Docteur Moatti, au sujet de la communication des Docteurs Montefiore et Nunez à laquelle il n'a pu assister, tient à préciser qu'il fait des réserves au sujet du diagnostic d'Angine de Ludwig.

Après cette observation les procès-verbaux sont adoptés.

∴

Le D^r MASSELOT tient à préciser les raisons qui ont motivé sa récente causerie à la « Maison du Médecin ». Il serait heureux qu'une séance spéciale de la Société soit consacrée à la question

du pneumothorax, après qu'auraient été publiées ses communications dans la « Revue des Sciences Médicales de Tunis ».

Sur les indications du secrétaire de la rédaction, cette séance pourrait avoir lieu fin juin ou au début de juillet.

Note lue par le Docteur Masselot

La causerie que j'ai faite il y a six jours à la « Maison du Médecin » n'était inspirée que par le désir de servir la lutte anti-tuberculeuse.

J'ai choisi pour un sujet médico-social une tribune qui ne soit pas exclusivement scientifique afin de pouvoir y convier des auditeurs non médecins. J'ai déposé le texte de cette communication entre les mains du secrétaire de notre Revue. Je lui ai confié également un article sur les considérations que m'ont suggéré les chiffres de ma statistique hospitalière de pneumothorax artificiel. Ces communications demanderaient plus d'une séance pour être lues devant vous. Elles ne peuvent utilement être résumées. J'ai pensé qu'il valait mieux les publier d'abord et demander qu'une séance spéciale soit consacrée ensuite au Pneumothorax artificiel dans laquelle nous pourrions échanger nos idées sur cette question d'actualité.

∴

Admission à titre de membre correspondant :

Le D^r ANDRÉ RENDU, de Lyon, est admis à l'unanimité. Il se propose de faire à la prochaine séance une communication sur les « butées osseuses dans la chirurgie orthopédique ».

∴

COMMUNICATIONS

Enorme poche à air gastrique

par le D^r Albert PEREZ

Dernièrement j'ai eu à examiner au point de vue pulmonaire un jeune homme de 22 ans, candidat au poste de garde-forestier.

Quelle fut ma surprise de constater une énorme poche à air stomacale bien tolérée par ce jeune homme qui m'a déclaré ne souffrir d'aucun trouble dyspeptique.





Je vous présente la radio à titre simplement de curiosité : on voit une ombre régulièrement arrondie à fond transparent, siégeant sous la coupole diaphragmatique gauche et de 14 centimètres de diamètre.

∴

D^r PAUL DURAND. — *Essais de sérothérapie curative du typhus éxanthématique par voie méningée.*

(Voir e ntête de ce numéro, page

Discussion :

Le D^r MASSELOT demande si l'injection s'accompagne de réactions pénible ou inquiétante.

Le D^r DURAND répond qu'il ne s'est produit rien de plus que les incidents qui accompagnent habituellement une ponction lombaire.

∴

D^s SPEZZAFUMO et LUCIEN UZAN. — *Un cas de diabète rénal chez une femme musulmane.*

(Voir e ntête de ce numéro, page

∴

La solution de Jacobson en stomatologie

par M. A. GUTTIERES

En décembre dernier, j'ai eu l'honneur de soigner le Docteur Jacobson qui se trouvait à Tunis depuis quelques jours en mission spéciale pour expérimenter sa solution dans le trachome.

En m'entretenant avec lui, je le questionnai afin de savoir par quels processus sa solution agit sur les trachomateux. Ses explications m'amènèrent à penser que sa solution devait améliorer la pyorrhée alvéolo-dentaire ou *paradentose* (ce dernier terme a été adopté par toutes les nations au dernier Congrès Dentaire International).

Dans la paradentose, il se produit un arrêt de la circulation sanguine, les capillaires sont bouchés et les muqueuses se congestionnent, les déchets cellulaires s'accumulent et la flore microbienne buccale aidant la maladie s'installe.

La solution de Jacobson a pour effet de rétablir une bonne circulation, elle fait également regresser les tissus inflammatoires à tendance chronique quel que soit leur localisation.

Vu l'inocuité absolue et l'absence de réaction de ce produit, je me décidai après avoir interrogé et examiné les trachomateux de Jacobson à appliquer le traitement à la paradentose.

Premier Cas : M^{lle} M..., 36 ans, est atteinte d'une paradentose depuis plusieurs années, elle a été traitée en France il y a trois ans par le Skapyor; ce produit semble lui avoir donné de bons résultats. Elle vient nous consulter en octobre 1931 et nous constatons un ébranlement des dents avec suppuration; la malade se plaint de douleurs sourdes au niveau des muqueuses, elle est obligée de se frotter les gencives afin de les faire saigner pour apaiser la douleur.

Après un détartrage minutieux, nous lui appliquons le Skapyor. La malade n'est pas soulagée. L'on essaye les pulvérisations de fluorure d'ammonium et de synthol, la malade est calmée pendant un certain temps, la suppuration diminue, mais les dents ne se consolident pas.

En janvier notre malade revient, la douleur est réapparue et la suppuration est abondante, je conseille à ma patiente le « Baume d'acier ». Toutefois je lui propose d'essayer un nouveau traitement que je désire expérimenter : la solution de Jacobson.

15 janvier 1932, première injection intra-musculaire.

Le 18, après la troisième injection, la malade se plaint de douleurs vives de courte durée, mais elle ne souffre plus continuellement, la suppuration est diminuée, le pus est plus clair, les tissus sont moins congestionnés, les dents sont toujours branlantes.

Après la cinquième injection, la suppuration cesse, les tissus sont roses, les dents commencent à se raffermir. La malade ressent un bien-être.

Après la douzième injection, la patiente a la sensation de pouvoir se servir de ses dents, elle mâche mieux.

Le 5 février, nous décidons sur les conseils de Jacobson de commencer une deuxième série d'injections. Notre patiente, cliniquement semble guérie, ses dents sont raffermies, les gencives sont normales, le déchaussement persiste.

Il est à remarquer que nous n'avons fait aucun traitement local.

Deuxième cas : M^{me} R..., 28 ans, présente une paradentose sans pus, les dents sont légèrement ébranlées, présentent du déchaussement. La cliente a une sensation d'agacement, elle est dans l'obligation de se servir de cure-dents pour apaiser la douleur.

Nous appliquons la solution de Jacobson et notons après la quatrième injection une amélioration notable. Après la douzième ampoule, la malade ne présente plus rien d'anormal aux muqueuses, seul le déchaussement persiste.

Troisième cas : M^{lle} X..., 25 ans, présente une suppuration légère au niveau des quatre incisives inférieures.

Nous appliquons le traitement après un nettoyage minutieux et obtenons après la cinquième injection l'arrêt de la suppuration, mais les dents restent branlantes; ce n'est qu'à la fin de la deuxième série que nous avons pu noter une consolidation partielle.

Quatrième cas : M^{me} B..., 50 ans, paradentose avec suppuration abondante, dents fortement ébranlées, muqueuses très tuméfiées; l'état général de la malade laisse à désirer. Après un détartrage soigneux, nous appliquons le traitement de Jacobson, la malade après la sixième injection constate la disparition de la douleur sourde qu'elle avait aux gencives, mais l'état buccal ne s'améliore pas. Nous avons fait deux séries de douze injections, le résultat est nul, toutefois le symptôme douleur a cédé.

En conclusion la solution de Jacobson nous a donné dans la paradentose de bons résultats :

- cessation de la douleur;
- modification de l'état des muqueuses;
- consolidation des dents.

Il serait pourtant encore téméraire d'être catégorique à ce sujet, nous nous proposons de pousser plus loin l'expérimentation; il est nécessaire de suivre plus longtemps les malades afin de voir si les résultats sont durables.

L'on peut cependant affirmer que cette solution de Jacobson grâce à ses propriétés :

- 1° antitoxique;
- 2° vaso-dilatatrice;
- 3° calalytique;
- 4° active le processus de cicatrisation;
- 5° leucocytaire,

s'impose en stomatologie.

Nous supposons qu'elle doit en dehors de la paradentose, avoir son application dans :

les gingivites médicamenteuses (Bi, Hg);
les fistules dentaires;
toutes les ulcérations buccales.
Elle doit également activer la cicatrisation.

∴

Y a-t-il une pathologie ethnique ?

par le D^r D. SCIALOM (Tunis)

Le Praticien (d'Alger) nous apprend qu'il y a des *maladies ethniques* (colonel Constantin).

L'artérite oblitérante (Heitz) est surtout juive. Le prurigo de Hébra est presque exclusivement slave et magyare (Sezary).... en France et en Europe centrale.

A Tunis, nous disions que la fièvre ondulante (Bruce) était juive (Scialom), maltaise, méditerranéenne, etc. Elle est maintenant cosmopolite et peut-être universelle.

Dieulafoy enseignait que le diabète est israélite et anglo-saxon (Manuel de pathologie interne, 1902). C'est une maladie juive et de la bourgeoisie arabe en Tunisie (Scialom, 1906).

Dans la Régence, il n'y a presque pas de variole juive, mais plus fréquemment une variole arabe (Scialom), le Bédouin fataliste étant imprévoyant (Lapie).

En Palestine, le trachome n'est plus juif. Il est surtout arabe (Cuénod et Nataf).

L'anxiété émotive est partout juive (Scialom, Lemanski, Porot) Elle est endémique en pays envahi. Les formes cliniques nerveuses sont plus fréquemment juives qu'arabes.

La tuberculose juive est très facilement curable (Sanarelli, Scialom) parce qu'elle est urbaine (Revue Médicale Tunisienne).

La pellagre est toscane. La paralysie générale n'était, il y a 25 ans, ni japonaise ni arabe. Il en était de même du tabès.

La tache mongolique est aussi juive (Santillana) en Tunisie parce que l'Israélite tunisien comme son concitoyen musulman est surtout brun.

Gaucher (Paris) enseignait que la lèpre était hébraïque, parce qu'elle est décrite dans la Bible et que l'eczéma des régions génita-

urinaires était fréquemment juif ce qui est possible Israël étant neuro-arthritique et citadin.

En médecine coloniale on décrit la soudanite et le cafard qui atteint la « race européenne ».

Et le factor judaicus qui permettait au Moyen-Age de reconnaître les fils d'Israël (Sezary, Trenga) ?

C'est comme l'odeur des nègres, des boches, des rousses, etc...

En Tunisie pendant la guerre on voyait des Tunisiens peu galants (musulmans, israélites et même chrétiens) quitter des wagons où il y avait une majorité européenne qui sentait la sueur, le cochon et le vin (!)

Le Juif prétend que le Musulman sent le beurre (smen). Le Marocain reconnaît une odeur sui generis au « rabbin juif » qui ne se retrouve pas chez le « prêtre catholique ».

En Tunisie, les impertinents disent souvent « odeur de curé » ; on dit barbe de « rebbi » (rabbin) et de « babbasse » (prêtre), tandis qu'il y a 50 ans, les Pères blancs imberbes étaient « comme des femmes » pour les Indigènes (musulmans et israélites).

C'est ce qui fait que le Cardinal Lavignerie a rendu en Afrique les prêtres de l'Eglise catholique barbues comme de simples « pasteurs protestants » et de « modestes rabbins ».

Un médecin doit connaître ces on-dit ethniques qui disparaissent de plus en plus par l'instruction, la tolérance, l'interpénétration.

Au Moyen-Age on avait décrété que la peste était juive. Sous l'empire romain elle était chrétienne.

La syphilis est celte pour l'Italien. Elle est napolitaine pour le Français. Elle est « kébir, sultane » et « francis » pour l'Arabe.

Le choléra de 1911 à Tunis a débuté à la rue des Djerbiens (ghetto, quartier israélite).

La peste pulmonaire de 1930 en Tunisie est restée parmi les portefaix musulmans originaires de Dehibet et quelques années avant, chez les Nègres.

La tuberculose des paysans, des Nègres et des peuples primitifs est maligne parce que ce sont des « collectivités vierges ».

L'Israélite et l'Ismaélite n'utilisant pas le cochon n'ont ni trichine ni tœnia.

La lèpre à Tunis est maltaise.

La loi de Moïse imposant une hygiène alimentaire, sexuelle, mo-

rale, rituelle (Scialom, *Revue tropicale de Paris*, Schapiro), et une discipline de vie réglée, fait d'Israël le « peuple » le plus « sain » et le plus « saint » d'Europe (Leroy-Beaulieu).

Le Koran enseigne lui aussi une hygiène sévère (antialcoolisme, ablutions fréquentes, jeûne de Ramadan, genuflexions répétées aux cinq prières quotidiennes, etc. (Scialom, *Revue de médecine et d'hygiène tropicales de Paris*).

N'est-ce pas là une hygiène ethnique ? Il y a aussi un langage ethnique, comme il y aurait une odeur raciale !

Les soldats de la Révolution étaient les va-nu-pieds.

Sous l'Empire, il y avait le grognard napoléonien avec sa pipe.

En 1914-18, il y a eu le poilu républicain accompagné du pou et du rat. On a décrit le boche et son odeur germanique. Avant guerre il y avait des expressions ethniques de haine et de jalousie (youpin, bicot, rouni), j'en rougis pour l'humanité pensante. Actuellement encore l'israélite, le juif, l'indigène, l'arabe, le colonial, l'oriental sont des termes ethniques de mépris dus à l'injustice des majorités et à la bêtise humaine qui sévit sous toutes les latitudes. Consolons-nous, espérons en l'avenir, soyons optimistes en nous rappelant qu'il y a eu « les gueux » et les « vilains », les esclaves et les serfs, les parias, les boucs émissaires, les têtes de Turc, les aristocraties et le peuple devenu le Tiers Etat triomphant, la Démocratie...

Mé permettez-vous de vous parler avant dîner de l'aérophagie semite arabe et juive tunisienne (le rôt est permis en Orient), de l'aérocolie, des borborygmes et gargouillements chinois et juif portugais (le pet est toléré en Extrême-Orient) sans compter le « bruit maltais », l'accent tonique, l'accent méridional, etc.

C'est là de la pathologie musicale ethnique, buccale et anale, digestive qu'on n'apprend ni à la Faculté ni au Conservatoire. Je m'excuse auprès de nos « consorelle » pour la crudité de mon langage rabelaisien et biblique.

On a décrit une attitude ethnique, une physionomie raciale, une expression collective du visage, une mimique régionale, une politesse raciale, une pudeur rituelle. Il y a « l'expression du ghetto » (Scialom). Le Juif est né vieux, a-t-on dit. Ajoutons l'attitude, la physionomie des populations envahies et des peuples opprimés dues aux privations, à la souffrance matérielle, physique et morale.

Vous connaissez les prétendus défauts raciaux : banquier com-

me un juif, un lombard, un cananéen, un palestinien arabe (musulman ou chrétien, jamais israélite) peuple caméléon (Colajanni) comme le peuple juif, qui est toujours sur le front antisémite, prudent comme un jésuite, tricheur aux cartes comme un grec, pressé comme un juif, aviateur comme un juif parce qu'il sait « voler », versatile comme un arabe, chapardeur comme un Bédouin, pauvre meskine comme un Blédard, gourmand comme un curé, impérialiste comme un occidental, un européen, un roumi, psychologue comme un administrateur et un diplomate, bruyant comme une synagogue orientale, traître comme l'apôtre Judas (Iscariote), fort comme un Lion de Juda (roi David) qui console du précédent etc., en voie de réhabilitation comme Shylock de Shakespeare.

Connaissez-vous le proverbe turc : « S'il faut 7 Juifs pour tromper un Grec, il faut 7 Grecs pour tromper un Arménien » ?

On dit tant de bêtises. Il y a tant de légendes méchantes et dangereuses que le médecin conscient de son rôle social doit les combattre et les détruire dans une Régence cosmopolite. Ces bruits malfaisants qui courent sont créés par les majorités triomphantes contre des minorités désarmées comme on a créé le racisme pour mieux calomnier les races fictives et éphémères comme les riches idoles paganiques et les brillants dieux de l'Olympe.

Il est facile de démontrer qu'il n'y a pas de races anthropologiques pures. Tous les types se rencontrent dans tous les pays (Bertholon). Donc pas de pathologie ethnique au sens absolu du mot, mais des pathologies locales, des réactions spéciales suivant les collectivités sociales (Scialom, caractères physiques, mentaux et morbides des Indigènes tunisiens).

Les individus font les familles, les tribus, les races, les peuples les nations et enfin, par la volonté collective seule, les Etats fédératifs, avenir de l'Humanité (Prophètes bibliques).

Les maladies sont dues à la vie sociale et au milieu ambiant et non à la race anatomique inexistante à moins que la race devienne, comme dans le langage courant et populaire, une entité spirituelle et morale, physiologique et non une réalité anthropologique fixe.

N'a-t-on pas dit qu'il y a des « races juives » (Benjamin Crémieux, Justice de Tunis) comme il y a eu les douze tribus bibliques ? Chacune des tribus d'Israël a eu sa mentalité, sa fonction, son patri-

moine, peut-être sa physionomie, et probablement son tempérament, sa réaction (Graetz, Histoire des Juifs).

On peut très difficilement définir les races qui sont des conceptions de l'imagination, de la fille du logis ou mieux les peuples, les nations, les communautés, les collectivités qui sont des réalités vivantes.

Peut-on soutenir qu'Israël est caractérisé par Chalom = paix (sous prétexte que c'est par ce mot hébraïque et araméen que Jésus a salué les Apôtres) et l'Islam par Essalamo ou Salam = salut ? (Le Praticien).

Or la Bible parle surtout de justice, l'Évangile avant tout d'amour, le Koran prescrit l'abandon de soi (sellem, moslem).

Le Juif est généralement inquiet, prudent et prévoyant. C'est pour cette raison qu'il est calculateur. Le Chrétien est fréquemment belliqueux et sûr de l'avenir. Aussi est-il entreprenant ! Le Musulman est presque toujours fataliste et insouciant d'où sa générosité et son esprit chevaleresque (Lapie).

Cependant les trois aspirent de par leurs doctrines confessionnelles et sociales à la paix et enseignent la philanthropie, la charité, la générosité, le respect de la vie et de la création.

Quand s'entendront-ils fraternellement, comme au lit du malade, par leur morale, leur hygiène qui devraient être uniques puisque l'Éternel est un qu'il soit ubiquiste, transcendant, émanant ou immanent (Scialom, Uzan) ?

Que penser de ces autres aphorismes ethniques : l'Occident est analytique, l'Orient est synthétique, l'Aryen, pure fiction, est créateur, le Sémite est idéaliste, l'Hellène a créé la Beauté, l'Hébreu a créé le Bien, le Français est rationaliste, l'Italien est artiste, le Juif est cérébral, le Mahométan est médullaire, etc. ?

Que ne dit-on des mentalités ? L'Arabe a le regard fixé sur le passé. Le Chrétien vit dans le présent. Le Juif est préoccupé par l'avenir (Lapie, Scialom) d'où leurs défauts et leurs qualités.

Et des doctrines ?

L'Hébraïsme est fédératif (Israël et l'Humanité, Benamozegh, Aimé Pallière). L'Islam est tolérant. La Chrétienté est assimilatrice, niveleuse et convertisseuse pour sauver des âmes.

Et cependant rien n'est immuable. Nul n'est infaillible, l'absolu

n'est pas de ce monde. Tout est fonction du milieu et de l'interpénétration des civilisations.

Il n'y a pas de races pures, c'est démontré. Il y a des peuples (et non des races) à civilisations provisoirement spéciales. Il y a encore moins de races (ou mieux des peuples) à jamais supérieures ou inférieures (Colajanni).

On a décrit un polymorphisme social et professionnel, des réactions morbides locales, un « climat » moral familial, le cachet du terroir, l'empreinte régionale.

Pour conclure disons que la race est une fiction anthropologique, mais elle reste une expression commode non absolue pour indiquer une communauté morale, une famille spirituelle.

On dit bien que les médecins forment une famille et même une race et les malades aussi (!)

C'est tout juste si l'on peut dire : race blanche, race noire, race jaune (Bernelot-Moës). Il y a tant de types mixtes : des Israélites dolicocéphales et des Juifs brachicéphales, des Arabes bruns, des Musulmans blonds, des Ismaélites roux vénitiens, etc. !

L'unité d'origine, la fin unique, l'adaptation de l'individu à la vie et à la collectivité font qu'il y a une nosologie, une physiologie, une physionomie variables suivant les individus, les groupes, les milieux, les circonstances historiques et sociales. Il y a surtout une réaction morbide régionale, individuelle, collective.

Peut-on appeler cela pour la commodité du langage : pathologie ethnique comme on enseigne une pathologie exotique et une médecine coloniale et on décrit des maladies des pays froids et des pays chauds ?

..

Le Dr REYNAL signale un nouveau cas de typhus, à la place aux Chevaux.

Complices (1)

— Décidément, il me faudra voir un médecin. Ça ne passe plus du tout.

Bien des choses, pourtant, avaient passé par le gosier de Maurinçois. Dès le temps où, jadis, jeune bûcheron des Vosges, il ébranlait sur l'aube, à grands coups sourds, les dessins noirs des sapins. un kirschwasser au goût fin, tel qu'une branche en fleurs, tout d'un coup poussée de la gorge jusqu'au haut des narines; puis tout le chauffe-gueule qu'absorbe l'ouvrier parisien, litres de « bleu », cognac « fantaisie »; enfin le vin cacheté et les liqueurs de marque que peut s'offrir un entrepreneur enrichi... Oui, il en avait eu à sa suffisance, du liquide « pour se donner de la force », et du solide, car il mangeait robustement, et de la fumée, car il se complaisait au tabac. Buveur, mangeur, fumeur; trois tempéraments presque inconciliables. Qui les offre tous trois ensemble, ne peut manquer d'avoir une constitution puissante, et même un caractère qui sort du commun.

Maurinçois, brusquement, lâcha sa cuillère et avança la main... Une large main d'homme qui a beaucoup travaillé de ses membres: main épaisse, à solides emmanchures. Point de calus à la paume: il ne touchait plus que le crayon. Au dos, la peau mince et sèche des vieux, cette pelure d'oignon qui remplace la vivante pâte des jeunes années. Aux plis des doigts, de petites rides, dénotant l'avare... Cette poigne forte et avide repoussa l'assiette, à demi-pleine, où la farine d'avoine avait depuis deux jours remplacé toute autre nourriture. Puis, elle retomba, resta entr'ouverte: fâcheux symptôme! L'homme gonfla ses joues à poil grisâtre, souffla, se voûta d'imperceptible façon. Il songeait à ses soixante années de labeur et d'épargne, et, comme tous les soirs, au repos maintenant tout proche, à la villa de ses rêves, qu'il allait enfin pouvoir se bâtir: tourelles aiguës (il lui fallait au moins une tourelle!), perron, haute grille, arbres et fleurs. Mais, tout en rêvant il s'affaissait encore.

(1) Chapitre extrait de « Lignes de la vie » par Luc Durtain.

La vieille — il appelait ainsi sa femme — leva une anguleuse face. Cette tête ressemblait aux noix vomiques, ces polyèdres toxiques dont les chimistes extraient la strychnine : le regard, d'ailleurs, n'en était pas pointu, mais grossier. L'accoutrement sordide laissait deviner un corps à la fois informe et déformé, carcasse sans chair, avec des mottes de graisse aux fesses et au ventre. La vieille calcula ce qui restait des aliments disposés sur la table, puis, de la bouteille à peine entamée, son œil descendit sur la panse de l'entrepreneur, qui gonflait le gilet :

— Tu peux encore marcher, fit-elle durement.

— Tout de même, dit l'homme, je demanderai demain à la concierge une adresse de spécialiste.

∴

Entre les diverses spécialités qui se répartissent le domaine de la médecine, désormais disproportionné à la mémoire humaine, une des plus particulières est celle qui traite la gorge, le nez et les oreilles. La configuration cavitaire de ces organes oblige à l'emploi constant de spéculums et de miroirs; le regard, coïncidant avec le rayon de la lampe fixée au front, éclaire ce qu'il touche et, dans le raccourci des repères, doit calculer la profondeur; les opérations, fort variées, de la section presque imperceptible au vaste broiement ou à la sculpture osseuse, exigent une main rapide et d'autant plus sûre que les mouvements sont agrandis ou inversés par des instruments courbes, coudés, ou à multiples articulations.

Technique précise, mais non point purement mécanique. Tout ce qui touche à l'homme se laisse pénétrer d'âme.

L'adresse du laryngologiste, la constance des résultats qu'il obtient lui sont déjà des récompenses. S'il n'a point l'esprit vulgaire, il en connaît une autre : observer, au travers de la face humaine, par les orifices qu'il dilate, certaines physionomies intérieures, inconnues de tous. Figures secrètes, singulièrement expressives et qu'il apprend à interpréter.

Le tympan dépend de muqueuses sujettes à des inflammations accidentelles, et d'autre part, à la longue, réagit aux dispositions générales de l'organisme. Il porte ainsi les marques de ces deux extrémités du destin qui dépassent les limites de notre puissance : le hasard et l'être intime. Tantôt l'on y retrouve, en une perforation à jamais béante, la trace d'une heure de froid ou d'une conta-

gion de rencontre. Tantôt la lumière y décèle des fibres qui, d'année en année, viennent insidieusement charger les osselets; ou, blanchâtre et épaissi de matériaux héréditaires, il réverbère les rayons ainsi qu'un mur.

Au contraire, les fosses nasales présentent un ordre de faits plus individuel. Le chiffonnement osseux de leurs parois continue, amplifie, explique les formes de la face et du crâne. Leurs muqueuses, ces nuages de sang ? Véritable ciel de la météorologie humaine avec leurs méplats secs et nets, ou leur gonflement rouge, ou leur mollesse maladive, elles expriment bien plus d'âme que la coupe-rose, les tannes ou la consistance du visage; elles pâlisent plus vite que celui-ci sous l'effet de l'émotion.

Le pharynx, lui, décèle et traduit toute la vie des viscères, les matériaux — aliments, boissons, fumée — qui leur sont distribués, et, plus encore les habitudes, sédentaires ou actives. Observez sa contractilité si variable, sa minceur ou ses épaisissements, ses granulations et tant d'innombrables et magnifiques couleurs et dessins : rouges, roses, ivoire, blanchâtres, tons violacés, arborisations carminées ou bleues...

Et que dire du larynx ? Mobile organe, dont les attitudes et les contours sont autrement chargés de signification que ceux d'une épaule ou d'une jambe, où pourtant un artiste sait mettre toute une pensée. Membre vocal ? Non, le larynx n'est pas un membre, c'est une personne !

Amplement coiffé, à la façon d'un comédien du vieux répertoire, par le chapeau toujours basculant de l'épiglotte, cet agile, cet adroit larynx, à gestes plus grands que soi et incroyablement rapides, sans cesse écarte ou serre, sous l'envergure des bras aryténoïdiens, l'entre-jambe des blanches cordes vocales. Comédien ? Pas exactement. Acrobate, ou imitateur un peu simiesque. C'est ainsi qu'on le voit, chez les pléthoriques, contracter des formes rouges et charnues avec une puissance inutile; chez les mélancoliques, pâle et mol, prendre avec affectation des allures renonçantes; chez d'autres complexions enfin, se tordre, s'incliner, se contorsionner : copiant, exagérant les caractéristiques de chaque individu. En vérité, cet abrégé de cartilage, de muscle et d'âme ? Authentique homoncule dont la structure et les gestes offrent un portrait caricatural, mais

incroyablement fidèle, de celui qui le porte. C'est notre *double secret*...

Nous laissons bien des images de nous-mêmes dans nos actes, ou dans les yeux qui nous observent, et traînons sur le sol une ombre que le soleil attache à nos pieds. Nous avons logé un portrait encore dans le gosier : luxe conforme au génie prodigieux et subtil de la Nature. De même que d'avoir suspendu, derrière notre physiologie totale, dans l'ombre, au fond des oreilles, du nez et de la gorge, trois schémas distincts : destinée, caractère, tempérament.

∴

Berthancourt, laryngologiste, venait d'examiner à sa clinique une dizaine de malades.

Berthancourt, un grand blond, un peu gros, au sourire bon et assez amer, dont la barbe, toujours de travers, semblait ainsi peignée par le passage de mots ironiques... Bien qu'il connût le côté psychologique de sa profession, il n'y songeait que par intervalles, comme il sied à qui doit penser surtout à guérir. D'ailleurs, aux moments de presse, qui étaient pour lui les plus fréquents en une clientèle fort étendue, il se livrait plutôt à un mode de déduction inverse. Au lieu de conjecturer d'après la maladie le malade, il s'exerçait à supposer, sur les dehors de celui-ci, le trouble qui l'amenait à consulter. Ce procédé-là, quand il est applicable, établit d'emblée le prestige du médecin, et surtout abrège l'interrogatoire.

Introduit par l'infirmière, Maurinçois apparut au seuil du cabinet.

Ce vieil homme aux traits tirés, voûté depuis peu, car il semblait mal habitué à son équilibre actuel, pansu de longue date comme l'indiquait un ventre en poire, mais commençant à flotter dans sa peau et ses vêtements, fit à l'observateur, du premier coup d'œil, l'impression d'un malade profondément atteint. Une certaine timidité de la voix, perceptible dès les premiers mots, éveilla en Berthancourt de la sympathie. Quant à la situation sociale du patient, la façon dont il inspectait son médecin, l'indéfinissable importance avec laquelle il s'assit dans le fauteuil d'examen contrastaient avec une mise modeste, presque ouvrière.

« Affection grave. Très brave homme. Pingre », formula en soi-même Berthancourt.

Maurinçois allait parler. Il releva le menton en crispant quelque peu les traits : le faux-col était dévié vers la gauche. Berthancourt l'interrompit doucement.

— Vous souffrez en avalant depuis plusieurs semaines déjà... Les ganglions que vous avez à gauche existent depuis longtemps. (Ayant dit, il ouvrit lui-même le faux-col et palpa)... Un peu de peine à déglutir les solides et les liquides; les pâtes et les purées passent mieux... Des douleurs quelquefois dans l'oreille gauche, n'est-ce pas ?

Tout surpris de s'entendre narrer son histoire, l'entrepreneur acquiesçait à mesure, de la tête. Déjà mis en confiance, il commençait à répéter avec force détails ce que venait d'indiquer le médecin. Celui-ci coupa court, saisit la langue dans un linge et plaça le laryngoscope derrière la luette.

Soulevé de contraction, épais comme un fourneau de pipe encrassé, et violacé comme l'intérieur d'un muid de vin, le pharynx trahissait des habitudes auxquelles Berthancourt fit discrète allusion. Quant au larynx, il apparaissait musculeux : carré largement au fond de son trou. Mais pourquoi éconduisait-il si difficilement la salive ? Et d'où lui venait cette anxieuse attitude, pareille à celle du malade même qui le portait ? Soudain, lors d'une inspiration profonde, apparut en arrière le bord blanchâtre de l'horrible chouffleur : ce cancer de l'œsophage qui ne pardonne jamais.

Ainsi que tout médecin digne de ce nom, Berthancourt ressentait comme des insultes personnelles les fatalités humaines sur lesquelles il n'avait pas prise. Il eut une crispation funèbre :

— Et vous avez attendu d'en être là pour vous faire soigner ! s'écria-t-il involontairement.

Comme une armée, le visage est commandé par une hiérarchie : la panique le désagrège. Les traits du malade semblèrent se séparer pour s'enfuir. La tige du regard retomba à l'intérieur; la bouche pesa vers l'avant; de chaque côté, les joues pendirent.

Berthancourt, honteux de sa maladresse, se reprit tout de suite et réussit à rassurer le patient. Le mal était sérieux, mais guérissable à la longue... Il indiqua un régime et divers soins. Maurinçois devait revenir dans deux jours.

(à suivre)

Organisation de l'Assistance Médicale et de l'Hygiène Publique en Tunisie

Dr L. CHATENIER

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement
le 22 juin 1931

Notre confrère et ami, le Docteur L. Chatenier a choisi pour thèse de Doctorat un sujet plein d'attrait, mais dont l'ampleur constituait une difficulté sérieuse. Il s'en est fort heureusement tiré et mé-

rite nos vifs compliments, en même temps que notre gratitude pour avoir ainsi mis à notre portée l'organisation de l'Assistance Médicale et de l'Hygiène Publique en Tunisie ses débuts, sa réalisation progressive et sa situation actuelle, au premier cinquantenaire du Protectorat Français dans la Régence de Tunis.

Trop souvent, trop légèrement aussi, on souligne les imperfections certaines de cette organisation, dans le but d'accroître le nombre des détracteurs irréductibles de l'œuvre en cours d'accomplissement.

Chatenier, dans la première partie de son travail, brosse un tableau saisissant de l'état sanitaire de la Tunisie avant l'établissement du Protectorat. Que ceux dont la critique amère s'exerce systématiquement contre la gestion Française, veuillent bien parcourir cette relation exacte des multiples ravages de la peste, « vieille habituée de l'Afrique », du choléra, du typhus exanthématique, et de tant d'autres épidémies, tout au long du passé morbide de la Tunisie, qui « ne manque ni de vérité, ni de richesse ». Ils y trouveront aussi l'exposé des ressources dont disposait alors ce pays pour soigner ses endémies ou éviter ses épidémies, ressources bien précaires, moyens bien peu efficaces.

Inexistante, ou presque, avant 1881, nous voyons depuis l'Assistance retenir le soin constant des initiatives privées et gouvernementales. Lentement, peut-être même sans beaucoup de méthode, les postes médicaux se sont multipliés, tandis que le territoire de la Régence était divisé en secteurs. Les Médecins Militaires pénétraient le Sud, où se créaient des infirmières. Les centres importants se dotaient d'hôpitaux, et ainsi se constituait l'armement médical de la Tunisie. La charité privée y ajoutait de nombreuses consultations dans différents dispensaires.

A côté de ces créations, Chatenier ne pouvait omettre l'Institut Pasteur dont l'œuvre médicale est considérable, et l'œuvre scientifique mondialement connue.

Dans un autre ordre de faits, nous voyons s'organiser les Services d'Hygiène Publique, Santé Maritime, Bureaux d'Hygiène.

A ces dispositifs de défense contre les maladies endémo-épidémiques, l'Office d'Hygiène Sociale et de Médecine Préventive, de création récente, ajouté les possibilités de mener aussi la lutte contre les maladies sociales.

Aujourd'hui, « des médecins communaux dans toutes les villes, 40 médecins de colonisation dans les campagnes, 25 hôpitaux et infirmeries dispensaires, voilà l'œuvre médicale ». Elle se complète de toutes les institutions d'Hygiène et de Prophylaxie.

Chatenier pouvait terminer son travail sur ces considérations réconfortantes. Mais il a préféré, et nous ne saurions trop l'en louer, conclure sur une comparaison avec le Maroc, où l'effort sanitaire, d'emblée plus vaste, plus hardi, a réalisé, en si peu de temps tant de remarquables progrès, qu'il est souvent cité comme modèle de conception et d'exécution. La connaissance que nous avons nous-même de ce pays du Magrèb nous permet de confirmer cette opinion. Peut-être conviendrait-il d'y puiser sans fausse-honte de précieux enseignements.

L'excellente thèse de Chatenier apprendra d'utiles choses à ceux qui voudront bien la feuilleter, et, avec l'auteur, en toute bonne foi faire le point. Quant à nous, il nous fut particulièrement agréable d'en faire ici l'analyse imparfaite. Nous avons très vivement engagé notre ami à réaliser pour le Cinquantenaire du Protectorat Français en Tunisie, ce que nous avons essayé de faire pour l'Algérie, après un siècle de Médecine Coloniale Française.

Il s'y est méthodiquement appliqué, et son effort méritoire autant qu'heureux doit lui valoir nos félicitations, avec nos remerciements.

Docteur Jean TREMSAL.

Syndrome de Little par lésion des corps striés à la suite d'une rougeole (1)

par G. DEBBASCH

Médecin chef de service

C. SPEZZAFUMO et A. SANTILLANA

Médecins assistants de l'Hôpital Garibaldi de Tunis

Historique. — Petite fille de deux ans et deux mois, née à terme après accouchement normal. L'enfant a pris le sein pendant trois mois, puis le biberon. Premières dents à un an.

A sept mois, maladie fébrile très grave, qui dura trois semaines envi-

(1) Extrait des archives de médecine des enfants, avril 1932.

ron, accompagnée d'une éruption morbilliforme, sans complications apparentes, qui peut être très vraisemblablement une rougeole. Ce n'est que peu de temps après la guérison de cette affection fébrile que la mère s'aperçut que l'enfant présentait une certaine rigidité des membres inférieurs et supérieurs, et des mouvements lents et vermiculaires des doigts des mains. Depuis, la rigidité des membres et les mouvements vermiculaires des doigts se sont accentués.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. La mère a eu deux fausses couches et deux autres enfants en bonne santé.

Examen. — Il existe chez notre petite malade un grand retard de développement. En effet, elle mesure 0 m. 73 et elle pèse 8 kilogrammes. Le crâne est petit (41 centimètres de diamètre). Seize dents bien plantées, ne présentant aucun trouble trophique.

Aucune pigmentation des bords de la cornée.

Elle ne se tient pas encore debout et elle ne marche que si elle est soutenue. Elle est affectueuse, d'humeur régulière, reconnaît ses parents. Elle dit seulement quelques mots.

Si on essaie de faire marcher l'enfant, on note tout d'abord qu'elle raidit les membres inférieurs, et que les pieds se trouvent en varus-équini-mé; la marche se fait alors sur la pointe des pieds. La petite est obligée de s'arrêter après quelques pas parce que les membres inférieurs se chevauchent. La tête est fléchiée sur le tronc, le tronc est incliné en avant, les bras sont en abduction, les avant-bras en flexion sur les bras.

Elle ne peut s'asseoir toute seule et ne peut pas rester assise.

Au repos, sur son lit, elle présente constamment les avant-bras fléchis. Les doigts de la main sont en hyperextension; de temps en temps l'on note des mouvements lents, athétosiques des doigts.

Quand on tend à l'enfant, qui est d'ailleurs assez éveillée, un objet, elle fait des efforts et réussit à le prendre avec une certaine difficulté.

Ces mouvements sont lents et consistent en une torsion des avant-bras sur leur axe avec des mouvements tentaculaires des doigts. Il est intéressant de noter qu'au moment où la main se referme sur l'objet qu'on lui présente, la main du côté opposé accomplit les mêmes mouvements, si alors l'enfant abandonne l'objet, le même mouvement d'ouverture est exécuté par l'autre main.

Les mouvements passifs segmentaires des membres, la flexion et l'extension opposent une grande résistance qui est réductible; cette rigidité est manifeste surtout quand on imprime des mouvements rapides.

Les pieds même au repos se trouvent en varus-équinième. Les doigts sont animés de quelques mouvements involontaires du même type que celui des membres supérieurs.

Quand la petite malade dort et quand on réussit à la distraire, tous les mouvements passifs sont possibles et n'opposent aucune résistance; on trouve au contraire qu'il existe une hypotonie assez marquée.

Les réflexes rotuliens sont vifs des deux côtés. Pas de trépidation épileptoïde du pied. Pas de Babinski, ni d'Oppenheim.

Les mouvements passifs du cou montrent qu'il existe aussi à ce niveau une certaine rigidité. Les mouvements des yeux sont normaux, pas de strabisme.

Rien de particulier à l'examen des différents organes. Aucun trouble sensoriel, ni vasomoteur. Wassermann négatif dans le sang de la mère et de l'enfant.

Liquide céphalo-rachidien normal; réaction de Meinicke : négative; benjoin colloïdal : réaction normale.

Bien que l'accord ne soit pas parfait parmi les auteurs sur la classification des états de rigidité de l'enfance, nous n'hésitons pas à classer notre cas parmi les syndromes de Little, et ce pour de nombreuses raisons.

Little avait cité parmi les causes de la maladie qui porte son nom : la naissance avant terme, le travail laborieux, et l'asphyxie des nouveau-nés; il avait signalé l'hypertonie des membres et du tronc, la prédominance de la rigidité aux membres inférieurs, les troubles intellectuels, et la tendance à l'amélioration. Mais il avait donné une description globale, qui s'étendait aux formes unilatérales, comme aux formes bilatérales. Actuellement, tout le monde est à peu près d'accord pour séparer les types unilatéraux (hémiplegie spasmodique, hémichorée, hémithétose) des types diplegiques.

Mais le désaccord commence dès qu'il s'agit de définir ce qu'il faut décrire sous le nom de « maladie de Little ».

Faut-il décrire toutes les diplegies cérébrales sous la rubrique unique de « maladie de Little » ?

Oui, pensent certains auteurs avec Raymond, Massalongo, Freud, Cestan, qui comprennent sous ce terme significatif de « syndrome de Little » la rigidité spasmodique proprement dite, l'hémiplegie spasmodique bilatérale, la chorée et l'athétose double, que ces syndromes soient congénitaux ou postérieures à la naissance.

C'est aussi l'opinion des auteurs anglais et américains, Sachs de New-York, et des auteurs contemporains, Færster et P. Van Gehuchten, Comby, Gozzolino, Concetti qui, préoccupés par une classification clinique, font bon marché des moments étiologiques indiqués par Little : la congénitalité et l'origine obstétricale.

D'autres auteurs avec Brissaud, Pierre-Marie, Dejerine, Marfan, Souques, A Van Gehuchten, réclament une scission dans le groupe des diplegies spasmodiques, et proposent de réserver uniquement et exclusivement le terme de « Maladie de Little » à la rigidité spasmodique pure d'origine congénitale.

Le début est congénital par définition, mais les parents et même le médecin ne s'aperçoivent de la rigidité des membres que quelques mois après la naissance, et généralement beaucoup plus tard, au moment des premiers pas. Car en ces cas l'enfant commence à ne marcher que vers trois ou quatre ans. Et dans ce laps de temps il peut être survenu des infections qui laissent un doute sur l'origine congénitale ou acquise de la maladie.

C'est pourquoi, malgré l'autorité de ces auteurs, nous pensons que pour satisfaire ce besoin de synthèse et d'orientation clinique si nécessaire au lit du malade, il faut faire abstraction du caractère congénital ou acquis, et nous proposons une classification unique et anatomo-pathologique assez voisine de celle de Færster, P. Van Gehuchten et de celle qu'au chapitre *Maladie de Little*, nous trouvons dans le *Nouveau Traité de médecine* de Roger, Vidal et Teissier.

SYNDROMES DE LITTLE

I VARIÉTÉ PYRAMIDALE. — Par lésion des voies pyramidales acquises ou congénitales.

a. *Forme spinale* : agénésie du faisceau pyramidal (Brissaud, A. Van Gehuchten); méningo-myélite à lésions disséminées, interstitielles et parenchymateuses (Dejerine).

Caractères cliniques : troubles moteurs, relevant des lésions des voies pyramidales, hypertonie, clonus du pied, du genou, Babinski, etc.

b. *Forme cérébrale* : conséquence d'une lésion bilatérale de la zone motrice, soit à la suite de grosses lésions : poréncéphalie, sclérose, hémorragies; soit à la suite de fines lésions histologiques : absence des grandes cellules pyramidalés (Spiller), atrophie des cellules et de leurs dendrites (Mya et Levi); absence de développement par fonte des chromatophiles (Haushalter et Colin).

Caractères cliniques : troubles moteurs pyramidaux, et troubles de l'intelligence.

II. VARIÉTÉ EXTRAPYRAMIDALE. — Par lésions des corps striés, acquises ou congénitales et où l'on peut placer parmi les formes congénitales le syndrome de M^{me} Vogt, ou rigidité de Little congénitale régressive (état marbré du striatum) et le syndrome de C. et O. Vogt, ou rigidité générale progressive avec athétose terminale (état dysmyélinique du pallidum).

Caractères cliniques : rigidité, hypertonie sans signes pyramidaux.

III. VARIÉTÉ MIXTE. — Constituée par les syndromes athétosiques ou choréiques, qui accompagnent la paralysie cérébrale infantile (cas publiés par C. et O. Vogt, Bielchowsy, Jacok). A l'examen anatomo-pathologique, on trouve des lésions de la zone motrice et du système pallido-strié.

Caractères cliniques : mouvements athétosiques ou choréiques, arriération mentale, rigidité et signes pyramidaux.

Revenant à notre cas, caractérisé par de la rigidité et de l'athétose, aucun doute donc sur le diagnostic clinique de syndrome de Little. Mais syndrome de Little congénital ? acquis ? pyramidal ? extrapyramidal ? mixte ? Le syndrome rigidité et athétose apparut vers le sixième mois, à la suite d'une maladie infectieuse, à éruption morbilliforme, vraisemblablement une rougeole, puisque le médecin traitant avertit la famille de la possibilité de complications broncho-pulmonaires. Quoique les souvenirs de la mère soient formels sur la date de début de ces symptômes, on pourrait penser à la congénitalité de ce syndrome, qui, peu évident à la naissance, se manifesta par la suite, ou fut découvert incidemment après la maladie infectieuse. Mais la naissance à terme, l'accouchement normal, l'absence de Bordet-Wassermann dans le sang de la mère et de l'enfant, nous font exclure définitivement cette hypothèse, et conclure à un syndrome de Little, à la suite d'une rougeole.

Nous ne nous attarderons pas sur la façon par laquelle une maladie infectieuse comme la rougeole peut déterminer des lésions bilatérales des corps striés.

Il nous suffit de voir, en parcourant la littérature, que des cas pareils ont déjà été décrits par Hensch, par Signa de Palermé, des suites d'une rougeole, par Anton des suites d'une scarlatine, et que depuis quelque temps, nombreux sont les cas d'encéphalites après rougeole que l'on décrit de part et d'autre (Comby, Amato, Morquio, etc.).

L'examen de notre petite malade nous fait ensuite exclure toute lésion des voies pyramidales. D'abord : réflexes normaux, pas de clonus du

pied ou du genou d'un côté et de l'autre. Quant à sa rigidité, un examen minutieux nous montre qu'elle n'a pas les caractères de la rigidité qui a trait aux lésions pyramidales; elle est absente dans le sommeil et quand on distrait l'enfant, elle se manifeste lors des mouvements, surtout quand l'enfant est mis debout, par une exagération du tonus d'attitude. Si à ce moment nous voulons mobiliser les membres, nous rencontrons une difficulté soit dans les mouvements de flexion, soit d'extension, car la rigidité est globale, elle atteint les muscles agonistes et antagonistes, on a la sensation de courber une barre de cire, et quelquefois ces nouvelles attitudes sont conservées grâce à une adaptation des muscles aux conditions statiques de la nouvelle position (*flexibilitas cerea*).

Quoique les auteurs disent qu'un des signes de la rigidité extrapyramidale est la diminution de cette même rigidité lors des mouvements passifs, nous ne partageons pas leur opinion. Dans notre cas, ce n'est souvent qu'à la suite de mouvements rapides et répétés, que nous avons pu mettre en évidence cette rigidité globale, et nous avons fait plusieurs fois la même observation dans de nombreux états parkinsoniens.

Accompagnant cet état de rigidité, nous trouvons un dérèglement de la motilité, caractérisé par des mouvements lents, imprécis, des mouvements de torsion des membres sur leur axe, des mouvements vermiculaires des extrémités, et des mouvements associés.

Il est évident donc que notre petite malade présente un trouble du mécanisme de régulation de la motilité qui n'a rien à voir avec les troubles d'origine pyramidale. Lésion du putamen ? Lésion du pallidum ? Il est logique de penser à une lésion de ces deux systèmes. Sinon, comment s'expliquer cette mise en liberté pallidale, qui se traduit par les mouvements athétosiques des mains et des pieds, par cette hypotonie que nous trouvons à l'état de sommeil, par les mouvements associés des mains et des doigts quand on présente un objet à l'enfant : mouvements lents, tentaculaires, pareils à ceux d'une pieuvre ou d'une anémone, quand elles se referment sur une proie, mouvement d'un automatisme primitif, tel celui qui est régi par le pallidum ?

D'autre part, comment expliquer cette rigidité, cette tendance aux attitudes de fixation, et cette exagération du tonus d'attitude qui se manifeste quand la petite malade est debout, et que les données modernes font dépendre du putamen ? C'est à la suite de toutes ces considérations que nous classons le cas de notre petite malade parmi les syndromes de Little, variété extrapyramidale acquise, des suites d'une rougeole.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTON, *Jahrb. für Psychiatrie*, Bd. XIV, 1895, Heft. — HENOCH, *Vorles. über Kinderkrankh.*, 4. éd., 1889, p. 272. — TURQUETY, dans le *Traité des maladies du nourrisson* de Marain et Lemaire. — P. VAN GEHUCHTEN, *La pathologie du système pallido-strié*, 1930. — COZZOLINO, *Trattato di pediatria*. — A. JAKOB, *Deut. Zeit. f. Nerv.*, Leipzig, 1925, LXXXIV, p. 138. — A. JAKOB, *Arch. of neur. and phys.*, Chicago 1925, XIII, p. 596. — HAENEL, *Neur. Zentralbl.*, Bd. XXXIX, 1920. — FOIX et CHAVANAY, *Bull. méd. de Paris*, 1926, XL, p. 643. — ED. FLATEAU, Ueber die extrapyramidalen Bewegungskomplexe (*Arch. suisses de neur. et de psych.*, 1923, XXX, p. 233) — FÜRSTER, Zur Analyse der pathologischen und der striären Bewegungsstörungen (*Zts. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 1921, LXXIII). — J. LHERMITE, Les syndromes du corps strié (*Ann. de méd.*, 1920, p. 116). — M. LA TORRE, Sulla genesi di alcuni sindromi cliniche del corpo striato (*Il Policlinico, sez. med.*, 1924, 559). — FÜRSTER, Zur Analyse und Patho-physiologie der striären Bewegungsstörungen (*Zts. f. ges. Neur. und Psych.*, 1921, p. 1). — BIELCHOWSKY, Weitere Bemerk. zur normalen und path. Histol. des striären Systems (*J. für Psych. und Neur.*, vol. XXVII, p. 231). — ARTOM GUSTAVO, Les syndromes anatomo-cliniques du corps strié (*Policlinico*, t. XXX, p. 81, 15 avril 1923). — G. VOGT, *J. für neurol. Psych.*, 1911 Bd. XVIII, p. 4; 1919, Bd. XXV, p. 627. — C. et O. VOGT, *J. für neurol. Psych.*, 1920, Bd. XXV, p. 799. — WILSON, Disorders of motility with special reference to the Corpus striatum (*The Lancet*, 4, 11 et 25 juillet 1925). — SIGNA, *La Pediatria*, 15 mai 1929. — J. COMBY, Les encéphalites aiguës de l'enfance (*Archives de méd. des enfants*, 1907-1921). — J. COMBY, Les encéphalites aiguës infantiles (*Clinique et laboratoire*, n° 8, 1931). — L. MORQUIO, La méningo-encéphalite après rougeole (*Archives de médecine des enfants*, mai 1931). — AMATO, *La Pediatria*, 15 août 1930.

La Tunisie Médicale

JUILLET-AOUT 1932

TRAVAUX ORIGINAUX

Les butées osseuses en chirurgie orthopédique

par le D^r André RENDU, de Lyon

—(0)—

Nombreuses sont les maladies, moins fréquents les traumatismes, qui, par une lésion du système nerveux, musculaire, articulaire ou osseux entraînent un trouble de la motilité. Le blessé de guerre qui steppe par lésion du sciatique poplité externe, le luxé congénital qui cancanne, le paralysé infantile à la jambe de polichinelle, le malformé congénital aux luxations récidivantes, sont autant de malades pour qui l'utilité de limiter l'amplitude anormale d'un mouvement apparaît de suite au chirurgien.

Les appareils orthopédiques peuvent souvent remplir assez bien cet office et les tuteurs articulés avec butée nous montrent quelle précision peut être obtenue dans cette voie. Mais l'idéal n'est-il pas pour le chirurgien de supprimer tout cet appareillage dont le malade est esclave pour la vie, en trouvant le moyen de le remplacer par de nouvelles conditions anatomiques que son histouri est capable de créer.

L'olécrane n'empêche-t-il pas d'une façon absolue l'hyperextension du coude et n'est-il pas l'image de la butée osseuse articulaire rêvée par le chirurgien ? Imiter la nature et tâcher de construire des ergots osseux solides, tel a été longtemps l'objectif de nombreux chirurgiens de tous pays, et petit à petit est née la butée osseuse qui a pris droit de cité en orthopédie et dont l'emploi se généralise de plus en plus.

Je voudrais, en quelques mots, dire d'abord comment on peut faire une bonne butée osseuse et passer ensuite en revue les principales maladies où elles sont devenues d'un emploi courant.

Les premières butées osseuses ont été faites par des tiges d'os

mort, ou d'ivoire; on les plantait comme un pieu, solidement, dans l'os qui devait les garder : c'était un corps étranger ne restant en place que par les conditions mécaniques de son implantation. Puis, parurent les travaux si captivants sur les greffes osseuses, leur vitalité, le processus histologique de leur réhabitation et les chirurgiens firent alors des butées avec de l'os vivant prélevé sur le malade lui-même. On prenait comme greffon des morceaux de tibia, un segment entier de péroné et, malgré tout, la fracture du transplant n'était pas toujours évitée.

L'essai de greffons pédiculés, c'est-à-dire de fragments osseux incomplètement détachés de l'os donneur, mais orientés dans une position voulue et soutenus par l'apport de quelques greffons libres prouva que le procédé était bien supérieur. En effet, le fragment pédiculé non seulement *continuait* à vivre, sans avoir à passer par la période de réhabitation comme le greffon libre, mais encore sépanouissait de lui-même et formait comme une solide exostose.

Enfin, un examen plus approfondi des faits montra que le greffon pédiculé, ressemblant à un morceau d'écorce écarté et non détaché de l'arbre, présentait son maximum de résistance et de solidité au niveau de sa surface externe ou corticale, comme si le périoste faisait au niveau de la charnière du greffon un apport important d'os nouveau. Toute butée a donc avantage, nous le verrons, à travailler par la pointe c'est-à-dire dans le sens de ses fibres corticales, et sa solidité ne fera que croître par l'usage.

Je me suis efforcé, dans les schémas suivants, de me rapprocher le plus possible de la réalité et je pense qu'ils faciliteront la lecture des radiographies qui toutes, ne sont pas parfaites.

Nous allons donc maintenant passer rapidement en revue les multiples emplois de ces butées en pathologie orthopédique.

Luxations récidivantes de l'épaule. — Cette curieuse affection (Fig. I) qui s'est montrée rebelle à la capsulorrhaphie, aux sections et autoplasties musculaires, aux résections, aux arthrodèses, aux léno-suspensions, n'a trouvé son maître que dans la butée osseuse. L'opération d'Oudart est, dans ce sens, la plus séduisante, la plus simple et la plus sûre (Fig. II) : ouverture de la capsule articulaire et fermeture de l'articulation par une suture doublant et raccourcissant le tendon du sous-capsulaire (suture en paletot) suivie de l'allongement par dédoublement de la coracoïde pour créer une butée

Luxation récidivante de l'épaule

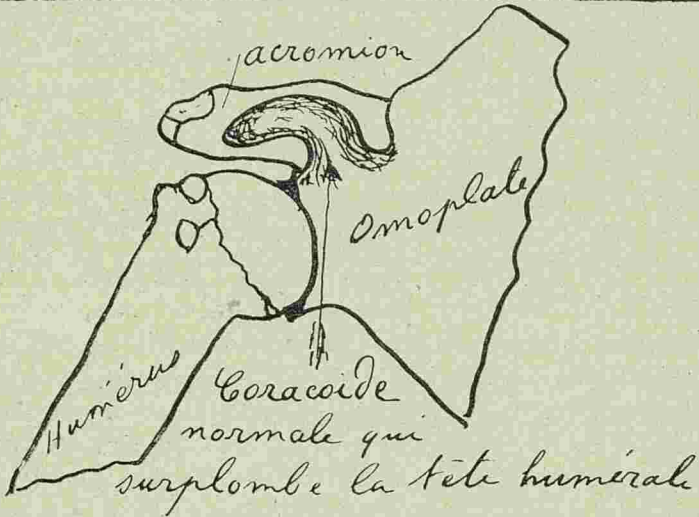


Fig. 1

Luxation récidivante de l'épaule

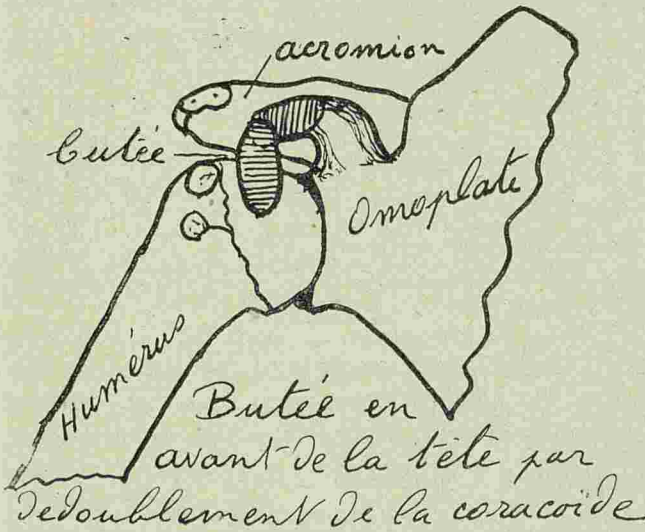


Fig. 2

osseuse préarticulaire. Cette intervention vieille bientôt de dix ans, a toujours donné d'excellents résultats et l'on s'est aperçu dans la suite que le seul point important était la butée osseuse. Tavernier, Wilmoth et Lenormand l'ont prouvé au point que l'intervention-type se réduit aujourd'hui aux manœuvres suivantes : taille d'un greffon ostéo-périostique sur la face interne du tibia; découverte de l'apophyse coracoïde et de ses muscles, préparation du lit du greffon dans l'apophyse fendue longitudinalement et dans une rainure que l'on ménage dans ses tendons, enfin mise en place et fixation du greffon. Rocher et Lenormand emploient également avec succès une butée osseuse rétro-glénoïdienne dans les luxations récidivantes postérieures.

Omoplate ballante. — C'est une affection très rare dont l'étiologie est variée, aussi se trouve-t-on surtout devant un symptôme : l'instabilité de l'omoplate dont il faut limiter le déplacement dans tous les sens. On peut l'observer dans des paralysies, des myopathies, des affections diverses du système nerveux, mais elle n'a rien de commun avec la malformation congénitale dite « surélévation de l'épaule » qui intéresse également la clavicule comme l'a bien montré Huc de Paris. En effet, on devrait dire dans le cas qui nous occupe « sous-abaissement de l'omoplate » à l'état de repos et surélévation énorme dans le mouvement d'abduction des bras. Quelques mois avant que j'aie observé le cas pour lequel j'ai inventé et exécuté avec mon Maître, le Professeur Nové-Josserand de Lyon, la butée osseuse par transfixion costale du scapulum, Mauclair avait eu à traiter trois cas se rapprochant du mien : il avait fixé les deux omoplates l'une à l'autre par leur bord spinal au moyen de trois fils métalliques, après avoir avivé l'angle des côtes sous-jacentes et interposé à ce niveau des greffes ostéo-périostiques. Le résultat relevant d'une myopathie, fixa au moyen de fils métalliques, le bord spinal de l'omoplate avivé à deux côtes sectionnées et avivées également : il obtint un bon résultat.

Désirant maintenir l'omoplate en place normale tout en lui laissant une certaine mobilité de charnière, nous avons eu l'idée de l'embrocher de dedans en dehors et d'arrière en avant par une côte sectionnée qui servirait de butée. Après avoir réglé l'opération sur le cadavre, nous l'avons exécutée à six mois d'intervalle sur les deux épaules de notre malade et le résultat éloigné a montré

que la méthode était bonne. Ceci se passait en 1926 : or, il y a deux ans nous avons eu un nouveau cas semblable à traiter et la même méthode a donné les mêmes résultats (Fig. III). Il faut forer dans

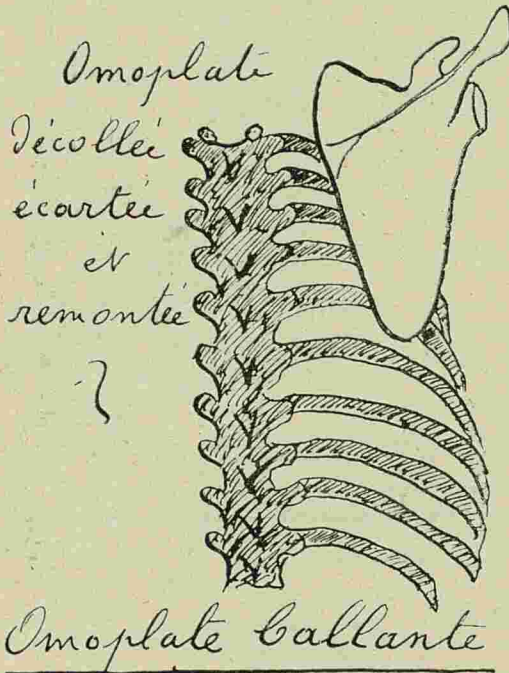
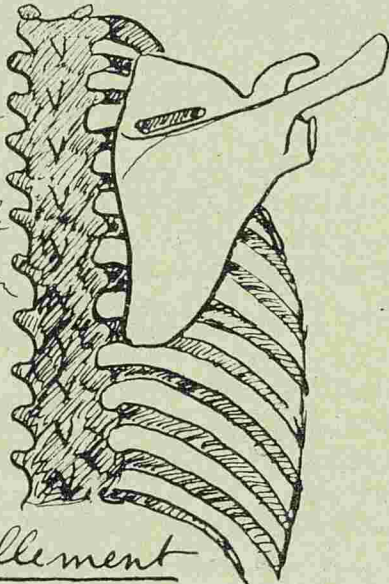


Fig. 3

l'omoplate (Fig. IV) un trou oblique de la face profonde à la face superficielle au niveau de la naissance spinale de l'épine du scapulum et au-dessus d'elle, de façon à ce que la 4^{me} côte sectionnée au point voulu vienne embrocher l'omoplate et se loger dans la gouttière de la fosse sus-épineuse où elle doit se voir sur 4 cm. au moins de longueur. Elle forme ainsi butée charnière en bonne place.

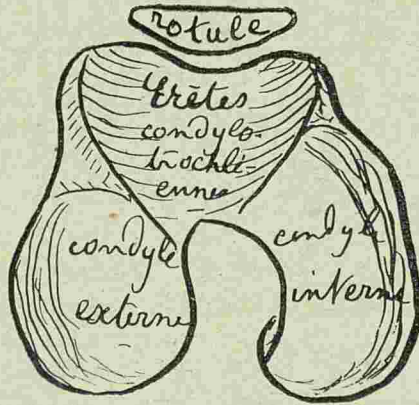
Luxation congénitale de la rotule. — Cette affection se rencontre à tous les degrés. Souvent elle est compatible avec une marche normale et ce n'est qu'accidentellement, à l'occasion d'un faux-pas que la rotule se luxe en dehors et que le genou se dérobe. Plus accusée, elle nécessite une réimplantation en dedans du tubercule tibial d'insertion rotulienne avec un plissement ou une résection capsulaire. Mais il existe des cas graves où la malformation fémoro-

La 4^{eme}
cote
constitue
la butee
qui regle
l'excursion
de l'o-
moplate



Enchevellement
de l'omoplate par une cote

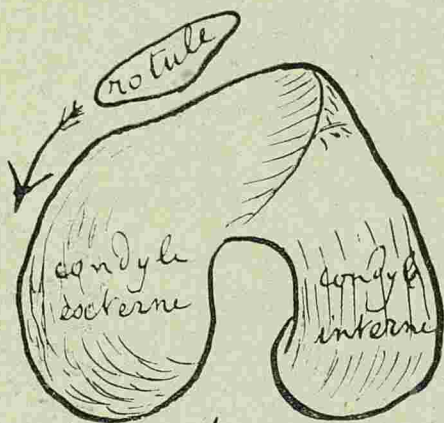
Fig. 4



Extrémité inférieure du fémur
normale

Fig. 5

rale est telle qu'on a essayé de reconstruire le condyle externe aplasié. Normalement (Fig. V) la rotule coulisser dans une gouttière médiane entre les deux condyles de pareil volume, guidée par les crêtes condylo-épitrochléennes. Quand la crête externe n'existe plus, la rotule a une tendance à glisser en dehors sur le condyle, tendance qui devient un glissement inévitable lorsque le condyle externe est, en plus, aplati, moins élevé que le condyle interne (Fig. VI). Aussi l'on comprend l'utilité de l'opération d'origine améri-



Malformation congénitale
du condyle externe
Absence de la crête condylo-
trochléenne externe

Fig. 6

caine qui consiste à redonner une paroi externe de butée à la rotule, en soulevant le versant aplasié au moyen d'un greffon osseux en coin, enfoncé dans la face externe du condyle, fendue comme il convient dans le plan frontal. La gouttière rotulienne est ainsi reconstituée (Fig. VII).

Samson de Québec m'a dit avoir employé cette méthode avec succès, mais Tavernier de Lyon n'en a été qu'à demi satisfait. Moi-même n'ai trouvé que ces jours-ci une malade de dix ans qui en soit justiciable et je vais l'opérer : c'est dire que les cas sont rares.

Genu-recurvatum. — Lorsque l'articulation du genou anormalement distendue par une cause paralytique ou congénitale rend la marche et même la station debout trop difficiles, on peut être amené dans certains cas à limiter l'hyperextension par une butée osseuse. Celle-ci doit être très solide, assez longue, et prolonger en

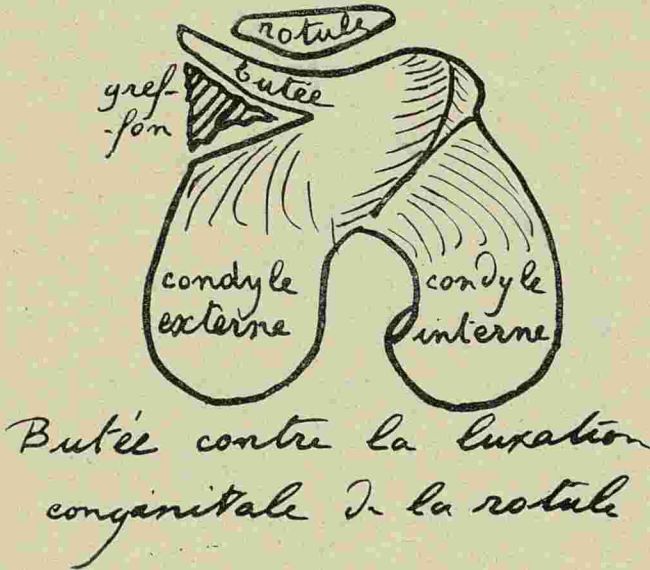


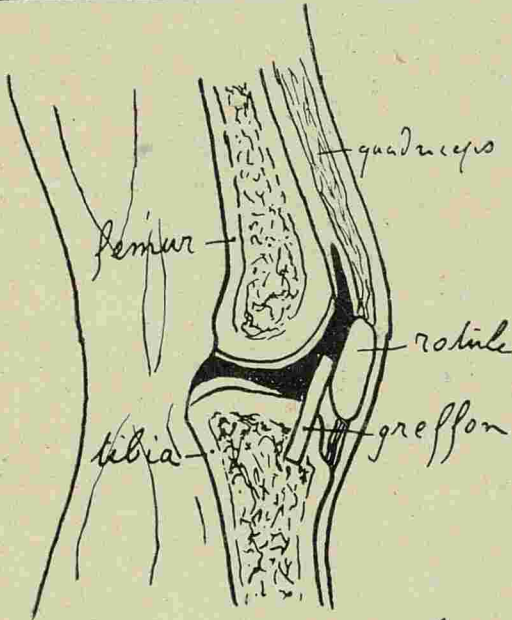
Fig. 7

avant l'extrémité antérieure du tibia, comme l'olécrane prolonge en arrière le cubitus. Willis Campbell, en 1918, a employé pour cela la rotule elle-même, mais sans succès suffisant; aussi, Léo Mayer, de New-York, emploie-t-il un fort greffon tibial solidement implanté dans la partie antérieure du tibia par voie intra-articulaire comme le montre la figure ci-jointe. Il a ainsi opéré douze malades de 1927 à 1930 avec des résultats très encourageants mais inconstants; dans un cas (Fig. VIII) il a fallu, en fin de compte, faire une arthrodèse du genou, dans d'autres le mouvement de flexion active a été limité à 25° et certains enfin y ont perdu l'extension complète du genou. Il y a donc beaucoup à faire dans cette voie pour trouver la bonne butée antérieur du genou capable d'empêcher le recurvatum sans nuire à la flexion.

Stabilisation du pied paralytique. — C'est là un problème qui a passionné les chirurgiens orthopédistes car les uns recherchaient

d'abord la solidité du pied et s'adressaient à l'arthrodèse, tandis que les autres, voulant lui garder sa motilité, préconisaient les transplantations tendineuses et les ténodèses. Royal Withman essaya de concilier ces deux desiderata en pratiquant son astraga-

Butée articulaire antérieure



Genu recurvatum

Fig. 8

lectomie spéciale avec refoulement du pied en arrière et bon appui tibio-scaphoïdien; mais son opération peu connue en France, est, malgré tout mutilante et nous préférons de beaucoup l'arthrodèse sous-astragalienne complétée par une butée osseuse, antérieure ou postérieure suivant les cas. Cette limitation chirurgicale du mouvement articulaire par la confection d'une butée osseuse a pris nom d'arthrorryse.

L'arthrorryse tibio-tarsienne a son histoire et les moyens employés pour la réaliser ont varié et varient encore beaucoup, ce qui

montre qu'on n'est pas encore arrivé à une formule susceptible de s'imposer à tout le monde. Trois procédés principaux ont été employés : les greffes libres en tissu compacte en forme de chevilles et prélevées généralement sur le tibia; les greffes libres de tissu spongieux prélevées sur les os du tarse et enfin, les lambeaux pédiculés pris sur le calcanéum ou l'astragale.

Les greffes libres de tissu compacte ont pour type l'opération princeps de Toupet; Putti les a employées pour l'arthrorryse antérieure; Camera pour la postérieure...., je ne cite que deux noms.

Elles ont l'avantage d'être d'une exécution facile mais elles ont, à notre avis, l'inconvénient d'être exposées à se résorber ou à se fracturer à plus ou moins longue échéance. Enfin, si l'on veut compléter l'arthrorryse tibio-tarsienne par une arthrodèse sous-astragaliennne dont elle est, à mon avis le complément indispensable, on est obligé de faire trois opérations distinctes, ce qui peut-être simplifié comme nous allons le voir.

La greffe libre de tissu spongieux pour l'arthrorryse postérieure a pour « Père », Campbell, qui l'a employée trois cents fois. C'est après avoir traduit ses travaux, il y a plus de dix ans, que nous l'avons essayée, mon Maître le Prof. Nové-Josserand et moi, mais nous avons modifié assez rapidement sa méthode pour adopter définitivement la greffe à lambeau pédiculé (Fig. IX) dont la technique a été bien réglée par M. le Prof. Nové-Josserand et que nous employons avec succès constant depuis 1925. En faisant l'avivement pour l'arthrodèse sous-astragaliennne, on taille d'avant en arrière sur celle-ci, la surface articulaire en sectionnant l'os sous-jacent de plus en plus épais de façon à obtenir un coin ostéo-cartilagineux à sommet antérieur et à base épaisse postérieure : sans le détacher complètement on le brise en bois vert à la base pour le relever comme un éperon et le faire passer derrière l'astragale comme le bec de l'olécrane derrière la trochlée humérale. La butée est ainsi constituée, épaisse, solide, ne demandant qu'à s'amenuiser et se fortifier par l'usage.

Le problème de l'arthrorryse antérieure est beaucoup plus difficile parce que l'astragale se prête moins bien que le calcanéum à la taille du lambeau pédiculé et c'est pourquoi, nous avons, au début, employé, comme Campbell, des greffons libres de tissus spongieux entassés ou fichés dans le col de l'astragale dénudé. Cette

technique ne nous satisfaisait pas et l'idée de Putti de tailler sur le col de l'astragale un lambeau à base postérieure et de le relever en insérant des greffons au-dessous de lui, nous paraissait meilleure,

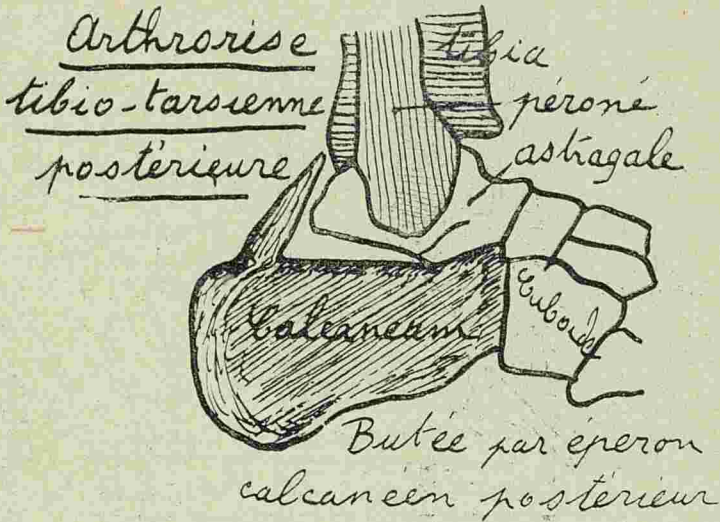


Fig. 9

quoique la butée recevant ainsi la pression du poids du corps sur sa face supérieure, nous paraissait destinée à s'affaisser de plus en plus. Aussi avons-nous cherché quelque chose de mieux à la Clinique et mon collaborateur le docteur L. Michel, chef de clinique, ayant eu l'idée de tailler le lambeau pédiculé astragalien d'arrière en avant, à base antérieure (Fig. X), nous avons essayé ce procédé et l'avons adopté. C'est le même principe que notre butée postérieure calcanéenne et les résultats ont montré que le procédé était bon. La butée relevée sur l'astragale et soutenue par quelques greffons libres fait fonction d'olécrane sur la face postérieure du tibia, travaille en bonne orientation, par sa pointe, et présente ainsi un maximum de solidité.

Si j'ai insisté un peu plus sur la stabilisation du pied par les arthroryses antérieures et postérieures de la tibio-tarsienne (toujours accompagnées de l'arthrodèse sous-astragalienne) c'est qu'il le doit une bonne part des succès obtenus un peu partout aujourd'hui.

d'hui, aux travaux de notre Clinique lyonnaise de chirurgie infantile et d'orthopédie.

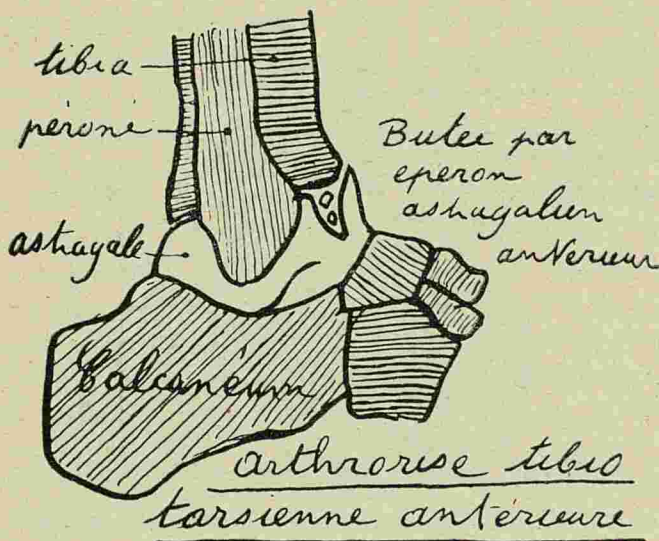


Fig. 10

Stabilisation de la hanche. — L'étude radiographique et clinique de plus en plus fouillée de la luxation congénitale de la hanche a permis de remédier dans une certaine mesure, aux accidents qui surviennent dès la seconde enfance chez les luxés irréductibles ou chez les porteurs de subluxations passées d'abord inaperçues. Il fallait, tout en respectant la mobilité de la hanche, trouver le moyen d'empêcher la tête d'ascensionner le long du bassin sous l'action grandissante avec l'âge du poids du corps.

Lorenz préconisa l'ostéctomie à butée pelvienne ou bifurcation fémorale et d'Amérique nous arriva la butée par toit artificiel.

L'indication de ces deux interventions varie avec les cas à traiter qu'il faut classer en deux catégories.

Dans la première, nous comprendrons toutes les luxations franches, accentuées, hautes, postérieures où la tête est éloignée du cotyle (Fig. XI) donnant au membre une attitude vicieuse en flexion et adduction gênantes. Contre elles il est indiqué d'employer l'ostéotomie à butée pelvienne de Lorenz qui permet à la fois, de trou-

ver par le fragment inférieur un appui pelvien dans le cotyle déshabité et de corriger par la fracture l'attitude vicieuse en adduction et flexion.

Ostéotomie à butée en Y

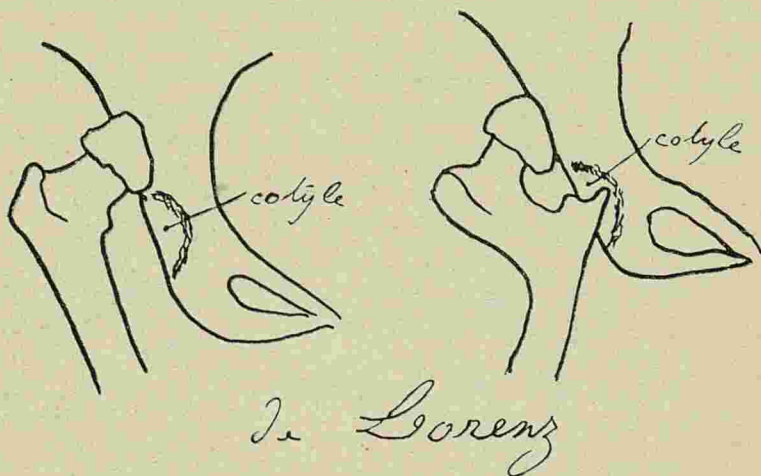


Fig. 11

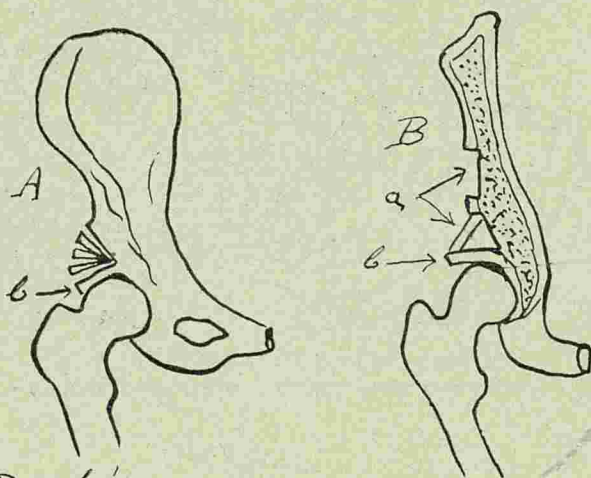
Les résultats de cette opération qui, malheureusement s'accompagnent d'un raccourcissement notable sont très satisfaisants et souvent excellents.

Dans la deuxième catégorie seront tous les cas de hanches insuffisantes, douloureuses, atteintes de sublaxations, de luxations mêmes complètes avec agrandissement du cotyle par le haut, mais dont la tête fémorale reste assez rapprochée de la région cotyloïdienne.

L'opération consistera alors à faire, au moyen de greffons osseux fichés dans l'os iliaque, au-dessus de la tête fémorale (Fig. XII), une butée d'arrêt contre l'ascension de la tête, une sorte de toit artificiel. La première intervention de ce genre semble avoir été faite en 1891 par König; mais Ferguson en 1904, Clarke en 1909, Albee surtout en 1915, améliorèrent la technique. Depuis, Lance en a été un des principaux promoteurs en France et d'innombrables

chirurgiens ont inventé des modifications de technique. En somme, on peut classer ces butées en deux catégories : celles en coin et celles en pont-levis. Le premier temps est toujours le même.

Coût artificiel



A Butée en coin
B Butée en pont-levis

Fig. 12

cest la taille du lambeau pelvien surplombant la tête que l'on rabat sur celle-ci. Mais comment le maintenir contre la poussée ascendante de la tête ? Les partisans de la méthode du coin enfoncent et entassent dans l'angle dièdre formé par la bascule du lambeau pelvien sur la tête, des greffons osseux prélevés soit sur l'os iliaque lui-même, soit sur le tibia ou même, comme Ghormley toute l'épine iliaque antéro-supérieure qui donne un greffon en coin excellent. Ceux qui préfèrent la méthode du pont-levis arqueboutent entre l'ilium et le lambeau pelvien rabattu sur la tête, un greffon iliaque pris au-dessus du premier et taillé de la forme et de la dimension voulues dans la corticale externe de l'ilion. Cette deuxième

me méthode est un peu plus délicate et longue, mais elle donne une sécurité beaucoup plus grande dans la fixité des greffons.

Les résultats obtenus par cette méthode du toit artificiel se sont considérablement améliorés après divers tâtonnements et aujourd'hui, on peut, presque à coup sûr, conseiller cette opération qui est devenue de la chirurgie courante pour un orthopédiste.

J'en ai fini avec cette rapide et trop superficielle revue des butées osseuses en chirurgie orthopédique, mais mon intention n'ayant été que de vous distraire en vous montrant des schémas et des radiographies d'opérations, peut-être nouvelles pour vous, je ne pouvais songer à approfondir et je m'estime trop heureux si j'ai pu retenir votre attention.



Hémi-hystérectomie pour rétention ovulaire dans utérus pseudo-didelphe,

prise pour grossesse tubaire

par le D^r LEHUCHER

—(0)—

Madame Ch..., âgée de 20 ans et demi, qui fait le sujet de cette communication, était venue me consulter à mon cabinet le 20 février 1932 pour un début probable de grossesse. Cette dame avait un premier enfant de 20 mois, accouchement sans histoire. Elle avait fait à la suite, le 22 juin 1931, un avortement spontané de deux mois pour lequel on avait fait un curage utérin qui n'avait donné lieu à aucune remarque. Suites d'ailleurs normales. Notre examen au 20 février 1932 porte : D. R. 27 décembre-2 janvier. Grossesse probable de 5 à 6 semaines avec déviation à gauche du corps utérin gravide. Un peu à droite, et tendant à se prolaber dans le Douglas, petite masse dure du volume d'un abricot peu douloureuse : on pense à ce moment qu'il s'agit d'un gros ovaire scléreux hypertrophié. Malgré des phénomènes de constipation opiniâtre assez inquiétants, puisqu'une radiographie du gros intestin après lavement baryté fut pratiquée, on élimine la possibilité d'une tumeur rectale ou péri-rectale. L'évacuation de l'intestin fut enfin obtenue et nous ne revîmes notre cliente que le 24 mars : la veille, 23 mars, des pertes de sang rouge avaient apparu et persistaient. Le toucher combiné au palper fait reconnaître à gauche la présence d'une masse du volume d'un gros abricot aplati présentant des battements, distincte de l'utérus. un peu rejeté à droite et à droite duquel est perçue une troisième petite masse, sans doute l'ovaire augmenté de volume. On pose le diagnostic de grossesse tubaire gauche mais où en est cette grossesse ? La masse bat, mais le volume est bien réduit pour une grossesse qui doit dater du début de février et compterait deux mois et demi environ. Le premier examen du 20 février, exact quant au diagnostic de grossesse, erroné, pense-t-on alors, quant à son siège, avait fait conclure à une gravidité de 5 à 6 semaines. Il y a de cela un mois et quatre jours et le volume de l'œuf est bien modeste. De plus, il y a, depuis la veille, des pertes de sang rouge sans douleurs : au spéculum on constate l'issue par le col utérin d'un peu de sang

non plus rouge mais noir : classiquement on peut supposer que l'œuf a cessé d'évoluer; mais la masse annexielle bat sous les doigts qui touchent. Il n'y a ni rupture, ni fissure malgré l'écoulement de sang au dehors, car il n'y a eu aucune sensation douloureuse brusque ou progressive en dehors d'un point toujours sensible à gauche; le Douglas est trouvé souple et vide. Malgré ces signes secondaires un peu contradictoires, et, mettant au premier plan la constatation d'une tumeur annexielle animée de battements chez une femme qui présente par ailleurs tous les signes d'un état de grossesse, nous décidons, par prudence, une intervention immédiate. Ceux d'entre vous qui ont assisté au drame de l'inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire nous comprendront.

L'intervention est pratiquée dans la soirée sous anesthésie générale à l'éther : on découvre un utérus double, pseudo-didelphe.

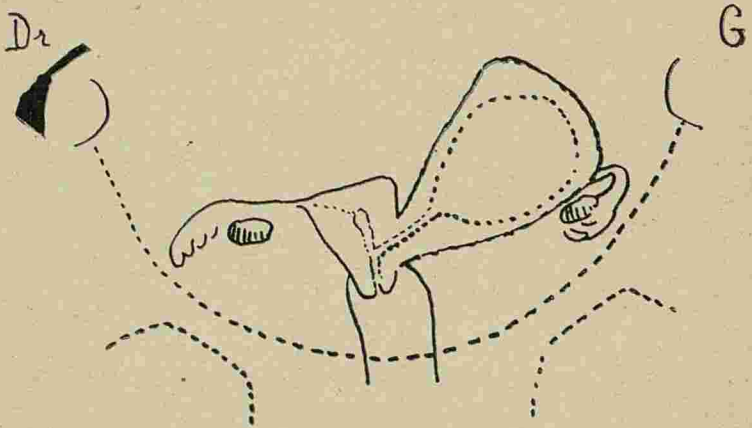
On dirait qu'il n'y a qu'un col, l'ébauche de canal cervical gauche paraît se jeter dans le col principal droit.

C'est bien l'explication de l'impression qu'on a eue au toucher : les mouvements imprimés au col par les doigts vaginaux ne se transmettent qu'à la petite masse droite étiquetée utérus; la masse latérale battant sous le doigt tout à fait rejetée à gauche, paraissait absolument indépendante, ce qui avait fait conclure assez logiquement à grossesse annexielle. L'hémi-utérus gauche a trois fois le volume du congénère droit, il est ramolli, violacé les veines du pédicule sont dilatées, il est sûrement gravide mais son volume n'est pas celui d'une grossesse de deux mois et demi : il répond à peine à celui d'une grossesse de 5 à 6 semaines. On hésite un moment sur la conduite à tenir : sans doute l'œuf a cessé d'évoluer : non augmentation de volume depuis un mois, pertes de sang, sont en faveur de cette façon de voir. Mais pour vider cet utérus par voie basse on aura peut-être des difficultés; les choses peuvent ne pas se passer aussi aisément que lors de la première fausse-couche. On se demande, mais cela n'est qu'une supposition, si les deux avortement n'ont pas eu leur siège dans cet hémi-utérus gauche devenant alors plus gênant qu'utile; la grossesse à terme aurait évolué dans l'hémi-utérus droit dont les rapports avec le col sont plus normaux. Finalement on se décide à pratiquer l'hémihystérectomie gauche sus-cervicale. On pince et on sectionne :

1° le pédicule tubo-ovarien gauche.

2° Le ligament rond gauche.

3° L'artère utérine gauche au niveau du point où passera la section sous-isthmique.



Passant largement au-dessous de l'œuf on pratique une section cunéiforme au niveau de l'union des deux cols. Le sacrifice de la trompe et de l'ovaire gauche est inévitable; on s'est assuré auparavant que les annexes droites étaient saines et normales. L'ovaire gauche montre, à la section, un corps jaune gravidique caractéristique. On place deux points de suture en X sur le plan cervical, un surjet séreux d'enfouissement se poursuit jusqu'aux ligatures externes, assurant une périfonisation parfaite. On termine cette intervention très simple par une appendicectomie complémentaire au cours de laquelle on va encore constater d'autres anomalies. En pareil cas il n'est pas rare que celles-ci soient multiples. La situation du caecum et de son appendice est anormale : ils ne sont pas dans la fosse iliaque droite, mais sont situés presque sur la ligne médiane. La partie du gros intestin qui fait suite au caecum et le continue vers le haut de la fosse iliaque droite, apparaît très dilatée (il s'agit d'une constipée chronique) et conserve la forme en sac du caecum avant de devenir colon ascendant. Toute cette zone intestinale est bridée par un revêtement séreux péritonéal, d'aspect très congestif.

A l'ouverture de l'hémi-utérus gauche enlevé, on constate la présence d'un œuf de petit volume inférieur à celui d'une noix dont l'évolution avait dû s'arrêter vers la 5^{me} ou 6^{me} semaine : la vascu-

larisation est diminuée, le petit placenta se décolle aisément : il est difficile de différencier sûrement la zone fœtale de la zone maternelle, nous savons qu'on ne les distingue nettement qu'à partir de deux mois.

Rien à dire sur les suites opératoires parfaitement simples. L'opérée quitte la maison de santé le 3 avril. Un dernier examen gynécologique permet de sentir un petit utérus normal assez bien revenu sur la ligne médiane, la ligne de péritonisation à gauche est souple et indolore.

Cette observation nous a paru digne d'être rapportée : les grossesses dans les différentes catégories d'utérus double ne sont pas très fréquentes : c'est la seconde que nous voyons, la première qui fut observée par nous à la Maternité de l'H. C. F. s'était produite dans un utérus bicorne avec deux cols complètement séparés, et s'était d'ailleurs terminée par un accouchement spontané.

Ici il s'agit d'un pseudo-didelphe suivant l'appellation de Kehrer. C'est encore si l'on veut un utérus bicorne avec un seul col, du moins vaginal. Nous préférons ici l'appellation de pseudo-didelphe. Le didelphe vrai comporte non seulement deux cols mais deux vagins. Le mot « pseudo didelphe » exprime mieux que le mot « bicorne » la séparation absolument complète des deux corps utérins, isthmes compris et même de l'origine supérieure des cols. Ce qui est particulier ici c'est la direction oblique suivant laquelle le col du côté gauche vient se jeter dans le col du côté droit; on a l'impression de ce fait, que le premier est accessoire et que le second est le principal. Vous jugerez aisément de ce que nous voulons dire par l'examen du schéma ci-joint.

La décision opératoire ne peut guère prêter à critique : pour faire le diagnostic exact de l'anomalie qu'un précédent curettage n'avait pas mis au point, il aurait fallu un radiolipiodol pratiqué avant la grossesse, et à ce moment rien n'avait attiré l'attention sur une malformation.

Dans le doute, et en présence d'une tumeur supposée annexielle animée de battements, battements dus à l'augmentation de volume des pédicules vasculaires et non à l'œuf lui-même qui avait cessé d'évoluer, et, du fait de signes de grossesse concomitants, on devait opérer. On aurait certes pu laisser les choses en place; nous avons dit plus haut les raisons qui avaient motivé notre décision

d'exérèse. Nous pensons que de ce fait, la femme se trouve actuellement dans une situation plus proche de la normale. Il sera fort intéressant de la suivre et d'observer s'il y a lieu ses grossesses ultérieures.

Enfin la coexistence de la forme et des rapports anormaux du caecum nous rappelle qu'une malformation n'est pas toujours un fait isolé, et que, en pareil cas, il faut toujours se méfier de la possibilité d'anomalies multiples chez un même sujet.



Pneumothorax par effraction en dehors de la tuberculose

par le D^r HAYAT

L'observation et les radios que je viens vous présenter se rapportent à une enfant qui, au cours d'une grippe, fit un pneumothorax généralisé par effraction et... en guérit.

Il s'agit d'une fillette de 8 ans qui avait fait, à la suite de son frère, une légère typhoïde confirmée par le séro, d'une durée de vingt-et-un jours et caractérisée par l'abondance extraordinaire de taches rosées sur l'abdomen et le dos.

Au cours de la convalescence de cette dothienthérie, la grippe qui faisait alors, en ville, une forte poussée épidémique, fit son apparition dans la famille de cette enfant. Et à son tour, celle-ci en fut atteinte.

La maladie eut, chez elle, une évolution longue et grave, grave par son hyperthermie constante et par des localisations bronchopulmonaires qui prirent successivement les formes les plus disparates : bronchite banale, congestions fugaces, œdèmes infectieux par alvéolite simulant la pneumonie, infarctus pulmonaire, et enfin pneumothorax généralisé du côté gauche.

Ce dernier accident, qui fait le seul intérêt de cette observation, survint dans les circonstances suivantes :

Après un mois de maladie, l'enfant se mit à faire de grandes oscillations thermiques; son pouls devint très rapide, des transpirations profuses apparurent. On était en droit de se demander si elle ne faisait pas une tuberculose à forme aiguë. A défaut de radio, l'examen des crachats, après homogénéisation, fut négative, à deux reprises, à l'Institut Pasteur.

D'ailleurs, l'état général se maintint excellent, et peu à peu, du côté des poumons, les choses étaient réduites à deux zones de congestion banale, l'une à la base droite et l'autre à la région sous-claviculaire gauche, quand brusquement, des signes d'infarctus apparurent dans la fosse sous-épineuse gauche : dyspnée, point de côté violent, crachats noirâtres, fièvre en clocher, foyer limité de râles crépitants... Ce fut heureusement un feu de paille ! Car tout était rentré dans l'ordre au bout de trois jours : l'enfant, avec un pou-

voir de réaction admirable, semblait se jouer de toutes les complications.

Deux jours après, et au moment où la malade semblait tranquille à tous les points de vue, je fus appelé un soir, parce que la fillette suffoquait, parce qu'elle avait une douleur horrible au côté gauche, parce que la fièvre venait, brutalement, de dépasser 40°5 !

A ma grande stupeur, je constatai une dyspnée à 80, un pouls filant, des mains glacées chez une enfant qui semblait torturée par la douleur et la soif d'air. J'auscultai instinctivement, rapidement, de haut en bas le poumon gauche : silence respiratoire impressionnant, le cœur n'était plus à gauche : la sonorité pulmonaire était exagérée... Il n'y avait plus de doute : l'enfant venait de faire un pneumothorax généralisé par effraction du foyer apoplectique, constaté quelques jours avant.

Je quitte précipitamment la malade pour aller chercher chez moi le matériel nécessaire pour une thoracentèse, dont l'indication était urgente.

J'adopte pour cela le dispositif de Bécclère : une aiguille est reliée par un tube de caoutchouc à un tube de verre en forme de L et la longue branche de ce tube plonge dans une bouteille à moitié remplie d'eau.

Les gaz intrapleuraux s'échappent en bulles nombreuses à la surface de l'eau, jusqu'au moment où la pression intrathoracique devient égale à celle de la pression atmosphérique.

Je répète la même opération trois heures après et le lendemain matin. Et je prescris du sédol à doses suffisantes et répétées et des toni-cardiaques de toutes sortes.

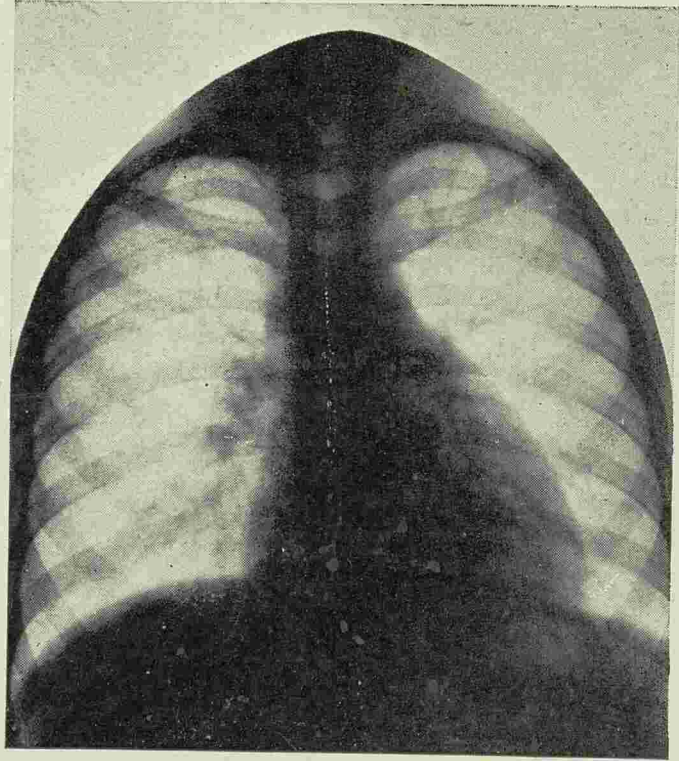
Le matin, grande amélioration de tous les troubles fonctionnels !

La radiographie est faite au lit de la malade, quelques jours après, par nos confrères les docteurs Disegni et Maruani. En voici les résultats : 1° absence totale du poumon dans toute l'étendue de l'hémithorax gauche et refoulement du diaphragme très bas; 2° médiastin vide, découvrant toute la face antérieure de la colonne vertébrale correspondante; 3° poumon gauche refoulé contre la paroi de l'hémi-thorax droit, par le cœur dont la pointe bat vers l'aiselle droite.

La malade garda son pneumo-thorax pendant plus d'un mois;

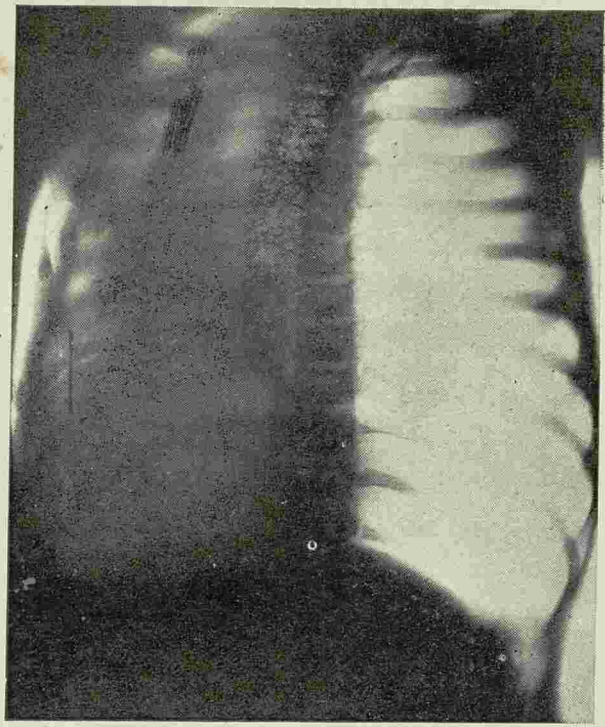
Cliché du Docteur MARUANI
fait à domicile

Les deux poumons et le cœur sont normaux



Cliché des Docteurs DISEGNI & MARUANI
fait à domicile

Pneumothorax total gauche avec déplacement du cœur à droite





puis le poumon comprimé, cicatrisé, revint à sa place et le cœur reprit son poste.

Mais l'enfant n'était pas au bout de ses peines. Car elle fit une poussée de cholécystite avec gros foie et enfin une phlébite du côté droit qui, heureusement, entra en résolution au bout de quinze jours.

Six mois après la guérison de la malade, au mois d'octobre 1931, une deuxième radio fut faite par les soins du docteur Maruani. La voici : on voit que le poumon gauche et le cœur sont exactement à leur place, et qu'il n'y a rien d'anormal dans le parenchyme pulmonaire ni dans le médiastin. Ainsi, de son pneumothorax accidentel, la petite n'avait gardé aucune trace.

∴

Avant de publier cette observation, j'ai tenu à suivre cette malade pendant plus d'un an, afin de rechercher, — à la faveur d'une auscultation attentive et d'une nouvelle radiographie, — si on ne retrouve pas, chez elle, une lésion tuberculeuse active ou cicatricielle, suite d'une toute petite lésion de même nature, isolée et éphémère, qui aurait été, au cours de sa grippe, la cause première de la perforation pulmonaire. Car nous savons maintenant que le pneumothorax est bien plus fréquemment une complication de la tuberculose, à une période relativement précoce de son évolution, qu'à la période des cavernes.

Eh bien ! Il n'y a pas de doute aujourd'hui : les poumons de cette enfant n'ont rien de suspect ; ils sont nets, absolument nets et l'état de santé de cette fillette est tout à fait florissant. Il n'y a pas de doute : la perforation s'est faite en tissus enflammés et non caséux : le pneumothorax de notre observation n'avait donc pas une origine tuberculeuse.

∴

Ce cas m'a amené à étudier la question des pneumothorax non tuberculeux : c'est la mise au point de cette question que je vais vous résumer maintenant.

Il est classique de rapporter à la tuberculose pulmonaire la cause du pneumothorax par effraction, et, il est non moins classique d'attribuer à cet accident un pronostic des plus graves, même au début de cette infection. Or l'expérience de ces dernières années a démontré les faits suivants contraires à ces données classiques :

1° En dehors des cas d'emphysème, qui cache souvent un foyer tuberculeux sous-pleural, il y a des pneumothorax d'origine non tuberculeuse et qui sont dus à de petits abcès péribronchiques, à des noyaux de broncho-pneumonie, à des foyers de gangrène pulmonaire, à des infarctus et à d'autres lésions inflammatoires banales du parenchyme pulmonaire.

2° En dehors des formes à caractères cliniques très nets dont on peut faire le diagnostic au lit du malade, la radiographie a révélé la fréquence relative de certains pneumothorax à forme latente, surtout chez les enfants. Lereboullet en a trouvé même chez le nourrisson : dans un travail, paru en 1929 et basé sur une bibliographie très complète, il a pu recueillir 45 cas de pneumothorax non tuberculeux chez des bébés de moins d'un an !

3° Ces pneumothorax non tuberculeux ont, malgré leur début dramatique comme les autres, une évolution en général bénigne, de courte durée et sans réaction liquidienne. Le « Journal de Médecine de Lyon », sous la signature de Gardère et Savoye, en a publié deux observations très intéressantes dans son N° du 20 février 1932. Cette évolution favorable s'explique par la facilité de cicatrisation d'une perforation qui se fait en tissu enflammé, mais non tuberculeux. Il est démontré en effet aujourd'hui que l'effort ne peut fournir une explication étiologique générale du pneumothorax par effraction, puisque celui-ci se produit, chez certains malades, pendant le sommeil !

Les expériences de Pierracini d'une part, ont démontré que la pression intra-alvéolaire reste constante pendant l'effort, et d'autre part, les expériences de West ont encore prouvé l'impossibilité de faire éclater un poumon sous l'influence de l'augmentation de la pression intra-pulmonaire. D'ailleurs les exemples de pneumothorax survenus pendant l'accouchement ne sont-ils pas d'une rareté exceptionnelle ?

Il faut donc, pour qu'il y ait pneumothorax par effraction, une lésion, même minime, et cette lésion est loin, très loin, d'être toujours tuberculeuse ! Une simple lésion inflammatoire d'apparence banale, cachant un foyer profond dans lequel se sont produits des dégâts anatomiques importants, est la cause de cette perforation. Le médecin non prévenu de la possibilité, en pareil cas, d'un accident de cette nature, a la tendance d'attribuer la douleur et la

dyspnée à toutes sortes de complications imaginaires. Et quand le diagnostic de ce pneumothorax latent et à évolution insidieuse devient évident, il est souvent trop tard pour sauver le malade.

Voici, à ce propos, une observation personnelle dans cet ordre d'idées :

Il y a quatre ans, je suivais, en consultation avec l'un de nos meilleurs confrères, une malade de 35 ans qui, à la suite de grippe, avait présenté une pleurésie purulente nécessitant une thoracotomie du côté droit. Un jour, l'état de cette jeune femme s'aggrava, sans que nous ayons pu en trouver la cause, par l'examen du poumon sain. La malade était essoufflée et criait de douleur ! Le soir même, on perçut, dans une petite zone de la région sous-claviculaire gauche, un souffle amphorique avec tintement métallique très net; tout était en faveur d'un pneumothorax en voie d'extension. Mais pensez-vous ? un pneumothorax au cours d'une grippe et dans un poumon qui paraissait sain ? c'était impossible ! Notre ignorance de ce point de la pathologie ne nous permit pas de concevoir la possibilité de cet accident. Nous fûmes confondus par la suite : il s'agissait bel et bien d'un pneumothorax et ce pneumothorax était généralisé et à soupape : les ponctions répétées nous en donnèrent la preuve la plus évidente. La pauvre malade en mourut...

Conclusion : En dehors de la tuberculose, un grand nombre d'affections aiguës du poumon peuvent être la cause du pneumothorax par effraction souvent chez les enfants, plus rarement chez les adultes : la dyspnée et la douleur sont des signes d'alarme dont il faut tenir compte surtout dans les formes latentes, puisque au lit des malades, en clientèle, il n'est pas toujours possible d'avoir le précieux concours des rayons X qui décèlent dès le début, le moindre épanchement d'air dans la plèvre.

Il est à souhaiter que des appareils de radiographie portatifs soient mis facilement et sans grands frais, à la disposition des médecins désireux d'éclaircir au lit de leurs malades, certains cas d'affections pulmonaires aiguës, dont le diagnostic ne peut plus être fait par la méthode, bien vieillie aujourd'hui, de la simple auscultation.



Tumeur kystique séreuse périrénale bénigne opérée par la voie transabdominale et par la voie lombaire

par le D^r L. MONTEFIORE
chirurgien de l'Hôpital Italien

C... G..., 18 ans, entre à l'hôpital le 18 janvier 1932. En son passé, paludisme en bas âge; fièvre typhoïde à 10 ans.

Quinze jours à l'avance le malade se plaint de fortes douleurs au côté gauche et ne peut plus dormir sur ce côté. Son père relate que depuis longtemps déjà le jeune homme ne pouvait plus travailler comme d'habitude. Il rentre avec diagnostic d'hydronéphrose fait le médecin de famille.

A l'analyse des urines traces d'albumine; à l'analyse du sang : azotémie 0, 391 par litre.

Etat squelettique merveilleux; garçon bien bâti.

Masses musculaires et adipeuses bien développées.

Cœur en bon état, tons cardiaques nets; aucun bruit ni souffle. Système nerveux parfait.

A la base du poumon droit, respiration âpre; à gauche, matité complète jusqu'au 4^{me} espace intercostal.

On trouve à l'examen une énorme tuméfaction de l'hypocondre gauche qui va du 4^{me} espace intercostal à trois doigts au-dessous de la cicatrice ombilicale.

Elle dépasse d'un doigt la ligne médiane et remplit la région lombaire. On a la sensation d'une tumeur liquide et on sent franchement un ballonnement qui est transmis de tous les côtés.

Le cathétérisme de l'urethère fait par le docteur Nunez est négatif. Miction normale. On élimine l'hydronéphrose et je pense à un kyste hydatique de la rate.

Le 30 janvier, sous anesthésie au kélène et éther, incision abdominale parallèle au rebord externe gauche du grand droit. Je trouve le colon tout à fait refoulé en avant avec les anses du grêle et je vois une énorme poche rétropéritonéale qui tombe violemment à l'ouverture de l'abdomen. Incision de la poche par laquelle sortent

à peu près 7 à 8 litres de liquide clair-eau de roche. J'ai eu le tort de ne pas le prendre pour l'examiner.

J'ouvre prudemment le kyste et je m'aperçois d'être en plein dans la région rénale et je vois le rein flotter au milieu de la poche; aucun signe de capsule adipeuse; à poche vide j'aperçois la rate à l'état normal.

Le danger d'une section des vaisseaux nourriciers du colon, artères mésentériques que j'aperçois par transparence et dont la section aurait entraîné la gangrène de l'intestin, m'ont empêché le clivage et l'énucléation de la poche que j'assèche et que je referme en refermant aussi la brèche péritonéale et l'incision pariétale antérieure en me promettant de reprendre le malade par la voie postérieure.

La tumeur kystique se reforme avec une rapidité vertigineuse, naturellement, et le 17 février je l'attaque largement par la voie dorso-lombaire, incision classique.

La poche bombe tout de suite et en sort une quantité égale de liquide mais non plus claire, légèrement jaunâtre. Les rebords du kyste sont fortement attirés et fixés par deux pinces en cœur.

Suture à la peau.

J'ai toujours méché profondément et le 14 mars j'ai l'expulsion d'une grosse membrane. Le malade se trouve complètement rétabli et à l'heure actuelle j'ai le plaisir de vous le faire voir bien guéri — sans néphrectomie — ce que conseillent plusieurs auteurs.

A quel diagnostic peut-on penser ?

Je crois qu'il faut s'arrêter au diagnostic de tumeur kystique séreuse périrénale bénigne.

Lecène et Leriche disent dans leur traité qu'il n'en existe que 21 cas publiés par Thévenot et c'est cela qui m'a poussé à vous le présenter.

Au contraire des tumeurs solides paranéphrétiques qui sont toujours malignes et mortelles, ces tumeurs kystiques sont bénignes et guérissent à condition d'éviter des manœuvres intempestives qui peuvent avoir comme conséquences les lésions des artères nourricières de l'intestin ou des artères rénales. Pour cela, pris au dépourvu, j'ai préféré fermer la brèche abdominale et reprendre mon opération par la voie postérieure sans néphrectomie.



Douleur épigastrique dans la Fièvre de Malte

par le D^r Ettore SCIALOM

Ayant observé, souvent, chez des malades atteints de fièvre de malte, des douleurs épigastriques et, d'autre part observé récemment des cas d'infections indéterminées, chez lesquels la constatation de ces douleurs m'a permis d'entrevoir l'origine mélitococcique qui a été ensuite confirmée par l'intradermo-réaction de Burnet, le séro-diagnostic et l'évolution ultérieure de la maladie, il m'a paru intéressant de vous parler des caractères cliniques de cette douleur et de vous en dire quelques mots de sa probable pathogénie et de son traitement.

Sur les douze cas de fièvre de malte observés, qui m'ont permis de vous présenter cette relation, dix cas ont présenté cette douleur épigastrique. Il s'agissait d'une douleur assez précoce apparaissant 8 à 15 jours après le début de la maladie plus ou moins violente, spontanée ou provoquée par la pression, localisée à la région épigastrique ou présentant seulement, à ce niveau, un maximum d'intensité, les douleurs étant alors généralisées à tout le ventre ou localisées à certaines parties, accompagnées souvent de vomissements, d'hypéresthésie cutanée et quelquefois de défense musculaire.

Voici quelques observations :

Monsieur A présente depuis 8 jours de la température irrégulière qui se maintient actuellement en plateau entre 39 et $\frac{1}{2}$ à 40 degrés.

Depuis hier, le malade accuse des douleurs à la région épigastrique avec irradiation au dos et à la région hypogastrique accompagnées de vomissements, ces douleurs sont violentes et sont aggravées par l'ingestion des aliments et même du lait.

Ces douleurs disparaissent après huit jours; elles semblaient être calmées par les purges. Un séro diagnostique pratiqué plus tard est positif à 1/200 pour la fièvre de malte.

Deuxième observation : Mme S est atteinte d'une fièvre apparue brusquement et qui se maintient élevée depuis plusieurs jours. Dès le premier jour de la maladie elle a accusé une douleur à la région épigastrique à type de coelialgie profonde qui se calme par les

purges et les lavements, un séro diagnostique pratiqué est positif à 1/200.

Deux mois après la maladie n'est pas encore terminée et la douleur épigastrique persiste toujours.

Troisième observation : Mr M. est atteint de fièvre de malte depuis 20 jours avec un séro positif à 1/200, présente des douleurs épigastriques légères qui se manifestent surtout après les repas et qui disparaissent après quelques jours sans avoir jamais été accompagnées de vomissements ni d'irradiation douloureuse.

Les douleurs abdominales qui sont retenues comme rares dans cette affection peuvent lorsqu'elles sont généralisées et accompagnées de défense musculaire et de vomissements créer des syndromes d'obstruction intestinale (Cochez et Lemaire) ou de péritonite pour lesquelles des opérations ont été même pratiquées.

Lorsque les douleurs sont localisées, elles peuvent simuler l'appendicite ou la périhépatite.

D'après l'observation de nos cas, il résulte que ces douleurs localisée ou généralisées ne sont pas aussi rares qu'on le dit surtout si elles sont recherchées par la pression et que souvent elles présentent un maximum d'intensité à la région épigastrique.

Voici encore à ce sujet deux observations intéressantes :

1^{re} Observation : M. M..., âgé de 23 ans, a présenté une première onde fébrile qui ressemble à la courbe thermique d'une fièvre typhoïde légère.

La palpation de la région iléo-cécale détermine une douleur assez vive. Sans l'affirmer on pense à une fièvre typhoïde. Le séro-diagnostique pratiqué montre qu'il s'agit d'une fièvre de Malte. Nous revoyons alors notre malade pour voir s'il ne présente pas d'autres symptômes de cette affection, et nous nous apercevons que la douleur est beaucoup plus intense à la région épigastrique qu'à la région iléo-cécale.

2^{me} Observation. — M. A..., âgé de 20 ans. La mère est atteinte de bronchite chronique, une sœur a présenté il y a deux ans une pleurésie qui a duré six mois; est atteint depuis 15 jours d'une fièvre irrégulière accompagnée de sueurs abondantes avec douleurs abdominales violentes accompagnées de vomissements et de défense musculaire; a maigri beaucoup depuis qu'il est malade. Le sommet gauche apparaît suspect, le pouls est petit et fréquent. La ré-

gion épigastrique est très douloureuse. On pense à la possibilité d'une péritonite tuberculeuse, mais les douleurs cessent brusquement et le séro-diagnostic est positif à 1/200. L'évolution ultérieure de la maladie est celle d'une mélitococcie.

Cette douleur épigastrique a été décrite et interprétée différemment selon les auteurs.

Décrite comme gastralgie par certains, décrite comme douleur à type de tiraillement de brûlure ou d'hyperesthésie cutanée ou encore de coelialgie profonde indépendante de tout trouble digestif (H. Roger); il s'agit souvent à notre avis de gastralgie mais quelquefois de vraies coelialgies avec pulsations visibles de l'aorte abdominale, hyperesthésie cutanée de la région épigastrique, douleur en barre et irradiations douloureuses semblables à celles des coelialgies. Il s'agit alors d'un symptôme sympathicotonique à ajouter à ceux qui ont été décrits comme résultant de l'atteinte du système sympathique dans la fièvre de Malte.

Pour le traitement de cette douleur on se rappellera qu'elle est souvent calmée par les purges. Dans le cas de coelialgie on pourra essayer l'ésérine qui quelquefois m'a paru calmer les douleurs. Dans les autres cas on emploiera les médicaments habituels des gastralgies.

Cette douleur épigastrique a été décrite depuis longtemps dans la fièvre de Malte; elle constitue un symptôme assez précoce et important de la maladie qui n'est cependant pas connu par tous les médecins et les traités et les articles les plus complets qui ont été écrits sur la fièvre de Malte ne semblent lui accorder aucune importance pour le diagnostic.

J'ai tenu à vous parler de ce symptôme pour vous montrer son importance clinique et aussi parce qu'il m'a semblé que souvent lorsque les douleurs abdominales dans la fièvre de Malte sont généralisées ou localisées elles présentent un maximum d'intensité à la région épigastrique et que la connaissance de ce fait et sa constatation pouvaient nous orienter vers un diagnostic exact.

Sur la valeur diagnostique et pronostique du syndrome humoral dans le Kala-Azar

par MM. Lucien UZAN et A. SANTILLANA

Dans une chronique parue, il y a quelques mois dans la Tunisie Médicale, le Docteur Broc rapportant une observation de Benhamou, a déjà décrit les diverses réactions que l'on peut faire sur le sérum des malades atteints de kala-azar. Nous avons pensé qu'il y avait quelque intérêt pratique à y revenir car la valeur diagnostique de ces réactions ne doit pas être méconnue, c'est ainsi par exemple que Donatien et Lestoquard de l'Institut Pasteur d'Alger ont remplacé la ponction de la rate chez le chien par la réaction au formol pour le diagnostic du kala-azar; d'autre part les tests biologiques de guérison du kala-azar permettraient de prévenir les rechutes toujours graves ou les abus thérapeutiques inoffensifs seulement en apparence.

Nous ne dirons rien de l'examen classique de la pulpe splénique qui positif, a une valeur absolue mais qui est parfois négatif (2 cas de D'Oelsnitz, 1 cas d'Olmer, 1 cas de Masselot), ponction de la rate qui n'est pas sans danger : Brahmachari dit qu'elle ne doit être pratiquée que si elle est absolument nécessaire pour le diagnostic, l'École Napolitaine tend à l'abandonner pour l'exploration de la moelle osseuse et les étudiants aux travaux pratiques sont exercés à la ponction du tibia; enfin il est bien admis que la disparition des parasites à l'examen de la pulpe splénique retirée par ponction de la rate, ne peut en aucune façon être considérée comme un test de guérison. Nous n'insisterons pas non plus sur la recherche du parasite dans le sang circulant, recherche infidèle et pénible, ni sur la culture du sang sur le milieu N. N. N. ou milieux dérivés, qui d'après Brahmachari donnerait 97% de cas positifs. Nous ne voulons retenir que la formule hématologique, les réactions biologiques simples, et les modifications quantitatives et qualitatives des albumines du sang.

La formule hématologique est bien connue : déglobulisation intense, valeur globulaire abaissée. La mononucléose et la leucopénie sont caractéristiques. On trouve assez souvent des chiffres

de 10% de polynucléaire chez l'enfant. L'augmentation des mononucléaires se fait soit au profit des lymphocytes, soit au profit des moyens et grands mononucléaires, et l'inversion de la formule serait en rapport avec la gravité de la maladie. Une mononucléose relative persiste assez longtemps après la guérison clinique, mais une tendance défavorable de l'équilibre leucocytaire doit faire craindre une rechute.

Plus nouveaux sont les renseignements fournis par une série de réactions importées des Indes : réaction au formol, réaction à l'uréa-stibamine, réaction à l'eau distillée. La réaction au formol, la plus étudiée avait été proposée en 1920 par Gaté et Papacostas pour le diagnostic de la syphilis. En 1926 Mackie et Napier en tirent parti pour le diagnostic du kala-azar. En ajoutant 2 gouttes de formol à 1 cc de sérum de kala-azar on observe 2 phénomènes : la gélification presque instantanée du sérum, puis assez rapidement une opacification blanchâtre. Brahmachari estime que la réaction n'a de valeur diagnostique que si la gélification se produit en 1 à 2 minutes, l'opacification complète dans un délai de 3 à 20 minutes. Ce double phénomène permet de différencier en général facilement la réaction spécifique d'avec toutes les réactions observées dans des affections variées.

La réaction est positive à la période d'état, elle ne serait pas très précoce. Rumpelmayer après l'avoir essayé tend à lui accorder une valeur presque absolue; Benhamou l'a trouvée négative dans tous les autres cas de splénomégalies, fébriles, subaiguës ou chroniques, et il a pu écrire que toute formol-leucogélification positive commande un traitement d'épreuve. D'Oelsnitz l'aurait trouvée deux fois négative et une fois positive dans un cas de tumeur maligne du foie. Elle constitue selon lui un signe de présomption, précieux pour le praticien à cause de la simplicité de sa recherche, et utile pour le diagnostic quand on l'interprète en concordance avec les signes cliniques.

C'est Benhamou surtout qui en souligne la valeur pronostique : sa disparition progressive serait pour lui le meilleur test de la guérison véritable. Après une première série de sels d'antimoine, il conseille d'attendre un mois. Si la réaction devient négative, on peut encore attendre, si la réaction est toujours positive, il faudrait sans hésiter commencer la 2^e cure même si les symptômes

cliniques (anémie, rate, fièvre) sont en faveur d'une amélioration. D'OElsnitz reconnaît à la réaction une valeur sémiologique non négligeable, mais il insiste sur le fait que la négativation de la formol-leucogélification ne se produit que postérieurement à la guérison clinique; après cessation de tout traitement, il faut attendre, pour assister au retour à la normale et juger de la réaction. Il reste néanmoins que c'est la réaction au formol qui disparaît la première, avant les autres réactions humorales.

Enfin nous devons signaler que la présence de formol dans la suspension de mélanine donne à la réaction de Henry pour le diagnostic du paludisme un aspect spécial, quand elle est faite sur un sérum de kala-azar. Cette observation est intéressante car elle pourrait conduire au dépistage du kala-azar dans les centres de prophylaxie du paludisme où l'on recherche à côté de l'indice splénique et plasmodial, la sérofloculation palustre, expérience entreprise en particulier en Algérie.

La réaction de Chopra et Gupta à l'urea-stibamine est plus précocée que la réaction au formol. Elle est d'une netteté indiscutable : à la surface de contact du sérum avec la solution d'urea-stibamine, il se produit un précipité massif, immédiat. Benhamou ne paraît pas l'avoir beaucoup utilisé. Elle est considérée par D'OElsnitz comme très supérieure à la réaction au formol.

D'OElsnitz l'a recherchée sur des sérums de sujets normaux ou atteints d'autres affections et il l'a trouvée habituellement tout à fait négative. Cependant pour éviter certaines causes d'erreur dans le diagnostic, on a proposé des variantes à la réaction primitive : d'une façon générale, pour avoir le plus de concordance avec le contrôle parasitologique il faut obtenir une réaction encore très nette avec le sérum dilué au 1/10°. André et Labernadie mesurent au photomètre VBY l'opalescence obtenu en mélangeant 1cc de sérum dilué au 1/1000° avec 1% d'urea-stibamine : la réaction est positive si le degré optique dépasse 15. Labernadie et Lafitte ont signalé que la réaction faite directement sur le sérum est positive chez les sujets ayant absorbé récemment de la quinine.

La réaction de Chopra et Gupta persiste assez longtemps après la guérison clinique, elle est la plus longue à disparaître.

Brahmachari a découvert que si l'on verse à la surface d'un sérum de l'eau distillée, il se produit un anneau blanc opaque s'il s'a-

git d'un cas de kala-azar, c'est ce qu'il appelle le Globulin Ring Test. La réaction persiste si on dilue le sérum au 1/10^e, ce qui fait disparaître les réactions ébauchées que l'on observe dans d'autres affections. Cette réaction serait due à l'augmentation dans le sérum du taux de l'englobuline, fraction des globulines insoluble dans l'eau distillée.

On constate en effet, généralement, dans le sérum des malades atteints de kala-azar une diminution des albumines totales, avec augmentation des globulines et inversion du rapport sérine-globuline. Toutefois ce syndrome serait différent de celui que l'on observe dans la néphrose lipidique et dans la cirrhose du foie où il y a également hypoprotéïnémie et inversion du rapport sérine-globuline. Ces modifications des albumines ne sont pas caractéristiques mais l'examen répété de la formule des albumines permet de suivre l'évolution de la maladie et le retour à la normale serait pour Benhamou un excellent test de guérison.



Nous rapporterons ultérieurement les observations personnelles que nous avons pu faire sur ce syndrome humoral, nous nous contenterons aujourd'hui de présenter l'observation clinique, recueillie dans le service du Docteur Debbasch, d'un enfant de 3 ans, venant de Villejaque, atteint de kala-azar. Cet enfant qui n'avait jamais été malade a présenté 4 mois avant son entrée à l'Hôpital Italien des troubles gastro-intestinaux, accompagnés de fièvre à type palustre. Le médecin traitant n'ayant pas obtenu de résultats à la suite d'un traitement quinique poussé l'envoie à l'Institut Pasteur où la ponction de la rate est faite et révèle la présence de leishmanies. Il se présente à notre observation avec une température élevée et un assez mauvais état général. A l'examen, on est frappé par le volume de l'abdomen et à la palpation on aperçoit une rate dure, très hypertrophiée, dont le pôle inférieure atteint la crête iliaque. Le foie, contrairement aux observations habituelles, est très légèrement hypertrophiée et déborde d'un travers de doigt le rebord costal. On a institué aussitôt le traitement stibié avec la solution de Cristina et Caronia, solution à 1% de tartre stibié. Les injections ont été faites à des doses relativement faibles : 1 cc. tous les 2 jours. La fièvre intermittente avec des poussées fébriles à 40° a cédé à la deuxième semaine, pour cette raison il nous semble inu-

tile d'augmenter les doses. L'état général s'améliore très sensiblement, la rate diminue de volume, l'enfant prend des couleurs. Le traitement est continué sur le même rythme jusqu'au 25 mai. A ce moment, l'enfant apyrétique depuis 57 jours paraît cliniquement guéri. Il a reçu au total 40 centigrammes de tartre stibié en 40 injections.

C'est alors que pour contrôler les guérisons cliniques nous avons utilisé les diverses réactions biologiques décrites. A notre surprise toutes les réactions pratiquées à la fin du traitement sont nettement positives, la mononucléose est à 80% (20 p. 100 de poly seulement)

Albumines totales : 58 gr.

Sérine : 26 gr.

Globuline : 32 gr.

Sérine-Globuline : 0,8 gr.

Ces résultats en opposition flagrante avec la clinique nous avaient fait envisager la nécessité d'une deuxième cure. Mais après une semaine nous avons noté une amélioration du syndrome humoral : réaction de formol leucogélification plus tardive etc. : poly : 34% ; mono : 66%.

Albumines totales : 61 gr.

Sérine : 29 gr.

Globulines : 29gr.

Rapport sérine

————— : 1.
globuline

Peut-être s'agit-il d'un cas où le rétablissement de l'équilibre humoral ne s'établit que tard après la cessation du traitement et la guérison clinique. Quoi qu'il en soit ces résultats nous amènent à tenir encore le petit malade, sous notre observation, les rémissions spontanées chez l'enfant n'étant d'ailleurs pas de longue durée, en général. L'avenir permettra de juger dans ce cas particulier de la valeur pronostique des réactions biologiques.

**Un cas de tétanos aigu
généralisé guéri avec une dose minime de sérum (100^{cm³})**

par le D^r DEBAUCHEZ

Il s'agit d'une femme indigène âgée de 22 ans qui, quinze jours après une plaie transfixiante du sein gauche par une balle, est amenée avec un tétanos aigu généralisé datant, paraît-il, de la veille. Il n'y avait pas eu d'injection préventive.

J'ai fait de suite, n'en ayant pas davantage, vingt centimètres cubes de sérum antitétanique intra-veineux, puis les parents ayant emmené cette femme, je lui ai fait chez elle, de deux jours en deux jours, trois injections de 20 cmc. intra-veineuses, le tout associé à une dose quotidienne de 5 gr. de chloral.

Elle a eu trois jours après la dernière piqûre, 20 cmc. de sérum intra-musculaire.

L'amélioration marquée dès la deuxième injection s'est poursuivie sans incident.

Cette amélioration a suivi une marche descendante commençant par les muscles masticateurs et cervicaux.

J'ai cessé le sérum lorsque les grands droits de l'abdomen ont été souples, les membres inférieurs étant encore raides.

Je suis loin de considérer ce cas comme un succès personnel et de donner ces doses en exemple.

Ce sont les circonstances qui me les ont imposées.

Il est à remarquer avec quelle facilité a guéri ce tétanos qui paraissait d'emblée très grave.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 3 Juin 1932

La séance est ouverte à 18 heures sous la présidence du Dr Scialom.

Sont présents : MM. les docteurs Ronchot, Tremsal, Pérez, Bouquet, Ghouila-Houri, Cohen-Eculakia, Brugairolles, Lombroso, Moatti, Montefiore, Perussel, Scemla, Duplenne, Scialom, Giami, Santillana, E. Lévy, Brun, Guez, Ganem, Nunez, Benmussa, E. Scialom, L. Uzan, Hayat, Dana, Hababou-Sala, Soria, Salvo, Debbasch, H. Bonan, Boulakia, Féré, Timsit, Chatenier, Lehucher, Bernard, Zérab, Colien V.

∴

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

∴

COMMUNICATION DU BUREAU

Le président informe la Société que la « Maison du Médecin » a fait don à la Bibliothèque de deux volumes offerts et dédiés par le professeur Gougerot. Il propose qu'en échange la Société remette à la « Maison du Médecin » les volumes para-médicaux qu'elle possède.

∴

Le président souhaite la bienvenue au Dr Rendu, de Lyon, et lui donne la parole.

PRESENTATIONS DE MALADES

Un cas de paralysie infantile - Indication opératoire

par le Dr A. RENDU

—(0)—

Messieurs,

Permettez-moi d'abord de vous remercier de l'accueil si bienveillant que vous m'avez réservé dans votre Société et de témoigner à votre Président toute ma gratitude pour les paroles flatteuses dont il a bien voulu m'honorer.

La malade que je vous présente est une orpheline de 22 ans que j'avais été amené à examiner au Couvent de Sainte-Monique et qui m'a paru susceptible d'être considérablement améliorée par des opérations sans danger de chirurgie orthopédique.

Vous voyez la façon lamentable dont elle se traîne pour marcher, buste penché en avant, genoux fléchis, membre inférieur gauche inerte complètement manœuvré par la main gauche qui ne peut lâcher sa prise sur l'extrémité inférieure du fémur.

Voilà les tristes séquelles d'une paralysie infantile grave : il serait trop long d'établir devant vous le bilan de tous les muscles paralysés ou parésiés et je ne vous citerai que l'essentiel, mais je dois vous dire que les indications opératoires, en chirurgie de paralysie infantile ne peuvent être décidées qu'après un examen très précis de chaque muscle.

Donc, voici une paralysie infantile qui a laissé un pied ballant qui se tord en valgus et abduction, un genou fléchi à 30° par rétraction des muscles fléchisseurs, qui se dérobe par disparition du quadriceps et qui est atteint de la déformation habituelle en genu-valgum de degré moyen.

A la hanche, la mobilité volontaire est très diminuée mais il reste d'assez bons muscles pelvi-trochantériens et le grand fessier, le Roi de la hanche, est suffisant.

Saluons-le, car sans lui, rien de bon ne peut-être fait dans la stabilisation d'un membre inférieur paralytique.

Que faut-il donc faire ?

D'abord stabiliser le pied par une double arthrodèse tibio-tarsienne complète et son astragalienne *postérieure* seulement, ce qui rend l'opération bien plus délicate, mais il faut laisser jouer l'articulation médio-tarsienne le plus possible, donc la respecter complètement quand on est obligé, comme dans ce cas, de faire une double arthrodèse postérieure et non pas seulement l'arthrodèse sous-astragalienne complète avec butée antérieure ou postérieure comme j'ai coutume de le faire dans les cas moins invétérés.

Puis, stabiliser le genou par une arthrodèse modelante qui corrigera à la fois la flexion, le genu-valgum et la rotation de la jambe. Ainsi traitée, dans quatre mois, mon ami le docteur Bouquet, avec qui je vais opérer demain cette malade dans son service, pourra vous la représenter marchant de façon convenable et aisée, car il est bien entendu que si nous pouvons améliorer les déformations, nous ne pouvons rien contre l'élément paralytique.

Puis, sous l'influence des nouvelles conditions anatomiques dans lesquelles va se trouver la malade, nous verrons peu à peu disparaître les attitudes vicieuses du bassin et du tronc qui rendent au-

jourd'hui la malade absolument difforme et sa scoliose s'améliorera considérablement. Bref l'expérience déjà longue que j'ai de ces opérations me permet d'affirmer qu'en l'opérant ainsi, nous rendrons un très grand service à la malade.

∴

Un cas de pyopneumothorax

chez un nourrisson de 14 mois

Traitement médical - Guérison

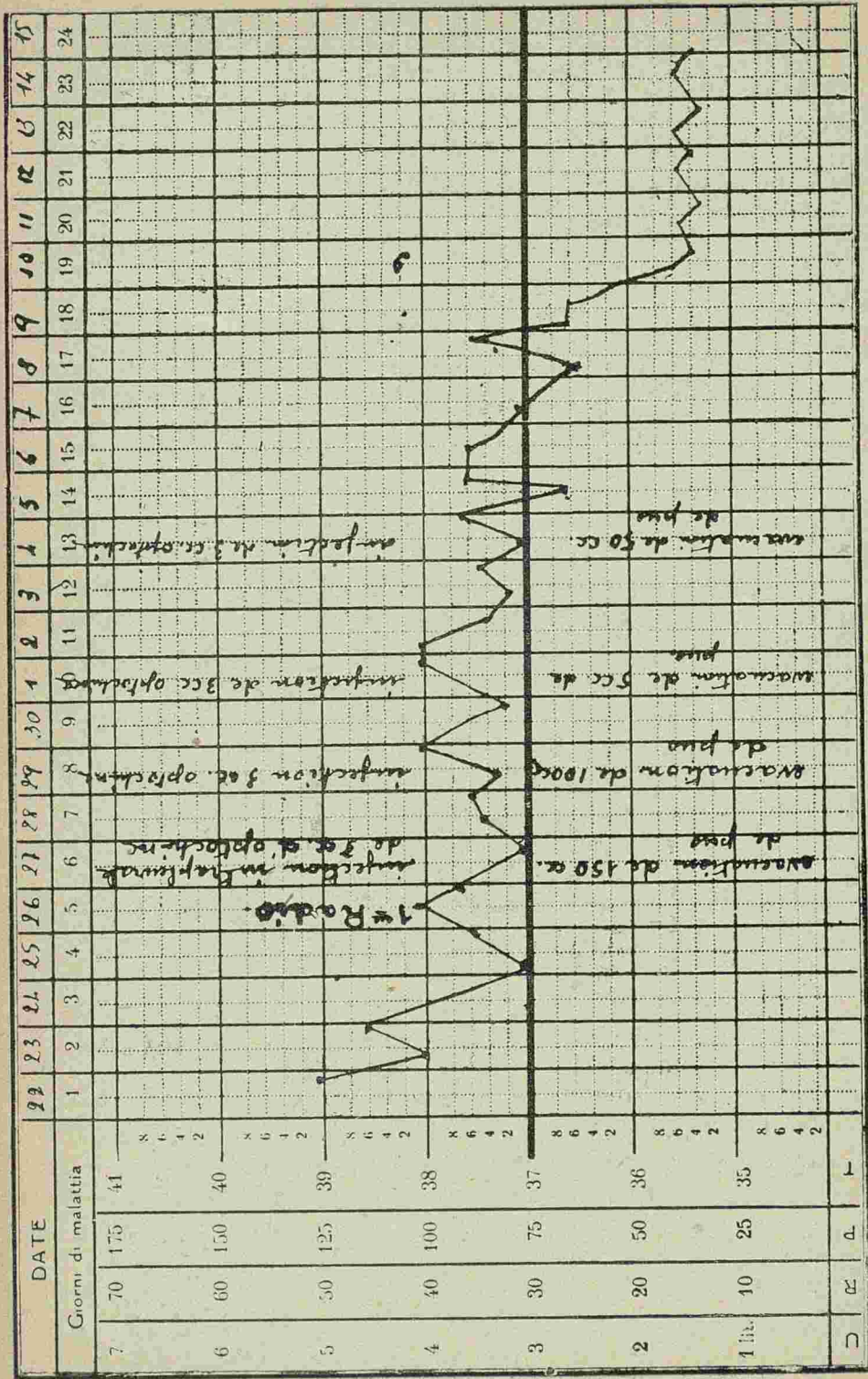
par le D^r SANTILLANA et M. L. UZAN

Nous présentons un cas de pyo-pneumothorax chez un enfant de 14 mois, provenant du service du docteur Debbasch. Il s'agit d'une observation rare puisque Lereboullet dans une des dernières séances de la Société de Pédiatrie affirmait que dans la littérature il existe seulement une quarantaine de cas de pneumothorax spontané non tuberculeux chez le nourrisson. Nous ne voulons pas aujourd'hui discuter ce cas. Nous remettons cette étude clinique dans une note prochaine. Pour le moment nous présentons des radiographies très nettes dues à l'obligeance de notre confrère le docteur Disegni, qui sont assez démonstratives. Nous voulons seulement faire quelques considérations thérapeutiques. Nous avons traité l'enfant médicalement d'abord parce qu'il s'est présenté à notre observation dans des conditions extrêmement graves, puis parce que chez le nourrisson l'acte opératoire est d'un pronostic très sombre. Comby en effet considère que la mortalité, indépendamment de la méthode que l'on emploie, atteint chez le nourrisson jusqu'à l'âge de six mois 100 p. 100, de 6 à 12 mois 76 p. 100, de un à deux ans 61 p. 100.

Chez notre malade une ponction pratiquée le 13^{me} jour de maladie nous a donné 150 cc. de pus extrêmement épais à pneumocoques. Les ponctions ont été faites avec le trocart de l'aspirateur de Potain. Une semaine après nous avons pratiqué une deuxième ponction évacuatrice, qui a donné encore 150 cc. de pus suivie d'une injection intra-pleurale de 3 cc. d'une solution d'optochine à 5 p. 100. Nous avons continué tous les deux jours à pratiquer des ponctions évacuatrices, qui ont donné des quantités toujours dé-

Avril

Mai



croissantes de pus, suivies de piqûres intrapleurales de la solution d'optochine. Nous avons pratiqué en tout cinq ponctions évacuatrices et quatre piqûres d'optochine intrapleurales.

L'amélioration a été tout de suite assez nette; on l'apprécie très bien en regardant la courbe de température que nous présentons.

∴

Nous voulons ici insister sur l'efficacité du traitement médical dans certains cas de pleurésie purulente chez l'enfant. C'est Woringer de Strasbourg qui a employé le premier l'optochine dans le traitement des pleurésies purulentes à pneumocoques.

Cet auteur très partisan de la pleurotomie dans l'empyème de la deuxième enfance et de l'âge adulte, a cherché à atténuer le pronostic chez les nourrissons en substituant aux interventions chirurgicales les injections intra-pleurales d'optochine. Ce produit agit bien dans les pleurésies à pneumocoques chez des enfants entre huit mois et trois ans. On injecte 25 milligr. par kilogr. de poids, trois ou quatre jours consécutifs.

∴

D^r MONTEFIORE. — *Tumeur kystique séreuse périrénale bénigne opérée par la voie transabdominale et par la voie lombaire.*

(Voir en tête de ce numéro).

∴

D^r SANTILLANA. — *Un cas de kala-azar chez un enfant. — Guérison par le tartre stibié.*

(Paraitra dans prochain numéro)

∴

PRESENTATIONS DE PIÈCES

M^{lle} FRIED et BERNARD. — *Présentation de pièce d'un cancer primitif du poumon.*

Discussion :

Le D^r BENMUSSA demande si le diagnostic a été posé uniquement d'après l'obscurité respiratoire d'une base.

**A propos d'un cas de Thrombo-phlébite
au cours d'une otite aiguë**

par le D^r L. MOATTI

— (O) —

Le 30 janvier 1932, je suis appelé auprès d'une petite malade de 13 ans, qui se plaint depuis quelques jours de douleur dans l'oreille droite.

Huit jours avant déjà, cet enfant avait présenté, au cours d'une angine, ces mêmes phénomènes rapidement calmés par un traitement local. Mais cette fois la douleur est plus violente et s'accompagne d'une température à 38°5.

A l'examen, je constate un bon état général. L'enfant n'est nullement abattue; la langue est légèrement saburrale. La température est à 38°5; le pouls à 100, bien frappé et régulier. Il n'y a pas eu de frissons.

A l'examen auriculaire, on note une douleur mastoïdienne assez vive, spontanée et surtout provoquée par la pression; elle intéresse toute l'étendue de la mastoïde, depuis la base jusqu'à la pointe.

Le tympan est rouge et bombe dans sa partie postérieure seulement. Toute la partie située en avant du manche du marteau est blanche et d'aspect tout à fait normale.

En résumé, il s'agit d'une otite moyenne cloisonnée postérieure. Etant donné la fièvre et la douleur mastoïdienne, je fais, le jour même, une large paracentèse. Dès le lendemain, du pus blanchâtre très épais, s'écoule abondamment de l'oreille. La douleur spontanée se calme, la température descend progressivement; mais la pression sur la mastoïde reste toujours douloureuse.

Traitement habituel de l'otite moyenne suppurée.

Le 6^{me} jour, brusquement, le soir, apparaît une douleur spontanée mastoïdienne très violente, s'étendant à toute la moitié droite de la tête; en même temps la température s'élève de un degré et $\frac{1}{2}$.

A ce moment l'examen fait constater l'apparition d'un point extrêmement douloureux à la pression sur le bord postérieur de la pointe mastoïdienne.

L'état général reste cependant bon.

Je vois la malade avec le docteur Benmussa.

Nous décidons d'intervenir pour les raisons suivantes :

Persistance de la douleur pendant plus de six jours, malgré un bon drainage de la caisse.

Reprise de la température et surtout apparition de la douleur postérieure signalée par certains auteurs comme étant symptomatique d'une atteinte du sinus latéral (signe de Criesinger).

Intervention le lendemain 6 février avec l'assistance des D^{rs} Benmussa et Ganem.

Protocole opératoire : Mastoïde légèrement pneumatique; peu de pus sauf à la pointe où l'on ouvre une grosse cellule remplie de pus et de fongosités.

L'ostéite n'est pas très marquée et l'os apparaît plutôt congestionné, et saignant plus que normalement.

L'antra est très difficile à découvrir. Il est haut et profondément situé.

Le sinus est procident. Au 2^{me} coup de gouge, son coude est mis à nu sur une longueur de $\frac{1}{2}$ centimètre environ. Il ne bat pas, ce qui est normal, contrairement à l'opinion des classiques. Sa paroi ne semble pas altérée.

Pour toutes ces raisons, nous ne jugeons pas nécessaire de le dénuder plus largement. On termine l'opération en évitant complètement la mastoïde.

Fermeture partielle de la plaie. Drainage inférieur à la mèche.

Suites opératoires. — L'après-midi de l'intervention la température monte à 40° pour retomber à 38° vers huit heures du soir.

Le lendemain matin elle est à 37°, mais remonte à 38°8 le soir.

A partir du 4^{me} jour, elle est dans les environs de 39° dans la journée et grimpe à 40° le soir, (jusqu'à 40°8 le 4^{me} jour).

L'état général se maintient cependant assez bon.

Le pouls est bien frappé, en rapport avec la température.

La langue est saburrale; l'inappétence presque absolue.

Aucun signe clinique méningé : pas de raideur; pas de vomissement.

Aucun signe pulmonaire, cardiaque, rénal ou gastro-intestinal.

Pas de douleur au niveau de la plaie; pas d'empâtement le long de la gouttière jugulaire; pas de frisson.

La plaie présente un bon aspect; pas de suppuration, ni mastoïdienne, ni auriculaire.

La portion du sinus, qui avait été mise à nu n'a pas changé d'aspect.

Examen de laboratoire. — Hémoculture : négative.

Formule leucocytaire du 9 février, c'est-à-dire le quatrième jour après l'intervention.

Globules rouges : 5.360.000

Globules blancs : 12.560

Polynucléaires neutrophiles : 85%

Polynucléaire eosinophile : 0

Lymphocytes : 3,7%

Moyens mononucléaires : 6%

Grands mononucléaires : 5%

Urines : un litre environ par 24 heures; pas d'albumine.

On institue le traitement habituel des septicémies : pyoformine, électrargol, septicémine.

Le 8^{me} jour, l'enfant fait un frisson qui se prolonge une demi-heure environ avec élévation thermique à 40°.

Dès ce moment le diagnostic de thrombo-phlébite, que nous soupçonnions sans pouvoir l'affirmer, nous paraît certain.

Une formule leucocytaire faite ce même jour donne :

Globules blancs : 12.160

Polynucléaires neutrophiles : 54%

Polynucléaires eosinophiles : 1,4%

Lymphocytes : 6,5%

Moyens mononucléaires : 32%

Grands mononucléaires : 5%

Le lendemain matin, nous voyons la malade en consultation avec notre confrère le docteur Houdart. Nous décidons d'attendre 24 heures avant d'intervenir de nouveau. Le soir même un deuxième frisson apparaît. Le diagnostic de thrombo-phlébite ne faisant plus de doute, l'intervention est décidée d'urgence.

2^{me} intervention le 15 février avec l'assistance des docteurs Benmussa et Ganem.

Rugination étendue des deux lèvres de la plaie. Le sinus est mis à nu, depuis son coude jusqu'à la pointe de la mastoïde.

Dans ses 2/3 supérieurs il est thrombosé, rempli par un gros

caillot rouge, adhérent, non suppuré. Toute la partie inférieure par contre est remplie de pus épais qui s'échappe dès l'incision de la paroi sinusale. On poursuit très bas la dénudation et on ébauche l'opération dite de Grunert, qui consiste à découvrir la jonction sinuso-jugulaire dans le trou déchiré postérieur. On ne termine pas cependant cette opération trop longue et trop pénible pour écourter la durée de l'anesthésie chez une malade déjà fatiguée.

On ne fait pas non plus de ligature de la jugulaire.

Le sinus est alors incisé sur toute sa longueur, cureté très légèrement et nettoyé dans sa portion suppurée seulement.

Tamponnement des bouts supérieurs et inférieurs suivant la technique préconisée par Lannois, c'est-à-dire par une mèche introduite entre la paroi osseuse et la paroi sinusienne.

On laisse tout ouvert, après tamponnement de la plaie.

A partir de cette deuxième intervention tout peu à peu rentre dans l'ordre. La température redescend vers la normale en lysis.

L'état générale s'améliore rapidement.

On laisse la plaie se combler et la cicatrisation est complète le dixième jour de l'intervention.

Nous avons jugé intéressant de rapporter cette observation par l'intérêt que présentent :

Sa symptomatologie clinique et biologique.

Son évolution.

Son traitement.

Au point de vue clinique il est assez rare d'observer une thrombo-phlébite au cours d'une otite aiguë, car ce sont en général les otites chroniques qui donnent les complications veineuses.

D'autre part il est intéressant de noter l'évolution extrêmement rapide de cette thrombo-phlébite puisque l'atteinte du sinus semble avoir débuté le 8^{me} jour de l'otite, au moment de la reprise de la température et de l'exagération des douleurs, en particulier de la douleur provoquée à la pression du bord postérieur de la pointe mastoïdienne.

Ces signes cependant, au moment de leur apparition, ne nous avaient pas paru suffisants pour nous faire porter le diagnostic de thrombo-phlébite.

Notre petite malade présentait en effet un bon état général; elle ne donnait nullement l'impression d'une grande infectée, comme le

sont en général les malades atteints de thrombo-phlébites. La température était sans grande oscillation. Il n'y avait pas non plus ce signe si important des septicémies : le frisson.

D'autre part les examens de laboratoire ne concordaient nullement avec l'hypothèse d'une thrombo-phlébite. Tous les auteurs et en particulier notre maître Sebileau, ont toujours insisté sur l'hyperleucocytose dans les thrombo-phlébites.

Ainsi donc ni le mode d'apparition, ni le tableau clinique, ni les examens de laboratoire, ni les lésions trouvées à la première intervention, ne nous permettaient de porter le diagnostic de thrombo-phlébite. Ce diagnostic ne s'est trouvé confirmé qu'au moment de l'apparition des frissons et des grandes oscillations thermiques.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous avions à faire à une thrombo-phlébite mixte, simplement thrombosante dans ses 2/3 supérieurs, suppurée dans son extrémité inférieure. Nous eûmes ainsi à appliquer un traitement différent pour chacune de ces portions : simple incision de la paroi veineuse sans curettage pour la thrombose simple, résection de la paroi avec curettage pour la portion suppurée.

Cette conduite à tenir nous semble la plus logique. Autant nous curettions et nettoyons avec soin une thrombo-phlébite suppurée, autant nous nous abstenons, à l'encontre de quelques spécialistes, de toucher à un caillot sanguin bien organisé dont le curettage dans un milieu éminemment septique nous paraît dangereux.

Reste maintenant la question de la ligature de la jugulaire dans le traitement des thrombo-phlébites du sinus latéral.

Cette question a fait et fait encore l'objet de multiples discussions entre ligaturistes et antiligaturistes. En réalité, en étudiant de près les statistiques, on se rend compte que les résultats sont à peu près les mêmes. Pour notre part, dans les cas de thrombo-phlébites que nous avons opérées, nous avons lié la jugulaire dans quelques cas et nous nous sommes abstenus dans d'autres. Nous n'avons pas l'impression que nos résultats aient dépendu de cet acte chirurgical. Sauf les cas bien entendu où aux lésions sinusiennes s'ajoutent une thrombo-phlébite jugulaire, il semble que la ligature de ce vaisseau ne fait qu'allonger, sans profit certain, la durée d'une intervention déjà longue et choquante chez des malades que la septicopyhémie a déjà mis dans un état de moindre résistance.

Discussion :

Le D^r E. LUMBROSO félicite le docteur Moatti et déclare que s'il est vrai que la thrombo-phlébite est plus fréquente dans les otites chroniques, elle est assez fréquente également dans les otites aiguës.

J'ai vu un malade atteint d'otite aiguë le jeudi; paracentésé le soir même et opéré le dimanche matin pour masto et thrombo-phlébite.

Au sujet de la ligature de la jugulaire je suis d'accord avec le docteur Moatti sur les résultats obtenus avec ou sans ligature.

Je pense tout de même qu'il serait peut-être plus prudent de lier la jugulaire dans les thrombo-phlébités à la suite d'otite aiguë.

En effet, nous savons que dans ce cas il est assez fréquent de voir thrombosé le golfe de la jugulaire plus fréquemment même que dans les thromboses à la suite d'otorrhées chroniques et dans ces conditions je crois que c'est une précaution qu'il y aurait intérêt à ne pas négliger.

Le D^r SPEZZAFUMO signale l'importance qu'il y aurait eu dans le cas du docteur Moatti, où il y a eu un moment de flottement dans le diagnostic après la première intervention, à faire l'épreuve de Queckenstedt.

Le D^r SCEMLA : Je demande aux spécialistes si la ligature de la jugulaire est faite pour arrêter la propagation du processus infectieux, ligature dont le but serait superposable à celui que Maurer a cherché à atteindre dans le traitement de l'infection puerpérale par la ligature des veines iliaques primitives.

Le D^r BRUGAIROLLE : Très intéressé par la communication du docteur Moatti expose que sur 280 cas de masto opérés chez son maître le docteur Mouret, en quatre ans, a trouvé une thrombo-phlébite dans onze cas dont quatre au cours d'otites aiguës, toutes paracentésées. Dans les otites aiguës on se trouve habituellement en présence de thrombose avec septico-pyohémie, alors que dans les otites chroniques ce sont le plus souvent des thromboses sans signes généraux très nets et même parfois complètement absents.

La méthode de Mouret de la mastoïdectomie maxima lui a fait trouver de la péri-phlébite dans 20% des cas et dans trois cas une thrombose latente dont le curettage a sans doute évité des compli-

cations graves. Dans ce cas l'on se trouve en présence de mastoïdites postéro-supérieurs avec atteinte des cellules inter-sinuso-antrales.

Avant de terminer je tiendrais à conseiller la méthode de Mouret pour la découverte du golfe, plus facile, plus rapide, moins dangereuse que le procédé de Grunert.

∴

A propos de l'observation

du D^r Nunez "Angine de Ludwig"

Discussion du diagnostic

par le D^r L. MOATTI

—«O»—

Si je prends aujourd'hui seulement la parole à propos de l'observation de mon excellent confrère et ami le docteur Nunez, observation intitulée « Angine de Ludwig », c'est que, arrivé trop tard à l'avant-dernière séance, je n'ai pas pu prendre part à la discussion.

J'ai lu avec beaucoup d'attention cette intéressante et très instructive observation, et je vais vous demander la permission de la commenter, car il est toujours utile que chacun de nous apporte ses idées et ses conceptions, surtout quand il s'agit d'une affection aussi rare et aussi redoutable que l'angine de Ludwig.

J'avoue avoir beaucoup hésité avant de me décider à prendre part à ce débat. Il est en effet toujours délicat de discuter un diagnostic quand on n'a pas vu le malade.

Mais cette question de l'Angine de Ludwig et d'une façon plus générale encore toute la question des accidents infectieux d'origine dentaire est tellement intéressante et me paraît encore si obscure par certains points, que je voudrais, par mon intervention, susciter une discussion générale qui rendrait les plus grands services à nos malades et à nous-mêmes. En effet si l'hypothèse que je vais soutenir devant vous est reconnue erronée, si par contre c'est bien d'une angine de Ludwig qu'il s'agit, nous aurions tous ici la satisfaction de constater que la littérature médicale s'est enrichie d'un nouveau cas d'angine de Ludwig guérie. Et la prochaine fois que l'un de nous aura à traiter une affection aussi redoutable, il n'aura

plus, comme l'a certainement eu notre confrère, cette sensation angoissante que son malade est voué à une mort presque certaine.

Voilà pourquoi je me permets aujourd'hui de prendre la parole. Je m'excuse de ce préambule trop long, mais nécessaire pour écarter tout malentendu et mettre la discussion sur le terrain exclusivement scientifique.

J'entre maintenant dans le vif de la question et je vous donne mes arguments :

Dans la première partie de son exposé, notre confrère nous donne la description classique du phlegmon diffus gangréneux du plancher de la bouche.

A propos des lésions anatomo-pathologiques, il écrit ceci : « L'incision nous fait tomber sur des tissus d'aspect gangréneux; pas de pus, mais une substance rougeâtre, peu abondante avec des bulles de gaz et des tissus nécrosés. » C'est rigoureusement exact, et je dirais même que ce sont les lésions anatomiques qui sont les seuls signes de certitude de l'angine de Ludwig.

En effet, l'étiologie, la gravité des signes généraux, le siège de la tuméfaction, même quand celle-ci est strictement médiane et sus-hyoïdienne, se retrouvent dans d'autres affections de la région, en particulier dans les ostéophlegmons. Ces affections ressemblent souvent à s'y méprendre à l'angine de Ludwig, mais au sens strict du mot, elles ne le sont pas.

Somme toute, ce n'est qu'une question de terminologie, mais elle a son importance car le pronostic et le traitement sont totalement différents.

Reprenons maintenant en détail, les signes présentés par le petit malade du docteur Nunez.

Certes nous y retrouvons l'étiologie dentaire, la gravité des signes généraux de l'angine de Ludwig la plus classique.

Nous n'insisterons pas sur le siège de la tuméfaction « sous maxillaire et sus-hyoïdienne mais, ajoute notre confrère, « plus prononcée à gauche ».

La tuméfaction de l'angine de Ludwig quoique essentiellement médiane, peut en effet très souvent empiéter sur les régions sous-maxillaires et même descendre le long des gouttières carotidiennes.

Je ne prendrais pas non plus, comme argument contre l'hypothèse d'une angine de Ludwig, le fait que le malade a guéri. Quoi-

qu'en disent les classiques, cette affection opérée très précocement peut guérir, exceptionnellement, il est vrai.

C'est dans le compte-rendu opératoire de l'observation que nous ne trouvons pas les caractères essentiels, sine qua non, de l'angine de Ludwig.

Notre confrère ne dit pas un mot des caractères anatomo-pathologiques du foyer infectieux. Dans l'angine de Ludwig, même opérée précocement, on rencontre toujours à l'intervention un peu de sérosité d'aspect plus ou moins gangréneux, des muscles infiltrées et parfois même déjà délacérés; or ici, l'incision semble avoir été blanche. On pourrait alors se demander s'il ne s'agissait pas là simplement d'un œdème inflammatoire, secondaire à un foyer infectieux voisin.

La suite de l'observation nous fait pencher vers cette hypothèse.

En effet le 3^{me} jour, une collection purulente a été évacuée par la région sous-maxillaire.

A mon avis, ce foyer de suppuration est la preuve que ce cas doit entrer dans le cadre des ostéophlegmons d'origine dentaire, affection infiniment plus fréquente que l'angine de Ludwig. Il est en effet difficile d'admettre la production d'un abcès de fixation, comme le pense notre confrère, dans une affection à marche aussi foudroyante que le phlegmon septique diffus du plancher de la bouche.

Tout dans ce tableau clinique plaide en faveur de l'ostéophlegmon : l'étiologie, le siège de la tuméfaction plus latérale que médiane, l'absence de cette sérosité fétide, roussâtre, gangréneuse, si particulière au phlegmon diffus du plancher de la bouche et qui ne saurait passer inaperçue à l'opérateur dès qu'il effondre la sangle du mylo-hyoïdien, enfin et surtout cette suppuration si abondante, évacuée le troisième jour de la maladie.

Quels sont les arguments que l'on pourrait invoquer contre ce diagnostic d'ostéophlegmon ?

Un seul, je suppose : la gravité de l'état général. Mais pour tous ceux qui ont vu beaucoup d'ostéophlegmons, cet argument n'a pas grosse valeur. Il n'est pas rare de voir des malades gravement infectés, avec frissons, température à 40° et chez lesquels seul le diagnostic d'ostéophlegmon peut être porté.

Les signes généraux, en principe, ne sont fonction que du ter-

rain et du germe en cause. Peut-être s'agissait-il dans le cas du docteur Nunez, d'un streptocoque très virulent. L'examen bactériologique n'a malheureusement pas été fait.

J'ai vu tout dernièrement, avec mon collègue le docteur Ganem, un malade à qui un confrère dentiste avait fait une extraction très difficile de dent de sagesse. Le soir même le malade était couvert de sueur. La température était à 39°; le pouls à 120 et la dysphagie à peu près absolue. Toute la région sus hyoïdienne était gonflée et dure. Nous avons, bien entendu, pensé à la possibilité d'une angine de Ludwig.

Mais dès le lendemain tout rentra dans l'ordre et le malade guérit très vite.

Voilà donc un cas où il n'y a même pas eu formation d'abcès et où pourtant les signes généraux furent d'emblée inquiétants.

Il en est d'ailleurs souvent ainsi chaque fois qu'il y a une infection partie de la cavité buccale qui est éminemment septique.

En résumé, je ne crois pas que le cas présenté par notre confrère le docteur Nunez, soit un véritable phlegmon diffus gangréneux du plancher de la bouche.

Je pense plutôt à un ostéophlegmon, c'est-à-dire, suivant la conception qu'en a donné mon maître, le professeur Sebileau, une collection purulente secondaire à un foyer d'ostéite d'origine dentaire.

Ce sont d'ailleurs deux affections très voisines et parfois difficile à différencier l'une de l'autre, d'où le grand nombre d'observations d'angine de Ludwig relatées comme guéries, alors qu'il ne s'agissait probablement que de simples ostéo ou adéno-phlegmons.

Il importe cependant de faire un diagnostic précis. Le pronostic est en effet totalement différent, très souvent mortel ou très bénin suivant qu'il s'agit de l'une ou de l'autre affection.

D'autre part, alors que le phlegmon diffus gangréneux du plancher de la bouche nécessite des incisions larges et multiples, l'ostéo-phlegmon guérit très bien à beaucoup moins de frais et sans gros délabrement.

Discussion :

D^r MONTEFIORE : Je demande la parole : Ayant opéré moi-même le petit malade atteint d'angine de Ludwig, je vous lis son observation de la Maison de Santé :

Frisson, faciès terreux, température 40°2, gêne respiratoire, la région sus-hyoïdienne médiane est le siège d'une diffuse tuméfaction qui gagne les régions bilatérales; langue soulevée, plancher comblé d'œdèmes diffus. Incision sus-hyoïdienne médiane verticale; deux contre-incisions parallèles aux rebords des maxillaires; odeur fétide, tissus gangréneux, sérosités sanieuses.

Le D^r MOATTY répond que cette description correspond aux caractéristiques de l'angine de Ludwig mais que le docteur Nunez dans sa description n'en parle point.

A la 16^{me} ligne de l'article on trouve décrit les caractéristiques anatomo-pathologiques de cette infection :

L'incision nous fait tomber sur des tissus d'aspect gangréneux; pas de pus mais une substance rougeâtre peu abondante avec des bulles de gaz et de tissus nécrosés.

J'ai à mon actif *sept opérés* d'angine de Ludwig avec six cas mortels; je crois donc avoir la prétention de savoir et pouvoir diagnostiquer cette redoutable maladie. Je reconnais que je dois, peut-être beaucoup, le succès obtenu au *sérum de Weimberg*, sérum antigangréneux. Tous les auteurs modernes portent le pourcentage de guérison de l'angine de Ludwig à un taux relativement assez élevé à condition que le diagnostic soit précoce et à condition qu'on injecte des fortes doses de sérum de Weimberg.

Le D^r MOATTY clôture la discussion en disant que si les symptômes et la description des lésions anatomo-pathologiques ont été ainsi, il en convient du diagnostic.

D^r GUTTIÈRES : Je demanderai au docteur Montefiore si la dent a été extraite avant ou après l'opération.

D^r MONTEFIORE : Avant.

D^r GUTTIÈRES : Je vous demande pardon; mais j'ai vu le malade avec sa dent après l'opération.

D^r NUNEZ : La dent a été extraite 40 jours après.

D^r NUNEZ : Pour l'observation du docteur Moatty qui nous fait une exposition très détaillée de l'ostéo-phlegmon, je conclus qu'il a discuté mon diagnostic d'angine de Ludwig en se basant sur le fait que mon observation ne mentionnait pas exactement ce que l'on a trouvé à l'intervention.

En effet en revoyant l'observation je m'aperçois que je n'ai fait aucune mention aux caractères des tissus incisés, mais si j'ai omis

de les décrire c'est parce qu'au début de mon observation j'avais déjà décrit les caractères anatomopathologiques de cette infection.

Si le docteur Moatti était venu à la première communication ou s'il m'avait demandé des éclaircissements à ce sujet, il aurait évité la discussion.

∴

Calculs de l'ampoule de Vater
extraits par voie transduodénale cholécystectomie
rétrograde sous-séreuse concomitante
pour cholécystite calculeuse

par le D^r LEHUCHER

—«O»—

Mme Ma... âgée de 44 ans qui fait l'objet de cette communication a accouché à la Maternité de l'H.C.F. dans des conditions normales le 26 février 1932. Elle sortait du service avec son bébé au sein le 5 mars 1932.

Le 28 mars elle nous revient avec son enfant qu'elle continue d'allaiter, pour une crise typique de cholécystite aigüe, crise sérieuse apyrétique sauf un 38° le 29 mars, petite réaction péritonéale qui nous fit même envisager un moment l'intervention d'urgence. On sentait remarquablement la saillie du petit globe vésiculaire sans empatement périphérique. Rapidement la crise aigüe s'atténue; on a l'impression que la vésicule s'est vidée... le fait est exact du moins en partie, car l'ictère s'installe teintant rapidement et à fonds muqueuses et téguments; les urines acajou présentent l'aspect caractéristique que leur donnent les pigments biliaires. C'est sans aucun doute une obstruction de la voie principale, la débâcle partielle du cholécyste, nous verrons qu'il reste de nombreux calculs dans la vésicule, a entraîné un ou plusieurs calculs dans le cholédoque : en fait ceux-ci sont allés jusqu'à l'ampoule de Vater qu'ils ne peuvent franchir. L'état général est assez bon quoique les démangeaisons qui accompagnent l'ictère aient pris un caractère insupportable. On ne gagne plus rien à attendre. On décide l'intervention que nous pratiquons le 12 avril.

Anesthésie générale à l'éther. Incision longue de « Kehr »; le foie est énorme débordant le rebord costal d'un travers de main et

de mi. On doit prolonger par en bas l'incision en baïonnette trop haute. Il n'y a pas de péricholécystite; la vésicule est peu augmentée de volume mais bourrée de calculs qui seront trouvés au nombre de 7 quand on l'ouvrira après l'opération. Nous vous présentons ces calculs. L'analyse chimique pratiquée par notre distingué pharmacien-chef de l'H.C.F. Monsieur Bouquet que nous sommes heureux de remercier ici, donne : Calculs de Cholestérol; avec une couche intermédiaire constituée par des sels et des pigments biliaires. Pas de sels minéraux.

Le cystique a le volume du pouce, quant au cholédoque il est aussi gros qu'une anse intestinale. De suite on incise légèrement le péritoine pariétal postérieur en dehors et à droite de la deuxième portion du duodénum, on pratique aisément le décollement classique de l'angle qui unit la première et la deuxième portion et de la deuxième portion elle-même : la main gantée pouce en arrière, quatre autres doigts en avant, explore au palper la portion pancréatique du cholédoque et sa terminaison au niveau de l'ampoule de Vater : c'est bien en ce dernier point que siège un paquet de calculs, enchassés dans l'ampoule même et qu'aucune manœuvre ne peut faire remonter vers la haute portion libre du conduit dilaté, ils ont franchi le sphincter d' « Oddi » et restent dans la cavité ampullaire distendue, bridés par la muqueuse! l'orifice de la caroncule est trop étroit pour leur livrer passage. Notre décision est déjà prise d'emprunter comme il nous est déjà arrivé de le faire, la voie transduodénale pour libérer l'ampoule. Mais auparavant nous allons pratiquer la cholécistectomie rétrograde sous-séreuse : le péritoine du cystique est incisé; le conduit gros comme le pouce et à paroi très épaisse est libéré de sa séreuse et lié par un gros catgut au plus près de son abouchement dans la voie principale: entre cette ligature et une pince obturante on coupe le cystique au thermocautère; on est étonné de l'épaisseur de la paroi très indurée; puis, d'arrière en avant et de dedans en dehors, on décolle la vésicule libérée en partie de sa séreuse; quelques pédicules épais, contenant les branches de l'artère cystique sont pincés et liés. Finalement la vésicule est enlevée sans qu'on ait vu une goutte de bile; quelques ligatures sont placées sur de petits vaisseaux contenus dans l'épaisseur de la séreuse. On pratique sur cette séreuse un surjet d'arrière en avant, prenant soin par un point particulier

d'encaupuchonner le moignon du cystique sous le surjet séreux. Cela fait, on retourne au duodénum décollé au niveau de sa seconde portion : on incise transversalement sur 4 à 5 centimètres sa paroi antérieure : les doigts de la main gauche saisissant comme il a été dit plus haut le paquet calculeux inclus dans le Vater, le présentent au bistouri à travers la lumière duodénale : il suffit d'agrandir légèrement au bistouri la muqueuse qui borde l'orifice de la caroncule et l'on accouche au moyen du bout mousse des ciseaux courbes un assez gros calcul suivi de débris calculeux moins bien conglomérés, mais formant un tas au moins égal au premier calcul.

Cette muqueuse lors du débridement au bistouri, n'a pas donné une goutte de sang. Aussitôt l'extraction pratiquée, un flot de bile verdâtre se précipite dans la lumière intestinale rendant difficile et... inutile l'exploration au cathéter du conduit cholédocien. Il n'y a plus qu'à refermer soigneusement l'incision transversale pratiquée sur le duodénum ce que l'on fait en deux plans de surjet au fil de lin : un profond total, un superficiel séreux d'enfouissement.

Doit-on drainer le cholédoque par une incision sus-duodénale du conduit ? On résout la question par la négative : 1^o. Il n'y avait pas d'angéicholite : le foie était énorme du fait de la rétention biliaire considérable, mais cette bile ne devait pas être septique puisque la température n'avait pas dépassé 38°;

2^o le drainage se fait par l'ampoule de Vater agrandie : s'il restait par hasard un petit calcul en migration il aurait maintenant toute facilité pour passer dans l'intestin entraîné par le flux biliaire.

Par la suite, du 2^e au 9^e jour après l'intervention, la malade fit une légère poussée thermique, 37,9 à 38,7, l'ictère qui disparaissait rapidement fit une légère réapparition : en 24 heures l'ictère céda et en quelques jours tout rentra dans l'ordre mais à ce moment nous nous demandâmes s'il n'eût pas été plus prudent de drainer directement la bile au dehors. La suite nous prouva par la simplicité de l'évolution vers la guérison que nous nous serions attirés, inutilement, en drainant le cholédoque, les ennuis et les retards dus à la fistule biliaire.

On plaça quand même par prudence un Mickuliez sur le surjet d'enfouissement de la cholécystectomie et au voisinage de la suture

duodénale : précaution prudente que nous ne regrettons cependant pas d'avoir prise, mais dont on aurait pu en fait se passer, car il ne s'écoula ni bile ni sécrétion d'aucune sorte.

Suture de la paroi en trois plans sauf au niveau du Mickulicz.

Nous avons cru bon de rapporter cette observation car elle nous permet de préciser deux points de technique chirurgicale qui n'innovent rien, mais dont l'emploi n'est peut-être pas très généralisé : de plus cette façon de faire nous paraît accroître les chances de succès et permet d'éviter des difficultés au cours d'une intervention toujours sérieuse.

1° La cholécistectomie rétrograde sous-séreuse. Nous n'insistons pas sur les avantages maintes fois décrits de la voie rétrograde; mais sur la sous-séreuse il y a encore à dire.

C'est une méthode un peu plus longue que celle de l'exérèse ordinaire, mais combien plus sûre : d'abord au point de vue de l'hémostase parfois délicate de ces branches de l'artère cystique souvent grêles : les vaisseaux sont déjà ramifiés dans la séreuse disséquée et bien souvent le surjet d'enfouissement suffira à lui seul. Ici, vu la vascularisation intense de la région, nous avons dû adjoindre quelques ligatures surtout au niveau du pédicule du cystique; ensuite les larges lambeaux dont on dispose permettent de ne laisser aucun point sans péritonisation; enfin le moignon du cystique cause si fréquente de fuite biliaire, est complètement et sérieusement enfoui.

2° La voie transduodénale employée pour extraire les calculs vatriens : ici le bloc calculeux est coincé dans l'ampoule même; il a pu franchir toute la lumière du canal cholédoque dilaté et le sphincter d'Oddi, mais la muqueuse intestinale le bride définitivement au niveau de la caroncule. Impossible de mobiliser les calculs en les refoulant en haut dans la portion sus-duodénale accessible; dangereux d'essayer de les pêcher à la curette par une incision faite plus haut : ils sont bel et bien bloqués dans l'ampoule de Vater, et la voie transduodénale est en fin de compte la seule pratique et sûre. Il y a de plus un double avantage à débrider la caroncule : le drainage de la bile se fera directement par l'intestin; si un nouveau calcul descendait des voies hautes de l'hépatique il trouverait le chemin libre, la voie d'issue agrandie. De la sorte il n'y a pas à subir les ennuis de la fistule biliaire créée par le draina-

ge externe du cholédoque incisé. Au cas d'angéiocholite vraie, avec état fébrile dû à la septicité de la bile en rétention, il y aurait sans doute lieu de pratiquer, de plus, l'incision du cholédoque avec drainage classique. Mais dans le cas présent telles n'étaient pas les indications : le résultat parfait avec disparition de l'ictère sans trace de fistule biliaire, et diminution de volume rapide de cet énorme foie, prouve que nous avons eu raison de ne pas drainer la bile en dehors. Le 4 mai, 3 jours avant la sortie de la malade, un examen d'urines donne : absence d'urobiline, de pigments biliaires, de glucose.

Enfin il y a peut-être encore un avantage à avoir respecté l'intégrité d'un conduit tel que le cholédoque qu'une cicatrice d'incision peut mener au rétrécissement; il est vrai par ailleurs que son état de dilatation considérable pouvait le tenir en garde contre ce danger.

Dans la duodénotomie nous préférons l'incision transversale qui expose moins que la longitudinale à la striction cicatricielle.

Pour terminer nous ferons remarquer que cette intervention un peu complexe a présenté des suites extrêmement simples : l'allaitement du bébé au sein a pu être continué sans aucune fatigue pour la mère.

..

D^r LEUCHER. — *Hémi-hystérectomie pour rétention ovulaire dans utérus pseudo-didelphe, prise pour une grossesse tubaire.*

(Voir en tête de ce numéro).

Discussion :

Le D^r DUPLENNE prend part à la discussion en rapportant deux observations :

1° L'une de son ancien Maître, le docteur Brun (d'Angers) : utérus double dont l'un, le gauche était fibromateux, très augmenté de volume et présentait un noyau sous-péritonéal du volume d'une orange. L'autre, le droit, de volume sensiblement normal, non fibromateux.

Hystérectomie totale.

2° Observation personnelle. Utérus bicorne ou bifide reconnu au cours d'un curettage pour rétention placentaire post-abortum (3 mois $\frac{1}{2}$ environ). Il s'agissait d'une grossesse développée dans le corps droit, le corps gauche ayant conservé le volume d'un utérus normal non gravide.

Séance extraordinaire du 10 Juin 1932

«0»

La séance est ouverte sous la présidence du docteur Scialom.

Sont présents : MM. les docteurs Cohen-Boulakia, Ghouila-Houri, Farrugia, Santillana, Scialom, Renru, Giami, Fellous, Triolo, Ronchot, Tremsal, L. Uzan, Pérez, Bouquet-Bryen, Jaubert de Beaujeu, J. Scemla, Masselot, Guez, Scria, Lehuher, Ganem, Duplenne, Montefiore, Cohen V., Maruani, E. Lévy, Hababou, Reynal, Brugairolles, Spezzafumo, I. Lumbroso, Bardou, Bouquet.

∴

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité.

∴

D^r ETTORE SCIALOM. — *Douleur épigastrique dans la fièvre de Malte.*

(Voir en tête de ce numéro).

Discussion :

Le D^r MASSELOT rappelle qu'il y a quelques années il a publié un cas de coelalgie dans la fièvre de Malte. S'il mentionne ce cas ce n'est que pour signaler le résultat excellent du traitement quant à la douleur mais non quant à la fièvre. La vaccinothérapie intraveineuse a fait en effet disparaître les douleurs. La vaccinothérapie intraveineuse dans la F. de M. donna des résultats inconstants mais parfois indubitables.

Le D^r REYNAL rappelle que la fièvre de Malte rentre dans la classification des maladies à déclaration obligatoire.

D^r SCIALOM : L'épigastralgie était précoce et constante il y a trente ans.

Ce signe a disparu.

Je l'ai observé cette année mais à la fin de la première onde ou à la fin de l'infection avec l'apparition des arthralgies (pseudo-rhumatisme) et des sueurs profuses et spontanées.

∴

D^{rs} SANTILLANA et L. UZAN. — *Sur la valeur diagnostic et pronostic du syndrome humoral dans le kala-azar.*

(Voir en tête de ce numéro).

Complices (1)

(Suite)

Berthancourt ne pouvait oublier tout à fait aucun de ses « condamnés » — de ces misérables dont le corps lutte contre un mal invincible — tant que le drame atroce durait encore. Les lugubres images se rapprochaient du médecin aux arrêts de son activité, à la chute du jour.

Que faire pour *son* cancer de l'œsophage ? Chirurgie ? Trop tard ! Rayons X ? Inutiles dans le cas présent. Radium ? Le bombardement de particules qui rayonne de ce métal cicatrise certaines tumeurs de la peau : on l'utilise parfois contre celles des muqueuses. C'était au reste la seule chance de soulagement à offrir au malheureux. Restait la question des frais. Quelques centigrammes de radium valent une fortune : aussi la location de tubes puissants, entreprise par d'ingénieuses sociétés, est-elle fort onéreuse. Eh bien, il adresserait l'homme à un hôpital.

Quand le malade revint, il était suivi et comme guetté par un long individu blond. Berthancourt proposa, non sans réserves, le radium. Maurinçois, presque immédiatement, accepta l'essai, mais se refusa, de façon catégorique, à sortir des mains de Berthancourt. Dès qu'il se fut prononcé, le long individu blond gesticula, affectant de parler franc et haut, mais regardant de travers :

— Il faut ce qu'il faut ! Pas d'économies si la chose est grave !

— C'est mon gendre, dit l'entrepreneur, avec l'accent de la confiance.

— Dites un fils, un vrai fils ! protestait l'autre, d'une voix attendrie.

Quand, entre deux portes, le gendre eût été informé de la situation, sa face marqua le plus dramatique désespoir. Puis il inclina la tête et respira, fort profondément. Puis, changeant de ton, il fit, avec l'importance de qui traite une grosse affaire, et aussi avec une sorte de bizarre gratitude :

— Il est perdu, tout à fait perdu. Vous ne le dites pas, vous ne

(1) Voir numéro de la T. M., Juin 1932.

pouvez pas le dire... Ne niez pas... Oh ! c'est terrible ! Et combien encore... combien de temps jusqu'à... oui, combien croyez-vous qu'il dure ? Deux ou trois ans, hein ? Pas tant que ça, vous paraissez dire. Un an ? Six mois ?... Pas même ! Alors, ne niez pas, pas plus de trois mois à vivre ! Pas plus de trois mois...

Puis, soupçonneux, et pour la première fois regardant en face Berthancourt :

— Est-ce vraiment bien sûr, docteur ?

..

La salle d'opération de Berthancourt.

Une pauvre face : gueule trop ouverte, joues distendues, sourcils remontés à moitié front. Dans le gosier que vallonnet des nausées, Berthancourt, la main protégée par un gant de caoutchouc, plonge doucement la sonde œsophagienne où transparait le tube de radium.

Malgré la tristesse de l'acte, malgré cette clarté froide qui emplit la salle, malgré la sévère blancheur des linges et les lueurs aiguës des instruments, éclate toute une gamme de couleurs vives : le cuivre de l'étuve et des réservoirs, le ruban de soie orange, passé dans la chevelure blonde d'une infirmière à face incarnadine, et les poils d'or de Berthancourt, solidement plantés dans la pâte rougeoyante de son visage. Et, émergeant d'une robe violet sombre, dont le liséré dépasse le col de la blouse, la couperose de la surveillante du radium. Et même les lèvres bleues de l'horrible rictus, rehaussées d'un filet carmin. Pourquoi ces couleurs graduées et composées qui ornent l'atroce tableau ? (Mettez à droite la surveillante; Berthancourt en face du malade, et, derrière celui-ci, l'infirmière, buste prolongeant le bras du médecin, qui guide verticalement la sonde). Pourquoi ces nuances-là, et les lignes qui les bornent ou les traversent, flexueuses, radiées et aboutissant toutes au trait diaphane de la sonde, semblent-elles exprimer une joie intense, une fête ? Ainsi cette *Montée au Calvaire* que Rubens peignit si gaiement de lilas et de vert, de carmin et de rose...

Or, ce ne sont pas seulement les lignes et les couleurs qui oublient : mais les âmes aussi, en vain groupées autour de celui qui va bientôt mourir. Aucune ne songe à lui.

Berthancourt tend son attention, non sur l'opéré (il serait obligé

de réfléchir pour s'en remémorer le sexe ou l'âge), mais sur les difficultés de la technique :

— Ce repère... ici l'aryténoïde... petite saillie... eh ? résistance ! pas de fausse route !... encore quinze centimètres...

Entre ces ombres de paroles, à peu près aux endroits que j'ai fait marquer de points de suspension, apparaissent la joie que procure un acte difficile, l'ordre de délicatesse et de prudence intimé aux muscles de la main, des souvenirs de dissections et de Traités d'Anatomie, et, peu à peu, le désir de promenade qu'en cette fin de bel après-midi Berthancourt trouve dans ses jambes.

L'infirmière, avec une habileté machinale, maintenant contre sa poitrine la tête du malade. Pense-t-elle à lui ? Non pas ! Mais à une étreinte de son amant — son amant, ce nouvel homme qui est toute l'humanité —, et à l'effluve d'un sourire lorsqu'elle sortit, au matin, dans la vivace fraîcheur.

La surveillante couperosée (teint que lui firent des libations solitaires de vieille vierge) croit encore se trouver place de la Concorde. A l'intérieur d'elle-même, apparaît ce nom, en majuscules, imprimé sur une surface carrée et dangereuse, où il faut prendre garde. Elle croit encore y courir, héler un taxi qu'elle revoit à travers les formes vagues de l'opération. Le chauffeur, enivré peut-être, lui aussi, par la belle matinée, vient droit sur sa cliente et arrête l'automobile d'un brusque coup de frein. De nouveau, la surveillante croit pousser un cri. Et l'homme de rire :

— Ayez pas peur, ma belle dame !

Ma belle dame ! Comme il avait fait clair et tiède !

Peu à peu, un oblique rayon de soleil s'est glissé dans la pièce chirurgicale, où il allumè comme des lampes toutes ces couleurs. Du chef senestre à la pointe dextre, honorablement « taillé » de cette barre lumineuse, le lugubre tableau est devenu le blason même de la Joie de Vivre. Et trois des esprits dont les corps sont là, se mêlent à cette lumière, s'élançant à travers la paroi vitrée, au-dessus des façades et des toits, vers l'immense clarté céleste... Soleil !... Soleil !...

Soleil ! Soleil ! Tout doit s'illuminer au loin : nuages et campagnes, et chaque feuille, chaque passant. Qu'il est simplement bon de vivre au soleil ! Que cela est agréable à tant de choses profondes

en nous, ou, au dehors, démesurément distantes ! Qu'il est bon de sentir cette paternité, au delà de l'infini !

Vraiment ce jour est beau, ce fugitif jour d'entre les jours...
Et voilà ! Oui, tout cela. Et bien d'autres choses encore.

∴

Or, parmi ce démesuré rayonnement épanché sur la ville, subsistent plusieurs endroits ténébreux, tout à fait dépourvus de clarté et de joie. L'un d'eux, précisément, sous les couleurs de cette opération. Maurinçois, les yeux fermés et ne percevant même plus la transparence de ses paupières, n'a plus en lui qu'étouffement, nausée, et tout à la fois une douleur aiguë et une horrible dilacération. Et il oublie que l'acte tend à guérir, il oublie que des êtres humains l'entourent... Si bien qu'en ce moment, cet homme à qui nul ne pense, ne pense non plus à personne.

∴

... Ensuite, la sonde retenue par un lacet noué derrière les oreilles, la salive filant dans une cuvette, le malade demeurait éboulé dans un fauteuil, durant une demi-journée.

Il y eut plusieurs séances, renforcées d'applications extérieures... Peu à peu les ganglions diminuèrent, le chou-fleur revint sur lui-même.

Puis, des semaines, puis deux, quatre, six mois passèrent. Invéritablement amélioré, l'entrepreneur engraisait, il avait repris son activité. Berthancourt parfois présentait à des médecins ce cas brillant : le patient écoutait avec fanatisme discussions et théories.

Soudain, tout empira d'effroyable façon. En moins de quinze jours, les ganglions du cou formèrent comme une tête de nouveau-né au-dessous du vieux visage, la déglutition devint un supplice : la tumeur, quel que fut son foisonnement, ne pouvait même plus se distinguer dans la gorge, sous la sale épaisseur de la salive stagnante.

Enfin, l'homme cessa de pouvoir respirer... Un dimanche, il s'était trouvé poussif. Puis, dès le mardi, le moindre effort amenait des crises de suffocation. Puis, le lendemain, tout le jour, puis la nuit même, assis, poings crispés aux genoux, inclinant une face bleue, dressant des regards égarés, il devait faire appel à ses dernières forces pour puiser un peu d'air dans l'immense atmosphère qui touchait ses lèvres. Pourtant, on ne savait quoi semblait éma-

ner de ce malade, dont les ouvertures vitales se fermaient peu à peu... Comme le vent entre des lattes de volets, le souffle silencieux de la mort filtrait déjà par les rides élargies.

Alors, la fille de l'entrepreneur, créature nulle, qui parut à peine de loin en loin durant cette maladie, versa une façon de pleur. Le gendre, affolé à l'idée de l'héritage, ne voyant que scellés et titres, faillit se faire écraser en descendant du premier trottoir. Et la vieille décida, en un conciliabule tenu avec sa concierge, que les médecins ne devraient pas ainsi « faire durer » leurs malades.

Cependant, les regards et les mains de l'agonisant suppliaient Berthancourt. Le médecin se sentit tenu de donner au malheureux un dernier sursis et, du moins, une fin tranquille. Il proposa la trachéotomie. Maurinçois ne pouvait presque plus émettre de sons : il secoua la tête, avidement.

Or, quand la peau se fut fendue sous le couteau; quand grains de graisse, muscles, ganglions, aponévroses, séchés à mesure par les compressés de gaze, eurent été dissociés, écartés ou coupés; quand les veines énormes et noires furent liées; quand, au fond d'un puits oblique, trois anneaux de la trachée, sectionnés par le laryngologiste, eurent fait ce *croc-croc-croc* caractéristique à la main et à l'oreille; quand la plaie, soudain renflante et ronflante, eut, en un instant, criblé de rouge l'opérateur et les aides, du front à la ceinture; quand la canule fut mise en place, et que les effrayantes bouffées de toux métallique s'apaisèrent : le misérable respira profondément, et sa bouche, incapable de parler, sourit.

Et ce sourire était si heureux qu'un autre tout pareil défronça le masque de Berthancourt. Que l'assistant et les trois infirmières rayonnèrent de cette même lueur. Que le gendre, oubliant qu'il revenait pour confirmer d'horribles espoirs, serra d'une amitié sincère les mains de l'homme encore une fois retenu au bord de l'abîme. Et que la vieille elle-même, l'anguleuse et la mauvaise, la Noix vomique, eut des façons de border le lit qui semblaient des caresses...

Eh, comment résister au bonheur d'un « semblable » qui, après avoir longuement, affreusement étouffé, enfin respire ? Qui peut empêcher son visage de répéter ce soulagement ? Et son cœur d'imiter le visage ?

Berthancourt, non sans appréhension, gravissait l'étroit escalier, noir comme un ongle sale, de la mesure où l'entrepreneur logeait sa lésine.

Depuis la trachéotomie, à force de soins, l'on avait pu, à la maison de santé, gagner à l'opéré un nouveau répit de bientôt deux mois. Malgré la canule et la sonde, Maurinçois trouvait l'existence fort supportable. La vie s'accommode de tout. Il gagnait semaine à semaine, accumulant une précaire durée, comme jadis les titres de rente de son magot. Au surplus, il avait retrouvé cette foi implicite en une longévité indéfinie, qui, à regarder de près, est le vrai pain quotidien de tous les hommes... Que pouvait devenir le vieillard chez lui, où l'avant-veille, sa famille l'avait ramené presque de force ?

Un corridor. Une porte s'ouvrit sur l'obscurité. Et Berthancourt, à l'improviste, se vit saisi par un gigantesque spectre noir qui l'em brassait en l'étouffant et marmottait :

— Croyez-vous que ce soit encore long, Monsieur le docteur ?

Il eut un instant d'horreur surnaturelle. Mais la lumière d'une autre porte éclaira la scène. Berthancourt avait donné du visage dans la houppe de l'entrepreneur suspendue à une patère. Il aperçut à sa gauche la vieille : c'était elle qui venait de parler. La peau fripée ressortait en sale sur le caraco. Tandis que le médecin avançait, elle l'épiait, d'un de ces regards sournois et vils qui donnent l'impression de laisser des taches sur les vêtements. Le gendre, que la sonnette avait dû tirer d'une somnolence, s'approcha en bâillant, tendit une main molle. Son air las et interrogatif semblait mimer la phrase de la vieille.

(à suivre)

La Tunisie Médicale

SEPTEMBRE-OCTOBRE 1932

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur les abcès du Poumon

par le D^r René BROG

—(0)—

La pathologie humaine ne reste pas inébranlable, elle se transforme progressivement et insensiblement, certaines maladies, la chlorose en France par exemple, tendant à disparaître, d'autres au contraire, apparaissant et prenant une place importante comme l'encéphalite, les abcès du poumon. Si en Tunisie, l'encéphalite n'a pas pris un essor aussi considérable qu'en France, nous observons pour les abcès du poumon une évolution comparable à celle de la Métropole, évolution parallèle à celle de la gangrène pulmonaire, et de toutes les affections putrides dont la fréquence a considérablement augmenté.

A Tunis, dans notre pratique hospitalière, les dilatations des bronches à expectoration fétide, nous paraissent aussi être observées plus souvent qu'autrefois, ce qui n'est pas sans rendre parfois fort difficile le diagnostic entre les abcès fétides du poumon, la gangrène et la dilatation des bronches.

Il n'y a pas d'ailleurs que les abcès fétides des poumons qui soient plus fréquents qu'autrefois, les abcès à expectoration non putride sont signalés eux aussi beaucoup plus souvent que jadis au détriment d'ailleurs des pleurésies interlobaires dont l'existence même est de plus en plus discutée. Il n'est pas jusqu'à la radioscopie, de plus en plus répandue, qui ne soit venue confirmer la plus grande fréquence des abcès pulmonaires.

On peut d'ailleurs se demander si les abcès du poumon sont réellement en augmentation sur les périodes passées, ou si, la radioscopie faisant découvrir un grand nombre d'abcès sans symptômes autrefois méconnus, ces découvertes radiologiques ne donnent pas l'illusion d'un plus grand nombre de cas.

Si le raisonnement est admissible pour les abcès non fétides, il ne l'est pas pour les abcès putrides, dont l'odeur pénétrante ne pouvait pas passer inaperçue, et pour nous c'est surtout cette variété d'abcès qui a le plus augmenté, surtout depuis la guerre; dans ces deux dernières années, nous en avons observé une dizaine de cas, alors qu'en 1924 dans une communication avec le Docteur Jaubert de Beaujeu tous les cas que nous avons signalés étaient des abcès sans suppuration putride.

Rien ne montre mieux le contraste entre le passé et le présent sur le sujet qui nous occupe que de comparer les cliniques de Trousseau et une année des derniers Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Trousseau, Clinique Médicale de l'Hôtel Dieu de Paris 2^e édition Tome I^{er} abcès pulmonaires, vomiques, péripneumoniques, déclare que ce sont des affections rares en dehors des cas où l'on a à faire à des vomiques tuberculeuses ou à des abcès métastatiques moins rares chez les enfants que chez l'adulte, à la suite des pneumonies lobulaires. Il déclare être resté vingt-cinq ans, médecin d'Hôpital sans avoir rencontré un seul exemple d'abcès du poumon purement inflammatoire. Il cite Laennec affirmant que sur plusieurs centaines d'individus morts de péripneumonie, il ne lui est pas arrivé, dans un espace de plus de 20 ans, de rencontrer plus de cinq ou six fois des collections de pus dans un poumon enflammé. Une seule fois, il rencontra un foyer purulent assez considérable analogue à celui trouvé par Trousseau dans la première de ses autopsies. Laennec disait qu'il ne connaissait que deux autres cas bien constatés d'abcès du poumon.

Actuellement, on assiste à une véritable floraison de travaux portant sur la bactériologie, le diagnostic et le traitement des abcès du poumon. On peut dire que les recherches modernes ont complètement modifié la question, et que certains progrès ont été faits en thérapeutique aussi bien médicale que chirurgicale.

Nous voudrions dans cette rapide revue confronter les résultats de nos observations avec les principaux travaux parus depuis quelques années, nous laisserons délibérément de côté certaines parties que nous n'avons pas pu étudier facilement, l'étiologie, la bactériologie, et nous ne nous occuperons que des abcès moyens ou grands du poumon, les petits abcès métastatiques, pyohémiques n'ayant

pas un grand intérêt clinique pratique; car ce sont souvent des découvertes d'autopsie.

Nous laisserons de côté les abcès amibiens du poumon qui sont traités dans un article à part à propos d'une observation de congestion pulmonaire amibienne.

Nous n'avons pas eu souvent l'occasion de faire des études bactériologiques approfondies pour les cas que nous avons eu à traiter. C'est une étude longue et difficile que nous aurions eu plaisir à faire, mais que les circonstances ne nous ont pas permis de mener à bien. Au point de vue clinique d'ailleurs on peut diviser les abcès du poumon en 2 grandes classes :

1° les inodores; 2° les fétides putrides, gangréneux).

Ce sont en réalité deux affections complètement différentes qui n'ont qu'un seul point de commun, leur siège anatomique. D'ailleurs si les abcès putrides nous ont toujours paru être primitifs, les abcès à pus non fétide que nous avons observés ont presque toujours été secondaires et consécutifs à des pneumonies ou broncho-pneumonies (grippe). On en déduit assez facilement par les commémoratifs, et sans grande chance de se tromper la nature du microbe en cause. Nous avons pu faire la même remarque pour toutes les observations d'abcès non putrides, que nous avons colligées dans les Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, de sorte que la nature streptococcique, staphylococcique des abcès se déduit assez facilement de l'histoire antérieure des malades. Nous citerons seulement deux exemples : l'observation si curieuse de G. Caussade et Georges Lévy Fraenkel.

Abcès unique et volumineux du poumon droit d'origine puerpérale. Pyopneumokyste. Jeune femme de dix-huit ans, porte d'entrée dans l'utérus-infection puerpérale, la fièvre s'étant déclarée le lendemain d'un accouchement. Puis embolie microbienne seule, sans infarctus (il n'y a pas eu en effet, ni crachats hémoptoïques, ni point de côté) fixation du streptocoque dans le poumons sous cette forme d'embolie microbienne.

Abcès se constituant, provoquant au début une réaction vive bien localisée, déterminant une irritation pleurale passagère puis finalement s'enkystant. Opération, guérison.

Dans la seconde observation l'abcès streptococcique du poumon survient à la suite d'une angine (Elienne Bernard et Desbuequois). Homme de 24 ans dont l'affection a débuté une semaine plus tôt par une angine, le rhinopharynx pa-

rait avoir été le point de départ de l'infection qui a abouti à l'abcès du poumon. Streptocoque pur. Guérison par vomique sans traitement spécial.

Comme nous le verrons plus loin, la connaissance du microbe en cause a surtout de l'importance au point de vue du traitement, l'isolement du microbe permettant de tenter un traitement d'auto-vaccino thérapie.

Les abcès du poumon à pus inodore, étaient d'ailleurs assez bien connus autrefois, on les voyait survenir à la suite de pneumonies ou de broncho-pneumonies. L'abcès méta-pneumonique du poumon peut être pris comme type des abcès inodores se terminant par vomique et à tendance spontanée à la guérison. Ils n'étaient pas et ne sont pas encore très fréquents. Ménétrier dans une statistique récente, relève seulement sur 400 autopsies de pneumonie huit petits abcès multiples, et cinq grands abcès. Peters en Amérique a remarqué que cette complication est moins rare qu'il n'est classique de l'admettre (Journal of the American Association) 16 octobre 1919).

En Allemagne aussi on a noté la plus grande fréquence des abcès du poumon à la suite de la grippe (action nécrotique du virus grip-pal). Comby est d'avis que chez les enfants l'abcès du poumon est rare. Sur 1832 autopsies il n'a jamais relevé l'existence d'un véritable abcès du poumon. Pour lui la pleurésie interlobaire est relativement plus fréquente chez les enfants. Sur 126 pleurésies-purulentes, il a trouvé dix pleurésies enkystées interlobaires trois reconnues pendant la vie, et sept trouvailles d'autopsie, la pleurésie interlobaire étant presque toujours pneumococcique. En 1924 nous avons signalé deux cas d'abcès postpneumonique, l'un guéri par vomique l'autre après opération par le Dr Lehucher.

Cependant bien souvent les abcès pneumoniques s'évacuent par vomiques fractionnées, mummulaires et guérissent complètement sans cicatrices. La radiographie permet d'en suivre facilement l'évolution. Une observation de Roger Cattan, est très intéressante à ce sujet car elle permet de voir le petit abcès, donnant une image hydro-aérique avec une ligne de niveau liquidien, très nette, augmenter considérablement, devenir gros comme une mandarine à grand axe vertical, avec une zone inférieure sombre, une zone supérieure claire séparées par une ligne de niveau horizontal. On voit l'image hydro-aérique se ratatiner, puis on ne trouve plus qu'une traînée sombre, sans trace d'image hydro-aérique. En somme,

on peut, par la radiographie suivre pas à pas l'évolution vers la guérison.

La restitution ad integrum est souvent la règle. Esbach a signalé un abcès du poumon chez une femme enceinte de cinq mois à la suite d'une congestion pleuro-pulmonaire de la base et de la région sous-axillaire droite, terminée par une grande vomique 200 gr. de pus donnant à la radiographie, en plein lobe inférieur du poumon droit, une masse volumineuse à contours nettement délimités, ovoïde, à grand axe vertical uniformément opaque, avec un niveau liquide surmonté d'une zone claire dans sa partie supérieure. Guérison 15 jours après la vomique. Six mois après, la grossesse étant arrivée à terme, plus d'opacité limitée, léger voile, amplitude respiratoire et jeu diaphragmatiques normaux sinus costo-diaphragmatiques libres restituitio ad integrum.

Ces abcès peuvent donner lieu à certains symptômes qui permettent d'y penser, en particulier la reprise de la fièvre après une apyrexie de plusieurs jours, ou bien un nouveau point de côté, de la matité, de l'obscurité respiratoire persistante, mais dans la plupart des cas, c'est la vomique qui fait faire le diagnostic ou l'examen radioscopique qui permet de préciser le signe de la lésion. Il en était ainsi dans l'observation de F. Bezançon, Jacquelin et Jean Celice, concernant un cas de caverne muette (pneumocoque presque pur qui s'est constituée, puis cicatrisée en un mois, en plein parenchyme et qui serait passée inaperçue sans l'examen radiologique ou la vomique.

Cette observation montre bien la bénignité des suppurations pneumococciques et la facilité avec laquelle un tissu pulmonaire jusque là sain, peut lutter contre une infection purulente et se cicatrifier rapidement et sans traitement spécial, malgré des délabrements étendus.

En somme les cas mortels d'abcès à pneumocoques sont rares et la restituitio ad integrum est la règle, elle se fait rapidement soit spontanément, soit après intervention. Les cas que nous avons eu l'occasion d'observer tant en clientèle qu'à l'hôpital se sont tous terminés assez rapidement par la guérison.

Nous n'avons jamais rencontré d'abcès du poumon ou à Pneumobauillé de Friedlander. Nous n'en avons trouvé qu'un cas terminé par la mort, de Lemierre et Maurice Rudolf. Il semble qu'il avait

évalué excessivement vite du 3 au 12 avril, donnant lieu à une énorme cavité occupant la presque totalité du poumon, ne laissant qu'une mince coque périphérique de parenchyme indurée, abcès à parois irrégulières et parsemées de saillies blanc-jaunâtre. Le bacille de Friedlander présenterait la particularité, lorsqu'il envahit le poumon d'entraîner dans sa progression excentrique une nécrose rapide et largement extensive de ce parenchyme. Le terme de pneumonie disséquante nécrotique (Letulle et Bezançon) dépeint d'une façon heureuse l'aspect des lésions trouvées en pareil cas.

Nous passerons rapidement sur les abcès à staphylocoques et à streptocoques n'ayant pas eu jusque là l'occasion d'en rencontrer. Le staphylocoque donne d'ailleurs plutôt de petits abcès pyohémiques, mais on peut observer de gros abcès, comme avec le pneumocoque et les voir guérir, spontanément ou après traitement, comme dans la belle observation de Boidin et Mlle J. Fontaine. Au cours d'une septicémie traînante à point de départ cutané, apparition à plusieurs mois de distance dans l'un, puis dans l'autre poumon, de deux gros abcès guérissant complètement l'un par vomique, l'autre après opération chirurgicale.

Lereboullet a même signalé un cas chez un nourrisson de cinq mois, avec guérison, fait assez rare à cet âge.

Les abcès à streptocoques eux-mêmes qui donnent très souvent lieu à de grands abcès peuvent guérir après vomique sans intervention chirurgicale, même lorsqu'il s'agit de streptocoque hémolytique.

Les abcès fétides, putrides ou gangréneux du poumon qui paraissent être ceux qui ont le plus augmenté de fréquence, sont aussi ceux qui présentent une plus grande gravité, les guérisons spontanées, étant excessivement rares.

La symptomatologie de ces abcès ne varie guère suivant le microbe en cause; ce qui frappe surtout c'est l'intensité des signes généraux des signes fonctionnels contrastant bien souvent avec très peu de signes d'auscultation. C'est le plus souvent en se basant sur la fétidité de l'haleine, et les caractères de l'expectoration que l'on fait le diagnostic d'abcès du poumon; quant au siège de l'abcès, on est bien souvent uniquement guidé par le siège du point de côté.

Dans quelques cas, lorsque les abcès sont centraux ou parahilai-

res, il n'y a pas de point de côté, et l'abcès n'est découvert que par la radioscopie, ou par la vomique.

Le début de l'abcès est presque toujours marqué par un point de côté très violent qui peut durer plusieurs jours, la douleur du début manque rarement, elle est très violente, angoissante. Son intensité doit être plus forte que celle de la pneumonie ou de la pleurésie ou même que celle du pneumothorax, car cette douleur est souvent oubliée par les arabes que nous voyons à l'Hôpital alors qu'ils accusent presque toujours le début de l'abcès du poumon par la douleur et les grands frissons froid, tremblement.

La douleur du début est d'ailleurs différente de celle qui survient au moment de la vomique, douleur atteignant son apogée, au moment de l'évacuation du pus, accompagnée d'une toux incessante qui s'arrête très rapidement lorsque la poche est vidée.

Un autre signe très précoce que nous avons observé fréquemment, c'est la fétidité de l'haleine et surtout de la toux, apparaissant plusieurs jours avant l'expectoration et sa fétidité. Cette odeur fétide de l'haleine est souvent perçue par le malade lui-même qui accuse une sensation (menten) de la bouche, surtout lorsqu'il tousse.

Au début, les signes physiques sont ceux de la congestion pulmonaire, matité, silence respiratoire, sous-crépitants, souffle tubaire, rien de caractéristique; on peut trouver lorsque l'abcès s'est ouvert dans les bronches, ou après les vomiques des signes de caverne mais bien souvent on n'a que de la matité et du silence respiratoire. Quand on trouve ces deux signes au niveau du siège de la douleur avec des crachats fétides on doit penser à l'abcès du poumon.

Mais bien souvent si l'abcès est central, entouré de parenchyme sain et les bronches obstruées, on n'entend rien du tout et il peut n'y avoir ni matité, ni point de côté. Cette absence de signes s'explique d'une part, par l'épaisseur du parenchyme sain, qui empêche les sons anormaux d'arriver à la paroi, d'autre part par la rapidité d'évolution de l'abcès, il ne se forme pas de sclérose, ni de coque périphérique épaisse renforçant les sons.

D'ailleurs, étant donné la rapidité d'évolution de la maladie, les signes physiques changent souvent du jour au lendemain, là où la veille on avait trouvé de la matité, on trouve le lendemain du tympanisme, surtout dans les abcès fétides lorsque la cavité est constituée suivant que l'abcès est vide ou plein, on trouve tantôt des si-

gnes faisant penser à la pleurésie, tantôt au pneumothorax. Même dans les très grands abcès où l'on constate à la radioscopie un niveau liquide mobile, il ne nous est jamais arrivé de trouver le bruit de flot qui a été cependant signalé par Laennec dans les très vastes excavations pulmonaires. Très rarement la fluctuation hippocratique peut avoir lieu dans les excavations résultant de l'évacuation complète de la matière tuberculeuse (Tome II, page 138). « J'ai déjà dit que ce même phénomène pouvait avoir lieu dans une très vaste excavation pulmonaire à demi-pleine de liquide, mais ce cas est fort rare et je ne l'ai rencontré qu'une seule fois... J'avouerais volontiers qu'un cas semblable ne peut être distingué du pneumothorax avec épanchement liquide et fistules bronchiques que lorsqu'on a suivi le malade exactement depuis le commencement de la maladie ».

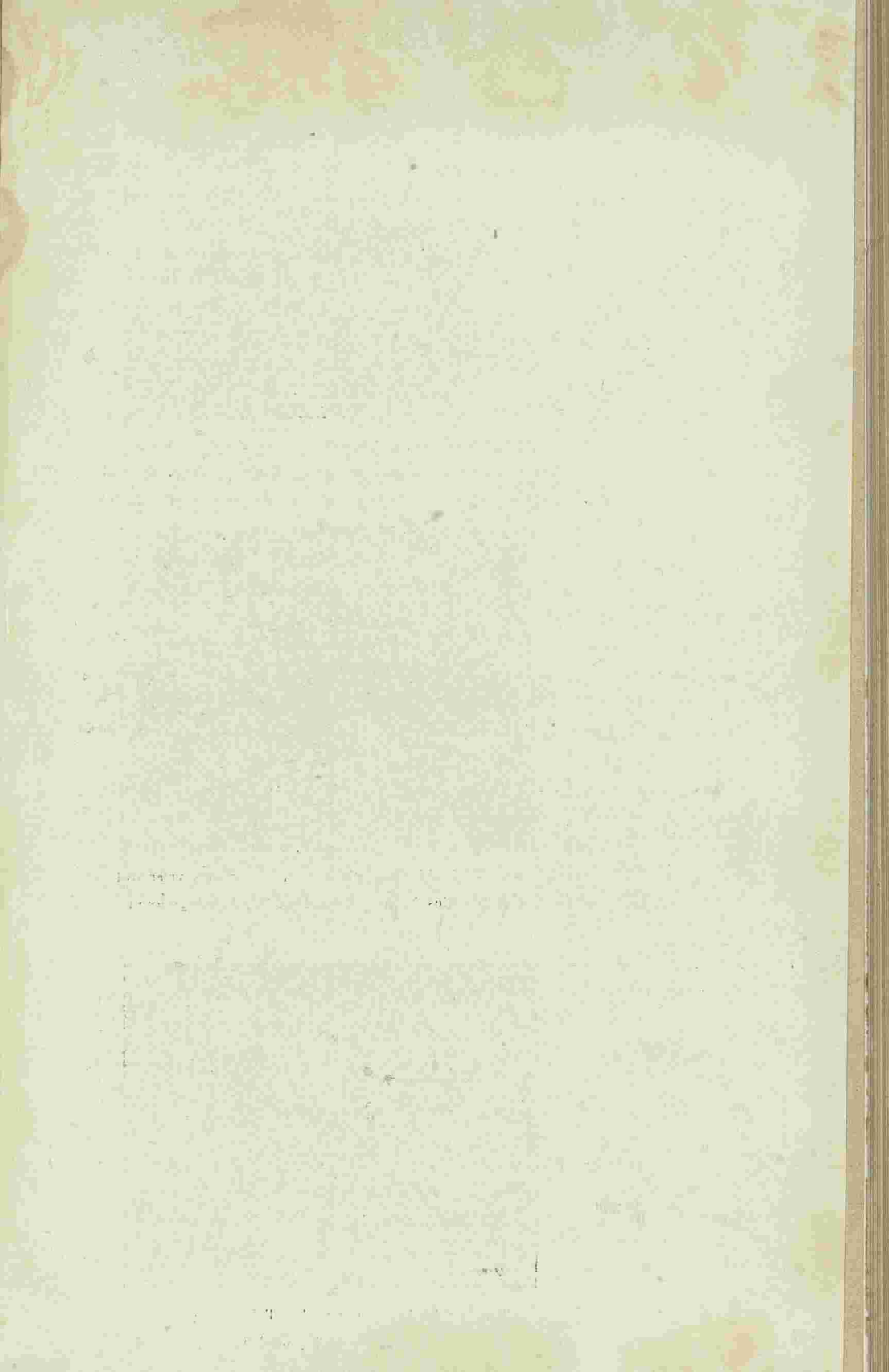
Ce qui nous a encore frappé dans les abcès du poumon c'est le contraste entre l'absence des signes physiques (peu de râles) et la quantité de l'expectoration.

Il est vrai que ce contraste se voit dans la dilatation des bronches, mais les caractères de l'expectoration ne sont pas en général les mêmes, cependant dans certains cas, on est obligé de recourir à la radioscopie et à l'exploration lipiodolée pour faire le diagnostic entre les deux affections.

Le même contraste existe entre la rareté des signes physiques et la gravité des phénomènes généraux, la fièvre très élevée l'atteinte générale et rapide de l'organisme, l'amaigrissement, la perte des forces, la prostration, la cyanose, le teint terreux, les sueurs abondantes, tous phénomènes s'observant surtout dans les abcès putrides.

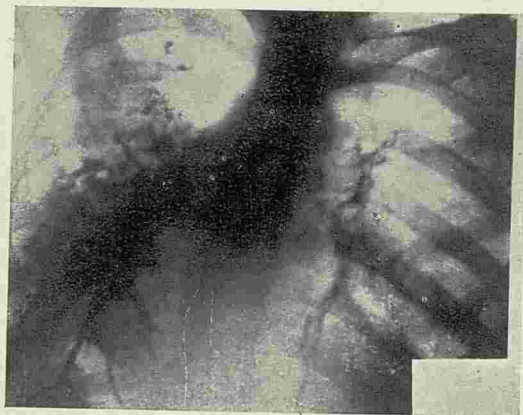
Il est absolument nécessaire de faire des examens radioscopiques pour préciser la forme, le siège, l'étendue de l'abcès et pour suivre son évolution.

Au début de l'abcès, l'image radioscopique (opacité diffuse uniforme très dense, ne présente rien de caractéristique, tandis qu'à la période où l'abcès se vide, on trouve une image typique dite image d'une collection hydro-aérique. Elle se présente sous une forme ovoïde, allongée dans le sens vertical, plus haute que large, la partie inférieure étant occupée par une masse liquide sombre à niveau horizontal et mobile, masse sombre surmontée par une hyper-





ABDELKHADER, Entré le 3 mars 1931. *Hôpital Sadiki*
Dilatation des bronches simulant l'abcès du poumon. Lipiodol



SALAH BEN ALI BEN MOHAMED, Entré le 6 février 1931
Dilatation des bronches simulant l'abcès du poumon.



Dilatation des bronches simulant l'abcès du poumon
Exploration Lipiodolée

clarté caractéristique des collections hydro-aériques. En général la poche est nettement limitée par une paroi plus sombre que le tissu environnant. La radioscopie permet de voir la rapidité de l'accroissement de l'abcès, la rapidité de sa disparition.

Lorsque l'abcès est central, l'image est typique; elle peut être beaucoup moins nette, s'il y a une congestion adjacente, une pleurésie concomitante, elle peut se rapprocher comme forme de celle donnée un peu théoriquement peut être à la pleurésie interlobaire; ombre suspendue en bande transversale. Barjon a fait observer que cette bande opaque de la pleurésie interlobaire, n'est pas toujours limitée par des lignes horizontales, la ligne inférieure peut se courber sous la poussée du liquide, le contour de l'ombre devient convexe. La pleurésie interlobaire pourrait donner une image en fuseau dont le grand axe reste toujours horizontal.

Le diagnostic d'abcès du poumon est souvent difficile à faire, surtout avant la période d'abcédation et d'évacuation; la clinique et la radioscopie ne permettent pas toujours de faire le diagnostic, l'abcès restant inaperçu ou confondu avec un foyer pneumonique ou congestif. A la période d'état, il peut rester confondu avec une pleurésie purulente, interlobaire, cloisonnée ou de la grande cavité. On peut les confondre avec des cancers du poumon à forme d'abcès (Sergent A. Jean Cathala) avec les kystes hydatiques ouverts, toutes les grandes cavernes. Certaines formes de dilatations des bronches donnent les mêmes signes physiques que les abcès et seule la radiographie avec injection de lipiodol permet de faire le diagnostic (voir planche I).

Nous avons indiqué au début la rareté des guérisons spontanées, nous n'en avons d'ailleurs encore jamais observé. La plupart du temps, les malades se cachectisent rapidement et meurent dans le marasme, les abcès à forme chronique que nous avons observés se sont terminés de la même façon. Parfois une complication entraîne la mort du malade, c'est ainsi que chez un malade, porteur d'un abcès putride du poumon droit, un pyopneumothorax partiel s'est produit, et malgré une intervention rapide, le malade a succombé. Observation résumée :

Amor ben Mohamed ben Adballah, entre le 18 janvier 1929, dans le service de médecine de l'Hôpital Sadiki 23 ans journalier. Décédé le 29 janvier. Abcès du poumon droit, pyopneumothorax putride

partiel, la radioscopie pratiquée le 20 janvier 1929, montrait : Poumon gauche clair, à droite une image de pyo-pneumothorax à la base partiel. Au-dessus une grosse image lacuaire, dans le parenchyme pulmonaire, image arrondie à centre clair à coque très épaisse à contour irrégulier sur sa partie externe, sans doute à cause du pneumothorax spontané. Ponction exploratrice. Liquide purulent fétide. Opération le 22. Résection costale. Evacuation. Décès le 29.

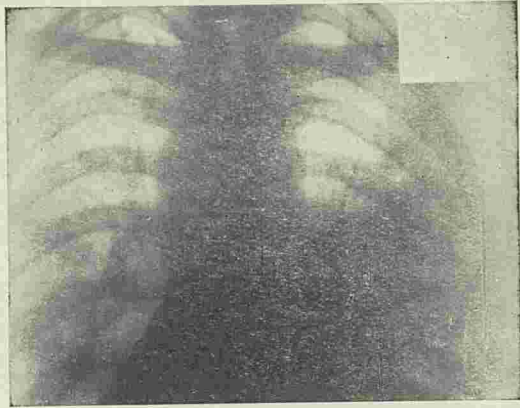
La multiplicité des médicaments proposés pour le traitement des abcès putrides, gangréneux des poumons, démontre surabondamment leur efficacité réduite.

Dans plusieurs cas d'abcès putrides, gangréneux, nous avons essayé l'émétine pendant huit jours à la dose de 0,04 centigr., matin et soir, nous n'avons pas eu la chance d'obtenir de bons résultats comme certains auteurs qui insistent sur la remarquable efficacité du traitement émétinien en dehors de toute étiologie amibienne reconnue.

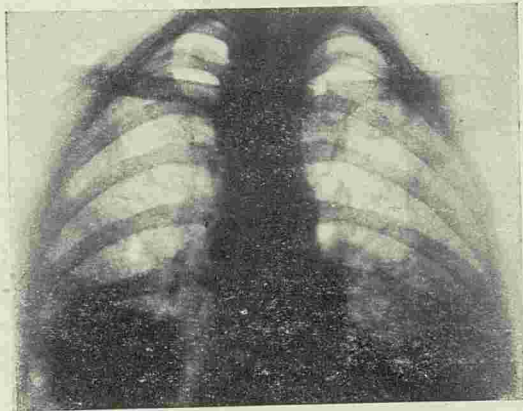
Aussi nous sommes-nous adressés dans les cas suivant au rhodarsan intraveineux, mais là encore nous n'avons pas obtenu les résultats que nous en attendions. Voici une observation résumée .

Amara ben Chehi ben Mohamed, né à Abida près du Kef, âgé de 28 ans. Entré le 14 janvier 1931 — Hôpital Sadiki.

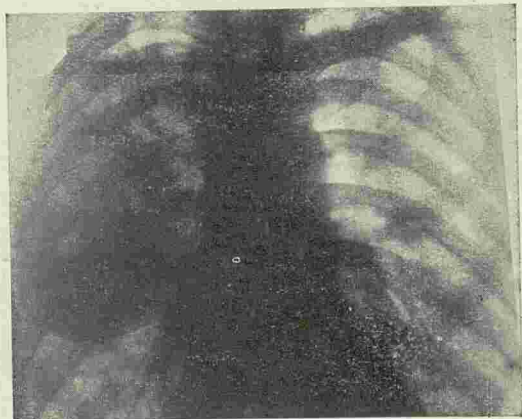
D'après les indications données par le malade, il aurait eu, il y a six mois, au début un violent point de côté, situé au niveau des fausses côtes à gauche. Actuellement il se plaint de douleurs au niveau de la région mammaire à droite, touse beaucoup, expectoration abondante, l'haleine a une odeur fétide quand le malade tousse. 1° Radioscopie : on trouve une masse arrondie de la grosseur d'une mandarine dans la région parahilaire se confondant avec l'aorte, de profil cette masse se projette sur la colonne vertébrale. Une ponction exploratrice a ramené du pus ce qui avait fait poser le diagnostic de pleurésie interlobaire. On trouvait, en effet, à l'examen de la matité suspendue dans la région moyenne droite, en arrière des râles sous-crépitaux fins en arrière au sommet, une respiration soufflante en arrière dans la région moyenne. Wassermann négatif. Le malade a reçu en janvier une série de Rhodarsan 0,15 à 0,90 jusqu'au 27 février date de la première sortie une seconde série du 11 mars 1931 au 21 mai 1931 date à laquelle il est décédé. Le malade avait aussi reçu deux séries de serum anti-streptococcique 40 cent pen-



AMARA BEN CHEHI BEN MOHAMED. 26 février 1931



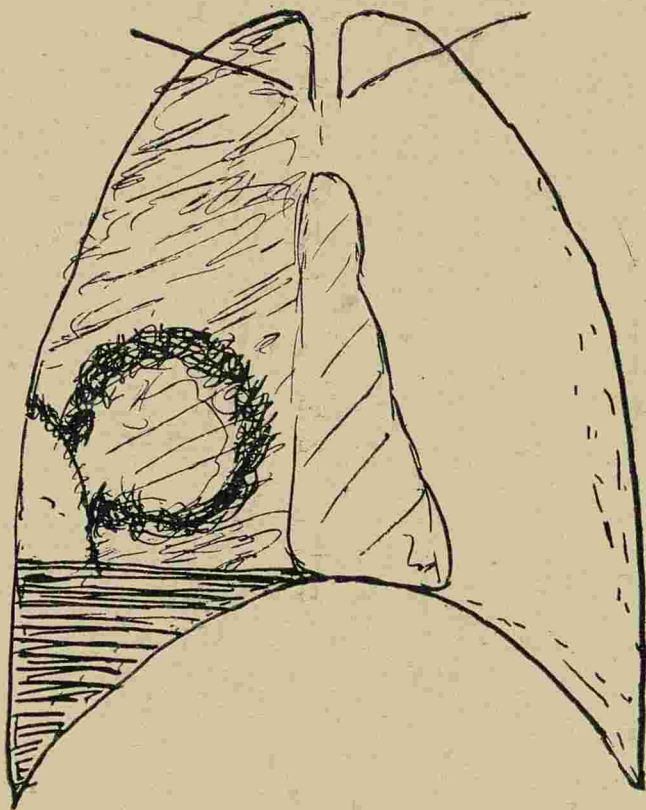
HARAIRI BEN MOHAMED TRABELSI. 30 mars 1931



MUSTAPHA BEN MOHAMED. 24 octobre 1930



dant 10 jours et 5 injections de lipiodol. L'interne du service d'otornio-laryngologie avait pratiqué une bronchoscopie sans pouvoir retirer de pus. Un deuxième examen radiographique avait fait conclure à un abcès du poumon.



Recherche du bacille de Koch négative. Examen bactériologique des selles, absence de parasites, kystes et œufs. Malgré le traitement suivi, le malade s'est cachectisé et est décédé le 21 mai 1931. A l'autopsie le poumon droit est très adhérent, on trouve d'énormes dilatations bronchiques avec des cavernes remplies de pus; on trouve aussi au sommet des lésions tuberculeuses. Le poumon gauche était sain. Echec complet du traitement.

Le sérum anti-gangréneux de l'Institut Pasteur à la dose de 40 à 50 cme. par jour pendant dix jours nous a, dans un cas, donné une guérison qui se maintient depuis plusieurs mois. Le malade a

présenté au bout de dix jours une crise urticarienne intense fébrile.

Nous avons d'ailleurs observé cette crise urticarienne chez un ou deux autres malades, et c'est souvent à la suite de cette crise que l'amélioration survient. Dans un certain nombre de cas, le traitement par le sérum anti-gangréneux a pour effet de diminuer et la fétidité des crachats, et la quantité de l'expectoration, mais la maladie continue à évoluer. En somme, nous n'avons obtenu qu'un seul succès par cette méthode.

Ci-joint quelques observations où la médication n'a donné aucun résultat.

OBSERVATION II :

Messaoud Be nSalem Trabelsi, 30 ans. Entré le 14 février 1930 à l'Hôpital Sadiki, envoyé par un confrère de la ville pour une congestion pleuro-pulmonaire grippale gauche. Très mauvais état général, expectoration fétide, fièvre élevée. Radiographie abcès du poumon à gauche. On institue à partir du 17 un traitement par le service antigangréneux 40 cent. cubes, 9 injections sont faites sans aucune amélioration ni de l'état général, ni de l'expectoration. La température reste entre 38, et 37, mais le malade se cachectise et meurt en hypothémie 3 jours après la cessation du traitement. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION III :

La courbe ci-jointe d'un malade âgé de 46 ans, entré le 24 octobre 1930 dans le service de médecine de l'Hôpital Sadiki (salle 17 lit 26, montre que le sérum antigangréneux n'a donné aucun résultat sur la température, pas plus d'ailleurs que sur l'expectoration ou l'état général. Devant cet échec, nous avons commencé du sérum anti-streptococcique, mais la famille du malade, voyant celui-ci se cachectisant de plus en plus le fit sortir de l'Hôpital le 6 novembre 1930, dans un état qui ne laissait aucun doute sur la terminaison fatale de la maladie.

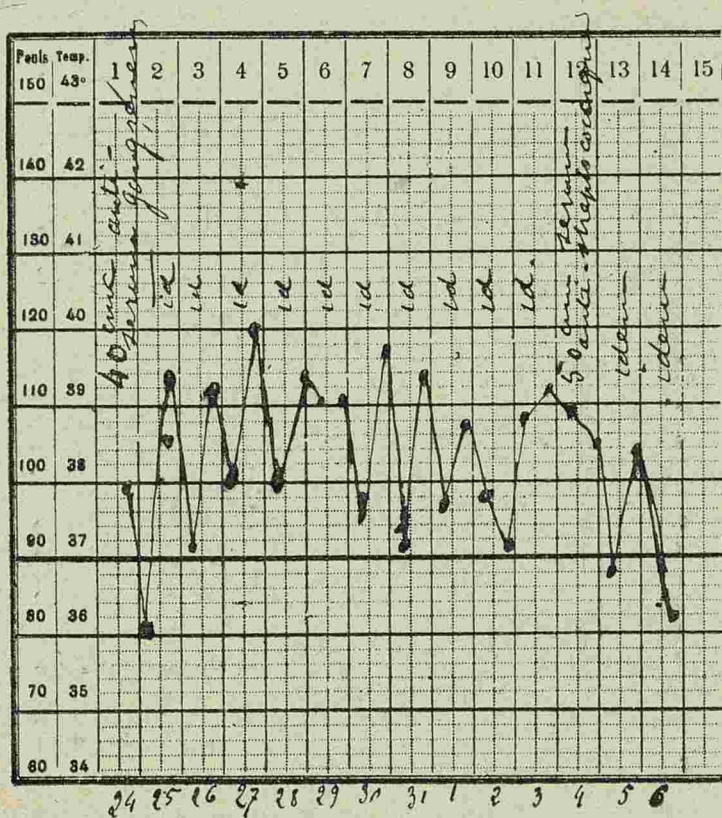
OBSERVATION IV :

Nous pouvons citer un autre cas d'abcès du poumon chez un enfant de 15 ans, Salah Ben Ali Ben Mohamed, entré dans le service de médecine de l'Hôpital Sadiki le 6 février 1931 décédé le 28, malgré une série de 10 piqûres de 40 cent. de sérum anti-gangréneux dans 250 cm. de sérum physiologique.

Nous avons eu l'occasion d'employer une seule fois, seul, le sé-

rum anti-streptococcique à la dose de 50 cmc. par jour pendant dix jours. Il nous a paru donner une amélioration plus rapide et plus marquée que le sérum anti-gangréneux, mais nous n'avons pas pu continuer à suivre le malade, à qui cette amélioration a suffi, et qui a quitté l'hôpital malgré nous.

Dans quelques cas, nous avons traité des malades atteints d'abcès ou de dilatations des bronches à expectoration fétide par des



injections intra-trachéales de lipiodol. Esbach a signalé des cas de gangrènes pulmonaires guéries par des injections intra-trachéales de lipiodol. Sa première malade avait été traitée par des injections de 40 cmc. de sérum anti-gangréneux chaque jour, dès l'apparition des signes de gangrène, sans efficacité. Guérison par des injections intra-trachéales de lipiodol à huit jours d'intervalle. Un

deuxième cas traité directement par le lipiodol intra-trachéal guérit aussi très rapidement.

Un malade à qui nous avons fait faire du lipiodol intra-trachéal pour diagnostic, s'est trouvé si soulagé qu'il réclamait de lui-même de nouvelles injections. Ce traitement nous a surtout paru réussir dans les dilatations putrides des bronches, plus que dans les abcès gangréneux. Dans un cas, à la suite d'une injection de lipiodol, nous avons observé des phénomènes d'iodisme, congestion, coryza, larmolement, bouffissure de la face, mais ces phénomènes n'ont présenté aucune gravité.

Par des injections intra-trachéales d'huile goménolée, faites par un de nos confrères, nous avons obtenu la disparition de la fièvre, suppuration, fétidité et expectoration. Mais l'abcès a persisté, et a récidivé au bout d'un an, récidive qui a cédé à un nouveau traitement intra-trachéal, la malade très émotive n'ayant pas pu supporter une bronchoscopie et le drainage bronchique.

Dans un ou deux cas, nous avons essayé de faire faire de l'aspiration par bronchoscopie, un cas de ville s'est terminé par décès; dans un autre cas, il nous a semblé obtenir une amélioration momentanée, mais ce traitement n'est en général pas très facilement accepté, et ne donne des résultats que quand l'abcès s'ouvre dans une bronche assez volumineuse, qu'il siège à un endroit du poumon rendant le drainage facile, il faut aussi que l'abcès ne soit ni trop ancien, ni trop volumineux.

Nous n'avons d'ailleurs tenté ces diverses médications, que quand nous pensions ne pas pouvoir tenter le pneumothorax artificiel. C'est ce traitement qui, de loin, nous a donné les meilleurs résultats.

Pour que ce traitement réussisse, il faut, d'après notre expérience personnelle, que l'abcès soit assez récent, qu'il n'y ait pas de congestion ni d'inflammation s'étendant assez loin autour de l'abcès, et surtout que l'abcès soit assez loin de la paroi, qu'il soit central ou parahilaire, sinon on trouve presque toujours des adhérences qui ne permettent pas de constituer le pneumothorax, ou qui donnent un pneumothorax partiel. Pour que le pneumothorax soit efficace, et procure la guérison, il faut qu'il soit total pour bien comprimer l'abcès, le vider et accoler les parois.

Lorsque le pneumothorax est partiel, comme chez un malade

que nous avons suivi un an et demi environ, on obtient une amélioration considérable, mais chaque fois que le malade se décomprimait trop, la fétidité reparaissait et il venait de lui-même demander une réinsufflation. Il se cachectisa petit à petit et j'appris son décès après sa dernière apparition à l'hôpital. On observe quelquefois dans les pneumothorax partiels des pleurésies purulentes ou putrides à la suite de ruptures d'adhérences, peut-être aussi par simple propagation à la suite d'irritation de la plèvre. On conçoit de suite la gravité d'une pareille complication qui entraîne presque toujours une issue fatale.

On peut observer aussi une perforation pulmonaire et voir se constituer instantanément un pneumothorax suffocant comme nous en avons vu se produire un chez un malade qui cependant avait un abcès central, totalement décollé depuis 4 à 5 mois et dont l'état général était parfait. La mort survint par asphyxie et suffocation en moins de trois jours. Au lieu de complications locales, on peut observer une réaction générale défavorable de l'organisme. C'est ainsi que dans un cas d'abcès gangréneux du poumon qui s'était bien décollé, nous vîmes survenir, une diarrhée aiguë, très abondante, huit à quinze selles par jour, avec les signes d'une cachexie rapide entraînant la mort. Peut-être dans ce cas qui est un des premiers que nous avons traités, avons-nous cherché des pressions positives trop fortes au début, et provoqué une résorption trop massive de toxines.

Le second cas que nous avons traité avec décollement total a guéri, et n'a pas eu de récurrence, depuis plus de cinq ans, après avoir pratiqué des insufflations pendant un an environ. Dans le cas suivant le pneumothorax a été entretenu pendant huit mois environ. Pour beaucoup d'auteurs quatre à cinq mois suffisent, pour que le pneumothorax assure le maximum de sécurité, et préserve des rechutes; mais personnellement nous le poursuivons aussi longtemps que nous le pouvons.

OBSERVATION I :

Mustapha Ben Mohamed, 46 ans, originaire de Medjez-el-Bab, entre le 24 octobre 1930, sorti le 6 novembre 1930, venu pour expectoration fétide, on trouve à la radiographie une image hydro-aérique à droite. Etat général mauvais, amaigrissement température irrégulière, très élevée pas d'albumine ni de sucre dans les urines T. A. 10. 7 $\frac{1}{2}$ il est pratiqué 10 in-

jections de 40 cent. de sérum anti-gargréneux sans amélioration de la fièvre ni de l'état général. On abandonne ce traitement pour commencer les injections de sérum anti-streptococcique, mais après 3 injections, le malade se sentant de plus en plus mal, sort de l'hôpital. Résultats du traitement nuls, aussi bien sur l'état général, et la température que sur l'expectoration (quantité, fétilité).

Manoubia bent Hassen. Femme d'une trentaine d'années, envoyée par le Dr. Ben Rais en vue d'un pneumothorax. Malade depuis deux mois environ, très amaigri, très affaibli, expectoration fétide, abondante, toux quinteuse très pénible. La malade était si faible que le premier jour où nous l'avons examinée chez elle, son mari a été obligé de la prendre dans ses bras, pour la porter du canapé où elle était étendue, jusque sur le lit. On fut obligé de faire une injection d'huile camphrée au cours de la première insufflation. Après la troisième, la malade put se lever et venir à l'hôpital pour continuer les insufflations.

La Radiographie avait faite le 19 août 1930 avait montré dans la moitié inférieure droite une zone d'hépatisation surmontée d'une image arrondie à centre clair. En position latérale la zone obscure est oblique; on pense qu'il s'agit d'une condensation avec spéléonque du lobe moyen du poumon droit et réaction de la scissure inférieure (Dr. Jaubert de Beaujeu).

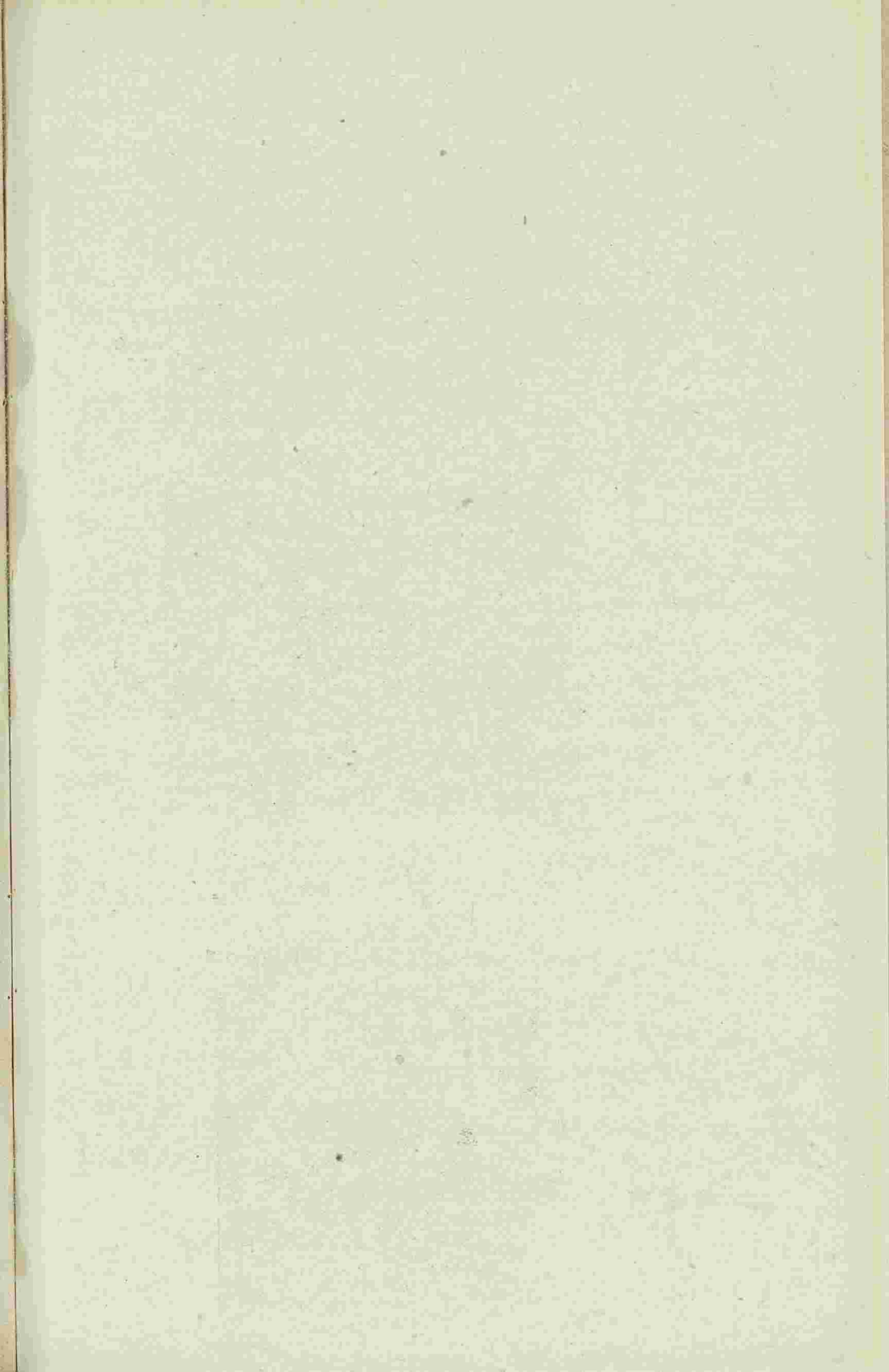
Le pneumothorax a été entretenu jusqu'au 4 mars 1931 presque toujours en pression négative.

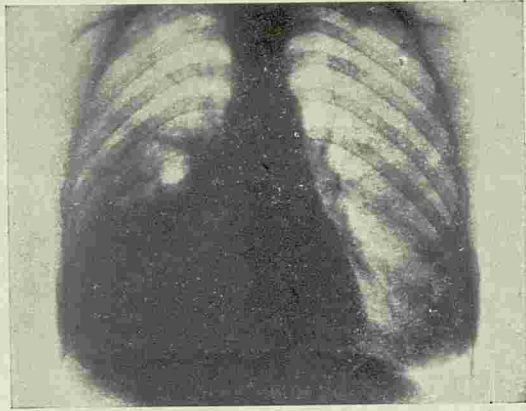
La malade revue en octobre 1931, est toujours bien portante, la radioscopie montre dans la région inférieure du poumon des tractus fibreux très sombres, partant du hile et cerclant l'emplacement où se trouvait l'abcès. La zone d'hépatisation et l'image claire ont entièrement disparu.

Dans le cas suivant qui remontait à quinze jours d'après les déclarations du malade, nous n'avons pu faire qu'une seule insufflation, le décès étant survenu le lendemain.

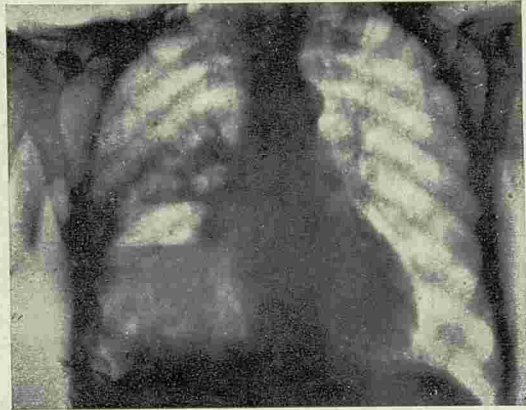
Hassen Ben Ahmed Ben Saadi, âgé de 60 ans, originaire de El Hamma de Gabès entré à l'hôpital Ernest Conseil le 30 octobre 1931, venant de la consultation de l'hôpital Sadiki.

Le début de la maladie remonterait à quinze jours, et aurait commencé par une toux continuelle et une expectoration abondante et fétide, un amaigrissement rapide et une perte des forces considérable. Le malade est très amaigri, le teint terreux, très dyspnéique. On trouve à l'auscul-





MANOUBIA BENT HASSEN. 18 août 1930



HASSEN BEN AHMED BEN SAADI. 30 octobre 1931
Hôpital Ernest Conseil



SI AHMED BOU RGUIBA

(Cliché du Docteur MARIANI)

tation de la base droite, un souffle amphorique et du gargouillement. Forte matité à ce niveau, le malade aurait eu un point de côté à ce niveau. Radiographie, image hydro-aérique avec niveau liquide, hiles très marqués. On décide de faire en même temps un traitement par le sérum anti-gangréneux, et le pneumothorax artificiel, la première insufflation est faite le 3 novembre 1931. 6 — 200 — 4. Décès le lendemain, l'autopsie n'a pu être pratiquée.

Actuellement nous avons en traitement par le pneumothorax deux malades dont l'un est diabétique. Le décollement a été total et le résultat est jusqu'à présent excellent.

OBSERVATION I :

Si Ahmed Bou Rguiba, âgé de 45 ans environ, malade depuis un mois, début par point de côté sus-mamelonnaire gauche, fièvre et expectoration devenant rapidement fétide, l'auscultation ne permet pas de constater de signes d'abcès, une radiographie faite le 19 octobre 1931 par le Docteur Maruani montre un poumon droit sain; à gauche le sommet est un peu voilé mais s'éclaire bien à la toux, le champ pulmonaire présente dans sa partie sous-claviculaire une zone dense de condensation parenchymateuse avec immédiatement sous la clavicule une petite image hydro-aérique du volume d'un petit œuf avec liquide mobile.

Le malade de constitution robuste est diabétique depuis plusieurs années 47 grammes par litre. Il ne paraît pas faire de grossés poussées fébriles. On tente le pneumothorax artificiel. A la 2^o insufflation le pneumothorax est total. 3^o insufflation 2 — 900 — 1; 4^o insufflation le 5 novembre 1931, 4 — 750 — $\frac{1}{2}$; 5^o insufflation le 12 novembre 1931, 1 — 750 — $\frac{1}{2}$.

L'expectoration a considérablement diminué, il n'y a plus d'odeur, le malade éprouve une grande amélioration et vient se faire faire ses insufflations à l'Hôpital deux fois par semaine.

OBSERVATION II :

Si Sadok Ben Sliman, 22 octobre 1931. Malade venu à ma consultation pour toux, expectoration putridé. Pas de signes d'auscultation, on trouve à la radioscopie, au niveau de la corne inférieure du hilé une plage opaque, arrondie, de teinte non-uniforme et de l'étendue d'une pièce de cinq francs.

Le pneumothorax total est obtenu d'emblée, avec suppression rapide de la fétidité, reprise de l'appétit, et des forces.

En résumé le pneumothorax artificiel, nous paraît le meilleur procédé de traitement des abcès putrides, ou gangréneux, lorsqu'on obtient un décollement total, c'est lui qui nous a paru donner le plus rapidement possible des résultats favorables et des guérisons durables. Nous avons eu recours à des interventions chirurgicales quand nous ne pouvions pas l'appliquer. Nous avons obtenu une guérison complète dans deux cas, mais nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet, cette partie du traitement des abcès du poumon étant plutôt du ressort des chirurgiens.

BIBLIOGRAPHIE

C. ACHARD et J. MOUZON. — Abcès streptococcique du poumon. Guérison après vomique.

AMAUDRUT. — Phlébite variqueuse. Embolies intestinales et pulmonaires. Abcès du poumon consécutif. Guérison rapide par pneumothorax thérapeutique.

AMEUILLE. — Cancer du poumon à forme d'abcès du poumon. — *Société Médicale*, 1923.

Sur le diagnostic des abcès pulmonaires. *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, novembre 1930.

Le pneumothorax artificiel dans la gangrène pulmonaire. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1925. AMMEUILLE et L. TEISSEIRE.

BAUMGARTNER et ETIENNE BERNARD. — Sur un abcès gangréneux du poumon traité par pneumotomie et guéri depuis 10 mois. — *Société médicale des Hôpitaux*, 28 mars 1930.

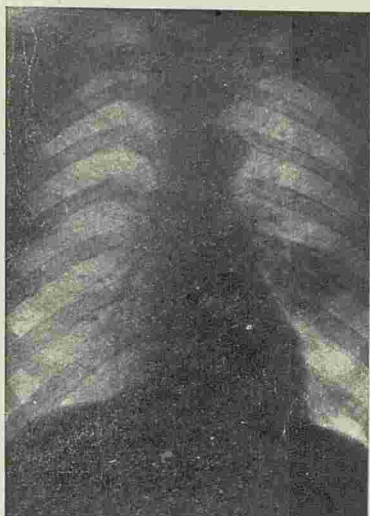
F. BEZANÇON, JACQUELIN et JEAN CELICE. — Abcès du poumon à straphylocoques dorés. Guérison après auto-vaccino-thérapie. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1927.

Découverte Radiologique d'un abcès du poumon à pneumocoques. Guérison rapide sans traitement spécial.

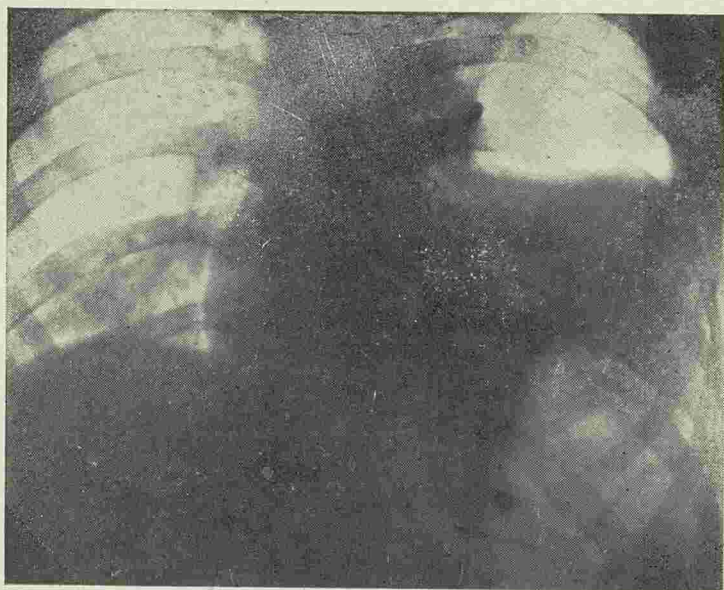
ETIENNE BERNARD, GILBERT DREYFUS et DESBUCQUOIS. — Abcès du poumon post-opératoire. Streptocoque dans l'expectoration. Guérison spontanée.

L. BOIDIN et Mlle J. FONTAINE. — Grands abcès pulmonaires au cours d'une infection trainante à staphylocoques. Guérison spontanée. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, juin 1928.

HENRY BOURGES. — Gangrène pulmonaire à évolution subaigüe et prolongée. Echec de l'arsenothérapie. Amélioration passagère à la suite de la serothérapie anti-gangréneuse et du pneumothorax artificiel. Essai in-

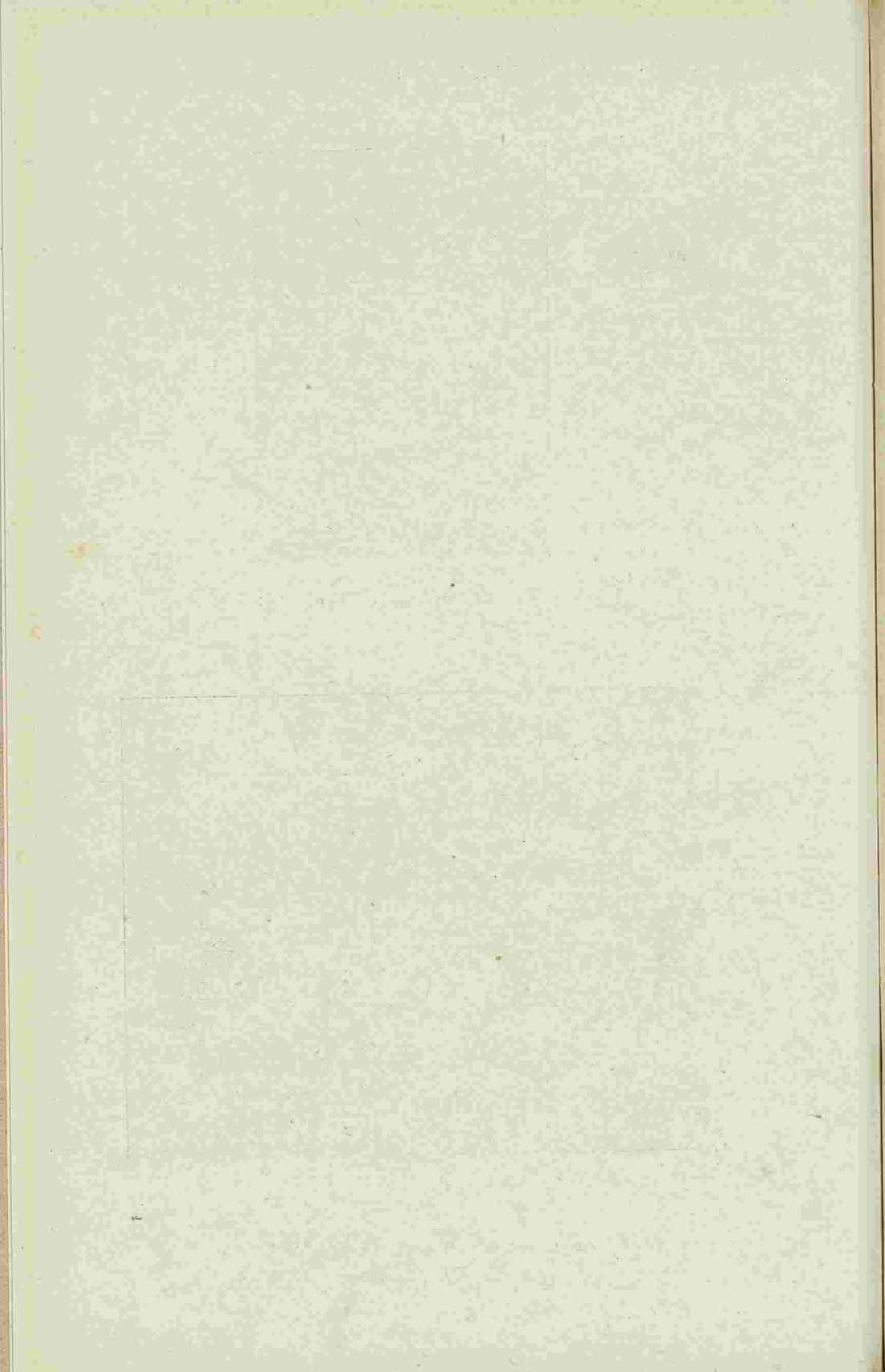


SI SADOK BEN SLIMAN, 22 octobre 1931



Docteur MARUANI

Abcès du poumon, guéri par intervention chirurgicale



fructueux de l'auto-vaccinothérapie. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 24 juillet 1925.

Abcès gangréneux du poumon à spirochètes par ETIENNE BERNARD et DES-
EUCQUOIS, *Société Médicale*, 1928.

Abcès du poumon par BROU et JAUBERT DE BEAUJEU. — *Revue Tunisienne
des Sciences Médicales*, mars 1924.

P. CAMPUS. — Traitement de l'abcès pulmonaire par l'arsenobenzol. —
La diagnosi T. 1930.

JEAN CATHALA, G. MAINGOT et STRÉE. — Cancer du poumon à forme d'abcès.
Diagnostic différentiel radiologique des cavernes hydatiques et ca-
céreuses. — *Bulletins Société Médicale*, 15 mai 1931.

G. CAUSSADE, A. COYON et COTONI. — Gangrène pulmonaire et abcès gan-
gréneux du poumon à évolution trainante et prolongée. — *Bulletins de la
Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1914.

G. CAUSSADE et GEORGES LEVI-FRAENCKEL. — Abcès unique et volumi-
neux du poumon droit d'origine puerpérale Pyo-pneumo-kysté. *Bulletins
Société Médicale*, 13 mars 1914.

F. COVELLE. — Abcès du poumon guéri après pneumothorax acciden-
tel. — *Société de Médecine Militaire*, 1931.

COMBY. — Pleurésies interlobaires et abcès du poumon. — *Bulletins de
la Société Médicale*, 1927.

A. COYON et V. OUMANSKY. — Abcès gangréneux du poumon. — *Bulle-
tins Société Médicale*, 1926.

H. ESCHBACH. — Gangrènes pulmonaires guéries par des injections in-
tra-trachéales de lipiodol. — *Bulletins Société Médicale*, 1930.

ESCHBACH. — Abcès du poumon guéri par évolution spontanée. — *Bul-
letins Société Médicale des Hôpitaux*, 1927.

NOEL FIESSINGER et R. OLIVIER. — Abcès gangréneux du poumon explo-
ré par l'injection de lipiodol lourd et léger. Guérison par un pneumotho-
rax artificiel. — *Bulletins Société Médicale*, 1926.

KINDBERG. — Les Abcès du Poumon, Masson et C^e 1928

LÉON KINDBERG et PAUL COTTENOT. — *Bulletins Société Médicale*, 1928.

LAIGNEI, LAVASTINE et LOULAUD. — Abcès du poumon à pneumocoques.
Sérothérapie. Guérison. *Bulletins de la Société Médicale*, 1931.

Sur le traitement efficace des processus purulents pulmonaires à l'aide
des injections intra-veineuses d'alcool à 33, par A. LANDAU, M. TEIGNI et
J. BAUER. — *Presse Médicale*, 11 avril 1931.

A. LEMIERE, LÉON KINDBERG, ETIENNE BERNARD. — Grand abcès du pou-

mon à streptocoque. Guérison spontanée. — *Bulletin Société Médicale*, 1925.

A. LEMIERE et MAURICE RUDOLF. — Grand abcès du poumon à pneumobacille de Friedlander. — *Bulletins Société Médicale*, 1929.

HUGONOT, FRIESS et FROMENT. — Considérations sur les abcès pulmonaires à propos de trois observations. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 16 juin 1931.

JEAN HUTINEL et R. KOURILSKY. — Abcès putride embolique du lobé supérieur droit. — Guérison clinique et radiologique spontanée en six semaines. — *Bulletins Société Médicale*, 14 novembre 1930.

ANDRÉ JACQUELIN. — Sur la curabilité des suppurations putrides du poumon. Utilité du pneumothorax artificiel dans le traitement précoce de ces suppurations. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 15 mai 1931.

LEREBOULLET, BOHN, BAIZÉ et P. P. MERKLEN. — Guérison anatomique d'un abcès du poumon chez un nourrisson, mort par pneumococcie prolongée. — *Société de Pédiatrie*, 10 mai 1931.

P. LEREBOULLET, M. LEJONG, F. BENOIST. — Abcès du poumon à staphylocoques dorés chez un nourrisson. Auto-vaccinothérapie. Vomique. Guérison. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1930.

A. LÉVI, VALENSI et E. CURTILLET. — Les abcès du poumon. — *Algérie Médicale*, octobre 1931.

MAY et SOULAS. — La bronchoscopie dans le traitement des abcès du poumon. — *Société Médicale*, 28 mars 1930.

G. PAISSEAU et ISER SOLOMON. — Grands abcès du poumon. Etude radiologique. — *Société Médicale*, 1922.

Mlle H. PELISSIER. — Le pneumothorax artificiel, traitement des abcès du poumon. — *Thèse de Montpellier*, 1930.

PETZETAKIS. — La Broncho-amibiase Bronchites amibiennes pures sans abcès. *Société Médicale*, 1923.

RATHERY et THOYER. — Abcès du poumon au cours d'une pneumonie. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1929.

ROGER CATTAN. — Evolution d'un abcès pulmonaire para-pneumonique. Guérison spontanée. — *Société Médicale des Hôpitaux*, 1923.

EMILE SERGENT, KOURILSKY, IMBERT et POUMEAU-DELILLE. — Deux observations de cancer primitif du poumon à type d'abcès. — *Société Médicale*, juin 1930.

EMILE SERGENT, A. BAUMGARTNER et R. KOURILSKY. — Quelques considérations sur les indications respectives de la pneumotomie, et de la pneu-

mectomie partielle dans le traitement des abcès du poumon. — *Presse Médicale*, 1931.

E. SERGENT, KOURILSKY et POUMEAU. — Delille. Quelques réflexions sur le mode de guérison des abcès du poumon. *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, 1930.

SERGENT et KOURILSKY. — Quelques réflexions sur l'abus du diagnostic de pleurésie interlobaire. — *Société Médicale Hôpitaux de Paris*, 1924.

A. J. SCOTT PINCHIN et H. V. MORLOCK. — Les abcès du poumon; leur traitement et leur diagnostic. — *The Lancet*, 1930.

LÉON TIXIER et STANISLAS DE SEZÉ. — Abcès streptococcique du poumon droit avec pleurésie interlobaire sero-fibrineuse et aseptique. — *Société Médicale Hôpitaux*, 1929.

TROUSSEAU. — Cliniques Médicales. Gangrène du poumon. Abcès pulmonaire, vomiques péripneumoniques. Dilatation des bronches et bronchorrhée.

J. VIDAL. — Diagnostic des suppurations broncho-pulmonaires. — *Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, Ibidem : Janbon, le Traitement Médical des suppurations broncho-pulmonaires.

Traitement chirurgical des suppurations broncho-pulmonaires

par le D^r Darius GHOUILA-HOURI
ancien interne des hôpitaux de Paris

Avant d'exposer la question du traitement chirurgical des suppurations broncho-pulmonaires, il importe de les étudier rapidement au point de vue étiologique et au point de vue anatomo-clinique.

A) AU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE

Les suppurations purulentes ou gangréneuses sont dues :

- 1° soit à la présence d'un corps étranger intra-bronchique;
- 2° soit secondaire à un foyer pneumonique ou métapneumonique;
- 3° soit due à l'abcédation secondaire d'un infactus;
- 4° soit comme complication d'une dilatation des bronches;
- 5° Enfin rappelons avec les auteurs américains la suppuration par inhalation après amygdalectomie sous anesthésie générale à l'éther.

Ne rentrent donc pas dans le cadre des suppurations broncho-pulmonaires :

- 1° Les tuberculoses cavitaires infectées par les anaérobies;
- 2° La dilatation des bronches à expectoration d'odeur gangréneuse;
- 3° Le kyste hydatique du poumon vidé par vomique et infecté secondairement;
- 4° Enfin les formes de broncho-pneumonies diffuses à évolution gangréneuse dont l'insuccès opératoire est certain.

B) AU POINT DE VUE ANATOMO-CLINIQUE

Avec Coquelet, de Bruxelles, il faut distinguer :

1° Dans un premier groupe de faits : suppuration aiguë évoluant soit vers l'*abcédation limitée* : favorable;
soit vers la *diffusion* : forme nécrotique gangréneuse survenant chez les tarés, les diabétiques, les cachectiques.

2° Dans un deuxième groupe de faits : évolution plus lente. Autour de petits foyers multiples se constituent des gangues de sclé-

rose en nappe constituant une véritable *pyo-sclérose*. Ces formes pour évoluer plus lentement n'en sont pas moins graves et le pronostic est très mauvais, aussi mauvais que celui du cancer pulmonaire.

TRAITEMENT CHIRURGICAL PROPREMENT DIT

Difficile, il importe de préciser le diagnostic étiologique, anatomique et de siège. Importance de la Radio.

Il faut savoir aussi qu'il peut comporter plusieurs interventions successives, fractionnées, véritable « *traitement à retouches* ».

Nous étudierons successivement :

I. — La suppuration due à la présence d'un corps étranger intra-bronchique.

II. — Les formes aiguës.

III. — Les formes subaiguës ou chroniques.

I. — *Suppuration due à la présence d'un corps étranger intra-bronchique*

Cette forme mérite une place à part.

La suppuration évolue lentement, d'une façon torpide, elle est limitée et guérit spontanément après l'ablation du corps étranger par les voies naturelles.

Chevalier Jackson rapporte plusieurs observations où la suppuration s'est produite quelques années après la pénétration du corps étranger.

L'auteur américain fait observer que dans le cas de corps étrangers métalliques, la guérison est encore plus rapide, ceux-ci semblant avoir un pouvoir germicide que ne possèdent pas les corps étrangers végétaux.

II. — *Formes aiguës*

Il faut toujours essayer loyalement le traitement médical.

Dans un certain nombre de cas, surtout dans les suppurations récentes circonscrites se drainant bien par l'arbre bronchique, la guérison survient. Mais s'il ne faut pas se hâter, il est encore plus néfaste de laisser passer l'heure chirurgicale sous prétexte que l'intervention proposée est sérieuse.

Il ne faut pas livrer au chirurgien des malades hors d'état de supporter ou de faire les frais d'une intervention.

Le traitement variera selon le siège de l'abcès et il faut distinguer :

- A) Les abcès centraux;
- B) Les abcès corticaux.

A) ABCES CENTRAUX

L'expérience montre que les abcès centraux ouverts dans une grosse bronche, se drainant bien, guérissent assez souvent par les moyens médicaux. Mais si au *bout d'un mois et demi environ* la guérison traîne, il faut craindre le passage à la chronicité et intervenir.

A cette phase on tentera :

- a) soit le *Pneumothorax* qui peut donner des résultats s'il n'y a pas d'adhérences pleurales;
- b) soit la *Phrénicectomie*, opération simple, surtout indiquée dans les *collections suppurées de la base*;
- c) soit la *Bronchoscopie* qui peut donner de très bons résultats.

B) ABCES CORTICAUX

Vraiment justiciables de la *Pneumotomie*. Il importe de préciser d'une façon absolue le siège, l'étendue, les prolongements que peut avoir la collection purulente.

En dehors de la *Radio*, on s'aidera de *l'exploration par le lipiodol*, on injectera dans l'arbre aérien par voie intra-trachéale ou par voie transglottique, le lipiodol lourd, puis le lipiodol léger. On aura à l'écran l'image de la collection purulente placée entre les deux ombres supérieure et inférieure du lipiodol léger et du lipiodol lourd.

TECHNIQUE

Anesthésie locale novocaïne à 1/200, injection de 1 cc. de morphine. Quelques bouffées de balsaforme si sujet pusillanime.

Position à donner à l'opéré. — Assise pour certains auteurs; couchée pour d'autres. Intermédiaire : le patient doit être couché sur le côté sain dans un décubitus latéro-ventral et le tronc légèrement surélevé à demi-assis (Lardennois).

1^{er} temps : *Temps costal*. — Incision cutanée curviligne, son bord inférieur dépassera en bas le foyer pour qu'après l'opération le drainage soit au point le plus déclive de la poche.

Résection de 2, 3 ou 4 côtes.

2^e temps : *Temps pleural*. — Plusieurs éventualités peuvent se produire,

a) Le plus souvent les 2 *feuilletts pleuraux* sont accolés et le poumon adhéré à la paroi, on passe tout de suite au temps pulmonaire.

b) *La plèvre ne réagit pas.*

Pas d'adhérences pleurales.

Ce sont les cas difficiles.

Avant d'ouvrir le foyer septique, il faudra déterminer un accolement des 2 feuilletts pleuraux. Plusieurs procédés ont été préconisés.

1^o) S'il n'y a pas urgence, on fixe à la paroi le poumon par une série de points en U et on tamponne la plèvre tout autour.

2^o) Mais le plus souvent il faut aller vite; on peut isoler la plèvre du foyer septique par une suture circulaire de ses feuilletts ou mieux de ses 2 feuilletts doublés en dehors par les muscles intercostaux, en dedans par le poumon.

Gosset provoque un pneumothorax artificiel, attire le poumon et le fixe à la paroi.

c) On trouve un *épanchement pleural*. C'est la *forme pleuro-pulmonaire de Tuffier* qui est peu grave en général surtout quand il n'y a pas de communication bronchique. (Eggers). Mais lorsque l'abcès du poumon communique préalablement avec les bronches, son ouverture dans la plèvre détermine un pyopneumothorax : le cas est alors plus sérieux. Cependant après drainage de la plèvre et si besoin du poumon la fistule bronchique s'oblitère d'ordinaire.

3^e temps : *Temps pulmonaire*. — Le foyer se trouve à 2 ou 3 cm. de la corticalité.

Incision cruciale.

Elargissement au doigt.

Examen au miroir frontal de la cavité.

On peut y voir des *brides vasculaires* qui traversent la cavité et qu'il sera prudent de lier. On pourra aussi apercevoir un *diverticule* qu'il faudra drainer.

Le badigeonnage à la cocaïne de la cavité peut être utile pour éviter les quintes de toux. Méchage de la cavité.

Evolution longue. L'expectoration diminue et perd sa fétidité, on enlèvera la mèche 48 heures après.

Pas de lavage. Courant d'oxygène dans la cavité et pansement au baume du pérou.

COMPLICATIONS

Hémorragies. — Les hémorragies secondaires sont des complications très redoutables.

Température. — Si la température s'élève quelques jours après il faut craindre l'existence d'un foyer non drainé ou l'apparition d'un abcès pleural ou médiastinal.

RESULTATS

Picot 149 Pneumotonies, 44 morts 30% de décès.

Korte 22 Pneumotonies, 8 morts 35% de décès.

Lenhartz 55 Pneumotonies, 16 morts 30% de décès.

La cause de la mort la plus fréquente a été l'infection persistante due à la rétention dans un foyer non drainé : d'où encore *Importance de la radio et de l'examen au lipiodol.*

III. — *Formes subaiguës et chroniques*

Il s'agit d'abcès disséminés dans une gangue de sclérose pulmonaire avec *adhérences pleurales presque toujours constantes.*

Ces suppurations chroniques se compliquent souvent de bronchectasie secondaire (Picot). Il faudra faire alors le diagnostic entre la dilatation des bronches compliquée et la dilatation des bronches non compliquée. La radio tranchera le diagnostic en montrant dans les formes compliquées *un flou voilant toute une partie du parenchyme pulmonaire.*

Plusieurs méthodes thérapeutiques ont été préconisées.

1° *Traitement par le pneumothorax artificiel.* — Etant donnée l'étendue fibreuse, le *pneumothorax ne peut donner de bons résultats.*

Il peut s'adresser aux formes très graves ou quand les lésions sont bilatérales. Il en est de même de la *Phrénicectomie et des Thoracoplasties.*

2° *Traitement par la bronchoscopie.* — Aurait donné de bons résultats.

En tout cas, il peut améliorer et préparer le malade à une intervention plus sérieuse et plus efficace car il ne faut pas oublier que les bronchoscopies répétées fatiguent les malades et finissent par leur faire abandonner le traitement.

3° *Traitement chirurgical proprement dit.* — L'opération est difficile, encore mal réglée, mais qui a donné des résultats intéressants étant donnée la gravité de ces suppurations chroniques qui évoluent vers la mort en moins de deux ans.

a) *Lobectomie typique* : Opération de Lilienthal et Robinson.
Ectériorisation du lobe.
Ligature à la soie.
Section du pédicule.

Opération qui plaît en théorie; pratiquement, opération abandonnée car la ligature posée sur ce tissu de sclérose ne tient pas.

b) *Lobectomie atypique* : Opération de Whittemore.
Extériorisation du lobe.

Fixation de ce lobe à la paroi thoracique. Section du lobe quelques jours après comme pour le néo du colon gauche.

c) *Lobectomie du cautère* ou OPERATION DE GRAHAM. — Opération pratiquée actuellement aux Etats-Unis.

1° *Soins pré-opératoires* : Désinfection du rhino-pharynx; Bronchoscopie pour nettoyer les cavités bronchiques.

2° *Anesthésie* locale novocaïne à 1/200, générale Protoxyde d'azote.

3° *Position du malade* : assise; demi-assise.

Pour Lilienthal la position couchée avec la tête basse diminuerait le risque d'embolie (l'embolus, dit-il, a tendance à monter).

4° *Premier temps* : large volet costal.

En général, il y a des adhérences pleurales et on peut faire le jour même.

5° *Deuxième temps* : Il consiste à introduire à l'intérieur du poumon un fer à souder en forme de doigt rougi au feu, jusqu'au foyer suppurant en coupant les bronches en plusieurs endroits.

On ouvre ainsi les bronches et les abcès péri-bronchiques.

Evolution. — Guérison lente.

Il s'écoule d'abord du sang, puis du pus; l'état général remonte.

L'expectoration diminue en quantité et en fétidité, et au bout d'un mois amélioration nette.

Quelquefois l'amélioration tarde à se produire; on est obligé de faire une 2^{me} et même une 3^{me} cautérisation.

Enfin il peut persister une *fistule bronchique* qui n'est pas incompatible avec un bon état général.

ACCIDENTS

Embolie : difficile à éviter.

Hémorragie : tamponnement.

Phénomènes de choc analogues à ceux qu'on rencontre chez les brûlés.

Médiastinite purulente.

RESULTATS DE L'OPERATION DE GRAHAM

La dernière statistique de Graham (1928) comportait 45 cas.

Sur ces 45 cas il y eut 15% de *mortalité* opératoire et post-opératoire (1 cas d'hémorragie, 2 cas d'embolie et 4 de complications cardiaques et infectieuses).

Cinq autres moururent longtemps après : deux lors de tentative de fermeture de fistule, deux de pneumonie.

En tout 11 cas de morts sur 45, soit 25% de *mortalité*.

Pour les autres cas :

Trois étaient en cours de traitement.

Dix malades conservent une fistule bronchique.

Enfin, 21 sont *guéris sans fistule*.

d) *Opération de Coquelet*. — Coquelet de Bruxelles a porté quelques modifications à l'opération de Graham. Il préconise la *conéopneumectomie progressive* avec un fer rouge fin.

e) Enfin citons les cas heureux de Baumgartner et Monod de Lobectomie au *bistouri électrique*.

BIBLIOGRAPHIE

BOPPE. — Traitement chirurgical des suppurations pulmonaires. — *Revue Critique de Pathologie et du Thérapeutique*, 1931.

CHEVALIER JACKSON (Philadelphie). — *Surgery Gyné Cology and obstetrics*, 1925 : Affections suppurées du poumon dues à la présence de corps étrangers aspirés; leur contraste avec les suppurations d'autre origine.

COQUELET. — Traitement opératoire des suppurations pulmonaires. —

La méthode de Graham : La Cùnéo-pneumectomie progressive (Archives franco-belges de chirurgie, 1929).

DELANGLADE et FIOLE. — *Lyon Chirurgicat*, 1920 : Ouverture des abcès du poumon.

EGGERS (New-York). — Erupyème compliquant et cachant un abcès du poumon. — *Archives of Surgery*, 1926.

GRAHAM. — Congrès de chirurgie thoracique américaine. — *Arch. Surgery*, 1929.

ISELIN (Marc.). — Traitement des dilatations bronchiques compliquées par la lobectomie au cautère. — *J. de Chir.*, 1929.

LARDEMOIS.

LECÈNE. — Thérapeutique chirurgicale.

LE CHAUX. — La Pneumotomie dans les injections gangréneuses du poumon. — *Le Praticien du Nord de l'Afrique*, 1928.

MEYER BORNECKE. — A propos des différentes méthodes thérapeutiques employés contre la gangrène et les abcès du poumon et du pneumothorax artificiel en particulier. — *Mitteilungen an den grenz gebieten der Medizin and chirurgie*, 1923.

PICOT. — Thèse Paris 1910.

Le traitement des abcès du poumon par la bronchoscopie

par le D^r MOATTI

—«O»—

La bronchoscopie est à la mode.

Sous l'impulsion du professeur Chevallier Jackson, qui, depuis quelques années, vient régulièrement en France enseigner et préconiser cette méthode dont il est le maître incontesté, les spécialistes français se sont peu à peu familiarisés avec cette thérapeutique nouvelle.

Comme toutes les méthodes nouvelles, la bronchoscopie enthousiasme les uns et laisse indifférents ou même sceptiques les autres.

Notre but, dans ce court chapitre n'est pas de prendre parti pour ceux-ci ou pour ceux-là.

Nous allons nous contenter d'exposer sommairement :

La technique de la bronchoscopie;

Ses indications;

Ses résultats.

Nous serons bref sur le premier chapitre, cette revue s'adressant surtout à des praticiens.

L'instrumentation la plus couramment employée est celle de Chevallier Jackson, à laquelle certains auteurs ont apporté quelques modifications de détails.

Elle comprend :

Une série de tubes bronchoscopes de longueur et de calibre différents suivant l'âge du sujet à traiter. L'éclairage, dans ces tubes, est distal, c'est-à-dire au contact même du foyer à explorer.

Un laryngoscope.

Un tube aspirateur.

Des porte-coton.

Une longue canule avec seringue pour l'injection des substances médicamenteuses.

Une source de lumière de faible voltage (piles de poche).

La technique proprement dite est assez simple.

L'anesthésie locale est nécessaire.

On adopte de préférence la position couchée, tête en dehors de la table, soulevée et soutenue par un assistant.

A l'aide du laryngoscope, on repère d'abord le larynx puis l'épiglotte étant relevée, on introduit dans la lumière du laryngoscope le tube bronchoscopique. Celui-ci, ainsi protégé, franchit, à la faveur d'une forte inspiration la glotte et arrive dans la trachée. Le laryngoscope est alors retiré, grâce à un système à coulisse, et le bronchoscope est enfoncé progressivement dans l'une ou l'autre bronche principale jusqu'au foyer de suppuration.

La conduite à tenir est alors différente suivant les lésions rencontrées.

Parfois c'est un corps étranger, cause de la suppuration, qu'il faut extraire. D'autres fois ce sont des bourgeons de muqueuse qu'il faut cautériser ou simplement une muqueuse congestionnée qu'il faut toucher avec une solution astringente. Parfois enfin c'est une sténose bronchique qu'il faut essayer de dilater.

Ce sont là autant d'obstacles qui gênent le drainage de l'abcès et qu'il est indiqué de faire disparaître.

En effet le but essentiel de la bronchoscopie est de pratiquer un véritable « drainage actif » dans une collection profonde, à trajet souvent sinueux, à parois généralement anfractueuses, tous caractères défavorables à une bonne vidange du pus.

L'aspiration se fait à l'aide d'une longue canule introduite dans la lumière du bronchoscope. Une extrémité de la canule arrive jusqu'au foyer suppuré, l'autre est reliée à l'appareil aspirateur.

L'aspiration étant terminée, on injecte dans la collection ainsi vidée une substance médicamenteuse variable suivant les cas : huile gomménolée, novarsénobenzol, vaccins, etc...

En somme, le but de la bronchoscopie est de traiter un abcès du poumon comme on traite un abcès quelconque. Le principe est en effet le même : faciliter l'évacuation du pus.

Mais c'est là une comparaison par trop simpliste et en vérité le traitement des abcès du poumon par la bronchoscopie, se heurte parfois à des difficultés insurmontables et très souvent ses résultats sont loin d'être des succès.

Cela tient à plusieurs raisons : la profondeur de la collection, l'impossibilité de pratiquer un drainage continu, enfin et surtout aux multiples variétés d'abcès du poumon. A ce propos il nous paraît utile, pour la clarté de notre exposé, de distinguer schématiquement :

D'une part deux variétés anatomiques :

Les abcès superficiels ou corticaux et les abcès profonds ou juxta-bronchiques.

D'autre part deux variétés cliniques :

Les abcès aigus et les abcès chroniques.

Dans les variétés anatomiques, la discrémiation est facile. Il est évident que les abcès superficiels sont plus du domaine de la chirurgie que de la bronchoscopie.

Les abcès profonds et déjà ouverts dans les bronches, par contre, sont ceux où la bronchoscopie peut rendre de grands services.

Dans les variétés cliniques, les indications de l'endoscopie sont beaucoup plus difficiles à poser.

La première difficulté consiste tout d'abord à s'entendre sur le terme « aigu ». Quand un abcès cesse-t-il d'être aigu ? Il n'est pas toujours facile d'y répondre et très souvent le clinicien est fort embarrassé pour prendre une décision thérapeutique en présence d'un abcès qui ne guérit pas. Il voudrait éviter à son malade une intervention, mais il ne voudrait pas non plus laisser passer la bonne période opératoire.

Nous ne chercherons pas à élucider cette grave question et arbitrairement, suivant pour cela l'exemple des bronchoscopistes spécialisés, nous classerons dans les abcès aigus ceux dont la durée ne dépasse pas 5 à 6 semaines. Dans ces cas la bronchoscopie semble pouvoir donner de bons résultats.

Il est difficile, faute de documents précis, de donner un pourcentage assez exact des cas de guérison. Mais il ne semble pas, en prenant la moyenne des statistiques, que ce pourcentage soit beaucoup plus élevé que celui des guérisons spontanées que l'on peut espérer dans ces abcès aigus de « six semaines » (40% d'après certains auteurs américains, en particulier Kully).

Il est alors permis de se demander s'il est vraiment utile de recourir systématiquement à la bronchoscopie en présence d'un abcès aigu du poumon.

Par contre, dans les abcès anciens, véritablement chroniques, quand la guérison spontanée ne peut plus être espérée, quand la thérapeutique médicale s'est montrée inefficace, la bronchoscopie reprend ses droits et ses indications doivent être discutées sur le même plan que ceux de la chirurgie.

Elle présente sur la chirurgie un avantage incontestable et primordial : c'est son inocuité absolue et l'absence de ses contre-indications.

Certes ses résultats sont incertains et ses échecs parfois complets. Mais les succès de la chirurgie pulmonaire sont-ils plus constants, et entre deux méthodes, encore à leur période de tâtonnement, n'est-il pas plus rationnel de préférer celle qui, si elle ne fait pas beaucoup mieux, fait le moins de mal ?

Dans ces suppurations chroniques, traînantes du poumon, dans les suppurations fétides à allure gangréneuse, la bronchoscopie peut rendre des services. Si, dans la majorité des cas, elle ne guérit pas, souvent elle soulage le malade. En diminuant la rétention du pus, elle fait baisser la fièvre, elle améliore l'état général. Fonctionnellement elle fait diminuer la toux, rend l'expectoration plus fluide, plus facile à rejeter et lui enlève, dans les formes gangréneuses, l'odeur fétide si pénible pour le malade et son entourage.

Ainsi amélioré, au point de vue général et local, le malade devient plus apte à supporter le choc opératoire, dans les cas où on voudrait tenter une intervention chirurgicale décidée.

Ainsi donc, chirurgie et bronchoscopie, loin de s'exclure mutuellement, peuvent se compléter, celle-ci préparant le terrain à celle-là.

En résumé, la bronchoscopie est une arme nouvelle qui, peut-être un jour, révolutionnera la thérapeutique des suppurations broncho-pulmonaires. Nous disons peut-être, car la méthode est encore jeune et il faut laisser faire l'épreuve du temps avant de la juger définitivement.

Mais un fait est incontestable, c'est l'amélioration fonctionnelle et générale qu'apporte la bronchoscopie dans ces formes traînantes qui font le désespoir du malade, de son entourage et aussi du médecin. Ce n'est là, dira-t-on, qu'un traitement palliatif. Mais n'est-ce pas déjà considérable et la méthode ne constitue-t-elle pas, comme l'écrit si bien Moulouguet « une ressource précieuse pour ces malheureux malades que leur infirmité rend un objet de dégoût pour leur entourage. »

Complices (1)

(Suite et fin)

— « 0 » —

L'entrepreneur gisait dans une chaise longue, auprès d'une fenêtre donnant sur cour. Cette perspective, qui répétait six fois le même étage, ressemblait étrangement au destin du sexagénaire : sombre, resserrée, et montrant en haut un lambeau de ciel, on eût dit cette existence étroite, où seule la mort, au faite, mettait de la lumière et de l'infini. Berthancourt remarqua le pansement maculé, le linge malpropre, les vêtements hors d'usage : les bons habits devaient déjà être mis à part, pour le gendre. Dans cet ignoble accoutrement, l'ancien ouvrier avait pris une majesté étrange, de mauvais augure : enfoncée dans un cou énorme, la face offrait cet aspect proconsulaire que l'on remarque aux effigies de certaines médailles antiques. Les traits détendus étaient de la teinte du vieil ivoire. Il n'y remuait qu'un regard halluciné d'effroi et d'espérance, qui s'accrocha aux prunelles du prolongeur de vies, comme naguère, avant l'opération. Le regard de ceux qui ne veulent pas finir, ceux qui, expulsés des années, se cramponnent aux jours, aux heures. Pourquoi, de nouveau, si cruelle angoisse ? Berthancourt eut dans la poitrine une pesanteur subite, pareille à un choc. Avec une gaieté mal jouée :

— Eh bien ? Ça commence-t-il à s'améliorer ?

Il se pencha sur le trachéotomisé : le laryngologiste savait comprendre les sons que, même sans souffle, les opérés forment avec la langue et les lèvres. Il ne put percevoir qu'un bredouillement indistinct. Où était l'ardoise (cette noire pierre où, à la maison de santé, Maurinçois si souvent avait déposé une écriture blanche et funéraire) ? L'ardoise n'était pas là. La femme et le gendre la cherchèrent avec mauvaise grâce, la découvrirent enfin dans un fond d'armoire. D'ailleurs, il n'y avait ni craie, ni crayon. Et l'encrier ? L'encre était sèche. Les plumes étaient brisées.

— Comment ! fit Berthancourt irrité, en tirant son stylographe. Depuis son arrivée ici, depuis deux jours, ce malade est sans com-

(1) Voir numéros de la T.M., Juin et Juillet-Août 1932).

munication avec vous ? C'est inadmissible ! Et ce pansement n'a pas été refait ! Vous n'avez donc pas demandé l'infirmière, comme il était convenu ?

Mais il se tut : il comprit, aux regards épouvantés du vieil homme, que celui-ci paierait cher ces protestations. Le stylographe écrivit :

— *Presque tout le lait sort par la canule.*

— Vous ne prenez que du lait ?

— *Oui.*

— Combien ?

— *Deux petites tasses par jour.*

— Deux petites tasses... et cela sort par la canule ! (J'ai compris, se dit-il : ils le laissent mourir de faim.)

Le couple, effrayé, guettait la plume révélatrice. Berthancourt, croisant les bras, sourcils froncés, laissa durer le silence.

— Eh bien, il faut changer cela, commanda-t-il.

Il renouvela le pansement, alimenta lui-même le malade, à la sonde.

— Je viendrai tous les matins vous introduire dans l'estomac, doucement, un repas complet, digéré d'avance. Cela passera très bien. Soyez ranquille, je ne vous abandonne pas !

Chacun de ces mots ranimait le malheureux : il retrouvait un allié. Cérémonieusement, il tenta de se lever quand partit Berthancourt. Mais la femme et le gendre suivirent le médecin, s'encourageant l'un l'autre du regard.

Arrivés dans le corridor :

— Alors, vous dites que vous allez revenir tous les jours ? fit une voix femelle d'une intonation peu engageante.

— Alors, répétait une autre voix basse et furieuse, vous m'aviez dit, au commencement, qu'il en avait pour trois mois au plus : et il en a duré huit, six avant l'opération, et deux après ! C'est comme ça que vous tenez parole ?... Et vous trouvez que c'est sérieux ? Et vous voulez le faire traîner encore ?

Berthancourt se taisait, suffoqué par les ténèbres du local et par ces passions obscures. Il se dirigea à reculons vers la porte, saisit le bouton. Il respira, allégé, sur le palier.

— J'ai rempli, dit-il avec fermeté, mon rôle de médecin qui est

de tout tenter pour prolonger une existence. J'ai en effet réussi au delà de tout espoir.

— Comme si ça ne vaudrait pas mieux pour lui d'être mort ! Il n'y a qu'à le laisser tranquille, ce pauvre homme, insinuait doucement la vieille.

— Tout de même, s'il ne mangeait pas, tout serait fini dans trois ou quatre jours, avoua, malgré lui, le gendre.

La brusque colère des âmes débonnaires saisit Berthancourt :

— Eh bien, il mangera, et cela durera des semaines et des mois. dussé-je, si l'alimentation par la bouche devient impossible, faire la gastrotomie (sans y songer, il marquait du pouce sur son gilet le tracé de l'incision. Votre mari n'est pas si près de mourir. Il est solide encore.

Imprudentes paroles ! La vieille taupe lui lança (si j'ose dire) un regard de vipère, et rentra dans l'ombre, silencieuse et décidée. Le gendre brandissait les poings, criant :

— Ah ! mais non ! Ah ! mais non ! mais non !

∴

« Monsieur le docteur,

Inutile de vous déranger. Mon beau-père a fait appel à un médecin du voisinage, qui le soignera plus commodément.

Recevez, Monsieur le docteur, mes salutations. »

Berthancourt, interrompu dans un examen durant sa consultation, avait déposé son miroir frontal pour lire cette dépêche. Il s'était si bien attaché, d'un triple intérêt de médecin, de sauveteur et d'homme, à cet infortuné poursuivi par tant de souffrance et d'avidité, qu'il eut, dès les premiers mots, un véritable vertige. Il tournait machinalement le papier bleu dans ses mains : le mot *pneumatique*, imprimé au recto, le frappa... *Pneuma* : souffle... il revit la face bleuie de celui qui avait longtemps étouffé, de l'homme maintenant si pâle que l'on faisait mourir de faim. Non, il n'était point dupe de ce billet ! Il ne laisserait pas le crime se commettre. Au besoin, avertir la police ! Il fallait forcer l'entrée, nourrir jusqu'au bout ce malheureux...

Combien infimes sont les circonstances qui, d'ordinaire, fixent l'heure de la mort ! La naissance seule est soumise à des faits plus contingents. L'existence tient aux causes qui l'expriment le moins : notre fortune dépend de nous plus que notre vie. Maurinçois eût

vécu un mois de plus si la dépêche était arrivée à Berthancourt en un autre moment. Le médecin déjà se levait, oubliant son patient, lorsqu'il rencontra le regard étonné de celui-ci. D'un effort de volonté pareil au rétablissement sur les reins de l'acrobate, il utilisa le geste commencé pour aller jeter le papier sur son bureau.

— Je viens de recevoir là une lettre bien singulière.

Il interrogea le patient aussi lucidement que si rien ne s'était passé, écrivit, commenta l'ordonnance, ouvrit au malade suivant et, pendant quatre heures, poursuivit, avec sa sûreté habituelle, ce jeu épuisant, fait de science et d'attention, de divination et de prestige, d'autorité et de souplesse qui constitue une consultation médicale. Quand il se retrouva seul, la nuit était venue : lassitude de la lumière, des muscles et de la pensée. Il n'avait pas repensé explicitement à Maurinçois : lorsqu'il relut la dépêche, il se prit à songer à lui comme à un homme déjà mort. Sa sympathie était devenue lointaine, rétrospective. Toute démarche prêterait aux interprétations les plus basses, les plus fâcheuses... Il hésita. Il mit au lendemain la décision.

Et, de jour en jour, il recula sa visite.

∴

— Oui, voilà ce qu'elle a coûté, depuis tantôt un an que ça dure, que ça dure, cette maladie qui n'en finit pas !

Toute la journée, le trachéoomisé avait, de sa chaise longue, cru reconnaître les pas de Berthancourt : dans chaque allée et venue sur les marches de l'escalier, dans les battements de ses artères. Maintenant, gagné par les rêveries de l'inanition, par la faiblesse et le froid qui semblaient monter avec le couvre-pieds peu à peu tiré jusqu'au menton, il n'écoutait guère les calculs de son gendre. Mais celui-ci insistait, faisant de mémoire des additions si compliquées qu'il avait déjà dû les chiffrer à la plume : et, enfin, se décidait, allait chercher dans l'armoire à linge, sous les torchons, une liasse volumineuse, vrai dossier de succession :

La table s'épaissit d'une étonnante collection de factures : notes d'honoraires, memoranda de pharmacie, relevés de maison de santé, avec leurs chiffres que le maigre homme blond, pareil à un 3 mal fait, relisait et répétait inexorablement. Les billets de mille de l'opération ! Puis les frais. Cinq, six, sept, huit, huit boîtes d'ouate ou de gaze certain jour ! Cent quatre-vingt-trois francs de

blanchissage, en une semaine, pour un homme seul ! Pour atteindre à un total imposant, le gendre ajoutait aux dépenses de séjour des pourboires imaginaires, et comptait au prix de taxis les mètres de ses déplacements.

— Comptez vous-même ! Au moins cela ! Et ce n'est pas tout, j'en oublie ! Et cette canaille de médecin qui voulait revenir tous les jours : des mois durant, n'est-ce pas ? Et son autre opération, la *gastro... gastro* quoi ? Un nouveau truc pour *me* soutirer (il s'interrompt)... Ah ! il est joli, ce monsieur qui ne pense qu'à rallonger les maladies...

Malgré sa torpeur, Maurinçois avait fini par entendre : dès lors, chaque chiffre lui restait dans la peau comme une écharde. Comment, chacune de ces compresses jetées dans un bassin au moindre effleurement, chacun des instants gâchés dans cette chambre de clinique avaient coûté si cher ? Cela lui faisait autant de mal qu'à son gendre. Fallait-il écorner en quelques mois une fortune accumulée en soixante ans de travail ? Et de nouveau, cessant d'entendre, il retournait au rêve patient de sa vie : la vieillesse heureuse le repos, les fleurs, les arbres dominés par de larges croisées.. Mais, peu à peu, il n'apercevait plus que les croix et les cyprès de la cité dont on ne revient pas. Ses yeux se mouillèrent.

La vieille, dans la cuisine, tout en lavant ses assiettes, guignait l'effet des factures. Quand elle vit l'homme pencher le front, elle lança :

— Comme si ça pouvait guérir, un cancer !

Cancer ! On avait toujours évité, devant Maurinçois, le nom terrible : le parler médical est si riche en synonymes... Quoi ! C'était vraiment cela ? Il était donc perdu !... L'homme se mit sur son séant, et, hagard, il serrait ses cuisses dans ses mains, comme s'il allait s'échapper à lui-même. Il oubliait sa canule, il cherchait des mots dans sa gorge ; il ne trouva qu'un long râle métallique. Mais l'atroce mot de sa femme et les additions du gendre achevaient d'éclairer à ses yeux les figures de ses proches : il comprit l'absence de Berthancourt. Il avait déjà trop vécu, au gré des misérables !

Le gendre ne regardait pas le beau-père : de cette race de détresseurs qui craint l'œil de la victime, il poursuivait, tête basse, ayant ramassé le mot tombé et le brandissant comme une arme :

— Cancer, eh oui, cancer ! Avec ça que vous ne le saviez pas !

Alors, croyez-vous que ça valait la peine de dépenser tant d'argent pour un cancer ?

Une ombre passa sur les factures : il leva le front et vit marcher à lui, effrayant, pansement basculé, gorge ouverte, dressant ses larges pattes, le vieil ours qui semblait devoir le broyer d'un effort. Vivement, il se retrancha derrière une chaise, bégayant :

— Oh ! ce sera comme vous voulez... D'ailleurs... peut-être bien...

Puis il tourna autour de la table et s'enfuit dans la cuisine, heurtant la vieille. Celle-ci souriait victorieusement à cette affreuse scène, où son instinct de bête de proie reconnaissait la dernière convulsion d'un être frappé à mort.

∴

Y eut-il du dégoût, de la faiblesse enfin lasse, ou du désespoir, dans cet homme écroulé sur sa chaise longue ? Tout cela, certes. Mais, de plus en plus, ce vieillard blanchi, ridé, crevassé, qui, tant d'années auparavant, était un petit corps blond et frais caressé par une mère, eut besoin autour de lui de tendresses et de sourires, fussent-ils menteurs. On lui saurait gré de disparaître vite... Il avait travaillé soixante ans pour un château imaginaire : il pouvait bien abandonner quelques journées pour un peu de tranquillité, se disait-il, pour un peu de bonté, répéta, sans qu'il l'entendit, l'écho de son cœur.

Une large douceur monta de sa poitrine, emportant la souffrance de la gorge. Était-ce, chez l'ancien grippe-sou, de la générosité commençante ? Était-ce le pardon ? Je ne sais... Car il y eut en même temps pour lui (entre les bras de la chaise longue ou derrière celle-ci, lui semblait-il, bien que cela ne fût nulle part) bien des images haineuses ou méprisantes, et des bouts de phrases hétéroclites, et les apports de l'ouïe et du toucher, et la persistance de ce poids qui ressemble à la volonté de vivre. Et ce grand épanchement ne fut pas un instant seul dans son âme... Dans l'âme, jamais rien n'est seul.

Excusez-moi, lecteur : en vérité, je ne puis mieux rendre compte d'un tel moment. Les mots et les idées expriment les hommes de façon aussi arbitraire et injuste que les dessins charbonnés aux murs.

Un quart d'heure après, à l'œil avide de la vieille qui vint voir

« s'il n'était pas arrivé malheur », la lumière éthérée et éternelle apporta l'image d'un corps affaissé, où se fit, comme une brisure, un geste qui désignait l'ardoise.

Elle lut :

— *Donne-moi du lait. Ça suffira.*

La vieille comprit... presque tout. Radoucie, mais encore grincheuse (après tout marché, il faut paraître mécontent), elle grommela un : « Bien, bien, on y va ! » presque serviable. Averti par un clin d'œil, le gendre, obséquieux, apporta la tasse. En effleurant les vieilles pattes défaillantes, il se sentit, surpris, remuer au ventre une pitié animale, et son geste hypocrite eut quelque peu de générosité.

La vieille désarma la dernière, en vraie femme. Tandis que son mari, suffoquant, toussait et rendait le liquide par la canule :

— Eh ! tu vois que ça passe, mon vieux !

Tout de même, elle alla chercher son propre oreiller, qu'elle glissa sous la tête du moribond.

Après la crise d'âme, une crise de gorge. Des déchirements, des secousses plus fortes que le corps et que la vie... Il y avait eu de la fureur dans la toux, il y eut de la malice dans la lucidité qui succéda. Le vieillard goûta un amer sourire en songeant qu'il « se roulaît » lui-même. Il ressentait, plus vive que la faim, une telle soif de paix et de sympathie ! Ce fut donc d'un regard non plus implorant, mais participant au complot, qu'il chercha les visages de l'homme et de la femme. N'était-il pas, à présent, de connivence avec eux ?

Maurinçois, d'une main tremblante, prit l'ardoise :

— *Merci, cela va très bien. Pas besoin de médecin.*

Et, haïssant-reconnaissant, clairvoyant-dupé, calculant encore, mais sublimement donnant ce qui lui restait, le dernier lambeau de sa vie, pour quelques demi-regards de tendresse, victime et complice, le vieil homme se simplifia enfin, trois jours plus tard, dans le domaine de l'unité éternelle.

LUC DURTAÏN.

(Lignes de vie)

Analyses sur le Kala Azar

Le kala azar continue à être à l'ordre du jour.

Nombreuses sont les publications des journaux de la Métropole sur cette maladie qui paraît s'acclimater en France et devenir de plus en plus fréquente. Maintenant que la symptomatologie générale de la maladie est bien connue, les auteurs signalent des formes cliniques peu fréquentes qui rendent le diagnostic difficile. C'est ainsi que Robert Poinso a décrit, dans la Presse Médicale du 30 décembre 1931, la forme hépatique du kala azar infantile. Cette forme, observée à Marseille se caractérise par une hypertrophie énorme du foie et une splénomégalie discrète, ce qui est en somme l'inverse de la forme habituelle. Il est bon de connaître cette variante de la leishmaniose viscérale et d'y penser, car la méconnaissance entraîne totalement la cachexie et la mort des malades.

Plazy Germain et Marcandier, dans les Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, dans un cas de kala azar de l'adulte, ont constaté vers la fin, l'apparition d'une ascite avec circulation veineuse collatérale et diminution du volume du foie. Cette transformation d'un foie très hypertrophié, en cirrhose atrophique n'est pas très fréquente dans le kala azar.

Il peut y avoir des cas presque apyrétiques. Jean Olmer dans les Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 9 octobre 1931, a signalé un cas de kala azar chez un jeune homme de 21 ans, chez lequel l'absence presque constante de la fièvre, et le résultat négatif de la ponction de la rate à développement très rapide, avait fait éliminer le diagnostic de kala azar, et pencher pour une maladie de Banti à évolution rapide. D'où splénectomie et mort par hémorragie après l'opération.

La splénectomie, malgré sa gravité, garde toujours quelques partisans, P. Abrami, Grégoire et Robert Wallich (Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris), publient le troisième cas français d'un kala azar autochtone de l'adulte, survenu chez une ancienne paludéenne à falciparum.

En raison de la longue évolution de ce kala azar, et l'abondance des leishmania trouvées dans la rate, on décide de faire la splénectomie avant de tenter la médication antimoniale, afin de suppri-

mer le repaire principal des parasites. Guérison. Les auteurs estiment excellents les résultats obtenus par la splénectomie, et l'ablation de la rate leur semble être un complément de la cure médicamenteuse souvent insuffisante dans les cas anciens.

Les travaux sur les réactions humorales et la thérapeutique du kala azar sont toujours très nombreux. La plupart signalent la valeur de la formol-leucogène réaction et l'activité de la médication antimoniale sous des formes diverses.

P. Lereboullet, J. Chabrun et P. Baizé (Bulletins et Mémoires des Hôpitaux de Paris), insistent sur les résultats remarquables du traitement par l'antimoine chez une fillette de 5 ans et $\frac{1}{2}$; ils ont employé le stibional intra-musculaire (renferme par cme. 0,018 d'antimoine) en 27 injections; ils ont introduit dans l'organisme 86 centigr. d'antimoine.

R. A. Marquezy, Monnier et H. Borrien, dans un cas de kala-azar infantile (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 4 décembre 1931), ont employé des injections intra-veineuses de stibyal (tartrate d'antimoine et de sodium), une injection tous les deux jours à doses progressives 0,01 à 0,05 ctegr., au total 0,69. Traitement suivi du 21 septembre au 30 octobre 1926. Ensuite ils ont employé le stibényl du 1^{er} novembre au 15 décembre, tous les deux jours une injection intra-musculaire à doses progressives de 0,05 à 0,20 ctegr., au total 3 gr. 65.

L'action du médicament a été assez lente à se manifester.

Le courbe thermique ne commença à se modifier qu'après quinze jours de traitement, trente-cinq jours après le début, la température vespérale atteignit encore 38°5. Il fallut compter neuf semaines de traitement continu, pour constater une courbe thermique absolument normale, mais la guérison se maintient depuis 5 ans.

Paul Giraud et Mlle Coulange, dans la Presse Médicale du 3 février 1932, ont publié un remarquable article sur le traitement du kala-azar chez l'enfant, article qui résume les résultats d'une expérience considérable, portant sur un grand nombre de cas.

Pour eux, dans 70 à 80% des cas, cette maladie autrefois incurable serait susceptible de guérison grâce aux sels d'antimoine que les Italiens ont été premiers à nous faire connaître.

Giraud et Mlle Coulange estiment que les composés minéraux de l'antimoine (émétique de soude ou de potasse) sont supérieurs

comme action au stibényl et au néostibosane, mais leur maniement est beaucoup moins pratique car ils doivent être employés en injections intra-veineuses.

Ils regrettent la disparition du stibényl qui avait donné de bons résultats, mais qui n'est plus fabriqué actuellement.

Le néo-stibosane leur paraît plus toxique que le précédent, ils recommandent d'être prudents et de ne faire que trois injections par semaine, la première à 0,05, les autres à 0,10 chez les enfants jusqu'à 4 ans. Il faudrait attendre un mois avant de recommencer un nouveau traitement sous peine de voir éclater des accidents très graves d'intolérance.

Comme accidents de la cure stibiée, les auteurs signalent les abcès intra-musculaires, la toux coqueluchoïde et les vomissements après les injections intra-veineuses. Ils signalent en plus trois sortes d'accidents graves qui peuvent obliger à interrompre la cure : la stibio-intolérance, l'intoxication proprement dite, et la résistance aux médicaments.

C'est dans ces cas de stibio-résistance qu'on pourrait envisager la splénectomie pour supprimer le foyer infectieux principal.

La chute de la température paraît être le guide le plus fidèle pour suivre l'évolution du kala-azar.

Enfin D'Oelsnitz, dont les travaux sur ce sujet sont déjà très nombreux, insiste avec Léotard, sur la difficulté du diagnostic au début, et sur l'utilité d'un traitement stibié d'épreuve pour confirmer le diagnostic de kala-azar. Il rappelle que pour les médecins anglais, l'incubation parfois très courte, pourrait se prolonger jusqu'à deux ans et plus (Sprawson) et que la durée de la maladie pourrait atteindre trois à cinq ans, avec des périodes indéfinies d'apyrexie (voir le cas de Masselot).

D'Oelsnitz pense que la formol gélication ne constitue qu'un signe de présomption, en raison des résultats contradictoires qu'elle peut quelquefois fournir. D'après Brahmachari, pour avoir une certaine valeur diagnostique, elle doit être immédiate, et l'opacification doit être complète dans un délai variant de trois à vingt minutes.

La réaction de Chopra et Gupta serait plus sensible que la précédente.

D'Oelsnitz signale les bons résultats obtenus avec le stibyal, le stibényl, le néo-stibosane et l'urée-stibamine, qui aurait pour avantage sa moindre toxicité, la rapidité de son action thérapeutique, sa parfaite tolérance.

R. B.

Nota-Bene. — Cette rapide revue était terminée quand est paru le numéro d'Avril 1932 de l'*Algérie Médicale*, réservé au kala azar qui renferme une mise au point parfaite de la question, que tous les médecins de l'Afrique du Nord se doivent de lire et de conserver.

Annales d'anatomie pathologique
et d'anatomie normale médico-chirurgicale,
décembre 1931

**L'Echinococcose secondaire bronchogène
du poumon**

par F. DEVE

La plupart des kystes hydatiques univésiculaires non compliqués du poumon, lorsqu'ils viennent à se rompre dans les bronches, sont fertiles, renferment du sable échinococcique constitué de minuscules et fragiles capsules proliférées, mettant facilement en liberté leurs microscopiques scolex. En cas de vomique hydatique limpide, la canalisation aérienne est inondée d'un liquide (eau de roche) tenant en suspension un véritable limon parasitaire susceptible de se déposer dans tous les recoins de l'appareil pulmonaire. Or, l'expérimentation moderne a prouvé que le scolex peut se métamorphoser directement en une hydatide, c'est-à-dire en un nouveau kyste hydatique chez l'hôte même qui hébergeait le kyste primitif. C'est le processus de l'échinococcose secondaire (Dévé).

Dans cette étude, faite sur le lapin, Dévé confirme ses expériences de vingt-cinq ans, apportant la démonstration d'une échinococcose secondaire du poumon d'origine bronchique, réalisée par un ensemencement intra-trachéal de sable échinococcique et consécutive à une inoculation broncho-pulmonaire rétrograde.

Il existe fort peu d'observations d'échinococcose secondaire du poumon d'origine bronchique chez l'homme de 3 à 5 cas, mais ce processus peut expliquer les rechutes observées chez des malades opérés de kyste hydatique du poumon, ayant donné lieu à une vomique limpide salée, au cours de l'intervention.

**L'association de l'autohémothérapie
et des extraits endocriniens dans
le traitement de diverses psychopathies (1)**

par René BIOT

Ancien chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu
de Lyon

Nous avons attiré récemment, au Congrès Psychothérapie, l'attention de nos confrères sur une méthode qui nous a donné des résultats suffisamment encourageants pour qu'il nous paraisse indiqué d'en reprendre ici l'exposé plus en détail.

Cette méthode consiste à injecter des extraits endocriniens mélangés au moment même au propre sang du malade.

Nous n'ignorons pas que des auteurs ont déjà signalé de bons effets de cette technique; notre intention n'est pas de reprendre ici la bibliographie de ce sujet. Nous n'oublions pas non plus combien est déjà long l'historique du traitement par les injections de sang, depuis les vieilles pharmacopées (2) jusqu'à l'autohémothérapie contemporaine. La liste serait très fournie des auteurs, qui ont signalé les bons effets de technique très voisine de celle que nous signalons ici. C'est ainsi que récemment Filderman a présenté un malade atteint de la maladie de Dupuytren en bonne voie de guérison par l'hémocriothérapie (3).

Nous ne voulons aujourd'hui qu'apporter une contribution à l'étude d'une question qui nous paraît fort intéressante.

Préoccupé de soigner chez nos malades des troubles du caractère, de l'humeur, nous nous sommes appliqués à instituer chez eux une thérapeutique qui mette en œuvre en même temps que des moyens mécaniques, toutes les puissances physiologiques que nous pouvons connaître. Nous avons dit ailleurs (4) pour quelle raison nous tenons à ne pas appeler cette médecine de l'esprit psychothérapie, à cause du sens limité donné généralement à ce mot, et pour quels motifs nous tenions au pléonasme intentionnel de médecine humaine.

(1) *Le Progrès Médical*, N° du 20 février 1932.

(2) Voir par exemple « Le sang humain dans la thérapeutique anti-goutteuse ». *Pro medico*, numéro 2, 1924.

(3) *Bull. et Mém. Soc. de Méd. de Paris*, 28 février 1931, p. 315.

(4) Cf. R. Biot. — « Pour la médecine humaine, essai sur la méthode médicale ». *Biologie médicale*, Paris, Poulenc, janvier 1929; ou encore « la médecine humaine et l'individuel » in *Cahiers de la Nouvelle Journée*, n° IX, Paris, Bloud et Gay; ou encore « La méthode de la médecine humaine » Société d'études philosophiques, Marseille, avril 1931.

Comme nous avons remarqué les résultats que donnait le traitement par les chocs et notamment par l'autohémothérapie dans diverses affections, cela nous avait engagé à l'utiliser pour le traitement de certaines altérations psychiques. Nous gardons encore le souvenir d'une cyclothymique à qui le Docteur Tinel nous avait conseillé de faire de l'autohémothérapie.

∴

En même temps le désir que nous avons d'y voir un peu plus clair dans le diagnostic des troubles endocriniens nous avait conduit à demander des lumières aux réactions humérales.

Déjà en 1914, nous avons fait quelques essais signalés dans notre note : « Présence de sensibilisatrice spécifique dans le sérum des malades atteints d'insuffisance glandulaire », par R. Biot et J. Rebattu, Société de biologie, 11 juillet 1914.

Mais de nouvelles précisions étaient nécessaires. Le Docteur G. Richard avec qui nous avons jadis poursuivi des recherches sur la fixation du complément, et d'autres, plus délicates, sur la méthode d'Abderhalden, a bien voulu s'intéresser à nouveau à ce problème, tant pour nous que pour notre confrère d'Espinay ou d'autres cliniciens lyonnais.

Ainsi fut mise au point par G. Richard une méthode, encore inédite d'ailleurs, basée sur la déviation du complément, et qui permet de donner une indication sur la **prédominance** ou l'**insuffisance** de telle glande dans le « concert endocrinien ».

La déviation du complément vis-à-vis de divers tests endocriniens se présente toujours comme positive, mais en tout cas **légère** et en **harmonie** entre toutes les glandes. Dès qu'il y a dysendocrinie, on voit apparaître un décalage de l'hémolyse, qui se fait soit en avance soit en retard vis-à-vis des autres tests. Il y a là une manipulation très délicate qui exige une surveillance attentive et non pas une « lecture terminale ».

Tout se passe comme s'il y avait, dans le sang circulant des malades en état de dysendocrinie, des substances biochimiques — ou, sinon, seulement des propriétés (1) — qui pourraient être utilisées comme antigènes ou comme anticorps quand on les injecte à un autre sujet ou au malade lui-même. Nous avons constaté jadis ces faits du même ordre chez les tuberculeux dans le

(1) Nous n'avons garde de conclure hâtivement à l'existence des célèbres « phénoménines », raillées jadis si finement par Lé Dantec.

sérum desquels la réaction de Bordet nous permettait de déceler parfois des antigènes, parfois des anticorps, parfois les uns et les autres (1).

De là nous vint l'idée que puisque le sang des dysendocriiniens était chargé d'antigènes spécifiques ou d'anticorps spécifiques on pouvait, en mélangeant ce sang à des extraits endocriiniens, obtenir quelque chose qui aurait une valeur thérapeutique plus grande que l'extrait seul.

∴

La technique très simple consiste à recueillir le sang, obtenu par ponction veineuse, dans une seringue déjà chargée de l'extrait endocriinien approprié, et, une fois le mélange fait, réinjecter le tout dans les muscles de la fesse, avec les précautions habituelles d'asepsie.

Si l'on veut pouvoir comparer des effets d'un cas à l'autre il nous paraît indispensable de recourir aux extraits provenant toujours des mêmes firmes. Car il est très vraisemblable que l'activité clinique humaine des extraits endocriiniens varie d'un laboratoire de pharmacologie à l'autre, toutes qualités de provenances et de soins étant égales d'ailleurs. Indépendamment de l'action physiologique globale, qui peut être la même avec les produits X ou Y, les effets sur l'état psychique et moral varient certainement beaucoup (2) : et ce sont ceux-là que nous cherchons.

Nous nous sommes servi des extraits Byla en raison de leur isotonie et à cause de leur préparation à froid qui offre des avantages pour la sauvegarde de l'activité physiologique et aussi parce qu'ils sont ceux que G. Richard utilise comme réactif dans son analyse biologique. Nous recourons généralement aux iscs à cause de leur titrage, 1 cc. représente un gramme d'organe frais.

Nous pratiquons en général une injection par semaine. Dans certains cas pour aller plus vite nous ne les avons espacées que de quatre jours.

(1) Cf. nos publications antérieures : Modification des techniques utilisées pour l'étude des propriétés humorales des tuberculeux » (*Journal de physiologie et de pathologie générale*, janvier 1914). — « Modification de la technique de la réaction de fixation dans la tuberculose » Société de biologie, 7 mars 1914). — « Anticorps et antigènes divers du sérum des tuberculeux » (Société de biologie, 7 mars 1914, en collaboration avec F. Arloing). — « Recherches des antigènes et des anticorps dans le sérum et l'urine des tuberculeux ». (Un volume in-8, 293 p., Paris, Poinat, mai 1914).

(2) On touche là du doigt combien les expériences sur l'animal, pour indispensables qu'elles soient, restent insuffisantes et comment les conclusions de la médecine expérimentale et comparée ne peuvent servir que de guide en vertu seulement de l'analogie, pour la thérapeutique humaine.

Nous avons ainsi tenté de traiter toutes sortes de troubles de l' « humeur » — au sens moral du mot —, aussi bien des agitations que des dépressions, depuis les formes atténuées jusqu'aux symptômes graves, aussi bien des inappétences au travail que des troubles de la sexualité, voire des altérations psychiques où se discutait le diagnostic de schizophrénie. A ces malades nous avons été amené, guidé par les analyses de G. Richard, à injecter, mélangés au sang, des extraits testiculaires ou ovariens, des extraits thyroïdiens ou hypophysaires, etc., ou même des mélanges de ces divers produits.

Sans doute convient-il, comme le note si justement Kretschmer (1) de ne pas « réagir contre l'abus qui a été fait de l'anatomie cérébrale par un autre abus qui consiste à recourir à tort et à travers à l'explication endocrinienne ». Toujours est-il que nous avons suffisamment de signes cliniques et humoraux de troubles endocriniens chez nos psychopathes pour que soit indiquée une méthode ne se limitant pas à la psychothérapie.

Nous ne saurions entrer ici dans le détail des observations. Quand on a affaire à des états de santé qui sont à ce point mêlés de physiologique et de psychique, et que l'examen comporte autant d'observations objectives que de confidences très intimes, toute publication est arrêtée immédiatement par le souci du *secret professionnel*. De tels documents cliniques en effet n'auraient de valeur vraiment démonstrative que si on les livrait tout entiers avec tous leurs détails d'antécédents familiaux, de profession, de genre de vie, et une description du caractère minutieuse qui conduirait nécessairement des tiers à reconnaître les malades. Forcé nous est donc de nous limiter à des lignes schématiques et, de fait, mutilantes.

Nous nous contenterons donc de donner les quelques traits suivants choisis parmi nos observations les plus démonstratives.

Obs. X1-91. Septembre 1928. — 36 cas. Institutrice d'une haute valeur intellectuelle et morale. Depuis quelques semaines alternatives de dépression avec tristesse et de colère allant jusqu'à des actes involontaires de violence. Céphalée. Insomnie. La dépression est surtout marquée avant les époques avec désir de suicide : « se sent devenir folle »; en raison de ses profondes convictions souffre d'une véritable agonie morale.

Examen somatique négatif.

Le traitement par les remèdes habituels reste sans efficacité.

Janvier 1929. Réaction de G. Richard :

En présence des tests endocriniens employés en quantité décroissante pour

(1) La structure du corps et le caractère, Paris, Payot, 1930.

une même quantité de sérum l'hémolyse est totale sauf pour ovarine et thyroïdine.

On note : hypophysine : H 3333; orchitine : H 3333; surrénine : H 3333; thyroïdine : H 3211; ovarine : H 3111.

On commence le traitement par l'autohémothérapie avec extraits ovariens : aucun résultat.

12 mars. Autohémothérapie avec orchiline. En trois semaines transformé; la malade peut reprendre la direction d'une institution d'enseignement.

Décembre 1930. Menace de récurrence. Nouveau traitement.

Depuis lors état excellent : la malade redonne à tous l'exemple d'une haute valeur morale et d'une maîtrise de soi à envier : « cela tient de la magie », écrit-elle.

Obs. IX-80. — 34 ans. Institutrice présentant depuis son baccalauréat de la fatigabilité, des périodes d'insomnie, avec inappétence et vomissements faciles.

Août 1928. Impossibilité de travailler. Mal de tête fréquent. Fuite des idées : « impossible de causer sérieusement un quart d'heure avec la malade sans se demander comment elle a fait pour acquérir brevet supérieur et baccalauréat; ses idées sont si embrouillées qu'on n'y comprend rien ».

Irrégularité des règles (suppression depuis deux mois); troubles de la circulation périphérique, asphyxie des extrémités, engelures.

L'examen clinique conduit à penser à de l'insuffisance ovarienne.

Quoique longtemps continué le traitement opothérapique habituel ne donne rien.

Février 1931. Autohémothérapie avec tantôt testicule, tantôt ovaire.

En mai on constate une réelle amélioration, les règles sont régularisées, elles sont plus abondantes. L'esprit est moins embroussaillé, la malade reprend sa gaieté.

Obs. XII-68. — 32 ans. Séminariste. Psychasthénie avec anxiété rendant le travail absolument impossible.

Plusieurs séjours de repos en divers climats ou dans des maisons de santé n'ont pas amélioré l'état du malade.

Mars 1930. Il s'analyse sans cesse, jamais sûr de la sensation ou du sentiment qu'il vient d'exprimer : « Est-ce bien vrai que je suis décidé à guérir ? » Il cherche longtemps la réponse, l'air soucieux et un geste de doute traduit son indécision. Scrupules sans fin rendant sa vie morale intolérable.

Examen somatique négatif. Pas de signes cliniques de déséquilibre vago-sympathique ou endocrinien.

Réaction de G. Richard :

L'hémolyse est arrêtée en présence notamment de la thyroïde et de l'hypophyse. Surrénine : H 3333. Orchitine : H 3110. Thyroïdine : H 3100. Hypophy-sine : H 3100.

Traitement : outre les prescriptions morales habituelles rédigées par écrit : autohémiothérapie avec mélange hypophyso-thyroïdine.

Dès un mois de traitement, amélioration manifeste.

En juin, transformation morale. Il subsiste des moments de doute, mais souvent le malade se sent maître de lui.

Nouvelle réaction de G. Richard : l'hémolyse d'abord totale pour tous les tests endocriniens est ensuite atténuée et annulée; **mais simultanément vis-à-vis de tous les tests : il y a harmonie endocrinienne.**

Juillet 1930. Légère reprise du mal; nouveau traitement.

Septembre 1930. On peut dire guérison avec assez de certitude pour que l'ac-cession aux ordres soit permise.

L'état s'est maintenu bon depuis.

..

Nous avons ainsi un nombre déjà considérable de succès dont l'énumération serait fastidieuse. Les cas cités suffisent à montrer l'intérêt de la méthode.

Mais parfois nous avons eu des échecs non moins manifestes.

Il reste donc à préciser les indications qui permettent de prévoir quelle sera l'efficacité du traitement.

Il faudrait pouvoir aussi élucider le mécanisme du renforcement d'activité thérapeutique que le mélange avec le sang apporte aux extraits endocriniens (1).

Il serait donc désirable que puissent être poursuivis des essais cliniques et des recherches expérimentales.

(1) On est encore mal fixé sur le mécanisme biologique de l'autohémiothérapie en elle-même. Rappelons ici les travaux si intéressants de E. Rousseau « Recherches sur la survie des éléments sanguins (hématies et leucocytes) réinjectés par la voie musculaire et sous-cutanée. (Imprimerie A. Durante, Lille, 1927).

« Les éléments sanguins, réinjectés par la voie sous-cutanée ou par la voie musculaire, ne sont pas voués à une mort rapide, puisque on a pu retrouver les hématies 50 jours après leur réinjection.

Les leucocytes, eux aussi, conservent leur vitalité, car 30 jours après avoir été repris dans la circulation, ils étaient encore vivants et manifestaient leur présence, par la réaction appliquée dans ces recherches.

« Ce travail de laboratoire, effectué sur des animaux n'a peut-être pas de but immédiat; cependant il montre que les éléments du sang réinjectés sous la peau ou dans les muscles restent vivants un certain temps ».

Mais on se heurte à des difficultés presque contradictoires.

Il faudrait, en effet, faire de très nombreuses réactions biologiques du sang pour surveiller, comme pas à pas, et à chaque nouvelle injection thérapeutique, les réactions biologiques humérales; ce qui supposerait l'installation technique et la compétence d'un laboratoire spécialisé.

Mais d'autre part, on est en présence de phénomènes si fugaces qu'il faudrait l'analyse au moment même où l'on prélève le sang en vue de la réaction. Ce qui comporterait qu'on l' réalise au cabinet même du médecin.

Et d'ailleurs les troubles psychiques et moraux que l'on voudrait soigner ainsi sont de l'ordre des symptômes confidentiels, et ce point — important — rend impossible qu'on fasse des recherches dans l'anonymat de quelque institut. Force serait donc au médecin qui confesse et qui soigne d'être en même temps le biologiste qui manipule, et d'avoir son laboratoire outillé et en activité à côté de son cabinet même...

Toujours est-il que les succès que nous avons obtenus nous paraissent suffisants pour que nous signalions la méthode et engageons nos confrères à collationner avec nous de nombreuses observations. Nous ne sommes qu'à l'aube de l'endocrinologie, mais ce qui a été obtenu jusqu'ici permet d'espérer qu'elle sera un merveilleux adjuvant de la thérapeutique de l'esprit.

LIVRES REÇUS

Onzième Edition (1932) entièrement remaniée

Formulaire

Consultations Médicales et Chirurgicales

par MM. G. Lemoine, professeur honoraire de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille; E. Gérard, professeur de Pharmacie et de Pharmacologie, correspondant de l'Académie de Médecine, à la Faculté de Médecine de Lille. Leulier, professeur de Pharmacologie à la Faculté de Médecine de Lyon; H. Vignes, accoucheur des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris; Auguste, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille, avec la collaboration de MM. Ed. Antoine, Bisson, Boulanger-Pilet, F. Bourgeois, Ch. David, A. Escalier, L. Girard, A. Lavenant, B.-J. Logre, R. Miégevillle, A. Monbrun, J. Pescher, R. Rabut, P. Rouffiac, F. Rousseau, anciens internes des hôpitaux de Paris; P. Arnold, P.-E. Cassan, J. Guex, L. Sandzer. — Un volume, relié peau souple, de 1170 pages. Prix : 50 frs, franco de port. — Société de Publications Scientifiques et Médicales, 161, rue Saint-Jacques, Paris (V^{me}).

Extrait de la Préface de la 11^{me} Edition

En réalité, ce n'est pas une nouvelle édition de ce Formulaire « paru pour la première fois en 1905 », mais bien « un livre complètement nouveau », tant il a été modifié aussi bien dans le fond que dans la forme. Il est nouveau par l'idée qui a présidé à sa conception; il l'est aussi par la façon dont celle-ci a été exécutée. C'est ainsi que :

Dans la partie « Formulaire magistral » on a fait de larges coupes parmi les médicaments peu employés ou tombés en désuétude pour laisser plus de place à tous ceux qui sont d'un usage courant. D'autre part, les médicaments les plus nouveaux sont indiqués, mais seulement ceux dont la valeur thérapeutique a déjà pu être éprouvée et dont les avantages comme les inconvénients ont été bien mis au point. On remarquera une innovation : la citation de produits spécialisés de nature nettement scientifique, ce qui n'aurait pas été de mise il y a encore peu d'années.

Si les auteurs ont eu la hardiesse de le faire, c'est parce qu'actuellement certains de ces médicaments ont pris une telle place dans les prescriptions journalières que le médecin doit connaître au moins ceux qui ne peuvent être remplacés par une formule magistrale.

Dans la partie « Consultations » une idée a dominé : celle de faire une œuvre aussi complète que possible tout en ne s'étendant pas outre mesure. On a

laissé de côté l'étude des maladies qui ne se rencontrent que rarement et on s'est efforcé de n'en omettre aucune parmi celles qui sont fréquentes. C'est ainsi que se trouve présenté, sous la forme la plus concise, le traitement de la plupart des états pathologiques, médecine, chirurgie, accouchement, spécialités diverses.

Pour faciliter les recherches, nous avons adopté le classement par ordre alphabétique comme étant le plus commode. A la lettre initiale de chaque maladie on trouvera son traitement. De la même façon on trouvera aussi des indications très claires sur certaines questions où le médecin demande à être bien renseigné, par exemple la lecture d'une radiographie, celle d'une analyse de liquides pathologiques, etc.

En un mot, notre but a été celui-ci : être utile au Praticien en choisissant pour lui des formules bien étudiées mais simples et pratiques et aussi des directives thérapeutiques ayant fait leurs preuves, de telle façon qu'après avoir établi son diagnostic il puisse établir facilement son ordonnance.

A celui qui ouvre ce petit livre nous disons nettement :

« Tout n'y est pas, mais tout ce qui est pratique s'y trouve. »

Technique des prélèvements, Interprétation des résultats du laboratoire,

par H. Cailloux et M. Blanc (1)

Ce modeste ouvrage a sa place marquée à côté des importants traités de laboratoire dont il s'est fréquemment inspiré.

Il n'a d'autre ambition que de rappeler aux praticiens la façon la meilleure de prélever les échantillons destinés au laboratoire et de tirer une conclusion pratique des résultats des analyses.

Ecrit dans un style concis, il permet de trouver rapidement le renseignement utile.

Pas une ligne, pas un mot de trop, mais tout ce qu'il est indispensable de connaître.

La technique des prélèvements est présentée clairement, en soulignant les conditions essentielles dont l'inobservation peut, non seulement rendre plus difficile la tâche du technicien, mais, ce qui est beaucoup plus grave, fausser les résultats des analyses.

L'ouvrage traite successivement, dans la 1^{re} partie, des urines, du sang.

(1) 1 vol. de 210 pages. Editions médicales N. Maloine, 27, rue de l'École de Médecine, Paris. Prix 25 francs.

des liquides de ponction — liquides céphalo-rachidien, péritonéal, articulaire, épanchements pluraux — du pus, des chancres et ulcérations, des crachats, des exsudats rhino-pharingés, du contenu gastrique, du contenu duodénal, des matières fécales, des mycoses, du lait, des eaux. Mis soigneusement à jour, il énonce les plus récentes méthodes d'explorations fonctionnelles des organes.

La seconde partie donne la liste des microorganismes et parasites avec les maladies qu'ils déterminent.

Enfin, un chapitre est consacré aux recherches du laboratoire appliquées au diagnostic des principales affections énumérées par ordre alphabétique avec l'indication pour chacune d'elles des prélèvements et des examens propres à fixer leur diagnostic.

La Tunisie Médicale

NOVEMBRE 1932



TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Contribution à l'étude du Paludisme dans le Cap Bon

par les D^{rs} Marcel SIGART (de Menzel-Temime) et Georges VILLAIN de Tunis

—(0)—

Le Cap Bon, région fertile bénéficiant par surcroît des avantages du climat marin, serait la terre bénie du Colon n'était le paludisme qui y sévit partout avec une intensité redoutable, en dépit d'une lutte vigoureuse mais cependant encore insuffisamment dotée en moyens matériels d'action.

Il semble que — hormis colons et médecins — bien peu de personnes se rendent un compte exact des pertes économiques et humaines causées par le fléau : La très intéressante brochure de M. le Contrôleur Civil Weyland (x), si documentée par ailleurs, ne mentionne pas même le nom de la malaria. La simple esquisse que, pour notre part, nous allons tracer du paludisme dans cette belle région suffira pour marquer, au tableau, les ombres qui lui manquaient.

I. — *Facteurs géographique et économique du Paludisme*

dans les régions d'El Haouaria, Kélibia, Menzel-Temime

La péninsule du Cap Bon, limitée à sa base par une série de hauteurs s'étendant depuis le Golfe de Tunis jusqu'au Golfe d'Hammet est partagée en deux, suivant son grand axe, par le Djebel, Sidi Abderrahman, orienté S.O.-N.E. Cette chaîne délimite donc deux régions : l'une située à l'Ouest est la vallée du Takelsa (dont nous ne nous occuperons pas ici); l'autre, à l'Est, désignée par les

(X) J. Weyland — Le Cap-Bon. — Essai historique et économique (Tunis, 1926).

Indigènes sous le nom de « Dakhlet em-Maouïn », comprend les zones de Kélibia et de Menzel-Temime. Il faut noter que l'arête du Djebel s'interrompt à son extrémité Nord, à une vingtaine de kilomètres du Cap, pour se fragmenter en une série de chaînons de faible altitude circonscrivant la cuvette occupée par le lac d'El-Haouaria et environ. Il existe, à cet endroit, un immense marécage de plus de 700 hectares qui cause un souci sérieux tant aux médecins qu'aux ingénieurs hydrologues. A 3 kil. N. environ de ce lac, se trouve le village d'El Haouaria (3.000 habitants) puis, s'égrenant sur des distances variables et à des altitudes ne dépassant pas 50 mètres, une suite d'agglomérations parmi lesquelles Azmour et Sahab ej Djebel sont les plus importantes. De nombreux henchirs et 150 tentes se disséminent en outre sur les vastes étendues avoisinantes. Cette région compte environ 6.000 habitants.

Plus au Sud, dans la loge comprise entre le Djebel Sidi Abderahman et la mer se trouve la zone de Kélibia limitée en bas par l'oued el Hajar et celle de Menzel-Temime, s'étendant depuis ce dernier jusqu'à l'oued Lebna.

La population y est dense : plus de 20.000 âmes. De nombreux oueds (Lebna, Tafakhsit, Hajar) descendent du Djebel et, suivant une marche parallèle, vont se jeter à la mer le long d'une côte basse parsemée de lagunes. Non loin de Menzel-Temime et toutes proches de l'Oued Tafekhsit existent deux sebkhas (Farjouna et Sghira) dont le rôle malarigène reste encore assez imparfaitement élucidé.

Tous les indigènes de la zone de Menzel-Temime sont sédentaires, adonnés aux travaux agricoles (céréales, piment). Certaines cultures d'été irriguées, constituent un facteur important d'impaludation; les travailleurs quittent leurs habitations et vont s'établir dans des abris de fortune où ils sont exposés aux inoculations massives par les anophèles.

Dans la région d'El Haouaria, le même facteur d'infestation joue : dès le début de juin chaque famille vient s'installer sur son champ. Un « kib » avec un toit et une paroi du côté Nord forme son habitation pour quatre mois, au milieu des cultures irriguées, melons, pastèques ou sorgho, et à proximité du puits avec son irréversible mare. On conçoit que, dans ces conditions, la malaria puisse ravager la région.

Pour nous résumer : les causes du paludisme sont *diverses* dans cette partie du Cap Bon. Certaines sont évidentes : régime des oueds nombreux et embroussaillés; genre de vie agricole des indigènes, etc. D'autres facteurs possibles apparaissent moins clairement : tel, le rôle des sebkhas et des lagunes salines de la côte; tel aussi celui des dunes, véritables éponges qui alimentent même en été les bas-fonds marécageux. Ce n'est que grâce à une étude minutieuse et longtemps continuée de ces circonstances locales si variées que nous parviendrons à déterminer et à situer l'importance réelle de chacun de ces facteurs malarigènes.

II. — Notes sur l'histoire du paludisme local

De tous temps, les habitants du Cap Bon ont souffert de la fièvre paludéenne. Ils la désignent sous les noms de : « Berd ou Skhana » (froid et chaleur); « Skhana Tloutia » (tierce); « Mabrouka » (continue palustre), cette dernière comportant : la « mabrouka hamra » (la rouge) qui est la plus bénigne et la « mabrouka zerga » (la bleue) à issue fatale.

Le folklore local a inscrit dans ses dictons populaires la crainte engendrée par la malaria :

Fi Farjoun

Ma iaïch fih hatta djnoun

(A Farjoun, ne vit pas même un esprit)

Fih Denndrah ou Badar (x)

La iodrob fih et tabal le ialabou fih es seghar

(A Dendrah et à Badar

Ne résonne le tambour des mariages, ne jouent les enfants).

— Allusion claire aux deuils fréquents et à la haute mortalité infantile dans ces localités.

Avant la quinine, on se protégeait contre le paludisme par le port des Ktibat (amulettes écrites) et aussi de la façon suivante : on plaçait dans les alentours immédiats des Koubbas consacrées à Sidi Salah, une pierre plate sur un pied d'aspergè sauvage ou une lige de lentisque.

C'est vers 1896 que la quinine fut introduite dans le Cap-Bon et

(X) Badart : région de Takelsa, proche de l'oued Bezikh, fortement impaludée.

de la manière que voici : un habitant d'Azmour, souffrant des fièvres, se rendit à Tunis où il consulta un pharmacien. Ce dernier lui délivra du sulfate de soude et des cachets de quinine. Notre malade guérit et, en homme pratique, importa à Azmour le commerce de ces médicaments. Il proposa aux paludéens de son pays de les traiter moyennant salaire en nature, œufs ou poules. Il eut, dit-on, tellement de clients que sa maison n'arriva plus à contenir la volaille qui lui échut en paiement. Depuis cette époque, la quinine est universellement connue et appréciée dans tout le Cap Bon.

Il serait trop long de reprendre ici l'histoire des diverses épidémies du paludisme régional. Nous nous bornerons à relater que les plus néfastes, parmi les récentes, eurent lieu en 1911, 1918, 1921 et surtout 1929. Durant cette dernière l'un de nous a pu voir, dans la campagne avoisinant Menzel-Temime, bétail et volailles à l'abandon, pillant les récoltes sur les aires de battage sans qu'aucun habitant ait pu rassembler assez de vigueur pour les chasser ou les parquer.

En 1921, dans la région d'El Haouaria, la vision des cadavres portés par quatre amis titubants, était devenue un spectacle familier. En cette même année 800 personnes périrent. Dans le douar d'Henchir Abâne, composé de 14 tentes, 4 hommes seulement purent se lever lorsque l'un de nous arriva sur les lieux. A Sidi Madkour, sur 18 enfants, 2 survécurent : c'étaient les fils du débitant de tabac qui, en même temps, avait le dépôt de la quinine des Monopoles. La dernière grave épidémie eut lieu en 1929 et fit de nombreux décès.

III. — *Etude de l'endémie actuelle (1931)*

Au point de vue du paludisme l'année 1931 a été particulièrement favorable dans tout le Cap-Bon. Les chaleurs et la sécheresse exceptionnelles qui régnèrent durant l'été et la plus grande partie de l'automne furent les meilleurs agents de désanophélisation. En même temps, la quinisation curative, poussée aussi activement que possible, joua un rôle manifeste dans la réduction du réservoir de virus.

- C'est dans ces conditions que l'un de nous, aidé de notre excellent auxiliaire de laboratoire, Tahar Garali, entreprit de détermi-

ner la valeur de l'endémie palustre dans un certain nombre de localités.

Le travail fut exécuté en deux phases l'une au printemps; l'autre en automne. Ce n'est qu'en cette dernière saison que nous avons trouvé la possibilité d'opérer, sur place, d'une manière standardisée : Ce sont donc ces derniers résultats seulement que nous exposerons, en détail, plus loin.

A) *Résultats globaux de l'enquête pour 1931 :*

Au dispensaire de Menzel-Temime ont été examinés :

— au printemps	679 sangs
— en automne	794 —
— soit, au total	1.473 —

Dans ces chiffres sont compris :

— Ceux des consultants de dispensaire et de la clientèle payante;

— Ceux des adultes et enfants examinés spécialement en séries en vue de l'établissement des divers index relatés plus loin.

Ont été reconnus positifs :

— au printemps	88 sangs
— en automne	82 —
total pour 1931	170 —

Soit un pourcentage global de positivité :

— au printemps	$88/679 = 12,9\%$
— en automne	$82/794 = 10,3\%$
— moyenne pour 1931	$170/1473 = 11,5\%$

La proportion des espèces plasmodiales (pour l'année) a été la suivante :

— Plasmod. Falciparum	39 cas, soit : 22,9%
— Plasmod. Vivax	51 cas, soit : 30%
— Plasmod. Malaria ...	80 cas, soit : 47,1%

B) *Résultats détaillés pour l'automne 1931*

L'enquête a été poursuivie pendant les mois de novembre et décembre. Nous nous sommes attachés, avec Tahar Garali, à la détermination méthodique des index selon les techniques suivantes :

a) Dans la grande majorité des localités, seule la population infantile de 0 à 13 ans était examinée;

b) L'établissement de l'index splénique (I. S.) se faisait par la

seule palpation de la rate, l'enfant étant dans le décubitus horizontal, jambes fléchies sur le bassin, abdomen nu.

Cette position est en effet, à notre avis, la meilleure pour apprécier correctement l'état de la rate, grâce au relâchement de la sangle abdominale qu'elle permet, en général, d'obtenir. La grosseur de l'organe était notée par rapport à des repères anatomiques précis. Nous donnons, ci-dessous, l'exposé de notre manière de faire (voir figure) :

1° — Tracer (crayon dermatographique ou encre) la droite XP joignant l'extrémité de l'appendice xyphoïde au bord supérieur de la symphyse pubienne;

2° — Tracer la parallèle EX' à la précédente à partir de l'épine iliaque antérosupérieure jusqu'à intersection avec le rebord costal gauche;

3° — Diviser respectivement EX' et PX en 4 parties égales (l'ombilic O étant le milieu de PX) et joindre par des droites les points conjugués ainsi marqués : a a' — oo' — bb'. On délimite ainsi 4 logettes correspondant (de haut en bas) à des segments abdominaux numérotés 1 — 2 — 3 — 4.

4° Appliquer les règles suivantes :

— Toute rate qui, après une forte inspiration, ne dépasse pas le rebord costal XX' est considérée comme négative et étiquetée Ro;

— Toute rate dont le pôle inférieur est perçu à l'intérieur d'un segment abdominal donné, prend pour coefficient d'hypertrophie le numéro d'ordre de ce segment;

— Toute rate dont le pôle inférieur atteint nettement la droite limitante inférieure d'un segment abdominal donné doit être considérée comme appartenant au segment abdominal sous-jacent et prend le numéro de ce dernier.

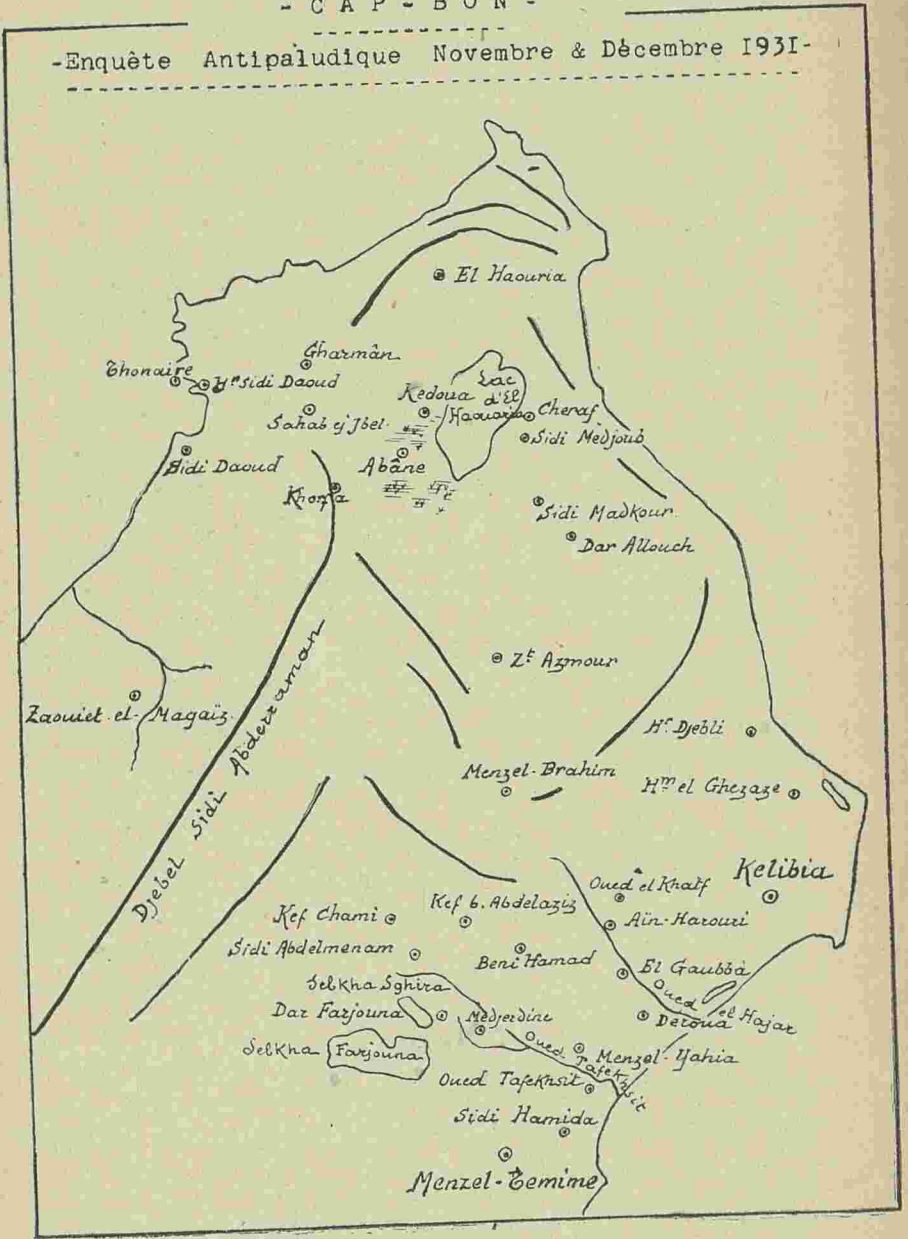
Cette classification des rates est beaucoup plus compliquée à exposer qu'à pratiquer. Elle est d'ailleurs, à peu de choses près, celle utilisée comme méthode-standard dans les stations antipaludiques italiennes (X). Si elle oblige à une certaine discipline — d'ail-

(X) Prof. D. Missiroli : — *La Prevenzione della Malaria nel campo pratico* — Seconda relazione — 1926-1927 (Rivista di Malariologia Anno VII — 1928 — Roma).

L. W. Hackett — *Malaria Control through Anti-Mosquito Measures in Italy* (Trans. of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene — Vol. XXII — April 1929 — N° 6 — pp. 477-479).

- C A P - B O N -

- Enquête Antipaludique Novembre & Décembre 1931 -



leurs salutaires — d'examen, elle présente en revanche l'avantage de fournir des chiffres aussi libérés que possible du coefficient personnel des divers opérateurs (ceux-ci étant, bien entendu, supposés compétents et consciencieux). Elle nous a permis enfin non seulement d'établir l'index splénique infantile classique mais encore d'en déduire, pour chacune des localités

l'index splénométrique (I Sm.) recommandé à bon droit par les Frères Sergent, Parrot, et collaborateurs (X).

Une courte explication de ce symbole ne sera sans doute pas inutile : — On sait que, dans un lieu palustre, la considération du *taux de la rate (Rp) hypertrophiée moyenne* (Ronald Ross) est très importante pour la mesure du potentiel d'infestation. Ce taux n'est autre que la moyenne *pondérée* des diverses splénomégalies du lieu. En utilisant notre notation, nous écrirons donc :

$$Rp = 1. R1 + 2. R2 + 3. R3 + 4. R4$$

$$R1 + R2 + R3 + R4$$

et, par définition (Sergent), nous aurons :

$$I. Sm = (Rp) (I.S.)$$

— C) — L'index plasmodique (I.P.) a été établi pour la totalité des enfants examinés au point de vue de l'état de sa rate. La recherche des parasites dans le sang a été faite, en séries, sur des prélèvements portant à la fois, sur une goutte épaisse et un frottis mince.

— d) — Les données ainsi recueillies nous ont permis de calculer, dans tous les cas, *l'index endémique de Ross* (I.E.) qui, combinant à la fois les chiffres représentant les porteurs d'hématozoaires et ceux représentant les splénomégaliques, fournit une très bonne indication sur la valeur réelle de l'endémie locale. On l'obtient comme suit :

1° On range en 4 groupements les enfants examinés d'après les résultats combinés des examens de la rate et du sang, soit :

— Ro Ho = Enfants non splénomégaliques et non parasités (apparemment sains);

(X) Edm. et El. Sergent, L. Parrot, H. Foley et A. Catanei — La mesure du Paludisme Endémique (Mouvement sanitaire, Vol. III, N° 35, Mars 1927 pp. 203-213).

- R + Ho = Enfants splénomégaliqnes et non parasités;
 - Ro H + = Enfants non splénomégaliqnes mais parasités;
 - R + H + = Enfants à la fois splénomégaliqnes et parasités.
- 2° On applique la formule :

$$\text{I.E.} = \frac{(\text{R} + \text{Ho}) + (\text{Ro H} +) + (\text{R} + \text{H} +) \cdot 100}{(\text{Ro Ho}) + (\text{R} + \text{Ho}) + (\text{Ro H} +) + (\text{R} + \text{H} +)}$$

Nous verrons plus loin les déductions qu'il est possible de tirer de ces divers index.

Ci-dessous le tableau de nos résultats, par régions et par localités :

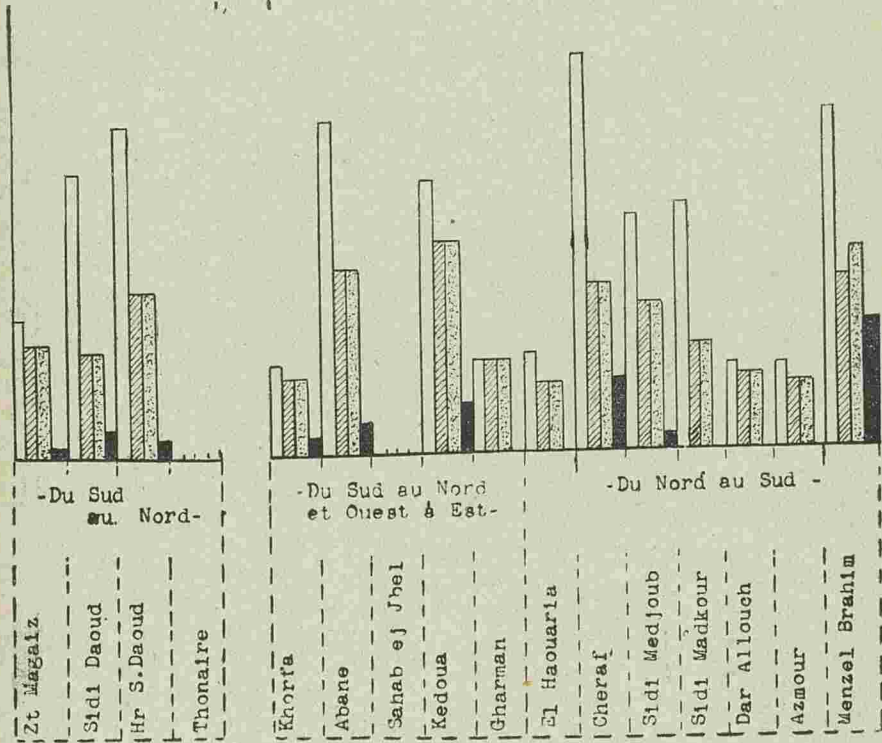
Régions	Localités	Enfants examinés	Adultes examinés	I. S.	I. P.	R. P.	I. E.	I. Sm.
Côté Ouest	Zaouïet M'gaïz	31	—	42,6%	3,8%	1,20	42,6%	52,4
	Sidi-Daoud	20	—	40%	10%	2,75	40%	110
	Hammam Sidi-Daoud	19	—	63,1%	5,2%	2	63,1%	126,2
	Thonaïre	13	—	0	0	0	0	0
El Haouaria	El Khôria	17	—	23,5%*	5,8%	1,50	29,4%	35,2
	Abâne	20	—	70%	10%	1,85	70%	129,5
	Sahab ej Djebel	30	—	0	0	0	0	0
	Kedoua	11	—	81,8%	18,2%	1,28	81,8%	104,7
	Gharmân	17	—	35,3%	0	1	35,3%	35,3
	El Haouaria	38	—	26,3%	0	1,40	26,3%	36,8
	Cheraf	11	—	63,6%	27,2%	2,42	63,6%	153,9
	Sidi Medjoub	34	—	52,9%	5,8%	1,72	55,8%	91
	Sidi Madkour	40	—	40,5%	0	2,34	40,5%	94,8
	Dar Allouch	27	—	29,6%	0	1,12	29,6%	33,1
	Azmour	31	—	25,8%	0	1,25	25,8%	32,2
	Menzel-Brahim	9	—	66,6%	55,5%	2	77,7%	132,2

Régions	Localités	Enfants examinés	Adultes examinés	I. S.	I. P.	R. P.	I. E.	I. Sm.	
Kélibia	Hammam Djebli	24	—	25%	0	1,83	25%	45,7	
	Hammam Ghezaze	20	—	40%	5%	1,75	40%	70	
	Oued el Khattif	61	—	18%	0	1,54	18%	27	
	Kélibia... {	Enfants ..	17	—	64,7%	35,3%	2,17	70,5%	140,4
		Adultes ..	—	11	63,6%	36,3%	1,14	63,6%	72,5
	Ann Harouri... {	Enf ..	14	—	100%	35,7%	2,07	100%	207
		Ad ..	—	15	100%	20%	1,93	100%	193
	Menzel Temime	Kef Chami	18	—	5,5%	0	3	5,5%	16,5
		Kef b. Abdelazib	19	—	15,7%	0	1	15,7%	15,7
		Sidi Abdelmenam	30	—	0	0	0	0	0
Beni Hamad		17	—	30,7%	0	1	30,7%	30,7	
El Gaubbâ .....		.....	9	—	77,7%	44,4%	2,85	77,7%	221,4
		.....	16	—	56,2%	6,2%	2	56,2%	112,4
Dar Farjouna		13	—	38,4%	7,6%	1,4	38,4%	53,8	
Medjerdine... {		Femme	12	—	41,6%	0	1,8	41,6%	74,9
		Femme	6	—	50%	50%	3	50%	150
Deroua .....		.....	7	—	100%	0	2,14	100%	214
		Femme Mohamed	11	—	81,8%	36,4%	1,67	81,8%	136,6
Menzel... {		b. Zehioua.....	10	—	80%	40%	1,5	90%	120
		Yahia	10	—	66,6%	11,1%	2,16	66,6%	143,8
Oued Tafekhsit... {		Enf ..	—	—	53,3%	13,3%	1,62	60%	86,3
		Ad ..	15	—	—	—	—	—	—
Sidi Hamida .....	.....	—	—	—	—	—	—	—

- INDEX PALUSTRES -

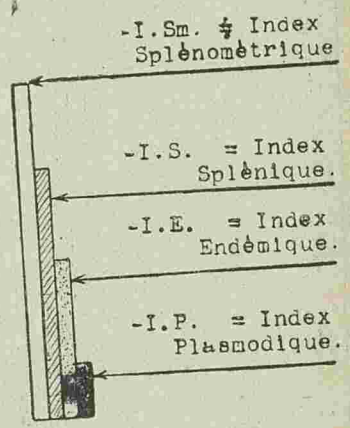
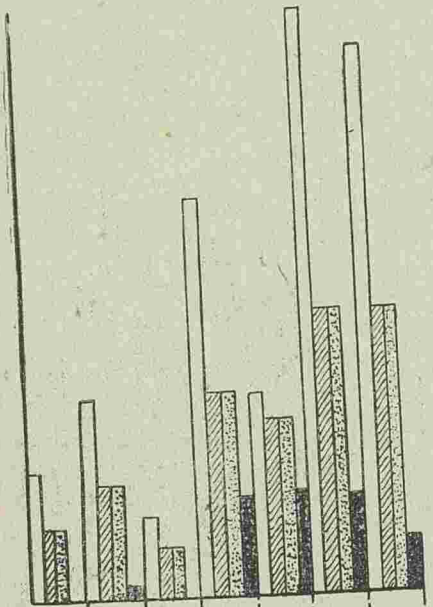
COTE OUEST-

-REGION EL HAOUARIA-



- INDEX PALUSTRES- REG. KELIBIA.-

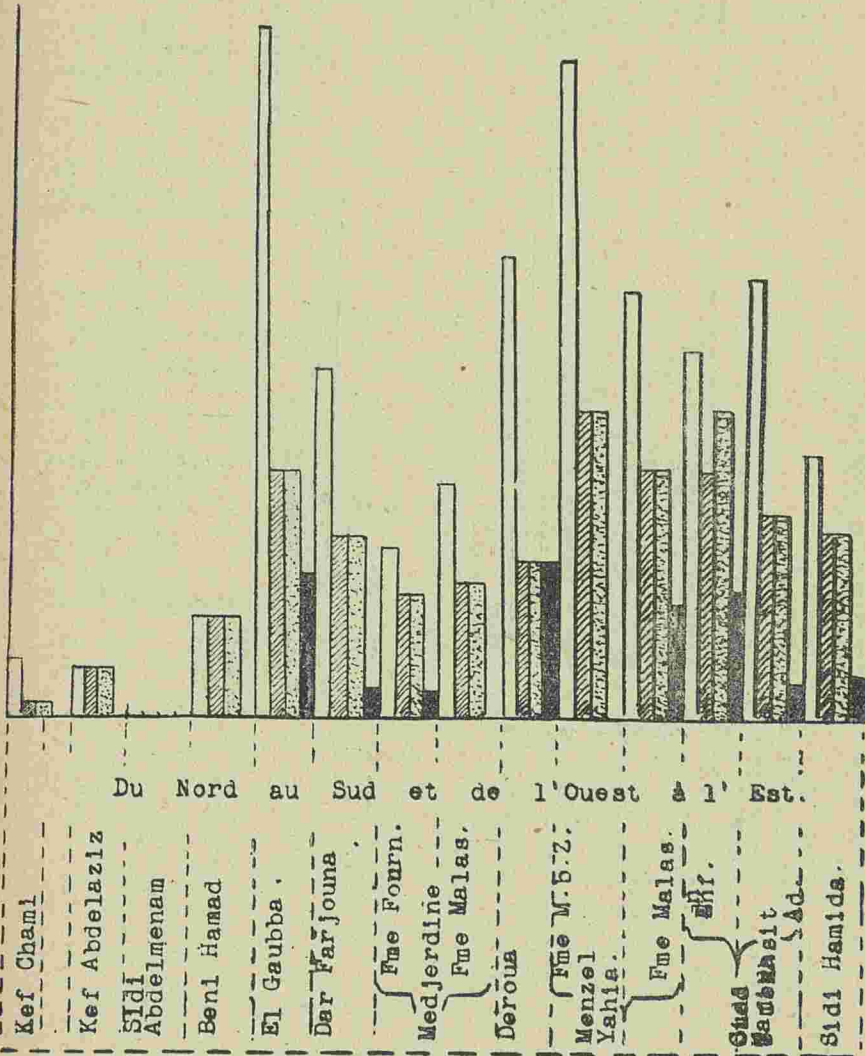
- Légende Commune
aux 3 Graphiques:-

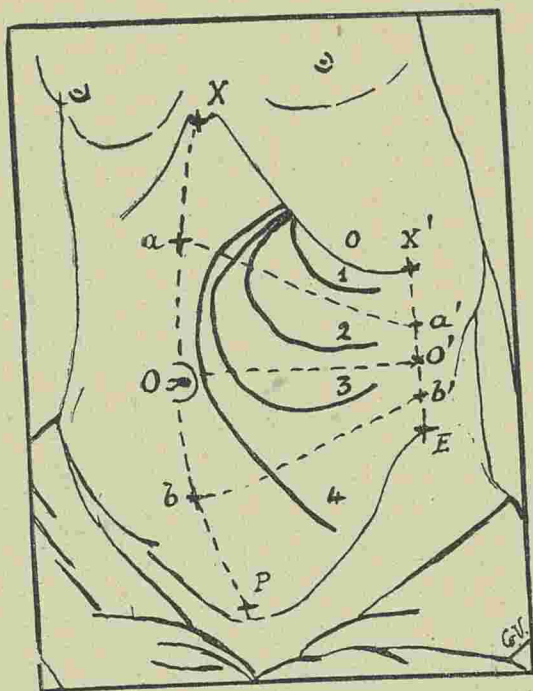


- Du Nord au Sud
et Ouest à Est.-

Hr Djebli
Ham. Ghezaze
Qued el Khatf
Kelibia { Enf.
Ad.
Ain-Harouri { Enf.
Ad.

-INDEX PALUSTRES. REGION DE MENZEL-TEMIME.





NOTA. — Dans ce tableau n'ont pas été compris les examens d'adultes lorsque leur nombre, trop restreint, risquait de fausser les pourcentages.

Voici maintenant la récapitulation générale des données recueillies au cours de cette campagne d'automne :

— Nombre de localités examinées	32
— Nombre d'enfants examinés	682
— Nombre d'adultes examinés	87
— Nombre total d'examens de sang pratiqués.....	769
— Nombre de sangs positifs	{ Enfants 50
	{ Adultes 15
— Index splénique global	{ Enfants 258/682 = 37,8 %
	{ Adultes 55/ 87 = 63,2 %
— Index plasmodique global	{ Enfants 50/682 = 7,34%
	{ Adultes 15/ 87 = 17,2 %

Répartition des espèces plasmodiales

— Plasmod. Falciparum	22/65 = 33,8%
— Plasmod. Vivax	13/65 = 20%
— Plasmod. Malariae	29/65 = 44,5%
— Associées (Vivax-Malariae)	1/65 = 1,5%

L'examen des résultats reportés sur les graphiques et localisés sur la carte nous montre que les index croissent en raison directe de la proximité des localités :

— aux bords du lac d'El Haouaria pour cette région;

— aux rives des ouédés Tafekhsit et Hajar pour les régions de Kélibia et Menzel-Temime.

Pour cette dernière, il semble aussi que le paludisme s'intensifie aux abords de la sebkha Farjouna.

Ce même examen des graphiques permet également de constater que si les courbes respectives des index splénométrique, splénique et endémique restent sensiblement parallèles, celle de l'index plasmodique subit des fluctuations beaucoup plus irrégulières par rapport aux précédentes. Il faut voir là, sans doute, l'influence de la quinzisation curative menée durant toute la saison chaude dans les localités susdites. Cette constatation montre, une fois de plus, que l'on ne saurait tabler sur le seul index plasmodique pour mesurer la valeur du paludisme local.

On remarquera en revanche combien la notation splénométrique accuse les différences de l'impaludation suivant les lieux considérés : le coefficient Rp, en multipliant l'index splénique, agit à la façon d'un levier amplificateur augmentant, en quelque sorte, la sensibilité de la mesure faite. C'est pour cette raison que, en dépit de la petite complication apportée par la détermination de la rate moyenne, il nous paraît nécessaire, dans toute enquête approfondie de procéder à cette détermination dans le but surtout d'évaluer l'index splénométrique qui est à notre sens, le renseignement le plus digne d'être retenu.

Nous ajouterons enfin que le groupement de ces divers index nous fournit, dès à présent, une base précise d'information qui nous permettra, au cours des enquêtes ultérieures, d'apprécier les résultats de la campagne antipaludique menée en ces mêmes endroits.

Un point important et curieux est à noter : la prédominance du

Plasmodium Malariae. Le Cap Bon dans sa partie Nord et sur sa côte Est constitue un véritable foyer de fièvre quarte. Au contraire, dans des parties Ouest et Sud (Takelsa) cette dernière forme palustre devient beaucoup plus rare. L'un de nous avec Krouch (×) sur 82 prélèvements de sang, dont 5,1 positifs, examinés en automne 1928 dans la région de Grombalia, n'a pu rencontrer un seul spécimen de *Pl. Malariae*. Une telle localisation reste encore inexpliquée et mérite d'être étudiée de près. Elle soulève bien des problèmes intéressants qui se rattachent à ce que le Prof. Marchoux a appelé « le Mystère de la Quarte » (××).

Nous ne pouvons ici, faute de place, insister sur les mesures prises pour combattre le paludisme dans le Cap Bon. La principale a consisté dans la quinisation aussi intensive qu'il a été possible des malades, aussi bien au Dispensaire que dans les douars avec l'aide de deux infirmiers quinisateurs. L'assainissement proprement dit — lequel devrait toujours marcher de pair avec la médication — réclame une doctrine solidement basée sur des études spéciales qui n'ont point encore été entreprises et nécessitera certainement des crédits considérables sur lesquels nous ne pouvons compter à l'heure actuelle. Ça et là de petits travaux, la mise en œuvre de la délarvisation locale méthodique, ont leur utilité : ils sont entrepris dans la limite des disponibilités budgétaires. Pour le moment nous ne pouvons que regretter cette pénurie de moyens matériels et souhaiter que dans un avenir pas trop éloigné la question du paludisme soit, ici comme dans le reste de la Régence, enfin comprise et traitée avec toute l'ampleur qu'elle exige.

CONCLUSIONS

L'enquête que nous avons menée en 1931, nous montre que, en dépit aussi de la météorologie favorable de cette année, l'impaludation reste considérable dans cette partie du Cap-Bon. Cette enquête, en outre, a mis en évidence les points suivants :

a) La nécessité de l'établissement soigneux des divers index —

(X)G. Villain et M. Krouch : — Notes cliniques et hématologiques sur le paludisme estivo-automnal en 1928 dans la région de Grombalia (Arch. Inst. Pasteur Tunis — T. XVIII, fasc. 2 juin 1929 — pp. 202-220).

(XX) E. Marchoux : — La Fièvre Quarte et son Mystère (Revue Coloniale de Médecine et Chirurgie — 15 octobre 1930 — pp. 213-220).

et en particulier de l'index splénométrique — pour se faire une idée suffisamment juste de la valeur de l'impaludation dans une région;

b) La prédominance du *Plasmodium Malariae* dans toute la zone Nord et Ouest de la péninsule;

c) La nécessité d'intensifier considérablement la lutte antipaludique si l'on veut « assainir » véritablement la contrée. A défaut des « grandes bonifications » encore impossibles à entreprendre, il faut multiplier les centres d'application des petites mesures locales (désanophélisation, quinsisation) au moyen d'équipes spécialisées travaillant selon une technique rigoureuse, standardisée et soumise à un contrôle vigilant.

Un cas de cancer du poumon

par E. BERNARD et M^{lle} FRIED

Internes à l'Hôpital Ernest-Conseil

—(0)—

Le malade dont nous vous montrons les pièces anatomiques intéressantes est entré le 8 avril 1932 dans le service du docteur Broc pour phénomènes pulmonaires vagues remontant à six mois et étant apparus progressivement.

Le malade se plaint d'une petite toux tantôt sèche, tantôt accompagnée d'expectoration muco-purulente peu abondante et rarement striée de sang. Depuis ces derniers temps est apparue une dyspnée, légère mais continuelle.

A l'examen on note :

Poumon droit normal.

A gauche :

Syndrome récurrentiel gauche avec tirage sus-sternal mais sans voie bitonale.

Poumon gauche : malité du sommet en avant et en arrière. Léger souffle de compression en arrière.

La radiographie montre une tache para-hilaire hémisphérique dont la base repose sur le pédicule vasculaire et environ de la grosseur d'une demi-orange. Cette ombre examinée à la scopie ne se montre nullement animée de battements ou d'expansion.

On pose le diagnostic de médiastinite d'étiologie indéterminée car il nous est impossible à ce moment de dire cancer plutôt que la syphilis.

On institue donc un traitement anti-luetique énergique qui semble au début améliorer les symptômes fonctionnels.

Le 28 avril 1932, à la contre-visite du soir, le malade présente une dyspnée assez vive avec tirage et orthopnée. A l'examen nous trouvons outre les signes du sommet précédemment décrits un syndrome de la base gauche assez particulier et caractérisé par une sonorité normale, des vibrations vocales normales; à l'auscultation, une obscurité respiratoire complète sans bruits surajoutés.

Le syndrome persistant les jours suivants, on pose le diagnostic d'occlusion d'une grosse bronche par cancer.

Le malade mis à la morphine décline rapidement et décède le 11 mai 1932. Autopsie.

Après avoir enlevé le plastron costal on tombe sur un médiastin antérieur comblé par des ganglions et une masse tumorale assez volumineuse. Nous avons enlevé cœur et poumons en un seul bloc et nous avons ainsi obtenu la pièce que nous vous présentons.

Une tumeur de la grosseur d'une orange entoure l'aorte ascendante et la crosse. Dans cette gangue de consistance dure sont inclus le récurrent et le pneumogastrique gauches. Cette tumeur n'expliquant pas le syndrome clinique observé à la base, nous explorons l'arbre bronchique en partant de la bifurcation de la trachée. La grosse bronche gauche est intacte mais l'une de ses branches de division importante nous montre des lésions assez marquées. A son intérieur se trouve un petit bourgeon en chou-fleur insuffisant à lui seul à l'obstruer complètement, mais la paroi de cette branche est envahie par le néo. Elle est infiltrée et rigide et son diamètre est de ce fait considérablement rétréci.

L'examen histologique pratiqué par M^{me} Brun a montré qu'il s'agissait d'un néo à cellules cylindriques d'origine probablement bronchique, donc d'un cancer primitif.

Cette pièce nous a semblé intéressante à vous montrer pour deux raisons :

- 1° parce que les cancers primitifs du poumon sont rares;
- 2° ensuite parce que le syndrome clinique observé pose une question de seméiologie assez intéressante à considérer.

Il nous semble en effet que le syndrome clinique observé est assez caractéristique de l'obstruction d'une grosse bronche par cancer.

D'abord il ne pouvait pas s'agir d'une affection parenchymateuse ou pleurale outre le trou auscultatoire nous aurions eu des modifications de la sonorité et des vibrations vocales.

Il s'agissait donc d'une affection bronchique : compression ou obstruction.

Une compression donnerait un souffle de compression, mais vue la nature cartilagineuse de la bronche, celle-ci ne pourrait pas être suffisante pour empêcher un demi-poumon de respirer.

Il s'agissait donc d'une obstruction. En dehors des pierres du poumon qui sont une rareté et qui, une fois arrivées dans une

grosse bronche s'éliminent sans donner de syndrome auscultatoire net, il fallait penser à la syphilis ou au cancer.

La gomme d'une grosse bronche outre sa rareté n'arriverait jamais à obstruer complètement une bronche de ce volume. Le cancer au contraire, et notre pièce est là pour vous le montrer, peut l'obstruer parce qu'il n'agit pas exclusivement par le bourgeon intra-bronchique. Outre ce bourgeon qui peut n'être à notre avis qu'un facteur adjuvant, il faut incriminer dans ce cas l'infiltration cancéreuse des parois bronchiques qui arrivent progressivement à rétrécir le calibre de ce conduit.

Donc en résumé, le syndrome décrit plus haut occupant ainsi une demi plage pulmonaire est à notre avis, caractéristique d'une obstruction bronchique par cancer. (Je ne dis pas obstruction par cancer bronchique). D'ailleurs nous avons déjà eu l'occasion d'observer, il y a deux ans, un cas de cancer du poumon qui s'est traduit exclusivement par un syndrome analogue siégeant dans toute la moitié supérieure du poumon intéressé.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 17 Juin 1932

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

Sont présents : MM. les Docteurs Renchoi, Tremsal, Cohen-Boulakia, Masselot, Hayat, Hababou-Sala, Brugairolle, Moatti, Santillana, Lucien Uzan, Féré, Soria, Giami, Guez.

∴

Lecture est donnée du P. V. de la dernière séance.

∴

Au sujet de la communication du D^r E. Scialom, sur la fièvre de Malte, les docteurs Hayat et D. Scialom prennent la parole.

Puis le P. V. est adopté.

∴

COMMUNICATION DU BUREAU

Le président donne lecture d'une lettre qu'il a reçue du Docteur Cassulo concernant le prochain Congrès International d'Hygiène Méditerranéenne de Marseille pour lequel les adhésions de principe doivent lui être adressées avant le 10 juillet prochain. On trouvera au bureau de la Maison du Médecin le détail du programme.

Le président donne ensuite lecture d'une lettre du président de la Maison du Médecin concernant les projets d'agrandissement du local actuel.

Vu le petit nombre des présents, cette importante question viendra à la prochaine séance ordinaire de juillet.

∴

COMMUNICATIONS

Les docteurs HAYAT et RAYNAL s'étaient proposés de provoquer une discussion sur deux maladies très fréquentes à Tunis : la fièvre méditerranéenne et la coqueluche. Ces deux affections étant présentement l'objet d'une enquête de la part de l'Institut Pasteur, le docteur Hayat ajourne sa communication jusqu'à la fin des recherches en cours.

Les auteurs des autres communications inscrites à l'ordre du jour étant absents, ou excusés, la séance est levée à 18 h. 30.

Séance du 1^{er} Juillet 1932

—«O»—

La séance est ouverte à 18 h. 15 sous la présidence du D^r D. Scialom.
Sont présents : MM. Soria, Triolo, Tremsal, Ronchof, Pérez, Reynal, E. Lévy, Meatti, Giami, Maruanj, Cohen-Boulakia, E. Scialom, Cohen V., Féré, L. Uzan, Santillana, Hayat, Chahed, Ganem, Bernard, H. Slama, Guez, Uzan.

∴

Le P.V. de la dernière séance est adopté sans observation.

∴

COMMUNICATION DU BUREAU

Augmentation de la subvention annuelle de la Société à la Maison du Médecin.

Dans le cas où le projet d'agrandissement se réaliserait, il conviendrait que la subvention annuelle de 3.000 francs soit portée à 4.000 francs, et que la Société procédât à l'installation de la bibliothèque et de ses archives (coût 4 à 5.000 francs).

Le président met aux voix la décision suivante qui est adoptée à l'unanimité, et qui sera communiquée au président de la Maison du Médecin. La Société accepte le principe proposé ci-dessus, sous réserve que :

1° Le moment venu, les réalisations à faire lui seront préalablement soumises.

2° Le mobilier et le matériel acquis avec la subvention de 4 à 5.000 francs, deviendront sa propriété.

∴

COMMUNICATIONS

Laryngite œdémateuse infectieuse grave secondaire à une piqûre septique du larynx par arête de poisson

par le D^r L. MOATTI

—«O»—

Sous ce titre de laryngite œdémateuse infectieuse, les classiques ont décrit ce qui souvent constitue le premier stade des phlegmons du larynx.

Nous l'avons adopté pour notre observation, car c'est ce stade

qui a dominé le tableau clinique et lui a donné l'intérêt qui nous a incité à publier notre cas.

Nous allons tout d'abord exposer l'observation de notre malade. Puis, après avoir synthétisé dans un court chapitre les quelques particularités qui nous ont semblé surtout intéressantes, nous passerons rapidement en revue les quelques cas de suppurations aiguës du larynx, dont nous avons eu à nous occuper ces dernières années :

Observation :

Le 17 mars 1932, mon confrère et ami le Docteur Uzan, me téléphona de venir d'urgence à Sousse voir un malade présentant très probablement un abcès du larynx. Il me recommande d'emporter avec moi les instruments à trachéotomie.

J'arrive la nuit et j'apprends l'histoire suivante :

« L'avant veille, le malade en mangeant du poisson, a senti une arête s'implanter dans le fond de la gorge. Les efforts de raclement et de vomissement ont été impuissants à la faire rejeter.

Le malade continue cependant à vaquer à ses occupations, tout en gardant la sensation désagréable du corps étranger.

Le lendemain il se sent un peu fatigué, fiévreux. Il a mal à la gorge. Il pense à une angine banale, d'autant que son médecin, appelé à le voir, constate quelques points blancs sur les amygdales.

Il se soigne par des gargarismes et un collutoire.

Mais la dysphagie devient de plus en plus intense et le surlendemain de l'accident, la dyspnée, symptôme nouveau, apparaît.

Cette gêne respiratoire progresse tellement vite, que le médecin, redoutant un croup, a cause des points blancs sur l'amygdale, fait une injection de sérum antidiphthérique. Mais les symptômes fonctionnels, loin de s'amender, s'aggravent avec une rapidité foudroyante.

En même temps s'installe une température à 39°.

En arrivant auprès du malade, je suis frappé tout d'abord par l'intensité de la dyspnée. C'est le tableau le plus typique de la dyspnée laryngée. Le malade est assis dans son lit, angoissé, tirant sur tous ses muscles inspirateurs. Le tirage est sus et sous sternal et s'accompagne d'un léger cornage.

La voix est éteinte, presque aphone.

La dysphagie est absolue, même pour les liquides et la salive n'est déglutie qu'au prix d'épouvantables souffrances.

A ce syndrome fonctionnel, se surajoute un syndrome de toxoinfection grave : La fièvre est à 40°; le pouls rapide et faible; le facies grippé et le teint terreux.

Le malade très abattu ne lutte que péniblement contre l'asphyxie menaçante.

Devant ce trépied symptomatique :

- dysphagie et dyspnée
- syndrome infectieux
- piqûre par arête de poisson,

le diagnostic de phlegmon du larynx, que le confrère m'avait déjà annoncé par téléphone, me paraît évident.

Je suis cependant étonné par l'évolution extrêmement rapide des accidents.

Après avoir pris la précaution de tout préparer pour une trachéotomie, j'examine le larynx :

Aucun signe extérieur, visible sur la région antérieure du cou, si ce n'est une douleur localisée dans la région de la grande corne de l'os hyoïde à gauche.

À l'examen au laryngoscope, je suis frappé tout d'abord par un vaste œdème transparent, rappelant l'œdème du chemosis, occupant tout le carrefour laryngo-œsophagien, mais plus prononcé dans le repli ary-épiglottique droit. Les aryténoïdes sont fortement œdématisées, accolées l'une contre l'autre.

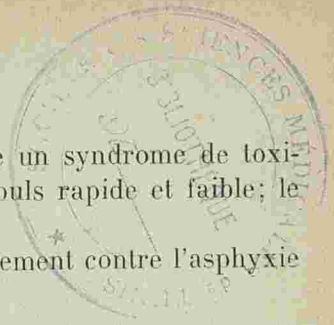
L'épiglotte, par contre, est à peine tuméfiée.

La glotte, masquée par l'œdème, est difficile à voir. J'arrive cependant, au cours d'une inspiration, à apercevoir les cordes vocales. Elles sont légèrement rouges; leur écartement est à peine de 2 ou 3 millimètres.

Nulle part je ne constate de collection nettement constituée que j'aurais voulu trouver pour la vider et soulager le malade. Nous sommes encore au premier stade de la maladie, au stade de laryngite œdémateuse infectieuse.

Voulant à tout prix éviter au malade une trachéotomie, je fais au bistouri courbe laryngien, quelques ponctions dans la masse œdématisée. En même temps 3 cme. de propidon sont injectés. Il est 10 heures du soir et on décide d'attendre le lendemain matin pour transporter le malade à Tunis.

Je revois le malade à minuit. La dyspnée, loin de s'être calmée,



a progressé au point que par moment, l'asphyxie semble imminente.

Un examen rapide du larynx montre que l'écartement des cordes vocales est à peu près nul.

Avec l'assistance des docteurs Uzan et Samama, je pratique d'urgence, sous anesthésie locale, une trachéotomie. Je la fais très basse, pour être le plus loin possible du foyer infectieux.

La menace d'une mort par asphyxie est écartée, mais le malade n'est pas encore au bout de ses peines.

Le lendemain, malgré l'état général toujours très grave, et la température aux environs de 40°, je fais transporter le malade à Tunis. Le voyage fut assez bien supporté, sans incident sérieux.

Le lendemain on injecte de nouveau 3 cmc. de propidon. La plaie trachéale est pansée trois fois par jour.

Toute alimentation même liquide étant impossible par la bouche, le malade reçoit chaque jour, 500 centimètres cubes de sérum glucosé sous la peau, et pendant deux ou trois jours un lavement alimentaire matin et soir.

L'état général reste toujours grave. Le malade présente par moment du délire. Il est agité, anxieux. Le teint est terreux; les yeux cernés. La température aux environs de 39°; le pouls à 120; les urines fortement albumineuses, tous signes traduisant une toxoinfection sérieuse.

L'état local se modifie. L'œdème est moins diffus, plus rosé et une collection purulente semble se constituer et se limiter autour de l'aryténoïde gauche. Mais la déglutition reste toujours impossible et l'obstruction laryngée absolue. Dès que l'orifice de la canule est obstrué, le malade asphyxie.

Le 4^{me} ou 5^{me} jour, au cours d'un accès de toux, le malade rejette un fragment blanchâtre, mou, d'une longueur de $\frac{1}{2}$ cm. environ, qui me semble être l'arête de poisson en cause. En même temps, un peu de pus est expulsé par la bouche.

L'examen du larynx me montre alors, un petit pertuis à fond jaunâtre, cratériforme, sur la face interne de l'aryténoïde gauche, là où la collection m'avait paru se former. Je donne un coup de bistouri à cet endroit pour élargir l'orifice.

Le 6^{me} jour, après avoir habitué peu à peu le malade à respirer,

l'orifice canulaire étant bouché, j'enlève la canule définitivement. A ce moment l'écartement des cordes vocales est suffisant.

D'autre part, l'œdème est moins étendu, mais la muqueuse laryngée est toujours rouge et l'aryténoïde gauche infiltrée.

L'état général est sensiblement amélioré et le malade commence à s'alimenter.

On panse à plat la plaie trachéale qui peu à peu se comble de la profondeur à la superficie.

Le 12^e jour environ après le début de la maladie, toute rentre dans l'ordre.

A signaler cependant, vers le 10^e jour, une forte réaction sérique avec urticaire et rhumatisme généralisé accompagnée d'une poussée thermique à 40° qui a duré 48 heures.

Actuellement le malade est en parfaite santé. Le larynx a repris son aspect normal; la voix est redevenue ce qu'elle était avant l'accident.

Cette observation rentre dans le cadre classique des laryngites phlegmoneuses graves. Elle est surtout intéressante par l'extrême rapidité de son évolution, puisqu'en 48 heures environ, l'asphyxie était imminente. La gravité du pronostic a été probablement fonction de l'étiologie; en effet les piqûres par arête de poisson sont très souvent des piqûres septiques.

Mais ces cas graves sont heureusement rares; ce que l'on rencontre le plus souvent, ce sont les abcès du larynx à évolution bénigne, sans signes fonctionnels dramatiques, sans grandes élévations thermiques, et qui, rapidement collectés, guérissent en général aussitôt après l'évacuation spontanée ou chirurgicale du pus.

Tout dernièrement nous eûmes l'occasion de voir un cas de ce genre. C'était une personne d'une quarantaine d'années qui depuis quelques jours se plaignait de dysphagie. Elle ne se sentait nullement fatiguée, mangeait avec appétit, vaquait à ses affaires. Elle était venue simplement me demander si elle pouvait partir en voyage le jour même. Il n'y avait rien aux amygdales, mais profondément dans le sillon glosso-épiglottique, le miroir laryngé m'a montré une masse arrondie, lisse, de la grosseur d'une noix, qui ressemblait tout à fait à une collection suppurée.

Le malade ne fut convaincu de l'existence de cet abcès, que lors-

qu'il vit s'écouler le pus, le soir même, spontanément, quelques heures après une injection de vaccin I.O.D.

Voici encore une 2^e observation, plus ancienne, d'un malade que j'avais vu en 1929, à l'hôpital Lariboisière. C'était un employé du « Bon Marché » envoyé avec le diagnostic d'angine. Il n'y avait rien aux amygdales, mais il existait une tuméfaction rouge sur la face antérieure de l'épiglotte, plus saillante du côté droit, remontant jusqu'au bord libre de l'épiglotte et descendant sur le sillon glosso-épiglottique. Il y avait en même temps de la fièvre et une dysphagie assez marquée.

On injecte aussitôt 3 cmc de propidon. Le lendemain le malade crache du pus. Il se sent mieux, mais l'épiglotte est toujours tuméfiée. On injecte une 2^e ampoule de propidon. Le malade continue à vider sa collection et le 4^e jour tout était rentré dans l'ordre. Localement il n'y avait plus trace d'abcès, et cela m'avait probablement frappé, puisque je retrouve écrite dans l'observation de ce malade, cette phrase : « on a l'impression que rien ne s'était passé au niveau du larynx.

Il y a un an, j'ai eu l'occasion de voir encore un cas absolument analogue.

Il s'agissait de M. B... de Sousse, qui, malgré la guérison d'une angine, avait gardé un peu de dysphagie. J'ai constaté dans la région interaryténoïdienne, une masse rouge, de la grosseur d'une noix, ressemblant à une collection purulente.

Le soir même, après une injection de propidon, le malade a vidé sa collection et a rapidement guéri.

Une fois cependant, en 1927, à l'hôpital Lariboisière, j'ai été obligé de faire une trachéotomie pour un abcès du larynx d'apparence bénin, puisqu'il n'y avait ni forte température, ni grosse altération de l'état général. C'était un étudiant en médecine soigné depuis 8 jours pour amygdalite. Il s'agissait en réalité d'un énorme phlegmon du larynx, tellement volumineux qu'il obstruait à peu près complètement la glotte.

Devant l'imminence de l'asphyxie, la trachéotomie s'imposait d'extrême urgence. Je me rappelle avoir été obligé de la faire sans anesthésie, sans même les plus élémentaires règles de l'aseptie.

Le même jour l'abcès était incisé et évacué. Le surlendemain le

canule était enlevée et le malade a quitté l'hôpital complètement guéri au bout d'une dizaine de jours.

Ces abcès circonscrits du larynx sont assez fréquents et leur pronostic est en général bénin.

Par leur tableau clinique et leur évolution ils diffèrent totalement des laryngites oedemateuses infectieuses graves dont nous venons de rapporter un cas.

Cette différence tient essentiellement à leur étiologie différente. En effet tandis que dans les abcès circonscrits on ne trouve que rarement une cause bien déterminée, si ce n'est une angine ou une infection rhino-pharyngée ou grippale, dans les laryngites infectieuses graves au contraire on note souvent une cause d'infection directe et en général il s'agit d'une plaie par corps étranger dégluti, agissant comme une véritable piqûre septique.

∴

**Corps étranger (aiguille) dégluti et enfoui entièrement
dans la paroi postérieure de l'hypopharynx
extraction par les voies naturelles**

par les D^{rs} MOATTI et MARUANI

— x —

A la séance du 4 décembre 1931 de la Société de Laryngologie de Lyon, les docteurs Sargnon et Guillermin ont rapporté une observation ainsi intitulée : « Corps étranger dégluti, ayant traversé la paroi de l'hypopharynx; extraction par pharyngo-lhyrotomie médiane; guérison. »

Cette observation nous a rappelé un cas personnel récent à peu près analogue à celui des auteurs lyonnais. Seul le mode d'extraction a été différent.

Madame X..., au cours d'un repas, a la sensation brutale d'un corps étranger arrêté au fond de la gorge. Elle pense qu'il s'agit d'un fragment d'os. Tous les efforts pour vomir et essayer de le rejeter, n'aboutissent à aucun résultat.

Conseillée par les commères du voisinage, elle avale pendant toute la journée force croûtes de pain; ce mode de traitement étant fort en honneur dans certain milieu. Le résultat ne se fait pas atten-

dre. La dysphagie devient telle, que même l'ingestion des liquides est à peu près impossible.

Nous voyons la malade le 4^{me} jour seulement de l'accident.

L'état général est excellent. C'est une femme de 60 ans, de constitution très vigoureuse.

Il n'y a pas de fièvre; le pouls est bien frappé; la respiration n'est pas gênée.

La palpation du cou ne révèle aucune tuméfaction, aucun empâtement, mais simplement une douleur bien localisée du côté gauche, à la hauteur de la grande corne de l'os hyoïde.

A la laryngoscopie indirecte nous faisons les constatations suivantes :

Les deux aryténoïdes sont œdématisées, surtout la gauche. Celle-ci est rouge, parsemée d'un piqueté hémorragique.

On ne voit rien d'anormal, ni sur l'épiglotte, ni sur les cordes vocales, ni sur les bandes ventriculaires.

Les mouvements d'abduction et d'adduction de l'hémilarynx gauche sont très légèrement limités, limitation que nous mettons sur le compte de l'œdème aryténoïdien.

Malgré un examen très prolongé, nous ne trouvons pas trace de corps étranger, ni même une simple éraillure de la muqueuse.

Nous décidons de faire une œsophagoscopie. L'exploration de toute la cavité hypopharyngée ne montre rien.

Nous franchissons l'orifice œsophagien et explorons l'œsophage jusqu'à la région aortique. Nous ne trouvons encore rien.

Nous adressons la malade à notre confrère le docteur Maruani, qui nous envoie avec le cliché radiographique, le compte-rendu suivant :

Radiographie :

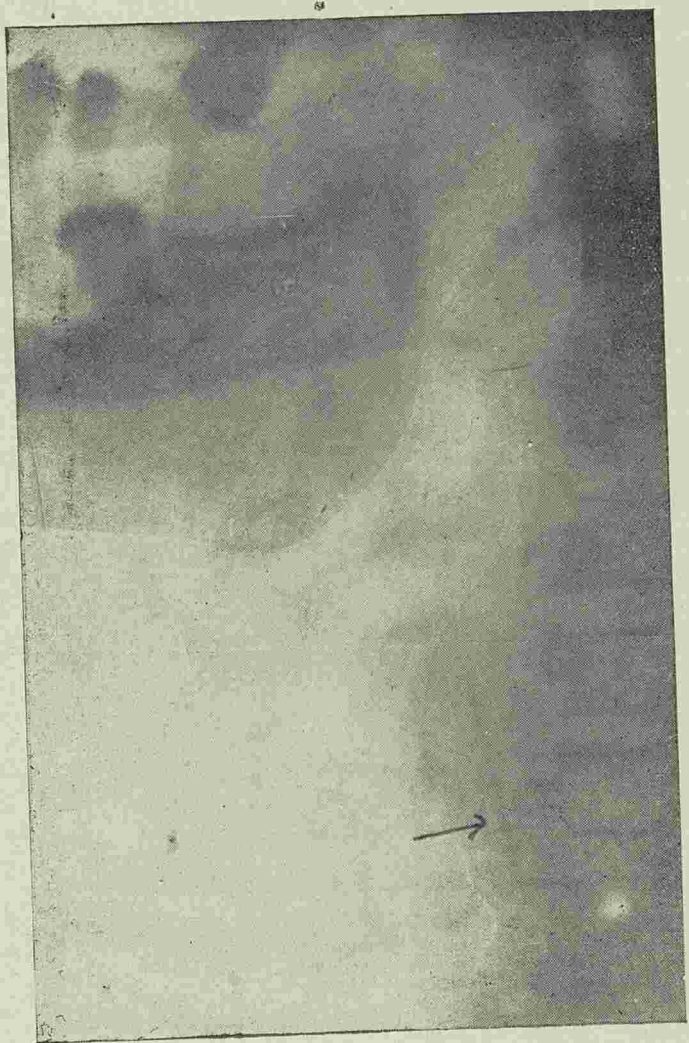
En *oblique antérieure* on voit, se projetant devant les 5^{me} et 6^{me} vertèbres cervicales, un corps étranger linéaire de 3 à 4 cm de long qui semble être une aiguille.

Il est dirigé obliquement en bas et en arrière.

La baryte ingérée ne rencontre aucun obstacle, et passe en avant du corps étranger sans s'y accrocher.

La radiographie confirme les données de la radioscopie.

Convaincu cette fois de la présence du corps étranger, nous fai-



sons une 2^{me} pharyngoscopie qui ne nous donne, cette fois encore, aucun résultat.

Nous décidons alors d'essayer l'extraction sous le contrôle de la radioscopie.

A l'aide d'une pince courbe laryngée, nous saisissons l'extrémité supérieur du corps étranger, nous le mobilisons, mais nous avons l'impression très nette, en retirant la pince, que nous tirons sur la muqueuse du pharynx. L'aiguille semble complètement enfouie dans la paroi.

Nous tentons alors une 3^{me} pharyngoscopie avec l'intention de faire à travers le tube une boutonnière dans la paroi pharyngée.

Dès l'introduction de l'instrument, nous apercevons une plaie de la muqueuse, faite sans doute par la pince laryngée dont nous venions de nous servir. En effet, ne possédant pas de pince spéciale pour corps étranger du pharynx, nous avons été obligé d'utiliser une pince coupante pour polypes du larynx.

La blessure du pharynx que nous redoutions n'a pas manqué de se produire; mais au lieu de nous donner les complications que nous pouvions craindre, elle nous a, au contraire facilité la tâche. En effet, par la plaie, d'ailleurs minime de la muqueuse, nous pûmes apercevoir l'extrémité de l'aiguille et l'extraire facilement.

Certes, nous ne recommandons pas systématiquement cette façon de faire pour l'extraction de cette variété de corps étranger. C'est une technique aveugle qui peut donner des ennuis. Mais il nous semble qu'il serait utile, avant de faire une pharyngotomie qui constitue une intervention malgré tout sérieuse, d'essayer à l'aide du pharyngoscope et d'un long bistouri, de faire une boutonnière par laquelle pourrait être extrait le corps étranger.

Cette technique est celle recommandée par Chevalier-Jackson. Il l'a appliquée avec succès pour une femme de 40 ans chez laquelle le corps étranger, en l'occurrence une aiguille, était logée dans l'épaisseur de l'hypopharynx. Le même auteur signale un deuxième cas d'aiguille enfouie dans l'épaisseur de la paroi pharyngée. Didier, dans les archives internationales de laryngologie de 1929, cite le cas de Roy concernant une aiguille de 4 cm. ayant été se fixer dans la paroi latérale du pharynx.

Enfin, Iglaner et Rouschoff, dans *The laryngoscope*, d'octobre 1924, citent le cas d'un os de lapin visible seulement à la radiogra-

phie, se projetant devant les 4^{me} et 5^{me} vertèbres cervicales et où l'endoscopie ne montre qu'une petite déchirure de la paroi postérieure du pharynx.

Tels sont les seuls cas que les docteurs Sargnon et Guillermin ont retrouvé dans la bibliographie de ces dix dernières années et qu'ils ont rapporté dans leur article.

C'est donc la rareté de cet accident et les quelques détails de technique qu'il comporte qui nous ont incité à publier notre observation.

Doua Raouani

(Chirurgicale)

par le Docteur René BROG

—(0)—

Nous étions réunis, après un excellent déjeuner, autour d'un de nos confrères qui s'est retiré, loin du tumulte des villes et des soucis de la clientèle, dans un coin de verdure de fleurs, de roses et d'orangers. Le jardin se termine à pic sur une plage de sable d'or, donnant vue sur un petit golfe à la courbe harmonieuse terminée à la pointe extrême du village, par un vieux fortin espagnol, éclatant de blancheur sous les ardeurs du soleil. Le maître de la maison debout sur ses grandes jambes écartées, bourrait d'un geste familier sa pipe, cette vieille amie, qui ne l'a jamais quitté, même dans ses plus graves maladies. C'est un sage qui, au cours de grands voyages, au cours d'une longue carrière, aux occupations multiples et diverses, a acquis une sereine philosophie qui, jointe à une bonté native que rien n'a pu entamer, en faisait le meilleur des confrères quand il exerçait. Jamais la hideuse invidia medicorum n'a effleuré son esprit. Mais j'en ai trop dit cette fois, tous les confrères tunisois ont percé son identité.

A quel point l'exercice d'une profession déforme l'esprit, je m'en rendis compte, en entendant l'un d'entre nous, traduire ses réflexions intimes par cette demande adressée au maître de céans. Eh bien ! regrettez-vous d'avoir abandonné la clientèle ? Passer toute sa vie à ronchonner contre sa profession ; jamais de liberté, plus de vie de famille, ingratitude de la clientèle, bons petits tours de confrères, difficulté de vivre, fatigue, surmenage, etc., etc., et puis dans ce cadre si reposant, penser en soi-même qu'on ne doit plus savoir que faire, quand on a abandonné tous les soucis précités, c'est à n'y pas croire.

Le confrère interpellé se mit à rire et répondit : Je ne regrette pas la clientèle, mais je suis bien forcé d'en faire. A..., est à une douzaine de kilomètres et je ne peux pas refuser de voir les cas urgents. Ils le sont tous d'ailleurs quand on vient me chercher, ils lesont beaucoup moins quand j'arrive chez le malade, qui a été

déjà à la ville consulter d'autres médecins. Je le sais d'avance, et je me laisse rouler chaque fois. Un jour, un client après m'avoir montré le malade, m'a tenu ce petit raisonnement : Tu es un toubib en retraite, alors tu n'as pas besoin de flous, et puisque c'est toi qui as écrit la teskra, (ordonnance), tu devrais bien la payer. donne-moi un peu d'argent pour aller acheter les médicaments. Hein ! Hein ! Qu'est-ce que vous en dites ? Et en se tordant il alluma sa pipe.

Après avoir tiré quelques bouffées, il continua : si vous saviez ce que j'ai vu sur ces malades traités par les doua areb, qu'on m'amenait ici, et qu'on déposait d'autorité dans mon jardin, au beau milieu de mes invités; non, vous n'avez pas idée, c'est formidable ! et il appuyait sur la fin du mot pour marquer la profondeur de sa stupéfaction devant les traitements subis par les malheureux patients. Tenez, voilà ma dernière aventure, elle n'est pas à mon honneur, et la médecine officielle y fait bien triste figure; mais comme traitement chirurgical, je vous le recommande, vous allez voir ça.

Ayant été renouveler ma provision de tabac, chez un épicier djerbi, il me demanda de voir sa madama qui, depuis un accouchement, souffrait du ventre, et avait de la fièvre. Sur ses pas, je passai derrière le comptoir et pénétraï dans un de ces réduits obscurs que vous connaissez, sans fenêtre qui servent de réserve pour les marchandises et de logement pour la famille, me frayant un passage à travers un tas de boîtes de conserves, de sacs de dattes pressées, sacs de farine, et tonneaux d'anchois, dont l'odeur se mélangeait agréablement à celle de la malade. C'était le complexe habituel de parfum de smen, dont elle avait été frottée surabondamment de sueur aigre et d'indigo, la transpiration ayant fait déteindre, le grand voile de cotonnade bleue, rayée de blanc, dont toutes les femmes Djerbi s'entourent, et qu'elles rabattent vivement sur leur visage, en serrant les deux bouts entre leurs dents, dès qu'elles voient entrer le rouni. Je finis, tant bien que mal, par faire un toucher vaginal, après m'être lavé les mains dans une cuvette minuscule, et trempé les doigts dans une huile de première qualité, tirée au tonneau et versée dans une tasse à café multicolore. Elle avait un gros phlegmon du ligament large; j'ordonnais repos, vessie glace, et tarsil men qoddam avec la grande tromba.

Chaque fois que j'allais chez l'épicier, et que j'avais réglé mes achats, il m'invitait à passer dans ses appartements, pour voir s'il y avait du progrès. La vessie de glace se promenait partout, souvent vide d'ailleurs, sur les dattes, les bidons de pétrole, et quelquefois même sur le matelas et les peaux de mouton qui servaient de lit, mais jamais sur le ventre de la malade.

Ça s'arrangeait tout de même, mais le mari trouvait que c'était trop long, qu'il fallait changer de traitement, puisque la glace n'avait rien fait, il me demandait chaque fois, y en a pas chokan alors pour le faire patienter et convaincre qu'il fallait attendre, je l'envoyai à Tunis voir un grand confrère (Elloul pour les plaies). Il jugea que le moment n'est pas encore venu d'opérer, et il conseilla de continuer le même traitement.

Du coup, je perdis de vue la malade, son mari ayant conclu des sages prescriptions du confrère de la ville, qu'il n'y avait plus rien à faire, et bara, bara, bara, comme disent les Arabes, pour indiquer que l'affaire dont ils parlent, marche toujours sans que personne s'en occupe.

Je n'y pensais plus du tout, quand un jour, un client qui était venu m'amener sa femme, me demanda si elle avait la même maladie que la femme de l'épicier; je lui répondis que non, ce qui ne parut pas lui faire plaisir, et il me reposa encore la même question, quand je lui eûs remis l'ordonnance.

Je vis bien que mon bonhomme avait une idée de derrière la tête, mais ça n'est pas toujours commode de savoir ce qu'ils pensent ces bougres-là; il faut surtout ne pas leur poser directement la question à laquelle on veut les voir répondre. Je lui dis simplement : elle est morte, avec un air légèrement dubitatif, car après tout je n'en savais rien. Il redressa l'erreur que j'avais commise, en me disant qu'Hanifa la masseuse était venue, et que la malade avait été guérie.

Ça n'avait pas été long. Elle s'était fait montrer l'endroit douloureux, et s'était mise immédiatement à pétrir ça, masser, appuyer, enfoncer avec une vigueur peu commune.

Et notre confrère, entraîné par son récit, se penchant en avant, les avant-bras fléchis sur les bras, fermait, ouvrait ses mains, imitait les gestes de la masseuse, malaxant fortement le ventre de la malade, et puis tout d'un coup, une brusque penchée en avant,

comme si un obstacle cédant tout d'un coup, les avant-bras pénétraient dans le ventre, jusqu'au fond du douglas; puis les mains remontées, par des mouvements rapides de fluxion et d'extension des doigts semblaient chasser devant elles un flot de liquide, plus de deux litres de liquide sortis par devant.

Alors, je compris tout de suite, ajouta notre confrère, pourquoi le client me demandait si sa femme avait la même maladie; si j'avais répondu par l'affirmative, en sortant de chez moi au lieu d'aller faire exécuter mon ordonnance, ce qui coûte cher, et ne donne pas toujours le résultat désiré, il aurait conduit sa femme chez la masseuse, dont la main était heureuse.

Mais tout de même, qu'est-ce que vous en dites ? Evidemment, une perforation se serait produite tôt ou tard et l'abcès vidé, mais n'empêche que dans tout le village, la masseuse passe pour une femme qui s'y connaît, et moi, pour un médecin Kif chaî ! Hein, qu'est-ce que vous en dites ?

Nous répondîmes tous en chœur : Formidable ! Formidable !!!

Une grave affaire d'empoisonnement

— « 0 » —

Il est 5 h. $\frac{1}{2}$ du matin et la sonnette du docteur retentit furieusement, et réveille Victorine qui la trouve mauvaise. C'est pas des heures pour réveiller des chrétiens ? Vraiment, les clients y croient que les médecins sont pas faits comme les autres. C'est pourtant bien tout pareil : Faut bien qu'y mangent les médecins. Faut bien qu'y dorment ! et leur personnel aussi ! On a beau leur-zy dire (aux clients) y recommencent tout le temps. Tout en faisant ces réflexions qu'elle confiera à Monsieur tout à l'heure, Victorine, tourne le bouton du verrou de sûreté, fait tomber la chaîne de sécurité, qui tape sur le battant de la porte avec un bruit de ferraille formidable, abaisse posément la targette du haut, relève celle du bas, donne les deux tours de clé réglementaires, s'ouvre la porte, et se trouve nez à nez avec le monsieur qui est venu hier soir à dix heures, et qui voulait à toute force que Monsieur soit là. Elle avait beau lui dire, il est allé dîner à la plage, le monsieur lui répondait toujourns. Dites-lui que c'est moi, M. Un Tel, pour mon fils qui s'est empoisonné, le docteur viendra sûrement. Y en a qui sont durs à comprendre, monsieur, y veulent pas croire ce qu'on leur dit. On peut tout de même pas les faire rentrer pour visiter l'appartement quand y a personne, y a qu'un moyen, c'est de leur fermer la porte au nez.

C'est ce qu'elle a fait hier soir ; si ce monsieur revient, c'est que c'est sérieux, elle le fait entrer, malgré l'heure matinale et va prévenir Monsieur que le carillon de la sonnette a réveillé.

Monsieur s'informe si elle a bien pris le nom du malade, la rue, le numéro, parce que y a des gens qui ont un si drôle de nom, et qui habitent dans les rues arabes ; c'est pas des noms de rues ! qu'on ne peut plus les retrouver ; mais comme le client n'a pas voulu partir sans le voir, il y va et lui promet d'y aller tout de suite, le temps de s'habiller. Inutile de l'attendre, il y est dans cinq minutes, et comme l'empoisonnement s'est passé hier après-midi, entre 2 heures et 4 h. $\frac{1}{2}$, et que l'enfant est encore vivant. Quand le

client est parti, le docteur s'en va prendre tranquillement son petit déjeuner.

Monsieur a bien raison. Bien sûr, qu'on ne peut pas travailler sans manger. Ainsi parle la sagesse du peuple, par le canal de Victorine.

Le jeune Willy est dans son lit, rose, frais, le pouls calme, le ventre souple et pas douloureux, il a bien uriné au réveil, les yeux ne sont pas cernés, il n'a plus mal du tout, et le docteur a l'impression qu'il a faim, mais qu'il n'ose pas demander à manger. Qu'est-ce qui a bien pu motiver l'affollement de ses parents ?

Les vacances sont arrivées et M., M^{me} et Willy doivent partir après-demain, pour Alger, prendre le bateau qui les conduira en Amérique. Il reste encore pas mal de choses à faire; le père, un peu pressé, sort après s'être rasé, oubliant de ranger les affaires qui viennent de lui servir; ce qui est contraire à ses habitudes méthodiques. Willy fait la sieste, et sa mère en profite aussi pour sortir, car, c'est au moment de partir, qu'on s'aperçoit du nombre de choses indispensables, toilettes, chapeaux, etc., qu'il faut acheter et emporter. Willy, 7 ans, s'est réveillé, et au bout de quelque temps, il n'a plus su que faire, et a tourné ans l'appartement un peu en désordre. Il s'ennuie; il a faim, et ses regards tombent sur un bâton, brunâtre, consistant, qui ressemble à du chocolat. Willy prend le bâton, le casse en deux assez facilement et en craque un morceau. Ça n'est pas du chocolat, c'est peut-être comestible dissous dans du lait, mais tout cru, comme ça, ça n'est pas très bon, et Willy, après avoir craché, remet les restes des deux morceaux bout à bout pour qu'on ne s'aperçoive de rien, et va au balcon pour se distraire un peu. Maman rentre très affairée. Willy voudrait bien savoir ce que c'est que le fameux bâton, et négligemment il demande à sa mère à quoi ça sert et comment ça se mange. Ça sert à papa, et s'en suit une excellente petite leçon de morale, par laquelle Willy apprend pour la nième fois, qu'il ne faut jamais toucher aux affaires qu'on ne connaît pas, surtout ne pas porter à la bouche, les affaires trouvées et ramassées par terre, parce qu'elles sont souillées de microbes, et parce que ce qu'on ne connaît pas, peut être un poison violent qui vous ferait mourir si on en avalait. Et maman, après cette leçon de morale, bien sentie, a con-

linué ses rangements, parce qu'il fallait se presser, pour que tout soit fini ce soir.

En se retournant pour prendre quelque chose et le fourrer dans la malle, elle a aperçu son fils tout pâle, mais pâle, couché sur le canapé, les mains sur le ventre, et elle s'est précipitée, affolée. Qu'est-ce que c'est ! Willy n'a pu répondre ; il a fait des efforts, s'est tordu, a gémi, et finalement a vomi et est retombé sans forces, se plaignant de fortes douleurs de ventre, toujours, comme s'il allait se trouver mal. Il était 7 heures environ et bien entendu, papa qui est toujours là d'habitude, n'était pas encore rentré. Heureusement le voilà.

Willy se plaint de plus en plus, et dans un effort de vomissement rend un liquide un peu vert, légèrement vert. Ça devient sérieux. On téléphone au médecin habituel qui n'est pas là naturellement, et entre deux douleurs Willy peut faire comprendre à son père qu'il a avalé, par mégarde, bien entendu, un morceau de ça, ce truc qui ressemblait tant à du bon chocolat. Du coup, le père et la mère ont cru Willy empoisonné. Ils avaient eu peur de l'appendicite à cause des vomissements verts, mais maintenant l'histoire est claire, mais pas plus rassurante. On téléphone à deux ou trois médecins, tous dehors ; au Directeur du Laboratoire de Chimie, à l'Institut Pasteur ; plus personne à cette heure-là ; enfin un médecin qui avait du monde à diner, et qui a bien voulu venir au téléphone, a conseillé de faire vomir l'enfant, de lui faire boire beaucoup d'eau, de faire une piqûre d'huile éthéro-camphrée, et de faire analyser le produit ingéré.

Justement le docteur est en train d'observer le fameux bâton, cause du drame ; de quoi est-il composé ? il serait bien en peine de le dire. Mais s'il avoue son ignorance, ça fera très mauvais effet, car un médecin doit tout savoir. Diable, la situation devient embarrassante !

Tout en réfléchissant à la façon de s'en tirer à son honneur, le docteur s'aperçoit qu'il ne manque pas grand chose aux deux bouts du bâton qui s'accolent presque parfaitement, celui qui a été goûté présente une perte de substance en coin, provoquée par un bon coup de dent, mais c'est peu de chose, il faudrait que ce produit soit bien toxique pour provoquer une intoxication sous un si petit volume, et d'ailleurs Willy ne paraît pas intoxiqué du tout.

Une idée passe dans la tête du docteur, et au lieu d'indiquer la nature du poison, ce dont il serait bien en peine, il pose une question à la maman. Quand votre fils a-t-il vomé ? Avant ou après vous avoir demandé à quoi servait ce truc-là. Après, Docteur, presque tout de suite après. Alors tout s'explique : le jeune Willy, ayant soigneusement caché à sa mère sa gourmandise, la leçon de morale qui lui a été servie, est tombée à pic, il n'a pas osé dire qu'il avait goûté au fameux bâton, mais il a eu peur d'être empoisonné, et la frayeur lui a tortillé les boyaux, et provoqué un vomissement réflexe, tout ce qu'il y a de plus beau.

Votre satané gosse n'a rien du tout, c'est la peur qui l'a fait vomir, faites-le manger et partez demain. Willy est tout à fait d'accord avec son médecin, mais les parents sont plus difficiles à rassurer. Vous êtes bien sûr, docteur, vous ne craignez pas les secousses de l'auto, etc.

Du coup, le docteur, menace de se fâcher. Bon Dieu, d'avoir dérangé pour ça à 5 h. $\frac{1}{2}$, et il fiche le camp en se demandant tout de même de quoi peut bien être composé, ce fameux bâton couleur de chocolat.

P.S. — Pour les confrères à qui pareille aventure arriverait, Bouquet-Bryon, le distingué pharmacien des hôpitaux de Tunis, a bien voulu nous apprendre que cette pâte à rasoir est composée de silice, émeri, paraffine et colorant rouge brun. Une autre plus noire renferme en plus des éléments suscités de la poudre de verre.

Avec une pareille donnée, on pourrait rassurer la famille et se recoucher si l'on était dérangé la nuit.

R. B.

Fédération des Sociétés des Sciences Médicales d'Algérie

2 Réunion annuelle (Alger 16-18 mars 1932)

Cette Fédération fondée en 1931, se propose de coordonner en des réunions annuelles, les efforts des diverses Sociétés Médicales

d'Algérie.

Pour donner à ces Réunions le caractère d'une manifestation scientifique régionale, il a été décidé qu'à chacune d'elles une question importante de pathologie nord-africaine serait mise à l'ordre du jour et traitée par des rapporteurs locaux en un ou plusieurs rapports suivis de discussions et de communications. D'autre part pour donner aux Réunions plus d'éclat et en même temps plus de variété, leur programme comporte des conférences faites sur des sujets d'actualité par des auteurs qualifiés.

Cette formule où la note régionale transparait, et par là même donne à ces réunions une signification et un but définis, paraît très heureuse. Elle a certainement assuré le succès de la Réunion de 1932 et mérite d'être conservée.

La question mise à l'ordre du jour cette année, le Paludisme Chronique, comportait 3 rapports et d'importantes communications.

Les matinées lui étaient consacrées; les après-midi étaient réservés aux conférences. C'est dans cet ordre que cette deuxième Réunion s'est déroulée dans les locaux de l'Université d'Alger, les 16, 17, 18 mars 1932.

C'est devant un auditoire choisi où de nombreuses personnalités officielles se mélaient au public médical, que M. le Doyen Leblanc, président de la Fédération, prit la parole au début de la séance d'ouverture et prononça une allocution fort applaudie où il rappela l'origine et le but de la Fédération, et remercia en termes délicats et choisis les conférenciers et tous les participants de la Réunion de 1932.

L'ordre du jour fut ensuite abordé et suivi selon le programme ci-dessous.

Mercredi 16 Mars

Matin 1^{er} rapport. — Comment il faut concevoir le paludisme au

point de vue clinique, par MM. Aubry Professeur de Clinique Médicale et Dumolard, Médecin des Hôpitaux d'Alger.

Discussion du rapport.

Communications.

Soir — 1^{re} Conférence. — M. Regaud — Directeur de l'Institut du Radium de l'Université de Paris.

Vue l'ensemble sur les résultats actuel de la radiothérapie des tumeurs malignes.

2^e Conférence. — M. Anderson — Sous-Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

Sur quelques acquisitions méditerranéennes récentes en médecine expérimentale.

Jeudi 17 Mars

Matin — 2^e Rapport. — Paludisme et Chirurgie par M. Costantini — Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine d'Alger.

Discussion.

Communications.

Soir — 3^e Conférence. — M. Velu, Chef du laboratoire des recherches du Service de l'élevage à Casablanca — La greffe testiculaire, son passé, son présent, son avenir.

4^e Conférence. — M. Rose — Professeur à la Faculté des Sciences d'Alger — Les tropismes au point de vue médical.

Vendredi 18 Mars

Matin — 3^e Rapport — l'Hématozoaire dans le paludisme chronique, par M. Senevet, Professeur de parasitologie et de zoologie médicale à la Faculté de Médecine d'Alger.

Discussion.

Communications.

Soir — 5^e Conférence. — M. Weill-Hallé chargé de cours à la Faculté de Médecine de Paris — Médecin des Hôpitaux.

6^e Conférence. — M. Benhamou, Médecin des Hôpitaux d'Alger. Les anémies spléniques.

Avant de se séparer, les membres de la Fédération avaient tenu l'habituelle séance administrative qui comportait le renouvellement du Bureau et la préparation de la 3^e Réunion de 1932.

Par acclamations, M. le Professeur Tournade fut élu Président de la prochaine réunion.

M. le Professeur Courrier fut réélu dans ses fonctions de secrétaire général.

Il fut décidé que la prochaine réunion se tiendrait à Alger et que la question mise à l'ordre du jour serait : la tuberculose en Afrique du Nord.

Ces trois journées bien remplies se terminèrent par un lunch très cordial au Casino — M. le Doyen Leblanc, président de la Fédération, remercia les conférenciers et les personnalités officielles présentes; il souhaita longue vie et prospérité à la jeune Fédération des Sociétés Médicales d'Algérie.

Nous sommes heureux de souligner le brillant succès de cette réunion et d'en faire remonter tout le mérite aux organisateurs, M. le Doyen Leblanc, M. le Professeur Courrier, MM. Viallet, Bernard.

Ce succès s'est complété de l'assurance donnée par les médecins tunisiens présents à la réunion, d'une participation effective probable de la Tunisie à la réunion de 1933. — Il est donc permis d'envisager dans l'avenir l'extension de la Fédération actuelle à tout ou partie de l'Afrique du Nord, et Tunis a été envisagée comme siège de la réunion de 1934.

C'est là une heureuse promesse dont on peut espérer la réalisation.

La pathologie médicale en Afrique du Nord est une, et il ne peut y avoir qu'avantage à confronter les divers points de vue; Maroc et Tunisie, par leurs éminents conférenciers, par les communications de leurs adhérents n'ont-ils pas d'ailleurs grandement concouru au succès de cette réunion? Souhaitons donc que cette collaboration et que cette entente deviennent avec le temps plus régulières et plus étroites encore.

Nous donnons ci-dessous un résumé des divers rapports, communications et conférences. Le compte-rendu in-extenso a paru dans l'*Algérie Médicale* (N° de juillet et août 1932).

I. — Question mise à l'ordre du jour — Le Paludisme chronique.

1^{er} RAPPORT

**COMMENT IL FAUT CONCEVOIR LE PALUDISME CHRONIQUE
AU POINT DE VUE CLINIQUE**

Résumé du Rapport présenté par MM. Aubry et Dumôlard

Ce rapport est divisé en deux parties :

Dans la première, après avoir précisé que l'histoire anatomo-clinique du paludisme chronique doit être reprise à la lumière des données de la médecine moderne, les auteurs justifient l'existence du paludisme chronique. Après avoir défini ce qu'il faut entendre par chronicité morbide, et spécialement après avoir rappelé quelles sont les conditions nécessaires pour qu'une infection déterminée puisse être reconnue comme ayant les caractères d'une infection chronique, les auteurs montrent que conformément aux idées classiques, le paludisme revêt fréquemment les allures de chronicité en raison d'abord de la possibilité de la persistance prolongée du parasite dans l'organisme humain, et ensuite en raison des caractères évolutifs torpides, lents, insidieux, et des réactions atténuées de l'organisme, qui sont souvent observées au cours du paludisme.

Exposant ensuite les idées récemment émises par M. le Professeur Rieux, les rapporteurs, tout en signalant l'intérêt des faits observés par cet auteur, et en reconnaissant l'importance des réinfections dans le déterminisme du paludisme chronique, exposent les raisons pour lesquelles ils ne peuvent accepter les conclusions formulées par cet auteur relativement à l'existence même du paludisme chronique.

Le paludisme chronique est une entité morbide qu'il faut étudier et décrire.

On ne peut pas d'ailleurs ne pas être frappé par certains caractères cliniques particuliers de cette infection qui détermine fréquemment des syndromes d'insuffisances viscérales multiples et complexes, mais souvent bénignes, et qu'un traitement prolongé peut très souvent modifier dans des conditions inespérées. Si bien qu'on peut se demander si les troubles anatomiques qui conditionnent les manifestations morbides observées ne seraient pas, au début surtout, d'ordre fonctionnel et dynamique (modifications humorales) en se compliquant peu à peu de lésions parenchyma-

teuses, puis enfin conjunctivo-vasculaires, tout en conservant un caractère de bénignité relative.

La seconde partie du rapport est consacrée à la description du paludisme chronique.

Pour classer les faits cliniques, les auteurs estiment que le critère microbiologique est infidèle et trompeur; après avoir fait la critique des classifications qui s'inspirent exclusivement de l'étiologie, ils proposent de s'en tenir à une classification basée essentiellement sur l'observation clinique aid e des constatations du laboratoire.

Ils séparent le paludisme aigu, où les manifestations fébriles sont prépondérantes, du paludisme chronique où prédominent les manifestations viscérales.

Le paludisme chronique s'exprime essentiellement en effet par des syndromes de gravité et de complexité variables qui traduisent l'atteinte des grands appareils et dont l'ensemble constitue ce qu'ils appellent le *paludisme viscéral évolutif*.

Au premier plan du tableau symptomatique doivent être placés l'anémie et le syndrome humoral qui sont pour ainsi dire constants. Anémie légère ou moyenne dont les caractéristiques sont bien connues; parfois anémie grave de type hypo ou métastatique. Le syndrome humoral comporte une diminution parfois considérable des albumines du sang avec inversion du rapport ————— sérine

globuline
qui peut tomber à 0.7 ou même 0.18. Les lipides sont souvent augmentés. Ce syndrome est peut-être en partie responsable des formes graves d'anémie et de certains œdèmes. Les auteurs passent ensuite en revue les divers syndromes viscéraux : *splénomégalies*, qu'ils divisent en hypertrophies légères et moyennes et en grandes splénomégalies; ces dernières pouvant se compliquer à un moment de leur évolution et donner lieu à des splénomégalies mycosiques, tuberculeuses, hémolytiques qui posent la question de la splénectomie.

L'hypertrophie du foie affecte habituellement la forme d'une hépatite paludéenne simple avec signes légers d'insuffisance hépatique. L'apparition d'ascite, l'évolution selon le type Banti sont parfois observés.

L'atteinte du rein peut se traduire par de l'albuminurie seule ou accompagnée d'œdèmes. Les œdèmes peuvent apparaître isolément, et leur origine tissulaire n'exclut pas la vraisemblance d'un élément rénal, car toutes les transitions existent avec les néphrites hydropiques.

Le paludisme chronique peut entraîner de l'hypotonie du cœur et des dilatations transitoires de l'aorte ascendante peut-être susceptibles de se transformer en aortite.

On peut mettre à son actif des troubles digestifs divers et des périviscérites en particulier, la péri-duodénite coïncidant fréquemment avec la splénomégalie palustre, des congestions pulmonaires chroniques. Des troubles mentaux à base d'asthénie et de confusion, sont assez souvent réalisés par le paludisme chronique : les troubles nerveux (névralgies, néphrites, poly-néphrites) sont plus rares que dans le paludisme aigu. L'atteinte profonde des divers parenchymes est capable d'entraîner un infantilisme palustre dans le déterminisme duquel l'hypertrophie spléno-hépatique intervient peut-être.

La cachexie peut être l'aboutissant d'un paludisme chronique insuffisamment traité, mais il semble qu'il faille réserver ce terme aux déchéances organiques irrémédiables et abandonner en particulier le terme de cachexie aiguë.

Quelques développements sont consacrés aux associations morbides si fréquentes dans le paludisme chronique aux types fébriles et aux paludismes latent, fruste et larvé.

Les auteurs insistent à propos de divers syndromes viscéraux qu'ils décrivent sur la curabilité longtemps possible par un traitement bien compris dont la médication-quinique doit former la base.

2^{me} RAPPORT

PALUDISME ET CHIRURGIE

par M. H. Costantini

L'auteur divise son rapport en trois chapitres :

I. — *La rate paludéenne compliquée ou non compliquée.*

a) *La rate paludéenne est compliquée.*

Trois circonstances sont à envisager :

1° *Il y a rupture traumatique.* — La rate palustre est augmentée de volume. Elle présente un tissu friable, de rupture facile. De

plus, sortie de sa loge, elle n'est plus protégée par l'auvent chondral. On comprend dès lors que de très petits traumatismes aient pu déterminer d'importants dégâts.

De ce fait la symptomatologie est sournoise, bien souvent trompant le chirurgien peu au courant de cette complication. Le traitement consiste dans la splénectomie faite le plus rapidement possible.

2° *Il y a torsion de la rate.* — Le paludisme favorise la torsion splénique en alourdissant l'organe. Il faut cependant, condition essentielle, que le pédicule splénique soit long par disposition congénitale. Les signes sont ceux qu'on rencontre dans toutes les torsions : douleurs, tension de l'organe, vomissements.

Le diagnostic se fait souvent avec beaucoup de difficulté car la rate peut avoir abandonnée complètement sa loge naturelle.

Le seul traitement à retenir est la splénectomie, la mortalité étant dans ce cas toujours réduite.

3° *Il y a hématome enkysté de la rate.* — Ce sont des pseudo-kystes hématiques qui se développent sur les rates friables enflammées et entourées d'adhérences. Des traumatismes insignifiants parfois, mais répétés, en tiraillant les adhérences créent des épanchements pseudo-kystiques. Il faut retenir que de tels épanchements retenus habituellement par une barrière adhérentielle peuvent s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale, et occasionner la mort par hémorragie.

La symptomatologie de ces pseudo-kystes est assez obscure et généralement il s'agit d'une trouvaille opératoire. Le traitement peut se contenter de vider la collection, mais il est plus rationnel d'enlever la rate. La splénectomie se fera par la voie sous capsulo-sous adhérentielle.

b) *La rate paludéenne n'est pas compliquée.* — L'auteur défend la thèse que la rate palustre non compliquée n'appartient pas à la chirurgie. C'est une erreur de penser qu'en enlevant la rate on supprime le principal réservoir à virus de l'économie. On ne guérit donc pas le paludisme par la splénectomie.

Fait capital : l'expérience démontre que toutes les rates palustres cèdent à un traitement médical attentif et prolongé.

Cependant il faut remarquer que le paludisme, en atteignant la rate, rend cet organe particulièrement accessible aux infections

diverses, de sorte que telle rate palustre deviendra une rate parasitée soit par des microbes les plus divers, soit par une mycose. De telles rates doivent évidemment être enlevées.

II. — *Les algies abdominales palustres.*

Ces algies peu connues, simulent surtout l'appendicite et la cholécystite. Elles peuvent faire penser à une perforation intestinale.

Elles sont déterminées, d'après l'auteur, par l'apport de corps palustres de Laveran sur le système sympathique.

Pour qui n'est pas familiarisé avec cette chirurgie, le diagnostic est difficile, sinon impossible.

Le traitement n'est évidemment pas chirurgical. Une simple injection de quinine suffit à faire entrer dans l'ordre, tous les phénomènes.

Il faudra donc pour éviter un acte chirurgical inutile, s'efforcer de soupçonner le diagnostic. Un examen du sang d'urgence sera évidemment précieux.

III. — *La chirurgie chez les paludéens.*

Si le paludisme est connu on s'efforcera de le traiter avec énergie avant toute intervention.

Mais souvent le paludisme n'apparaît qu'après l'acte opératoire, sous forme d'accès thermiques. Il faudra savoir le reconnaître pour instituer aussitôt un traitement quinique.

Cependant en pays palustre il faut éviter de mettre sur le compte du paludisme, tout clocher observé le lendemain d'une intervention; s'abandonner à ce diagnostic de paresse d'esprit est faire mauvaise besogne car on peut ainsi méconnaître la vraie cause de l'ascension thermique (congestion pulmonaire — infection intestinale — phlébite, enfin infection du champ opératoire).

(à suivre)

3. Nombre de cas où la disparition des gamètes a précédé la disparition des schizontes

5 cas (obs. 2, 6, 7, 11, 11)

4. Nombre de cas où la disparition des schizontes a précédé la disparition des gamètes

2 cas (obs. 4, 5)

5. La persistance des hématozoaires, malgré traitement, a été notée pour :

Gamètes seuls de *falciparum* : au bout de 2 jours (obs. 5)

6. Accidents constatés certainement imputables à la plasmochine

1 cas (obs. 12) : vomissements sanguinolents avec cyanose
(sans gravité)

7. Au point de vue clinique :

Action évidente sur l'état général. La température tombe, en moyenne, à partir du quatrième jour, précédant presque régulièrement la négativation du sang.

B. DEUXIÈME LOT : PLASMOCHINE ASSOCIÉE

1. Statistique

Nombre total d'observations	34
Guéris ou améliorés	31
Echecs	3
Accidents dûs à la plasmochine	2

2. Répartition des espèces plasmodiales

<i>falciparum</i>	25
<i>vivax</i>	2
<i>malariae</i>	0
Association <i>vivax-falciparum</i>	2
Sangs négatifs	5

3. Nombre de cas où la disparition des gamètes a précédé la disparition des schizontes

4 cas (obs. 19, 25, 35, 47)

4. Nombre de cas où la disparition des schizontes a précédé la disparition des gamètes

Aucun

5. La persistance des hématozoaires, malgré le traitement, a été notée pour :

Schizontes seuls :

falciparum : au bout de 2 jours (obs. 20, 24, 25)

Gamètes seuls :

falciparum : au bout de 19 jours (obs. 35)
19 jours (obs. 37)

Schizontes et gamètes associés :

falciparum : au bout de 2 jours (obs. 23)
25 jours (obs. 30)

vivax : au bout de 2 jours (obs. 24)

6. *Accidents constatés certainement imputables à la plasmochine*
1 avec cyanose (obs. : 18)
1 avec diarrhée sanguinolente (obs. 32)
(tous deux sans durée ni suites graves)

7. *Au point de vue clinique*

Action évidente sur l'état général et la fièvre, qui tombe en 2 ou 3 jours, précédant la négativation du sang.

En général, *dans les rechutes spontanées*, on voit d'abord réparaître les schizontes (obs. 19, 35, 46, 47).

Les échecs paraissent dus :

soit à une inefficacité vraie du traitement;

soit à des réinfections possibles en milieu endémique (obs. 30, 35, 37).

C. TROISIÈME LOT : QUININE SEULE OU ASSOCIÉE

1. *Statistique*

Nombre total d'observations	20
Guéris ou améliorés	14
Echecs	6
Accidents dus à la médication	0
Décès (non dû à la médication)	1

2. *Répartition des espèces plasmodiales*

<i>falciparum</i>	12
<i>vivax</i>	6
<i>malariae</i>	0
Associations	0
Sangs négatifs	2

3. *Nombre de cas où la disparition des gamètes a précédé la disparition des schizontes*

Aucun cas

4. *Nombre de cas où la disparition des schizontes a précédé la disparition des gamètes*

3 cas (obs. 52, 53, 70)

5. *La persistance des hématozoaires, malgré le traitement, a été notée pour :*

Schizontes seuls :

falciparum : au bout de 1 mois 1/2 (obs. 58)

Gamètes seuls :

falciparum : au bout de 15 jours (obs. 55)

1 mois (obs. 52, 53)

3 jours (décès, obs. 71)

6 jours (obs. 70)

6. *Accidents constatés certainement imputables au médicament*

Aucun

7. *Au point de vue clinique*

Egalement, dans la majorité des cas, action thérapeutique évidente sur l'état général et la température (qui tombe du deuxième au troisième jour, parfois en 24 heures, et précédant la négativation du sang).

Les échecs paraissent dûs :

soit à une inefficacité du traitement (ou à des réinfections en milieu endémique) obs. 52, 53, 55);

soit à l'insuffisance du traitement (obs. 70);

soit à une inefficacité certaine (obs. 71).

La cause du décès reste obscure, mais ne paraît pas rattachable au médicament lui-même. Elle est probablement attribuable à une défaillance organique (insuffisance surrénale) ou, peut-être, à une rupture de la rate.

III. COMPARAISON ENTRE LES TROIS LOTS ET RESULTATS GENERAUX OBTENUS

Les résultats rapportés ci-dessus nous montrent que dans les trois lots nous avons obtenu une bonne proportion de succès (guérisons ou améliorations) et aussi quelques insuccès.

Ces échecs (et nous désignons sous ce nom les cas où, en dépit du traitement, les hématozoaires — gamètes ou schizontes — ont persisté jusqu'à la fin dans la circulation) sont *plus fréquents avec la quinine qu'avec la plasmochine*, soit simple, soit composée.

Globalement, en effet :

sur 51 plasmochinisés, nous avons eu 4 insuccès

sur 20 quininisés, nous avons eu 5 insuccès

On pourra objecter que les conditions d'expérience ne furent pas comparables dans tous les cas. Nous le reconnaissons, en ajoutant que, en milieu rural tunisien, des difficultés se rencontrent que ne connaît point la médecine hospitalière. Or, notre essai a consisté, surtout, dans une tentative d'application, à une population campagnarde, des diverses thérapeutiques antipalustres ainsi que dans l'appréciation, au moins approchée, des résultats d'une cure plasmochinique ambulatoire.

Nous pensons néanmoins que, prises dans leur ensemble, et bien que quelques-unes d'entre elles ne présentent pas encore de caractère définitif, les constatations faites ne sont pas sans valeur.

1. Tout d'abord, elles vérifient, une fois de plus, un point important et sur lequel l'accord est unanimement réalisé, à savoir : *la plasmochine agit plus vite et mieux que la quinine sur les formes sexuées du parasite — et en particulier sur les gamètes du Plasmodium falciparum.*

Globalement, en effet :

avec la plasmochine (simple ou composée), la disparition des gamètes a précédé 5 fois celle des schizontes et 2 fois seulement l'inverse a eu lieu;

avec la quinine, dans aucun cas les croissants n'ont disparu avant les formes annulaires; la disparition de ces dernières, au contraire, a précédé dans trois cas, celle des gamètes.

2. Pour les mêmes raisons que celles exposées plus haut (examens intermittents, non à dates fixes, des malades ayant reçu la cure ambulatoire), il nous est impossible de préciser, dans la plupart des cas, à quel moment du traitement le sang a été négativé.

3. La statistique des *accidents toxiques* observés, dus certainement à la plasmochine, est de trois cas sur 51 sujets soumis à cette médication. Elle est donc d'environ 6% et descend à peu près à 5% si nous faisons entrer en ligne de compte les six plasmochinisés faisant l'objet de notre note additionnelle. La proportion de ces accidents est donc très comparable à celle indiquée par la majorité des auteurs.

Ces accidents ont comporté :

soit uniquement de la cyanose;

soit des symptômes gastro-intestinaux seuls;

soit de la cyanose associée à des phénomènes gastro-intestinaux.

Aucun de ces accidents n'a présenté de gravité réelle. Ils n'ont occasionné qu'une suspension temporaire du médicament.

4. Un certain nombre d'observations (11 sur 71) ont *constamment présenté un sang négatif*, bien que, indubitablement l'affection envisagée fut du paludisme. Il s'agissait surtout de chroniques. Peut-être la méthode des gouttes épaisses (que nous n'avons pas pratiquée faute de temps lors des prélèvements) eut-elle diminué ce nombre.

5. *Au point de vue clinique pur*, voici ce que nous avons observé :

a) dans les trois lots, la défervescence stable a presque toujours précédé la négativation du sang ;

b) la fièvre tombe plus vite avec la quinine qu'avec la plasmochine, soit simple, soit composée ; en moyenne :

2 à 3 jours avec la quinine,

3 à 4 jours avec la plasmochine ;

c) un avantage de la plasmochine (en dehors de son insipidité, appréciable pour l'enfant) nous a paru être celui-ci : apparition assez rapide d'un état d'euphorie particulier ; le malade se « sent bien » ;

d) en outre de l'association plasmochine-quinine qui nous semble tout à fait rationnelle et efficace, l'adjonction, dans certains cas, de cacodylate de soude à hautes doses (0 gr. 50 à 1 gr.) paraît cliniquement favorable et mérite d'être retenue.

IV. CONDUITE DU TRAITEMENT PLASMOCHINIQUE. SCHEMA DE TRAITEMENT. TEST ADRENALINIQUE

1. REMARQUES PARTICULIÈRES A LA CONDUITE DE LA PLASMOCHINISATION

Nous avons essayé, en suite de nos observations, de dresser un schéma de traitement qui pût être applicable à nos indigènes, c'est-à-dire qui réunit les conditions d'une cure efficace, ambulatoire, mais surveillée à des intervalles réglés.

Sachant que certains auteurs, soit en augmentant leur posologie, soit en prolongeant l'administration des doses, avaient vu monter leur pourcentage d'accidents et avaient même constaté des intoxications mortelles, nous avons tablé, pour établir notre schéma, sur les doses moyennes efficaces et d'administration régulière, discontinue.

La relation des accidents graves signalés dans la littérature montre, en effet, que le seuil toxique et le seuil curatif sont très proches l'un de l'autre. Nous avons pensé que la zone de saturation pouvait être réduite en recherchant la durée d'élimination du médicament en cours d'action.

Malheureusement aucun moyen pratique de mesurer cette durée d'élimination ne s'est offert à nous. La recherche de la plasmochine dans les urines (réaction de Schulemann, Schoenhoffer et Wingler) constitue à elle seule une véritable opération de laboratoire et réclame un temps considérable. D'autre part, les services techniques de la Firme Bayer n'ont pu, en dehors de ce que nous connaissions sur ce point, nous fournir aucun autre renseignement complémentaire. Si, donc, nous admettons, avec les chimistes d'Elberfeld, qu'il passe par jour, dans les urines 1/10^e environ de la plasmochine ingérée, le calcul nous conduit, pour une dose-adulte journalière déterminée, à l'établissement d'un traitement-type tel que, après interruption du traitement et lors de la reprise de la médication, le malade *conserve encore dans son sang une dose théorique d'environ 6 mgr. de plasmochine.*

Voici le détail de ce *traitement-type*, pour un adulte atteint d'un paludisme de première invasion :

1^{er}, 2^e, 3^e et 4^e jours :

1 gr. 50 à 2 gr. de formiate de quinine en injection, par jour, avec 0,04 à 0,06 de plasmochine *pure per os* et quotidiennement.

5^e, 6^e, 7^e et 8^e jours :

Per os, et quotidiennement : 1 gr. de quinine.

9^e, 10^e, 11^e et 12^e jours :

Arrêt de toute médication.

13^e jour :

Injection sous-cutanée de 1 mmgr. d'adrénaline, *suivie* d'une injection de formiate de quinine (1 gr. 50 à 2 gr.), avec 0,04 à 0,06 de plasmochine *pure per os*.

14^e, 15^e et 16^e jours :

Chaque jour : 6 compr. de plasmochine *composée*.

17^e, 18^e, 19^e et 20^e jours :

Chaque jour : 0,40 de quinine buccale.

Puis : *trois semaines de repos.*

Continuer, ou interrompre, la cure suivant indications (de la clinique ou du laboratoire).

Ce schéma, on le voit, s'écarte quelque peu de ceux de Mühlens, de Froilano de Mello, etc. Il vise à combiner les propriétés gamétolytiques de la plasmochine avec l'action, plus marquée sans doute, de la quinine sur les schizontes. L'adrénaline intervient ici à titre surtout thérapeutique, comme il sera expliqué plus loin.

Notons que nous n'utilisons la plasmochine *composée* que dans la seconde phase du traitement. Par ailleurs, nous estimons que le comprimé actuel de plasmochine-quinine réalisé par Bayer, est suffisamment au point.

Bien entendu, ce traitement-type, que nous proposons pour un cas de tropicale moyenne, reste modifiable suivant les circonstances, l'âge du malade, ses idiosyncrasies éventuelles, l'espèce plasmodiale, le degré de sévérité ou de chronicité du cas, etc. Nous ajouterons que l'enfant nous paraît présenter *une très bonne tolérance* vis-à-vis de la plasmochine.

2. REMARQUES PARTICULIÈRES A L'EMPLOI DE L'ADRÉNALINO-RÉACTION

On sait que certains expérimentateurs ont utilisé la contraction splénique produite par l'injection hypodermique d'adrénaline pour rechercher si, dans le sang périphérique, n'apparaissaient point de germes infectieux jusqu'alors restés cantonnés dans la rate. En ce qui touche le paludisme, des auteurs roumains (Stoichitzia, Cănciulesco) ont obtenu, de cette façon, la « *réactivation* » d'une malaria latente.

Nous avons utilisé cette technique dans un certain nombre de nos observations et avons, en effet, constaté que chez des paludéens, soit latents, soit insuffisamment traités, l'hématozoaire reparaisait dans la circulation superficielle au cours de la demi-heure qui suivait l'injection. Cette réapparition des plasmodies s'accompagnait, parfois, d'une poussée de température plus ou moins forte (obs 2, 6, 12, 49, 70).

Exceptionnelle fut la réaction thermique sans retour des hématozoaires en périphérie (obs. 1).

Nous avons apprécié l'utilité de cette réaction : elle nous a en quelque sorte permis de suppléer, au moins en partie, à l'insuffisance du délai d'observation chez nos malades.

En l'absence d'un critère certain de guérison, nous tenons pour « guéri » un sujet, suffisamment traité, présentant en fin de cure plusieurs examens de sang négatifs après adrénaline. A la condition expresse, cependant, *que l'amélioration des symptômes cliniques soit synchronique de la négativation sanguine* car, nous n'avons garde de l'oublier, nous faisons de la médecine pratique où le laboratoire cède toujours le pas à la clinique.

En outre du *test de guérison* qu'elle paraît susceptible de procurer, l'adréalinino-réaction semble aussi — au moins théoriquement — devoir être utilisée dans un *but thérapeutique*. Les germes ainsi débusqués de la rate vont devenir, en périphérie, plus vulnérables. C'est pourquoi, profitant de cette circonstance, il nous a paru indiqué d'injecter, après l'adrénaline, les spécifiques : plasmochine ou quinine.

Ajoutons que ces deux derniers médicaments *semblent* posséder également, quoique à un degré beaucoup moindre que l'adrénaline, la même faculté « excitatrice » ou « mobilisatrice ». Peut-être existe-t-il là quelque chose d'analogue à la réaction de Herxheimer dans la syphilis (voir par exemple les observations 11 et 13).

Puisque le mot de « syphilis » vient sous notre plume, nous dirons, toujours par analogie, et revenant sur l'action gamétolytique de la plasmochine, que cet agent thérapeutique nous semble, de ce fait, apte à opérer un *blanchiment* rapide des porteurs chroniques de gamètes. On peut en déduire que la plasmochine, en diminuant — sinon en supprimant — la contagiosité du réservoir de virus, est appelée à jouer un *rôle de tout premier plan dans la prophylaxie collective du paludisme*.

V. CONCLUSIONS

1. Les résultats fournis par les observations qui précèdent vérifient une fois de plus l'opinion généralement favorable à l'emploi de la plasmochine dans la thérapeutique du paludisme. A ce titre, la plasmochine mérite l'appellation de « deuxième spécifique anti-palustre ».

2. Son action gamétolytique rapide, particulièrement dans la forme tropicale, lui confère en outre un rang privilégié dans la hiérarchie des moyens visant à protéger les collectivités contre la contagion malarique.

3. La plasmochine et la quinine, loin de se concurrencer, se complètent, au contraire, de la plus heureuse manière en combinant leurs actions propres.

4. L'action du cacodylate à hautes doses, sans être véritablement spécifique, s'associera parfois utilement à celle des deux médicaments précités.

5. La posologie de la plasmochine n'est point définitivement fixée. De nombreux essais — en particulier ceux cherchant à définir l'intervalle séparant les seuils toxique et efficace — restent encore nécessaires, en raison des accidents plus ou moins graves relevés par tous les auteurs.

6. Cette crainte des accidents ne doit cependant pas nous arrêter, ni nous obliger à nous cantonner dans le domaine restreint de la surveillance médicale continue du plasmochinisé. Dans les conditions, peu favorables, de notre pratique, nous n'avons eu à enregistrer, ni un pourcentage excessif d'intoxication, ni un caractère grave ou durable de ces dernières. Mieux prévenus et décidés à ne pas dépasser les doses et durée normales de la médication, nous escomptons un bénéfice appréciable, lors de notre prochaine campagne antipalustre, de la mise en œuvre de la cure ambulatoire surveillée périodiquement selon le schéma que nous avons établi et dont nous rappelons, ci-dessous, les grandes lignes :

Un malade moyen, adulte, recevra chaque jour :

du 1^{er} au 4^e jour : 2 gr. de formiate de quinine en injection et 0,06 de plasmochine pure buccale;

du 5^e au 8^e jour : 1 gr. de quinine buccale;

du 9^e au 12^e jour : arrêt de la médication;

le 13^e jour : injection de 1 mmgr. d'adrénaline, suivie d'une injection de quinine (2 gr.) et de l'ingestion de 0,06 de plasmochine pure;

du 14^e au 16^e jour : 0,06 de plasmochine composée;

du 17^e au 20^e jour : 0,40 de quinine *per os*.

puis : repos de 3 à 4 semaines et reprise (s'il y a lieu) du cycle de traitement.

7. Nous estimons utile, à la fois pour le diagnostic et le traitement, de recourir à l'adrélinino-réaction dans le cours de toute thérapeutique antipalustre.

Amibiase pulmonaire pure — Vomique. —

**Guérison rapide par l'émétine,
maintenue et vérifiée ultérieurement**

par DARGEIN et PLAZY

Bulletins et mémoires de la Société Médicale
des Hôpitaux de Paris
30 octobre 1931

influence heureuse et rapide du traitement, qui, en trois semaines a jugulé une affection contre laquelle les moyens usuels avaient échoué.

Les auteurs observent la disparition de tous les signes physiques et fonctionnels avec une régularité et une constance qu'ils n'ont jamais pu obtenir dans les abcès du poumon et les vomiques pulmonaires d'origine non amibienne qu'ils ont eu l'occasion de traiter dans leurs services par l'émétine.

Stabilité de la guérison, sans récédive, ni séquelles pendant plusieurs années.

Contrôle d'autopsie montrant l'intégrité absolue des poumons et du foie.

R. B.

La Brucellose en Grèce

par Spiro LIVIERATO

Presse Médicale — 6 février 1932

en avait signalé la longue durée et la bénignité. Cette maladie paraît moins répandue en Grèce qu'en Tunisie, mais reste aussi protéiforme, simulant la fièvre typhoïde, le paludisme et l'appendicite. Signalons comme complications peu fréquentes la myélite ascendante, à rapprocher du cas de G. Debbasch, myélite aiguë dorsale (Tunisie Médicale novembre 1931), une forme de méningite cérébro-spinale (voir le cas de G. Sfez et Cohen-Boulakia (méningite melitococcique avec névrite optique et cécité brusque) Péricardite lente.

Comme en Tunisie, la forme de fièvre de Malte, due au bacillus abortus de Bang paraît très rare, un seul cas ayant été signalé jusqu'à présent.

L'auteur signale les bons résultats obtenus par vaccinothérapie intramusculaire, et voie gastrique suivant les suggestions de Nicolle et Conseil.

R. B.

Amibiase pulmonaire pure; pas d'amibes dans les crachats, ni dans les selles.

Injection d'émétine, 48 ctgr. en huit jours. Chute de la fièvre, etc.

Confusion faite au début avec la tuberculose pulmonaire, symptômes ordinaires, absence d'amibes dysentériques,

**Les régimes multivitaminés dans les troubles
de la digestion et de la nutrition
consécutifs à l'infection**

par Robert DUBOIS

Le Nourrisson — Nov. 1931

Les avitaminoses expérimentales complètes ou frustes peuvent engendrer chez les animaux une diminution de la résistance aux infections et une défaillance de certains moyens de défense.

En partant de ces données expérimentales, l'auteur étudie l'action des vitamines chez le nourrisson malade. Dans les maladies infectieuses du nourrisson les vitamines B et C distribuées abondamment ne semblent pas suffisantes à elles seuls pour améliorer notablement la puissance de défense de l'organisme. Avec la vitamine A, au contraire, l'auteur a noté que l'état général se maintient en dépit d'épisodes infectieux et tenaces et que même certains enfants gagnent progressivement en poids, les selles restant tout à fait belles en dépit d'infections graves et prolongées.

Mais c'est surtout chez les enfants qui recevaient toutes les vitamines A.B.C.D. que le poids a continué à croître régulièrement malgré la persistance de l'infection

Il semble donc indispensable d'ajouter largement les vitamines à l'alimentation de l'enfant, surtout au moment de l'effort que nécessite la lutte contre la maladie. Il faut veiller à pourvoir tous les enfants en vitamines et il faut que leur régime les leur donne toutes.

Dr Santillana.

La méningo-encéphalite après rougeole

par le Prof. L. Morquio de Montevideo

Archives de Médecine des Enfants

Mai 1931

Les complications nerveuses post-morbilleuses sont rares. Elles présentent une grande variabilité symptomatique.

Les huit observations recueillies par l'auteur peuvent

être ainsi classées :

Observation I. Forme de myélite aiguë diffuse

Observation II. Forme d'encéphalite aiguë généralisée

Observation III. Forme d'encéphalite circonscrite, syndrome hémiplegique

Observation IV. Forme d'encéphalite aiguë généralisée

Observation V. Forme bulbo-protuberantielle

Observation VI. Syndrome méningé, radiculaire et polynévritique

Observation VII. Forme d'encephalite aiguë diffuse

Observation VIII. Forme méningée, simulant une méningite tuberculeuse.

La complication nerveuse est apparue presque toujours à la fin de la période éruptive. Son apparition s'est faite brusquement avec fièvre, céphalalgie, vomissements, mais le phénomène prédominant consiste en convulsions.

Ces huit observations se sont terminées cinq fois par une guérison complète, deux fois par une guérison avec séquelle (hémiparésie chez le III^e, idiotie chez le VII^e), une fois par la mort.

D. Santillana.

LIVRES REÇUS

Reçu à la Maison du Médecin un exemplaire de XI^e édition du formulaire de Lemcisé et Gerard

Collection des Actualités de Médecine pratique

Directeur : Dr R.J. Weissenbach, médecin des Hôpitaux de Paris

Allergie et Anergie en Clinique

par V. de Lavergne, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy, chargé de la Clinique des maladies contagieuses, ancien professeur agrégé au Val de Grâce. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6). — Un volume in-16 de 312 pages. Prix : 32 francs.

Les mots d'Allergie et d'Anergie font, aujourd'hui, partie du langage médical courant. — Mais, jusqu'ici, aucune étude d'ensemble n'a été consacrée aux processus que désignent ces mots; nulle part, ne se trouvent rassemblées les notions très diverses, qui relèvent de l'Allergie ou de l'Anergie. — Ce nouveau livre vient combler cette lacune.

Dans une première partie, est esquissée la Pathologie générale de l'Allergie et de l'Anergie : Signification et Domaine de ces processus. — Quelle est leur étiologie ? Quelles réactions ils provoquent ? Quels en sont les signes cliniques ? Comment les reconnaître ? Quelle thérapeutique leur opposer ? Tels sont les principaux titres de cette première partie. Celle-ci

se termine par un exposé sur la façon dont peut être compris le mécanisme pathogénique des réactions d'Allergie et d'Anergie.

Dans une seconde partie, les diverses allergies sont étudiées : Allergie qui se manifeste au cours des maladies infectieuses; A. tuberculeuse, gonococcique, typhique, mélitococcique, etc...; A. et Réactions sériques; A. et Asthme; A. dans les Dermatoses enfin.

Dans chaque chapitre, sont apportées les preuves de l'état d'Allergie, et énumérées quelles conséquences en résultent pour l'interprétation des signes cliniques, le diagnostic, le pronostic, le traitement, et, le cas échéant, la prévention.

Beaucoup de faits se trouvent rassemblés, dans ce livre, qui peuvent être utiles au clinicien. Signalons, en particulier, le chapitre consacré à la Pratique des cuti-réactions à la tuberculine, ainsi que les développements donnés à la méthode des cuti-réactions pour le diagnostic de la Mélitococcie, du kyste hydatique, de la gonococcie, etc... De même, on y voit comment la thérapeutique des infections, par vaccins, doit être guidée par le résultat des cuti-réactions.

Dans cet ouvrage, la partie théorique n'a pas été négligée, et de nombreux problèmes de pathologie générale s'y trouvent soulevés. — La question de l'Allergie touche aux questions discutées de l'Immunité et de l'Anaphylaxie. Il s'agit là de problèmes complexes, encore mal étudiés. L'auteur les a abordés sans aucune présomption, et, sans prétendre apporter une solution nouvelle ou meilleure, s'est efforcé de les exposer avec simplicité et clarté.

La Doctrine de l'Homœopathie Française

par le Dr Léon Vannier. — Gaston Doin et Cie, éditeurs. — 1 vol. in-16 de 328 pages, avec figures dans le texte. Prix : 28 francs.

L'Homœopathie est actuellement à l'ordre du jour. Pas une semaine n'écoule sans qu'on puisse lire dans un journal médical un article qui la loue ou qui la critique. Mais aucun auteur n'a encore répondu à cette question précise.

Qu'est-ce que l'Homœopathie, pourquoi faut-il l'admettre ?

L'Homœopathie n'es' pas seulement une méthode thérapeutique qui permet de « mieux guérir », elle constitue une véritable *Doctrine* que tout Médecin doit connaître car il trouve dans son étude une immense satisfaction : celle de connaître enfin *le jeu fonctionnel d' chaque malade*, nécessaire à comprendre pour lui apporter le remède qui guérit.

Sous la plume alerte du Chef incontesté de *l'École de l'Homœopathie Française*, l'Homœopathie nous apparaît comme une *thérapeutique simple et claire, facile à appliquer*, dont les notions élémentaires, expliquées, permettent au médecin d'aborder son étude sans aucune difficulté.

Notons la description de deux formes cliniques jusqu' alors ignorées : le *Tuberculinique* (état pré-tuberculeux) et le *Cancérinique* (état pré-cancéreux) dont l'auteur expose magistralement les causes, les signes et le traitement qui permet d'éviter le développement de toute tuberculose et l'apparition du cancer.

Le Problème des Guérisseurs

par le Dr Maurice Igerf. — Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. — In-16 Jésus, 224 pages sur alfa, avec dessins de P. Igerf. — Prix : 15 francs.

En choisissant le sujet de son ouvrage : LE PROBLEME DES GUÉRISSEURS, l'auteur n'a nullement été influencé par la vogue actuelle des livres documentaires.

Il n'a pas davantage voulu faire l'apologie ou le procès des thaumaturges modernes. Son étude est avant tout objective et vivante. Et c'est justement parce qu'il a eu l'ambition de connaître impartialement la vérité sur les Guérisseurs qu'il oppose son livre aux apothéoses réglées par les Guérisseurs eux-mêmes, aux plaidoiries apologétiques publiées par leurs défenseurs en justice, aux romans rédigés par des auteurs, parfois eux-mêmes mystiques, en tout cas par les prédilections d'une clientèle avide de mystérieux.

Origine et histoire de la croyance au don de guérir, étude psychologique et psychiatrique des Guérisseurs modernes les plus célèbres, en particulier du fameux Guérisseur d'Avignonet et de Germaine de Rouen, dont la vie, le caractère, les pratiques sont l'objet d'une description très attachante, enfin, à la lumière de faits et de nombreux documents, exposé de la question des Guérissons et du délicat problème médico-légal que pose l'activité sociale des thaumaturges réellement convaincus, tels sont les principaux points traités dans ce livre.

L'heure était venue de représenter les Guérisseurs, tels qu'ils sont et de les situer à leur place exacte dans la vie sociale. Cela seul suffirait à intéresser non seulement l'élite, *mais tous ceux qui peuvent être tentés par le Guérisseur.*

Sans cesser d'être attachant, cet ouvrage de philosophie sociale fait en effet œuvre d'hygiène morale et il dénonce un danger dont les preuves abondent. Il est essentiellement salutaire.

« **Du Bon Sens à l'Hygiène** », l'individu, la famille, la société
par Noël Loyot. — Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine,
Paris. — In-8° carré, 154 pages. Prix : 15 francs.

Parler encore d'hygiène, n'est-ce pas naïf et présomptueux... et que vient dire un profane après tant de Maîtres...?

... Ceci tout simplement : que le souci de l'hygiène doit s'étendre non seulement à l'être physique, mais encore à l'être entier, corps et âme, à l'être en groupe, famille ou société.

Souligner d'un trait fort la relation étroite et réciproque de l'hygiène à la morale, le faire à coup de bon sens, voilà qui a paru à l'auteur, si non bien neuf, tout au moins d'à-propos.

D'allure plaisante et rapide, ce petit livre ne fait que parcourir de haut un domaine immense et donner bonne direction.

L'auteur s'appuie sans plus sur une culture solide, sur la passion qui l'anime de voir et d'observer, de faire bonne œuvre et d'être utile.

La Tunisie Médicale

DÉCEMBRE 1932

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

A quel âge convient-il d'intervenir dans les malformations congénitales ?

par le Dr André RENDU, de Lyon

Il arrive parfois qu'en présence d'une malformation congénitale, on hésite à intervenir de suite, espérant que la croissance contraindra à atténuer le vice de conformation ou tout au moins permettra une opération plus facile sur des organes moins tenus et moins dangereuse sur un corps plus résistant, lorsque l'enfant aura grandi. Ces arguments ont leur valeur, mais ils ne sont pas les seuls à déterminer l'acte opératoire dont ils repoussent simplement l'échéance sans en préciser la date, et c'est pourquoi on hésite. Il est en effet quelquefois délicat de trancher la question : la connaissance de l'évolution naturelle de la malformation, l'appréciation du degré de résistance de l'enfant et le choix du moyen thérapeutique approprié sont les meilleurs guides dans la décision à prendre. Malheureusement ce problème de l'âge « optimum » pour intervenir n'est pas toujours résolu de la même façon par tous les pédiâtres, parce que chacun peut l'envisager d'un point de vue différent bien que le but poursuivi soit le même. Il n'en reste pas moins vrai que des règles générales subsistent dont la connaissance est nécessaire à tout médecin.

La résistance du nouveau-né, à la naissance, est remarquable : son corps reste pour ainsi dire aseptique pendant un ou deux jours tant que sa peau, son tube digestif et son arbre respiratoire n'ont pas été envahis par les microbes. On peut alors exécuter sur lui des opérations très importantes, comme celle de la volumineuse hernie ombilicale embryonnaire ou fœtale par exemple, sans avoir de complications infectieuses. Mais cet état dure peu et dès le troi-

sième ou le quatrième jour, la flore microbienne s'est installée partout et le petit être subit la loi commune.

L'examen d'une malformation congénitale doit éveiller en nous l'idée d'un trouble dans le développement de l'embryon, trouble dont l'importance dépasse peut-être ce que l'on voit, car le système nerveux central, voire même le cerveau dans certains cas, ont pu être touchés sans que puissent encore se manifester chez le tout-petit les conséquences morbides que l'on constatera plus tard.

Par contre les tissus sains du nouveau-né et de l'enfant présentent une vitalité et une plasticité étonnantes. Les plaies opératoires se cicatrisent rapidement, les pertes de substance se combent avec facilité et tout incite le chirurgien à opérer. Mais la médaille a son revers : beaucoup plus que l'adulte le nouveau-né et le petit enfant sont sensibles au choc opératoire et à la perte de sang.

Encore suffit-il de le savoir, mais que dire de l'accident post-opératoire brutal et mortel que l'on ne peut pas prévoir et qui est la terreur du chirurgien d'enfants ! Cette mort rapide, dans les 24 ou 36 heures, des nourrissons opérés surtout au niveau de la face, avec pâleur et hyperthermie pouvant atteindre 42°, est un aléa dont il faut tenir compte dans les indications opératoires. En effet, si l'on n'est pas renseigné sur la cause de cet accident, on sait cependant que sa plus grande fréquence est pendant les six premiers mois, que pendant le second semestre on l'observe moins souvent, qu'il est rare au cours du troisième, exceptionnel après.

Enfin la connaissance du degré d'activité du cartilage conjugal suivant l'âge et l'os donnés, celle de l'épaisseur du cartilage d'encroûtement surtout pour les os du pied, est nécessaire pour décider l'âge auquel il convient de faire telle arthrodèse ou telle résection.

On comprend donc la multiplicité des facteurs qui interviennent dans le choix de l'âge « optimum » pour opérer les malformations congénitales, aussi ne faut-il pas s'étonner si, dans l'exposé qui va suivre, on ne trouve pas une précision mathématique.

Certaines malformations congénitales entraînent inévitablement la mort dans les jours qui suivent la naissance si le chirurgien n'intervient pas. L'opération s'impose donc *dès le premier jour de la vie*. On arrive à sauver ainsi presque toutes les IMPERFORATIONS ANALES et un nombre important de HERNIES OMBI-

LICALES EMBRYONNAIRES ou FOETALES. L'urgence de l'intervention apparaît également pour les ABOUCHEMENTS ANORMAUX DU RECTUM chez le garçon surtout où la communication vésicale ou urétrale est toujours insuffisante; chez la fille au contraire, l'anus vaginal ou vulvaire ne demande qu'un simple débridement *immédiat* s'il est insuffisant : ce n'est que bien plus tard, lorsque l'enfant, fille ou garçon, sera complètement développé, après la puberté, *vers 14 ou 15 ans*, qu'il faudra se décider à rétablir par une restauration souvent très délicate, la séparation anatomique des voies intestinales et génito-urinaires.

LE SPINA BIFIDA, large, suintant porte aussi en lui-même un pronostic fatal à plus ou moins brève échéance à cause de l'infection méningée inévitable. Il est vrai que dans la plupart des cas la mort est ce qu'il y a de mieux à souhaiter pour l'enfant comme pour les parents. Mais avons-nous le droit de laisser mourir quand nous pouvons sauver ? L'opération faite *le jour même de la naissance ou le lendemain* est malheureusement capable de sauver trop de petits êtres qui seront des épaves dans la vie. Quand il s'agit d'un spina bifida formant tumeur revêtue de peau saine, ou d'une ENCEPHALOCELE, alors il est indiqué au contraire d'attendre que l'enfant soit plus résistant pour intervenir. *L'âge de 2 ans* est raisonnable.

Voici maintenant des malformations compatibles avec la vie et dont le traitement n'est donc pas urgent.

La GUEULE-DE-LOUP et le BEC-DE-LIEVRE sont parmi les plus repoussantes et dès le jour de la naissance les parents réclament l'intervention du chirurgien. Le problème est ici difficile car de multiples facteurs entrent en ligne de compte. D'abord, et quelle que soit la forme anatomique de la malformation, il faut se rappeler que la terrible complication opératoire de la mort rapide avec pâleur et hyperthermie du nouveau-né trouve ici un terrain de choix. Sa plus grande fréquence dans les premiers mois et sa rareté après 1 an $\frac{1}{2}$ incitent donc beaucoup à reculer l'intervention jusqu'après cette date. Mais l'évolution des cas graves nous apprend qu'il n'est pas toujours possible d'attendre jusque-là. En effet, lorsque le bourgeon incisif libéré de ses attaches normales avec les deux arcs maxillaires dans la gueule-de-loup, avec un seul arc dans le bec-de-lièvre, pousse effrayamment en avant, la mal-

formation ne fait qu'augmenter dans la suite et rendra plus difficile l'opération. Aussi, je suis d'avis d'intervenir, *suivant la gravité des cas, de 3 à 6 mois* pour les becs-de-lièvre bilatéraux ou gueules-de-loup et de *6 à 12 mois* pour les becs-de-lièvre unilatéraux. Mais s'il ne s'agit que d'une lésion des parties molles et que les os ne soient pas intéressés, je conseille aux parents de patienter *jusqu'à 2 ans* car on peut alors refaire une lèvre vraiment jolie en une seule fois et sans risquer la mort rapide dont nous avons parlé.

La FENTE PALATINE est encore une malformation dont les indications opératoires sont variables, mais ici pour une autre raison. Il existe en effet deux écoles : l'ancienne, celle de Trélat, la nouvelle, celle de Veau. Dans l'ancienne, pour avoir un résultat plus sûr, sans le risque de mort de la première année et la chance plus fréquente d'un échec ou d'une désunion partielle dans le jeune âge, on n'opère qu'à *5, 6 ou 7 ans* alors que l'enfant est assez raisonnable pour qu'on puisse lui faire une véritable rééducation phonétique. Dans la nouvelle dont la technique opératoire est toute différente, on intervient dès *l'âge de 18 mois* pensant qu'une meilleure reconstitution anatomique permettra à l'enfant d'avoir plus tard un parler presque normal. Je crois que les deux méthodes ont leurs avantages qu'on doit expliquer aux parents et c'est à eux de décider.

En tout cas, lorsque la fente palatine n'existe pas seule et accompagne un bec-de-lièvre, elle impose au chirurgien deux opérations distinctes. D'abord la réfection du palais antérieur ou osseux avec le raccord gingivo-labial que l'on fera avec sécurité à *l'âge d'1 an $\frac{1}{2}$* , puis la réfection du palais membraneux et musculaire dont la date sera *6 mois après, donc à 2 ans* pour l'école nouvelle, au contraire, quelques années plus tard, vers *5, 6 ou 7 ans* pour l'école ancienne.

Les KYSTES CONGENITAUX et TERATOMES SACRO-COCCYGIENS constituent également une malformation dont le volume est souvent très impressionnant. Leur guérison ne peut venir que du bistouri, mais l'opération est grave, importante et il serait téméraire de l'entreprendre avant *l'âge d'1 an*, si l'on a la main forcée par une croissance trop rapide de la tumeur. Si l'on réussit, le succès est définitif car il est exceptionnel qu'il y ait récurrence si toute la tumeur a bien été enlevée.

L'EXTROPHIE VESICALE est aussi une malformation intolérable pour laquelle les parents supplient d'opérer. Malheureusement on ne peut venir à bout de cette monstruosité qu'au prix d'opérations difficiles et très graves qu'on ne peut entreprendre qu'à l'âge de 7 ou 8 ans au plus tôt.

L'HYPOSPADIAS et l'EPISPADIAS peuvent au contraire être traités sans danger mortel. Dans l'hypospadias le redressement de la verge, bridée et qui s'incurve en se développant doit être fait *dès l'âge de 2 ou 3 ans*. Mais les interventions diverses ayant pour but de reconstituer le canal sont beaucoup plus délicates et il faut attendre pour cela *l'âge de 6 à 8 ans*.

L'IMPERFORATION DE L'HYMEN n'est généralement reconnue qu'au moment de la puberté à cause des douleurs provoquées par les premières règles qui s'accumulent dans le vagin d'abord et distendent l'utérus ensuite. Il n'y a pas lieu d'attendre, *l'opération s'impose*.

Le PHIMOSIS, à orifice punctiforme, lorsqu'il cause des troubles de la miction et de l'inflammation du méat préputial peut s'opérer *dès les premiers mois*. Mais si rien ne presse ou s'il s'agit d'un phimosis à prépuce en trompe, il y a avantage à faire une intervention méthodique et esthétique *vers 2 ans ou 3 ans*, sans cependant attendre davantage pour éviter que l'affection n'amène chez l'enfant de mauvaises habitudes.

La HERNIE INGUINALE, le KYSTE DU CORDON OU DU CANAL DE NUCK seront de même opérés, sauf complication forçant la main, *dès l'âge de 2 ans* car l'intervention est alors anodine et l'enfant ne gagne rien à attendre davantage, au contraire. Jusque-là, pour la hernie seulement, le port d'un bandage en caoutchouc est indiqué et peut-être a-t-il à son actif quelques guérisons.

L'ECTOPIE TESTICULAIRE VRAIE, c'est-à-dire celle où il est impossible manuellement d'abaisser le testicule dans les bourses ne guérit jamais sans intervention. Seulement celle-ci est délicate car il faut dissocier un à un les éléments du cordon pour obtenir l'allongement et il ne faut pas s'exposer à les rompre ; aussi faut-il attendre pour cela *l'âge de 7 à 9 ans* suivant le volume du testicule. Il serait imprudent d'attendre davantage car on pourrait faire courir à l'enfant des risques de contusion testiculaire sur le pubis d'atrophie ou de dégénérescence de la glande.

Le TORTICOLIS CONGENITAL MUSCULAIRE est parfois précédé de l'hématome du sterno-cleido-mastoïdien que l'on observe vers le 8^{me} ou 10^{me} jour après la naissance et qui disparaît toujours spontanément vers le 3^{me} ou 4^{me} mois. C'est une malformation pour laquelle souvent on attend trop longtemps avant d'intervenir ce qui amène une déformation faciale caractéristique et une scoliose cervico-dorsale qui peut être définitive. Il faut opérer dès que le cou de l'enfant est assez développé c'est-à-dire *vers 2 ans $\frac{1}{2}$ ou 3 ans*.

Les FISTULES ET KYSTES CONGENITAUX DU COU sont de petites malformations peu gênantes et peu apparentes qu'il faut bien se garder d'opérer à la légère car la récurrence est fatale si l'extirpation n'est pas complète. Or, le moins loin où s'attache le pédicule est l'os hyoïde dont il faut réséquer un morceau. C'est dire que l'opération n'est pas facile et qu'avant l'âge de 4 à 6 ans on a bien des chances d'échouer.

Le THORAX EN CARENE OU EN ENTONNOIR émeut toujours les parents que frappe cette déformation disgracieuse mais sans conséquences fonctionnelles. Le malheur est que la chirurgie même esthétique n'y peut rien.

Le SYNDROME DE KLIPPEL-FEIL (homme sans cou) dû à une malformation complexe du rachis cervical et des tissus mous environnants est aussi au-dessus des ressources chirurgicales.

Les COTES SURNUMÉRAIRES CERVICALES troublent moins la silhouette harmonieuse du cou et on n'en fait le plus souvent le diagnostic qu'à l'occasion de troubles douloureux dans les membres supérieurs, rares, heureusement et tardifs. Il faut savoir que l'opération est délicate, laisse une grande cicatrice et ne fait pas toujours disparaître les troubles fonctionnels. Aussi ne convient-il de la conseiller, *pendant l'adolescence ou l'âge adulte* qu'avec toutes réserves.

La SURELEVATION CONGENITALE DE L'OMOPLATE s'observe au contraire dès le jeune âge et il est rare que les parents ne s'en inquiètent pas dès 4 ou 5 ans. Malheureusement, l'opération, seul traitement efficace, comporte la section de la clavicule, une libération étendue de l'omoplate et sa fixation aux côtes, bref, une intervention longue et importante pour laquelle il est prudent

d'attendre l'âge de 8 à 10 ans. Mieux vaut l'abstention si la déformation n'est pas trop disgracieuse.

La SCOLIOSE CONGENITALE, lorsqu'elle est grave, due à des malformations vertébrales importantes (absence ou aplasies diverses, vertèbres en coin, héli-vertèbres, etc.) peut se manifester dès la naissance et malheureusement la chirurgie est impuissante, l'orthopédie ne peut donner qu'un soutien au moyen du corset en favorisant une croissance difficile. Mais le plus souvent c'est seulement pendant la deuxième enfance que la déformation apparaît et la scoliose suit alors les lois de correction ordinaire.

Le SPINA BIFIDA OCCULTA, la SACRALISATION DE LA V^e LOMBAIRE et les autres malformations lombo-sacrées ne se manifestent que rarement avant la fin de l'adolescence, aussi ces malformations comme bien d'autres que nous passerons sous silence, n'ont-elles aucun intérêt pour le sujet qui nous occupe; *quel que soit l'âge*, rien ne presse.

Les MALFORMATIONS CONGENITALES DES MEMBRES sont si nombreuses et variées, les unes si rares, les autres si fréquentes qu'on ne peut toutes les envisager ici.

L'absence d'un ou de plusieurs membres (ECTROMELIE) est au-dessus des ressources de la chirurgie.

L'absence partielle d'un membre (HEMIMELIE) est souvent justiciable d'un appareillage orthopédique sans plus.

L'aplasie du segment proximal d'un membre (PHOCOMELIE) ne nécessite une intervention correctrice de rectitude qu'autant que l'exige le port d'un appareil orthopédique.

L'ABSENCE ou l'APLASIE D'UN OS LONG qu'elle soit complète ou non, est au contraire du domaine de la chirurgie, mais il faut intervenir très tard, *vers 18 ou 20 ans* lorsque la croissance est terminée. En attendant l'intervention ostéoplastique le chirurgien devra, *dès l'enfance*, veiller à la rectitude de la croissance du membre en s'opposant aux attitudes vicieuses par des redressements des appareils et même par des opérations sur les parties molles.

La PSEUDARTHROSE CONGENITALE qui siège presque toujours au niveau du 1/3 inférieur de la jambe peut cependant être opérée plus tôt car elle est loin des zones actives d'accroissement de l'os en longueur. *Dès l'âge d'un an* il faudra appareiller l'enfant

pour la marche et ce n'est qu'à *partir de 5 ans* qu'il conviendra de commencer les opérations habituelles.

Les COURBURES CONGÉNITALES dont le siège d'élection est celui de la pseudarthrose peuvent être considérées au point de vue pathogénique comme une pseudarthrose manquée : l'aplasie n'a pas été jusqu'à détruire la continuité de l'os mais si, par malheur on veut redresser cet os par une simple ostéotomie, on crée une pseudarthrose qu'il sera aussi difficile de guérir qu'une vraie.

Les AMPUTATIONS CONGÉNITALES et SILLONS CONGÉNITAUX ne donnent pas lieu à hésitation. Si l'amputation est incomplète (il s'agit le plus souvent des doigts) et le segment distal inutile, le mieux est de supprimer celui-ci à *n'importe quel âge*. Si l'on a à faire à un sillon circulaire très serré, malgré l'aplasie sous-jacente, l'expérience a montré qu'il y a intérêt, non pas à le supprimer par une incision circulaire, mais à le débrider par plusieurs incisions dans l'axe du membre et ceci dès la première année, à *l'an $\frac{1}{2}$ de préférence*.

Les DOIGTS ET ORTEILS SURNUMÉRAIRES lorsqu'ils sont aberrants, pédiculés, rudimentaires, peuvent être enlevés *dès les premières semaines*, mais lorsqu'ils sont bien conformés et convenablement orientés il est préférable d'attendre *l'âge de 2 ans* pour pratiquer une véritable résection du doigt le plus anormal.

La SYNDACTYLIE présente un problème opératoire plus compliqué : il faut beaucoup d'étoffe pour habiller chaque doigt dédoublé, aussi selon la gravité du cas, il est prudent d'attendre au moins l'âge de *5 ou 6 ans*.

La MAIN BOTE est une malformation rare et qui se présente souvent associée à des aplasies des os de l'avant-bras, aussi son traitement est-il très difficile et aléatoire. Au point de vue de l'âge auquel il faut intervenir rappelons-nous seulement qu'il faut commencer le traitement orthopédique *dès la naissance*, le traitement chirurgical des parties molles *après 2 ans* et l'intervention osseuse seulement après la croissance, c'est-à-dire à *partir de 15 ou 16 ans*.

La SYNOSTOSE CONGÉNITALE RADIO-CUBITALE est rare mais il faut la signaler car on est toujours tenté de proposer une intervention lorsque l'enfant a atteint *l'âge de 14 à 16 ans*. Rappelons-nous que l'opération est très délicate à cause de la branche

motrice du radial qu'il faut ménager et que ses résultats sont douteux.

L'HYPERTROPHIE TOTALE ou PARTIELLE DES MEMBRES est bien plus rare, heureusement. La chirurgie ne peut malheureusement que supprimer par amputation le segment de membre qu'il est préférable de ne pas avoir par commodité comme d'énormes orteils par exemple ou un index ou médius monstrueux et dès l'âge de 2 ans on peut intervenir.

Enfin certaines malformations des doigts et orteils comme la CLINODACTYLIE du petit orteil qui vient chevaucher le 4^{me}, l'HALLUX VALGUS du gros orteil qui se dévie vers le 2^{me}, l'ORTEIL EN MARTEAU qui affecte habituellement le 2^{me}, la CAMP-
TODACTYLIE habituellement bilatérale et que l'on constate sur le petit doigt, sont très probablement des affections congénitales dont les parents ne se préoccupent que dans la seconde enfance ou l'adolescence, de sorte que l'opération n'a pas lieu d'être retardée et peut être faite généralement *ad libitum* sauf pour la CAMPTODACTYLIE à laquelle il ne faut toucher que s'il y a véritablement une trop grande gêne.

Abordons à présent l'étude des grandes malformations congénitales beaucoup plus fréquentes du membre inférieur.

La LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE est une malformation fréquente dont le diagnostic doit être fait précocement car il est prouvé aujourd'hui que les meilleurs résultats s'obtiennent en réduisant la luxation le plus tôt possible. Cependant comme il faut maintenir la réduction de façon précise par un plâtre, il est nécessaire d'attendre que l'enfant ait les membres assez longs pour présenter un point d'appui suffisant et qu'il soit assez propre pour ne pas souiller continuellement son appareil d'urine. Ces conditions sont généralement remplies à l'âge de 18 mois et l'on ne doit pas attendre davantage pour intervenir.

Si l'enfant n'est présenté au médecin que plus tard, on peut encore tenter la réduction jusqu'à l'âge de 10 et même 12 ans suivant les cas pour les luxations unilatérales, mais jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans seulement s'il s'agit de luxations bilatérales.

Passés ces délais, si la luxation est postérieure, la tête haute et le membre en adduction, on peut dès l'âge de 8 ou 10 ans intervenir par une ostéotomie à butée pelvienne, mais si la luxation est

moins accentuée et la tête peu éloignée du cotyle, il vaut mieux pratiquer *dès le même âge* l'opération dite du toit artificiel.

En tout cas, quel que soit l'âge, en France du moins, nous ne sommes pas partisans de la réduction sanglante qui est grave et dont les résultats sont généralement peu satisfaisants.

Le GENU-RECURVATUM CONGENITAL est rare, mais comme il importe de le traiter *dès les premières semaines* après la naissance, nous devons en dire un mot. Les lésions anatomiques sont complexes et la principale est une luxation du tibia au-devant et au-dessus de la poulie fémorale qui ne fait que s'aggraver avec l'âge, aussi faut-il en amorcer la réduction *le plus tôt possible* par des manœuvres d'assouplissement. Celles-ci permettent souvent, au bout d'une semaine ou plus, d'obtenir la réduction complète avec l'aide de l'anesthésie générale. Naturellement un traitement orthopédique post-opératoire est nécessaire.

La LUXATION CONGENITALE DE LA ROTULE n'est, au contraire, pas reconnue à la naissance. Elle ne se manifeste seulement que lorsque l'enfant a marché et a pris du poids, par des chutes inexplicables avec dérobage du genou. Ce n'est donc que vers 6 ou 8 ans qu'on est consulté par les parents. Tout traitement externe orthopédique est sans effet, l'opération est indispensable. Seulement l'intervention est délicate, importante parfois et il est prudent de ne pas l'entreprendre avant l'âge de 8 à 10 ans.

Le PIED BOT VARUS EQUIN, l'une des malformations congénitales les plus fréquentes, demande de l'avis de tous, à être traité *dès les premiers jours après la naissance*. Quelle que soit la méthode employée, sa correction par des manœuvres externes et son maintien en position normale par des appareils doivent être poursuivis au moins jusqu'à l'âge de 9 ou 10 mois. Alors seulement on sera autorisé à pratiquer l'allongement du tendon d'Achille qui, jusque-là, est nécessaire comme point d'appui aux manœuvres de correction.

A l'âge d'1 an, s'il y a récurrence ou si l'on ne voit l'enfant qu'alors, les massages forcés avec anesthésie, la ténotomie et les appareils de contention sont de mise pendant plusieurs années. Ce n'est que vers 3 ans $\frac{1}{2}$, 4 ans, que commence, à notre avis, l'ère chirurgicale du pied bot, et les indications opératoires et techniques varient suivant les écoles. Pour ma part, j'ai recours à l'arthrodèse sous-

astragaliennne qui permet un évident tarsien, sans toucher au sca-phoïde dont la croissance est si utile pour le redressement du pied bot, et par conséquent un modelage excellent du pied. Plus tard, à 5 ou 6 ans en sera souvent forcé de recourir à la tarsectomie cunéiforme transversale dorsale externe bien connue.

Bref l'évolution naturelle du pied bot vers des déformations osseuses et articulaires de plus en plus graves nous oblige d'intervenir *toujours de suite* quel que soit l'âge de l'enfant, mais d'une façon appropriée selon la gamme thérapeutique que nous venons d'indiquer brièvement.

Le PIED BOT PLAT TALUS VALGUS n'est le plus souvent qu'une attitude passagère que quelques massages et le temps finissent par corriger. Quant aux variétés rares (VALGUS PUR, PLAT et CREUX) elles obéissent à la même loi de l'évolution progressive des déformations et il faut donc aussi commencer le traitement *dès la naissance*.

Voilà donc, envisagées au point de vue de l'âge auquel il convient d'intervenir, les principales et plus fréquentes malformations congénitales qu'on est appelé à rencontrer. Je n'en ai fait qu'une simple, courte et sèche nomenclature et m'en excuse, mais mon intention n'était que de dresser pour ainsi dire un aide-mémoire thérapeutique qui puisse servir au médecin comme un formulaire pharmaceutique. Si j'ai réussi sans être fastidieux et sans abuser de votre patience, je m'en trouverai très récompensé.

Un cas de phlébite double
au cours d'une Fièvre Méditerranéenne

par MM. F. RUGGIERO et C. SPEZZAFUMO

De toutes les complications qui surviennent au cours d'une mé-litococcie, la phlébite en est une, des moins fréquentes.

On n'en trouve que de rares observations dans la littérature : sur quatre-vingts cas de fièvre de Malte, Masselot n'a observé qu'une phlébite; Roger dit en avoir observé un cas seulement; Olmer dit n'avoir jamais observé de phlébite dans la fièvre Méditerranéenne : il cite un cas de mort subite observé par Broussard, de Castellane, qui l'attribue à une embolie pulmonaire, peut-être s'agissait-il dans ce cas d'une phlébite latente ou débutante ?

Domingo de Barcelone n'a observé aucun cas de phlébite.

Tout dernièrement dans la *Tunisie Médicale*, Debbasch publiait un cas de phlébite guéri sans sequelles.

La phlébite semble survenir au cours des fièvres Méditerranéennes qui durent depuis quelques semaines.

Ce n'est pas une complication du début; ce n'est pas une complication qui annonce la guérison comme les arthralgies, elle évolue pour son compte sans influencer la courbe de température, sans suppurer comme dans la fièvre typhoïde : elle guérit facilement sans sequelles et la fièvre méditerranéenne continue.

Chez notre malade, âgé de 54 ans, mineur, de tempérament sobre, dont la femme n'a jamais fait de fausses couches, c'est au 65^{me} jour de maladie soit au 29^{me} de son entrée dans notre service, et après deux semaines du traitement à la mélitine, qu'apparaît la première complication veineuse.

Il était entré dans notre service le 7 mai 1932 : T° 39; P. 126, très abattu, malade depuis 36 jours, avec une fièvre très élevée.

Un premier séro pratiqué le 9 mai 1932 est négatif.

Une hémoculture est négative.

La présence d'un foie très gros et douloureux nous fait envisager l'hypothèse d'un abcès du foie.

La formule hématologique :

G. B. : 8.000

G. R. 5.160.000

Poly neutro 53%

Eosino 1%

Mono 28%

Lympho 18%

nous la fait abandonner immédiatement, et nous incite à pratiquer une intradermo-réaction à la Mélitine, qui le lendemain, est fortement positive (Rougeur 40 mm × 40 mm).

Nous commençons le traitement à la mélitine intraveineuse à jours alternés le 24 mai 1932 ($\frac{1}{2}$ cc. ; 1 cc. ; 2 cc.) qui est bien supportée, notre malade est apyrétique le matin, sa température ne monte qu'à 38° le soir, il est euphorique, ne transpire presque plus. Entre temps le séro est positif en 200^{me} pour le M. Mélitensis.

Mais le 31 mai 1932 à une injection intraveineuse de 2 cc. de mélitine il réagit à 41° à $\frac{1}{2}$ cc. intraveineux.

Nous suspendons la mélitine pendant quelques jours.

Le 6 juin 1932 à la visite du matin il attire notre attention sur sa jambe droite.

Il se plaint de douleurs à cette jambe qui se présente augmentée de volume, œdématisée, sillonnée par un nombreux réseau veineux, chaude au palper, douloureuse à la pression sur tout le long du trajet de la saphène externe, à sa face postérieure et latérale, augmentée de consistance qui est élastique, avec œdème des malléoles et de la face postérieure de la jambe où la pression laisse un godet.

Les mensurations donnent à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs 35 centimètres à droite 25 centimètres à gauche.

Rien à la cuisse.

En plus de la thérapeutique habituelle, gouttière, sangsues, citrate de soude, nous continuons le traitement à la mélitine qui est très mal supporté : à des doses de $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{10}$, $\frac{1}{20}$ de cc. notre malade réagit avec des températures de 40°, 41°, quoique les signes locaux aillent s'amendant : diminution de la douleur, de la sensation de tension, et de l'œdème.

Le 14 juin 1932 il se plaint de douleurs à la jambe gauche qui se

présente augmentée de volumes œdématisée, chaude, douloureuse au palper surtout sur sa face postérieure.

Les mensurations donnent à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs : 32 centimètres à droite 29 centimètres à gauche.

Nous délaissions la mélitine mal supportée, et commençons le Quinby qui n'influence en rien la courbe fébrile.

La phlébite évolue de son côté et le 24 juin 1932 les membres inférieurs revenus presque à leurs dimensions normales permettent au malade toujours fébrile, les premiers pas.

Il quitte notre service le 13 juillet 1932 encore sub-fébrile pour aller à la campagne.

Nous le revoyons un mois et demi après, bien portant, sans température, et sans rien aux membres inférieurs qui puisse témoigner de la complication survenue.

∴

Trop peu de cas de phlébite pouvant être mis sur le compte du mélitensis ont été décrits pour que nous puissions porter un jugement bien fondé sur leur allure et leur évolution.

Mais d'après les cas de Masselot, de Debbasch et le nôtre, à part le possible accident mécanique d'un embolus pénétrant dans la grande circulation, il semble que le pronostic de ces complications veineuses au cours de la mélitococcie, soit bénin, et que la guérison restitue une circulation veineuse normale.

BIBLIOGRAPHIE

- H. ROGER. — *Journal Médical Français* (Mai 1929)
- F. MASSELOT. — *Tunisie Médicale* (Novembre 1930). — Notes sur quatre-vingts cas de fièvre de Malte observées à l'Hôpital Français.
- G. DEBBASCH. — *Tunisie Médicale* (Novembre 1931). — Un cas de phlébite dans la Fièvre Méditerranéenne.
- VIOLLE. — La fièvre undulante (Masson et Co).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 4 Novembre 1932

La séance est ouverte à 17 h. 40 sous la présidence du Docteur Triolo, vice-président.

Sont présents : MM. les docteurs Ronchet, Tremsal, Santillana, Boulakia, Raynal, Pérez, Barsotti, Bardou, H. Zérah, Cohen, Guttières, Dana, Nataf, Disegni, Bouquet, Salvo, Bouquet-Bryan, Guide Lévy, Moatti, Guez, Scemla, Cohen-Boulakia, Soria, Uzan M.

∴

Le docteur TRIOLO excuse le docteur Scialom qui n'a pas pu assister à cette séance de rentrée pour cause de deuil, et le docteur Cassuto qui, inscrit à l'ordre du jour, a été empêché pour la même raison.

Sur proposition du Bureau, la séance consacrée aux élections du nouveau bureau est fixée au 16 décembre.

∴

PRESENTATIONS DE PIÈCES

Le docteur RONCHOT, pour le docteur Shaeffer, présente une volumineuse tumeur (14 kg.) de l'ovaire droit extraite par le docteur Brun, chez une femme de 50 ans. Il s'agirait probablement d'un myxome.

∴

COMMUNICATIONS

Canine incluse totalement dans le maxillaire supérieur ayant entraîné des troubles réflexes oculo-orbitaires

par les D^{rs} BRUGUAIROLLE et GUTTIÈRES

— « 0 » —

Mademoiselle Daisy T... se présente à la consultation d'Orl du Dispensaire Saint Vincent de Paul. Cette malade présente du larmoiement de l'œil gauche avec œdème de la région sous orbitaire, de plus elle se plaint de migraines fréquentes avec état vertigineux; le début de ces accidents remonterait à l'âge de trois ans. Différents examens oculaires n'ont rien montrés d'anormal.

L'examen rhinoscopique montre seulement une hypertrophie du cornet inférieur gauche, les sinus se révélant normaux.

Une radiographie exécutée par le Docteur Maruani vérifie l'intégrité des sinus mais décèle la canine gauche incluse dans le ma-



xillaire supérieur, la persistance de la canine de lait n'avait pas au cours du premier examen attiré l'attention du côté dentaire. La palpation ne permet de déceler aucune déformation tant sur la fa-



ce antérieure que sur la face palatine; une radiographie intra-buccale montre cette dent incluse dans la voûte palatine obliquement point en avant.

Du côté héréditaire pas d'hérédosité apparente et seulement des manifestations arthritiques précoces et très marquées chez les parents. Du côté personnel une chute sur le nez à l'âge de trois ans. L'évolution dentaire s'est faite normalement.

L'intervention est pratiquée le 27 juin 1932 sous anesthésie lo-

co régionale et par un procédé modifié sur lequel nous aurons l'occasion de revenir. La rugination découvre une voute palatine ne présentant aucune solution de continuité ni aucune saillie. La trépanation au burin conduit sur la dent couchée horizontalement et il est nécessaire de la mettre à nu sur ses deux tiers antérieurs pour pouvoir pratiquer l'extraction. Les suites normales permirent l'alimentation complète dès le 5^e jour.



Quinze jours après l'intervention le larmoïement et l'œdème sous orbitaire ont disparu et la jeune malade n'a plus accusée de phénomènes vertigineux depuis onze jours. Mlle T... revue par l'un de nous il y a 4 jours n'a plus rien présenté d'anormal depuis le mois de juillet.

Nous avons cru intéressant de vous présenter cette observation qui, par le résultat opératoire, montre incontestablement la nature réflexe d'origine dentaire des troubles que présentait cette malade.

..

Deuxième note sur le Pneumothorax bilatéral simultané

par le D^r TRIOLO

J'ai présenté déjà cette fille au mois de juin 1930. Agée à ce moment de 13 ans, elle était atteinte de lésions tuberculeuses aux deux poumons que je soignais par le pneumo bilatéral.

Le poumon droit a commencé à être comprimé au mois de mars 1929 et le gauche en septembre de la même année.

Quand vous avez vu la malade, l'évolution des lésions était arrêté.

tée; c'était déjà quelque chose, mais il ne s'agissait pas encore de guérison.

Or, dans la pratique du Pneumothorax, surtout s'il est bilatéral, ce qu'il importe c'est de connaître les suites éloignées du traitement.

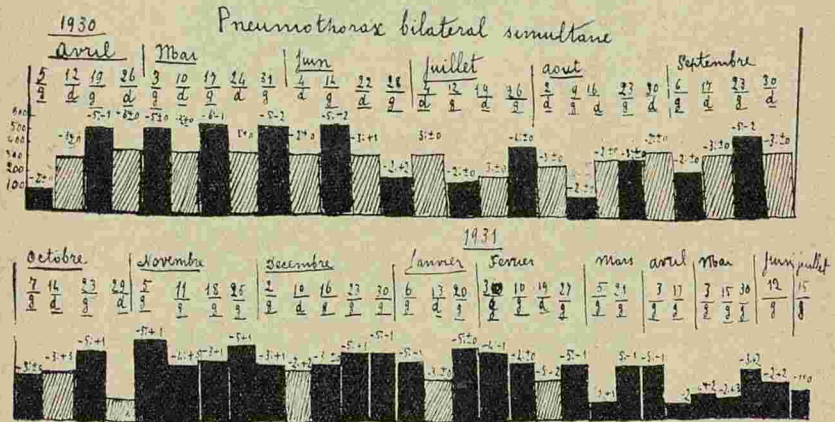
Quelles ont été chez cette jeune fille ?

J'ai continué la cure jusqu'au mois d'août 1931, c'est-à-dire que j'ai traité le côté droit pendant deux ans et demi et le côté gauche pendant deux ans.

Les insufflations ont été pratiquées régulièrement tous les huit jours; on a introduit le gaz toujours en pression négative ou légèrement positive, une fois d'un côté, une fois de l'autre.

La quantité a été variable : d'un minimum de 100 jusqu'à 500 cc.

Les derniers six mois j'ai insufflé le gaz seulement du côté gauche, tous les 15 jours (voir graphique).



Pendant cette nouvelle période de cure il y eut quelques incidents — grippe avec laryngo-trachéite, embarras gastrique fébrile — qui ont été surmontés facilement.

Un épanchement modéré du côté droit s'est résorbé spontanément (voir radiographies).

Un fait remarquable a été constaté; tandis que pendant toute la durée de la cure les deux poumons se laissaient comprimer également des deux côtés, quand est survenu l'épanchement à droite le gaz que j'introduisais dans la cavité pleurale gauche disparaissait presque immédiatement, de sorte qu'à la radiographie le poumon n'apparaissait pas suffisamment comprimé, mais à peine

décollé, et à l'auscultation on entendait le murmure vésiculaire dès le lendemain de l'insufflation.

Actuellement, après plus d'une année de la cessation de tout traitement et après trois ans et demi du début de la cure, la jeune fille, qui est dans la 16^e année, pèse 56 kg., ayant gagné 16 kg. en trois ans; sa capacité respiratoire est de 2400 cc. Elle ne tousse plus, elle est pleine d'énergie, elle vit la vie normale, sans que rien ne lui rappelle avoir été malade.

Les bacilles ont disparu dès la première heure.

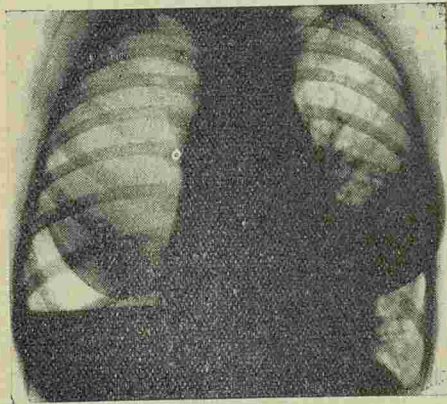
L'examen clinique révèle :

à gauche l'état normal du poumon,

à droite le son de percussion est légèrement amorcé; et à l'auscultation le murmure vésiculaire est affaibli.

Les dernières radiographies montrent :

1^o Celle du mois de mars 1930, à part les signes du Pneumo, un peu de liquide à la base droite.



24 mars 1930

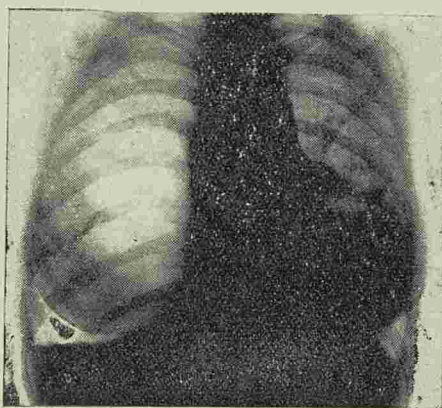
2^o Celle du mois d'octobre 1930 que le liquide a diminué,

3^o Celle de novembre 1931. c'est à dire après trois mois de la cessation de tout traitement, que le liquide a disparu, que tout l'hémithorax droit est gris, et qu'il existe une zone ovale centrale de transparence.

Le poumon gauche est clair.

L'aspect gris du poumon droit s'explique en partie par l'épaississement de la plèvre et en partie par la sclérose du poumon; la zone ovale est le résidu du gaz du Pneumothorax.

Si on fait maintenant une comparaison entre la première radiographie et la dernière, on constate que la caverne du poumon droit a disparu et que la zone d'infiltration du lobe supérieur le long de la scissure a disparu aussi; il ne reste qu'un noyau de sclérose à la place de l'ancienne caverne.



29 octobre 1930

A gauche la zone d'infiltration autour du hile a disparu aussi ayant laissé quelques trainées de sclérose.

Il me semble donc que tant au point de vue clinique que radiologique, actuellement on peut considérer cette jeune fille guérie.



4 novembre 1931

Il m'a paru intéressant de vous présenter, après deux ans, encore une fois cette demoiselle pour vous montrer d'abord *qu'il y a possibilité de guérir les lésions doubles et évolutives des deux poumons si on les traite par le Pneumothorax bilatéral.*

Cette constatation en vérité n'est pas nouvelle; elle a été faite déjà par Maurice Ascoli, Armand Delille, Carpi, Morgan etc...

Cependant, malgré l'autorité de ces savants, la généralité des Phtysiologues se montre très réservée quant à l'application pratique de cette méthode.

Le désaccord sur la valeur du Pneumo bilatéral réside, à mon avis, sur la manière d'envisager les résultats.

Pour les uns le résultat est bon si le cadre morbide s'améliore ou disparaît à la suite du traitement; pour les autres il n'y a de bons résultats que quand on peut déclarer les malades définitivement guéris.

La littérature est riche à ce sujet.

On consultera avec profit le travail très intéressant des professeurs M. Ascoli et Carpi (Ergebnisse des Inneren Medizin — Berlin 1932). Ces aa. ont recueilli et analysé 360 observations.

Il est difficile de tirer des conclusions, la plupart des malades ayant été soignés pendant quelques mois seulement.

Cependant on a remarqué une sensible amélioration dans le cadre morbide : la toux, l'expectoration, la fièvre souvent disparaissent ainsi que les bacilles; l'appétit, les forces, l'embonpoint reviennent, quelquefois il y a reprise de travail.

Ce résultat serait satisfaisant s'il pouvait être général et durable car il faut toujours se rappeler que la tuberculose pulmonaire connaît des arrêts spontanés.

Or de ces améliorations stables, de véritables guérisons ont été signalées un peu partout et Morgan, Carpi, Armand Delille, Mendes rapportent des observations tout à fait démonstratives.

De sorte que la possibilité de guérir, par le Pneumo bilatéral les doubles lésions des poumons existe et la méfiance contre cette méthode n'est pas justifiée.

Il ne faut pas oublier que les malades que l'on soumet à ce traitement sont choisis parmi ceux dont la gravité est exceptionnelle et que dans ces cas-là aucun autre traitement (y compris les sels d'or, et la phrenicectomie) n'est pas capable d'arrêter le cours fatal du mal.

Si l'on arrive donc à sauver un nombre même restreint de ces malades cela est un mérite de la méthode qu'il ne faut pas dédaigner.

Un autre mérite du Pneumothorax bilatéral est d'avoir modifié en quelque sorte les idées qui dominaient sur les indications du Pneumo unilatéral.

L'intégrité du poumon opposé était jusqu'à ces dernières années une condition formelle pour l'intervention. Actuellement ce dogme a survécu; grâce à la possibilité de pouvoir intervenir par le double pneumothorax, l'unilatéralité des lésions n'est plus nécessaire; où comprime même si le poumon opposé présente des lésions modérés. Souvent à la suite de cette intervention les lésions s'améliorent, quelquefois disparaissent, mais si par malheur elles devaient s'aggraver ou pourra toujours comprimer les deux poumons.

Ainsi beaucoup de malades, qui étaient privés des bienfaits de la collapsothérapie à cause de la bilatéralité des lésions, peuvent, grâce à la possibilité de les soigner par le Pneumo bilatéral, bénéficier de la méthode.

Cette observation pourrait avoir un certain intérêt pour une autre raison.

Au dernier congrès italien de la tuberculose (Bologna, oct. 1931) on a discuté longuement sur le Pneumothorax bilatéral. Le débat, qui a été très vif, peut se résumer dans l'ordre du jour suivant, qui a été voté à la presque unanimité :

« Le IV^e Congrès italien de la tuberculose retient que le Pneumo bilatéral doit être pratiqué comme une méthode d'exception et qu'il ne doit être pratiqué que dans les Instituts spécialisés »
Léon Bernard, Dumarest, Rist ont pris part à la discussion et ont voté avec la majorité.

Cette appréciation ne peut s'expliquer qu'avec les maigres résultats dont nous venons de parler, et par les difficultés que l'on rencontre au cours du traitement.

Qu'il y ait des difficultés à conduire la cure par le double Pneumo, personne ne peut le mettre en doute; c'est un traitement long, où les plus petites complications peuvent obliger à l'interrompre. Mais ces difficultés ne sont pas toujours insurmontables, au surplus elles ne sont pas d'ordre technique; elles seraient plutôt en relation avec les modalités cliniques particulières à chaque malade.

Ainsi par exemple si les lésions évoluent l'une après l'autre sur les deux côtés de manière que l'on puisse soigner le poumon, le

premier et le plus gravement atteint, et puis, quand celui-ci est en bonne voie de cicatrisation, comprimer l'autre, on aura quelque chance de guérison; si au contraire l'évolution se fait en même temps des deux côtés la réalisation du Pneumo bilatéral est difficile et même dangereuse.

Une autre difficulté qui réduit les chances du succès est l'inflammation de la plèvre et par conséquent son épaissement. La pleurésie qui survient au cours du Pneumo bilatéral est l'obstacle le plus redoutable, celui qui oblige le plus souvent à suspendre la cure.

On peut s'étonner qu'il en soit ainsi dans le Pneumo bilatéral tandis que dans l'unilatéral la réaction pleurale est une complication fréquente et presque sans importance. (on verra dans la suite l'explication de ce fait).

Donc aucune difficulté technique ne s'oppose à cette cure. Si un malade a la chance particulière de faire des lésions évolutives successives de deux côtés, s'il peut échapper, au moins d'un côté à la pleurésie, il a beaucoup de probabilité de supporter le traitement et de guérir partout où il se trouve: dans les Instituts spécialisés, comme en ville, comme à la campagne.

Les Instituts spécialisés n'ont rien de particulier pour faire une insufflation, et l'écran n'est pas nécessaire toutes les fois que l'on procède à cette opération.

Déjà le prof. Bezançon avait fait la remarque que le traitement de la tuberculose pulmonaire actuellement peut se faire partout.

Quand ce traitement se basait sur le climat, le sanatorium en était l'élément le plus important; mais après l'introduction du Pneumo, l'élément le plus important est devenu le médecin, qui opère de la même manière partout où il se trouve, avec plus de chance de guérison, il faut en convenir, si à la collapsothérapie il ajoute la cure climatique; mais toujours avec la possibilité de guérir si les malades pour des raisons économiques ou sentimentales sont empêchés d'entrer dans les instituts spécialisés. Cette jeune fille ne s'est jamais éloignée de Tunis, elle a bien supporté les chaleurs de l'été 1931, qui a été fort pénible.

A aucun moment je ne me suis trouvé embarrassé sur la conduite à suivre.

Pour conclure on peut donc affirmer que, toutes les fois qu'il y

a indication, en doit envisager avec confiance la possibilité de traiter par le Pneumo bilatéral les lésions doubles des poumons.

Avant de finir je voudrais saisir l'occasion que m'offre cette observation pour faire deux considérations d'ordre physiopathologiques. J'avais remarqué que tandis qu'au cours de la cure les poumons restaient également comprimés des deux côtés, dans les derniers mois le poumon gauche, le moins atteint, malgré l'introduction normale de gaz, restait toujours faiblement comprimé.

En effet dès le lendemain de l'insufflation on voyait à l'écran le gaz disparaître presque complètement, le poumon restant à peine décollé; et à l'auscultation le murmure vésiculaire revenir tout à fait.

L'explication de ce fait me semble d'ordre physiologique; l'organisme a besoin d'une quantité déterminée d'oxygène, et par conséquent il faut que la surface pulmonaire libre soit suffisante pour assurer cette fonction (un onzième environ).

Si le poumon, le premier et le plus gravement atteint s'achemine vers la sclérose, d'autant plus s'il survient une pleurésie, qui la favorise, la surface respiratoire sera de plus en plus restreinte. C'est alors l'autre poumon, le moins atteint, qui est appelé à compenser cette insuffisance d'oxygénation.

Par conséquent cet organe supportera de moins en moins la compression et une fois comprimé il se décompressera presque immédiatement.

Mais la possibilité de décompression du poumon est en relation aussi avec la perméabilité de la plèvre; tant que la plèvre est normale tout va bien, mais si elle s'enflamme, s'épaissit, si elle devient imperméable le gaz ne sera pas absorbé, le poumon restera comprimé, la ventilation pulmonaire sera insuffisante et la compression comportera menace d'anoxémie. Donc pour que le poumon puisse se décompresser rapidement il faut que cet organe soit en bonne voie de guérison et que la plèvre soit normale.

Chez notre malade les choses se sont bien passées, car la pleurésie à droite est survenue tard, quand le poumon gauche avait déjà eu le temps de guérir, la plèvre du même côté étant restée normale.

L'autre considération est relative à la capacité vitale de la jeune fille, qui est de 2400 cc. Ce chiffre pour son âge doit être considéré comme normal. Ce fait peut apparaître paradoxal si on le met en

relation avec la surface respiratoire forcément amoindrie à cause de la sclérose du poumon droit.

Ce sujet a été abordé par Rist; mais cet auteur a pris en examen seulement la respiration des malades en cours de traitement par le Pneumo bilatéral.

Chez ceux-ci on constate une respiration normale avec une capacité vitale diminuée.

Rist explique ce fait en comparant la respiration de ces malades avec celle des nouveaux-nés, chez lesquels dans les premiers quatre jours de vie extra-utérine manque la pression négative intrapleurale et l'air résiduel dans les vésicules pulmonaires.

Le cas qui nous occupe est différent.

Ici, il ne s'agit pas de malades en cours de traitement, mais d'un sujet déjà guéri; ici la capacité vitale n'est pas diminuée, mais elle est normale; l'explication donc doit être différente.

Le poumon peut se considérer partagé en trois sections : *la première assure la ventilation pulmonaire (air courant)*

La seconde contient l'air de réserve et l'air complémentaire qui ajoutés à l'air courant donne la mesure de la capacité vitale.

La troisième représente l'air résiduel.

Chez le nouveau-né et chez les malades en cours de traitement par le double Pneumo l'oxygénation est assuré par l'air courant.

Chez cette jeune fille, au contraire, la guérison des deux poumons a permis la récupération d'une grande surface respiratoire assurant ainsi la place à l'air de réserve.

Et puisque d'autre part la sclérose avait diminué sûrement la surface respiratoire il est logique d'admettre que seul l'air résiduel est supprimé.

Ce fait apparemment paradoxal qu'avec une sclérose notable d'un poumon la capacité vitale est normale, est expliqué aussi par l'emphysème compensateur qui accompagne toujours les cicatrices tuberculeuses.

Abcès gangréneux du poumon

par le D^r Gilbert RONCHOT

La malade, âgée de 28 ans, vient nous consulter parce que depuis plusieurs mois elle souffre horriblement en allant à la selle et que depuis quelques semaines elle constate qu'elle fait du sang sur ses matières; les douleurs sont devenues intolérables, elle n'ose plus aller à la selle et se retient de manger.

Il s'agit d'une femme de bon aspect général, taille 1^m 68, poids 57 kg. Dans les antécédents on signale une fièvre « intestinale » à l'âge de 8 ans.

L'examen montre une petite hémorroïde fort tendue et rouge vers 5 heures, une fissure anale; le toucher anal est très douloureux impossible complètement.

Devant ce syndrome fissuraire très pénible on décide d'intervenir chirurgicalement.

Analyse des urines : albumine absence; sucre : traces nettes; sels et pigments biliaires : trace.

Urée sang : 0,410 gr.; Hémoglobine : 85%; Glycémie : 1 gr. 20.

Le 21 mai 1931, *Intervention* : sous anesthésie générale à l'éther.

Dilatation anale.

Ablation au thermocautère après ligature au catgut d'une hémorroïde externe procidente à 5 heures. Intervention réduite au minimum.

Suites opératoires normales. Le 8^{me} jour, purge; la malade va à la selle.

Le lendemain, la malade a des troubles digestifs et présente des renvois gazeux fréquents sans odeur.

1^{er} juin. — Deux jours après la malade présente des renvois d'odeur putride et se plaint d'un *très violent point de côté*; au niveau de la région externe et inférieure du poumon gauche.

L'auscultation à ce moment ne révèle rien et la malade ne présente ni toux ni expectoration.

Les jours suivants la malade ressent des douleurs généralisées au niveau du thorax et de légères poussées fébriles.

Le 5 juin. — Violent point de côté, très douloureux, situé à la base du poumon gauche. La malade a des renvois gazeux très

abondants, d'odeur putride, des sensations d'étouffement. Son entourage soulage ses malaises par une forte révulsion thoracique et un lavement glycériné; la température s'élève à 38°5-39°, pouls à 120. La nuit est très agitée.

Le 8 juin. — Au matin, je revois la malade. Je la trouve dans un état inquiétant; crise dyspnéique intense avec cyanose. Toux sèche suivie d'éruetation d'odeur putride.

Comme la malade avait eu dans la nuit des crises de renvois gazeux d'odeur putride, son entourage avait craint une « crise d'occlusion ».

A l'examen, l'auscultation me permet de reconnaître un processus aigu au niveau de la base gauche.

Le docteur Broc, appelé en consultation, précise le diagnostic et une radiographie faite par le docteur Jaubert de Beaujeu permet de reconnaître une image hydroaérique de la base gauche : « Abscès probable à la partie postéro inférieure du poumon gauche ». Condensation à la base droite.

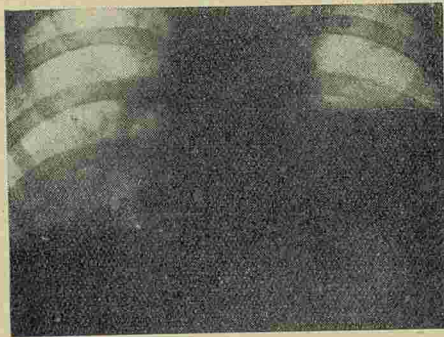
La malade est traitée sous la direction particulièrement obligeante et éclairée du docteur Broc.

On se décide à pratiquer une sérothérapie antigangréneuse polyvalente intensive.

Injection de 60 cmc. de sérum pendant 10 jours : soit 600 cmc. Huile gommenolée; Oxygène.

Dès la première injection de sérum, les renvois « putrides » si pénibles cessent.

2^{me} Radiographie faite par le docteur Maruani à la clinique de



M. le docteur Domela. « Abscès en progression à gauche. Rien à droite »; température 37°5 le matin; 39°5 le soir; légers frissons.

Le 13 juin. — L'état dyspnéique de la malade est très inquiétant, son état d'infectée s'aggrave. On se décide à *intervenir d'urgence* vers 22 heures.

Intervention Docteur Ronchot : en présence des docteurs Broc et Maruani : Anesthésie régionale à la vérocaïne. On résèque la partie postérieure de la 9^{me} côte. Après repérage de l'abcès, pneumotomie large en ayant soin d'arriver parfaitement jusqu'au point déclive de la cavité de l'abcès. Il s'écoule 300 cmc. de pus fétide, assez légèrement fécaloïde d'odeur. Large drainage; pansement.

L'examen direct du pus montre une flore microbienne abondante caractéristique du pus gangréneux, perfringens, etc. Après quatre jours de culture : présence de streptocoques.

Les cultures anaérobies au point de vue flore gangréneuse ne donnent rien.

Examen des selles : Absence d'amibes et de kystes amibiens.

Crachats : Absence de bacille de Koch et de spirochètes.

Les urines sont peu abondantes : 300 cmc. en 24 heures. L'état est toujours grave.

Urines :

albumine : traces nettes

sucres : traces nettes

pigments, sels et acides biliaires : présence.

Formule leucocytaire :

polynucléaires : 78

mononucléaires : 21

cosmophiles : 1

L'*Hémoculture* faite à deux reprises, toujours négative.

Le 5^{me} jour après l'opération et le 10^{me} jour après la première, injection de sérum; accidents sériques très nets : urticaire, démangeaison, etc. (Chlorocalcium; le cœur est soutenu par adrénaline et spartéine).

Injection *in situ* de sérum antigangréneux dans la plaie.

L'état général de la malade est franchement mauvais : troubles hépatiques très nets, amaigrissement très marqué; la température augmente et des *troubles visuels* apparaissent. (L'examen de l'œil fait par le docteur Nataf montre une légère hémorragie rétinienne gauche).

On pratique alors des injections sous-cutanées de chloérydrate d'émétine 0,04 cgr. (12 ampoules) et l'on continue l'adrénaline.

La malade pâlit et s'affaiblit. Anémie très nette. Taux hémoglobine 36%: globules rouges 2.125.000; blancs 1.200.

Etat franchement septicémique, facies typique d'infectée, pouls extrêmement rapide.

On soutient la malade : hépatrol, carnine, hémoglobine. Digitaline.

Radiographie : ne montre rien droite; à gauche poumon plus clair, légèrement obscurci à l'endroit de l'intervention.

L'état général devient de plus en plus inquiétant; la malade s'affaiblit et se cachectise. En l'absence du docteur Broc, le docteur Masselot et le docteur Lançon veulent bien nous donner leurs conseils. On soutient le cœur par des injections d'extrait de strophantus; on pratique des injections sous-cutanées d'oxygène.

La malade reste toujours très asthénique, le pouls est extrêmement rapide, les lèvres sont décolorées. On pratique une injection de trois milligrammes de strychnine vers 9 heures du matin. On est étonné de revoir à midi cette même malade les lèvres recolorées, et se sentant beaucoup mieux.

On continue les toni-cardiaques et la strychnine. La malade se sent mieux; la température baisse avec de légers soubresauts et progressivement elle entre en convalescence.

Au point de vue des *suites opératoires*, elles furent particulièrement simples, la plaie se ferme bien, le drain a été enlevé le 13^{me} jour après l'opération. Si on n'avait eu la crainte de quelque rétention de pus, on aurait pu enlever le drain plus tôt.

La malade quitte la clinique du docteur Domela 34 jours après la pneumotomie.

La plaie opératoire a été suivie d'une petite fistule superficielle qui s'est fermée par la suite très facilement.

Les suites ont été excellentes, la malade a réengraissé rapidement et a repris ses occupations habituelles. Pas de troubles respiratoires, plus de troubles digestifs, plus de douleurs à la défécation, les fonctions intestinales et hépatiques se sont nettement rétablies.

De cette observation il est intéressant de souligner quelques points particuliers.

La première réflexion est de penser que l'abcès gangréneux pulmonaire a été provoqué par une petite embolie septique qui aurait succédé à l'ablation de l'hémorroïde.

Il faut faire remarquer que la dilatation anale et la résection simple de l'hémorroïde externe ont été fait avec le minimum possible de traumatisme. D'autre part, jamais la malade n'a présenté le signe caractéristique et capital du crachat hémoptoïque si net dans les embolies pulmonaires. (Ne serait-ce point dû à une artérite aiguë ?)

Il faut souligner le développement considérable et extrêmement rapide de la collection pulmonaire, le 10^{me} jour après l'opération, apparition du point de côté; le 17^{me} jour la radiographie montre une volumineuse collection hydro-aérique.

A signaler l'apparition précoce d'une éruetation abondante sans odeur le 10^{me} jour, d'odeur putride le 15^{me} et alors particulièrement gênante.

L'action presque immédiate sur l'odeur de ces éruetations dès la première injection de sérum antigangréneux.

L'action nettement active de la forte dose de sérum qui a déclenché des réactions anaphylactiques et sur le compte duquel il paraît logique de mettre l'état d'asthénie énorme et d'anémie intense que sont venus à un moment donné assombrir le tableau clinique.

L'action assez particulière des injections de sulfate de strychnine qui semble avoir agi énergiquement; malade prostrée, lèvres décolorées le matin — trois milligrammes de strychnine — à midi : lèvres colorées, mieux être considérable.

Pour notre compte nous avons remarqué l'action efficace de ce médicament dans ces troubles anaphylactiques.

Enfin, la rapide guérison chirurgicale sans délabrement thoracique obtenue par une simple résection costale suivie d'une pneumotomie faite au point déclive de la cavité abcédée, sans qu'il eut été nécessaire d'envisager les thoracoplasties qui sont actuellement assez vantées en présence de collections suppurées importantes des poumons. Ne serait-ce point l'occasion de dire ici qu'il convient, et qu'il semble être préférable, d'aider la nature plutôt que de la forcer.

∴

DE NATAF ROGER : Je signale à l'assemblée une recrudescence

d'ophtalmie purulente chez le nouveau-né. Je crains qu'il n'y ait là une conséquence d'un manque de soins prophylactiques de la part des accoucheurs ou des sages-femmes. Je rappelle que les instillations de nitrate d'argent sont cependant remarquablement efficaces. J'ai constaté que lorsqu'une ophtalmie purulente se déclarait, on avait omis l'instillation de nitrate pour employer argyrol, protargol ou citron.

Les D^{rs} J. SCEMLA et COHEN-BOULAKIA s'associent à cette intervention.

Le D^r RAYNAL informera par circulaire les sages-femmes exerçant à Tunis les faits qui viennent d'être signalés.

..

Les auteurs des communications inscrites à l'ordre du jour n'assistant pas à la séance, la séance est levée à 19 heures.

ANALYSES

Fédération des Sociétés
des Sciences Médicales d'Algérie (4)

2 Réunion annuelle (Alger 16-18 mars 1932)

(Suite)

3^{me} RAPPORT
RAPPORT SUR L'HEMATO-
ZOAIRE DANS LE PALU-
DISME CHRONIQUE (Ré-
sumé),

par G. Sénevet

Trois questions principales.

1° L'hématozoaire disparaît-il réellement en quelques mois chez les paludéens rapatriés ?

L'étude des différentes protozooses sanguines n'est guère en faveur de cette disparition. Au contraire la plupart de ces maladies voient leur phase initiale aiguë prolongée par une phase chronique avec guérison clinique apparente et de très longue durée.

Le paludisme ne doit pas faire exception à cette règle comme le montrent les observations de rechutes survenant chez des coloniaux 5, 10, 20 et même 60 ans après leur rapatriement.

2° Existe-t-il une forme clinique spéciale du paludisme observé surtout dans les régions malarigènes ?

La constatation de l'hématozoaire est une condition sine qua non pour établir l'authenticité de ces cas. La guérison des malades par le traitement quinique ne saurait constituer une preuve cruciale.

De nombreuses observations répondent à ces conditions. On peut y voir toutes les formes, depuis la septicémie plasmodiale intense apyrétique et presque sans troubles cliniques, jusqu'aux infections tellement discrètes qu'il est très difficile de découvrir l'hématozoaire, mais marquées par toute une série d'accidents cliniques (anémie hépatosplénomégalie, néphrites, etc.).

La difficulté de sa découverte ne doit pas être un prétexte pour ne point rechercher l'hématozoaire. Le médecin dans la pratique traitera évidemment le malade sans cette recherche ou encore si elle donne des résultats négligeables, mais n'oublions pas que ce sont les exagérations du « tout au paludisme » qui ont amené la réaction du « rien au paludisme ».

3° Formes et localisations de l'hématozoaire au cours de ces formes cliniques.

(4) Voir numéro de la T. M., Novembre 1932.

On a peu de renseignements anatomo-pathologiques certains sur les lésions viscérales du paludisme chronique, aussi bien chez l'homme que chez les oiseaux en expérimentation.

On sait peu de choses également sur les espèces prédominantes leurs formes évolutives, leurs localisations dans l'organisme.

Quant aux réinfections, l'étude du paludisme thérapeutique tend plutôt à montrer leur difficulté, au moins avec l'espèce initialement infectante. Mais peut-on conclure de ce paludisme artificiel à la maladie naturelle ?

En résumé, l'évolution du paludisme peut se schématiser en plusieurs phases.

1° Phase d'*invasion* généralement très courte, plus rarement avec latence de quelques mois

2° Phase *aiguë* avec les accidents dits de première invasion et les rechutes pouvant se prolonger plusieurs années, mais durant en moyenne un à deux ans.

3° Phase *chronique*. Les réactions de l'organisme sont moins violentes, l'hématozoaire est toléré dans l'organisme prémuni.

Si l'équilibre est parfait, les parasites très rares : pas de réaction clinique, guérison pratiquement obtenue.

Si la prémunition est incomplète (sujets peu résistants — séjour en pays paludéen — réinfections) toute une série de manifestations s'échelonnant entre la guérison précédente et les accès aigus.

Ce sont les accidents cliniques du paludisme chronique.

COMMUNICATIONS (Résumées)

LE SYSTEME RETICULO-ENDOTHELIAL DANS LE PALUDISME

par MM. A. Lévi-Valensi et J. Montpellier

Après avoir groupé les faits cliniques, hématologiques, fonctionnels et anatomiques qui prouvent l'altération constante du système réticulo-endothélial au cours du paludisme, les auteurs tentent d'en esquisser les conséquences, certaines ou probables.

Ils signalent à ce propos l'action possible du blocage pigmentaire du système réticulo-endothélial sur certaines activités métaboliques et en particulier sur celle de l'urée, ce qui permettrait d'expliquer la fréquence et l'importance de l'hyperazotémie au cours de l'infection malarique.

CONSIDERATIONS SUR LE PALUDISME CHRONIQUE PATHOGENIE — DIAGNOSTIC — TRAITEMENT

par A.F.X. Henry, Chef du Laboratoire Départemental de Constantine

1° Le professeur Rieux a eu le mérite d'inaugurer une puissante réaction contre l'abus des termes du paludisme et du paludisme chronique employés depuis la guerre pour des affections toutes différentes du paludisme. Les données du professeur Rieux répondent en général à ce qu'on observe en France et en Europe. En Algérie les conditions sont différentes. Ce qui est rarissime en France peut être plus fréquent en Afrique.

2° Les infections mixtes constituent une cause importante de paludisme chronique.

3° Le paludisme chronique une fois créé peut dans certains cas persister longtemps sans réinfection, si un traitement rationnel n'est pas mis en pratique.

4° L'état général du sujet joue un grand rôle dans cette persistance.

5° L'hématozoaire est sans doute à la base du paludisme chronique, mais présent dans l'organisme il n'est pas toujours apparent dans la circulation périphérique. La notion de localisation parasitaire dans un territoire vasculaire est essentielle.

6° Le diagnostic du paludisme chronique peut reposer sur d'autres éléments que la constatation constante dans le sang périphérique de l'hématozoaire. Celui-ci pouvant être toléré, il s'agit avant tout d'un problème clinique envisagé avec un esprit critique toutes les données utilisables seront pesées et appréciées par le clinicien. L'épreuve thérapeutique jointe à la séroflocculation a sa valeur.

7° Le traitement du paludisme doit comporter non seulement des médicaments chimiques, mais aussi l'emploi de l'opothérapie et des toniques généraux, et au besoin de la climathérapie et de cures hydrominérales.

INTRODUCTION A L'ETUDE DES CIRRHOSÉS PALUDEENNES

par MM. J. Montpellier et M. Lefranc

Il est classique de décrire une cirrhose paludéenne; J.M. et M.L. rassemblant les données des auteurs, en synthétisent le tableau anatomo-pathologique, macroscopique et microscopique. Cepen-

dant quelques auteurs modernes, plus particulièrement l'école italienne n'admettent pas la cirrhose malarique. Ainsi la question de la cirrhose paludéenne — out comme celle de la cirrhose syphilitique — est à reprendre ab ovo.

Les AA. l'envisagent dans leur travail d'un point de vue théorique : et se posent la question : *La cirrhose paludéenne peut-elle exister ?*

Leurs conclusions sont les suivantes :

1° La cirrhose du foie — en dehors des cas où elle s'installe grâce à un processus inflammatoire s'attaquant directement à l'espace porté — doit être considéré comme l'aboutissant d'actions irritatives diverses sollicitant, d'une manière lente et répétée, l'hépaton. Cette action porte plus spécialement, tantôt sur la cellule hépatique, tantôt sur l'élément Kupfférien. Dans tous les cas, les deux parties également fondamentales du parenchyme, sont trop intimement unies et dépendantes l'une de l'autre pour que les altérations ne se propagent pas rapidement de l'une à l'autre.

C'est en ceci que la lésion précirrhotique apparaît comme un trouble de l'unité hépatique toute entière.

2° En corollaire : toute substance, toxique en soi ou non toxique et simplement inerte, introduite dans le sang, sollicite rapidement l'hépaton. Cette « sollicitation » est d'autant plus logique, normale, attendue, que l'hépaton est précisément chargé de débarrasser l'organisme de la plupart des substances étrangères charriées par le sang (rôle antixénique).

3° Le paludisme, que l'on peut considérer comme la maladie parasitaire du sang par excellence, est caractérisé par l'élaboration de produits de déchets divers, charriés par le sang circulant.

4° Il est légitime d'escompter que ces diverses substances et ces déchets possèdent une action cirrhogène certaine sur le foie, d'autant plus que leur masse est élaborée dans la rate, et, par suite, arrive directement au foie qui les reçoit comme de « première main ».

Telle est la conclusion à laquelle conduit l'examen des faits expérimentaux. *La cirrhose paludéenne doit logiquement exister* ; bien mieux, il serait surprenant qu'elle n'exista pas.

LA SURVEILLANCE DU NERF OPTIQUE DANS LE TRAITEMENT DU PALUDISME CHRONIQUE

par M. Toulant (Alger)

Les deux meilleurs médicaments du paludisme, la quinine et le stovarsol, provoquent parfois des lésions du nerf optique.

La quinine donne des troubles visuels graves après ingestion accidentelle de fortes doses, comme l'A. en cite deux observations personnelles. Mais elle peut aussi chez des sujets prédisposés, causer des accidents avec des doses modérées. La cécité apparaît brusquement; au bout d'un temps plus ou moins long la vision se rétablit, mais il persiste souvent un rétrécissement du champ visuel. L'usage prolongé de la quinine peut-il provoquer l'atrophie du nerf optique ? L'A. ne le pense pas.

Le stovarsol par contre, en dehors de la névrite arsénicale aiguë, peut donner des lésions chroniques du nerf optique. L'A. a vu des paludéens qui ont fait sans conseil médical un usage trop prolongé du quinino-stovarsol et qui ont présenté une baisse de l'acuité ou un rétrécissement du champ visuel. Il est utile de ne prescrire le stovarsol que d'une façon discontinue, 3 ou 4 jours par semaine par exemple, pour en faciliter l'élimination. Il serait d'autre part important de réglementer la vente de ce produit, ou tout au moins d'obtenir des fabricants qu'ils prévoient dans les notices, le public des dangers possibles.

La pathogénie de ces accidents reste obscure : la quinine et le stovarsol sont souvent très bien tolérés à forte dose, alors que certains malades, soit à cause d'une insuffisance hépato-rénale, soit à cause d'une lésion antérieure du nerf optique, présentent des lésions pour des doses très modérées.

EQUILIBRE ACIDO-BASIQUE ET PALUDISME CHRONIQUE

M. Dr. Drouet et son collaborateur M. Cantonnet présentent au Congrès un travail où il résulte que dans la très grosse majorité des cas, les paludéens sont en déséquilibre acido-basique dans le sens de l'alcalose.

D'après les auteurs, dans les accès de paludisme, le leucocytes secondés par l'action de la quinine sortent victorieux de la lutte contre les hématozoaires. Mais il reste les toxines, les cadavres et semi-cadavres des hématozoaires qui encombrant l'organisme, pro-

voquent des floccules. L'état alcalosique s'accroît, l'anémie s'installe souvent, conséquence d'une atteinte hépatique.

D'une part, l'équilibre acido-basique du milieu sanguin et humoral jouant un rôle très important sur la facilité avec laquelle les colloïdes plasmatiques se précipitent; d'autre part les leucocytes jouant un rôle aussi très important dans l'élaboration des colloïdes, il convient pour débarrasser l'organisme des causes entraînant le paludisme chronique :

De rénover les leucocytes par une médication leucogène et de rétablir l'équilibre acido-basique par une médication adéquate.

Ainsi pour les auteurs le traitement du paludisme, tant pour la guérison des accès que pour lutter contre la chronicité de l'infection doit comporter deux temps :

1° temps : attaquer l'Hématozoaire par la Quinine et les médicaments visent à rétablir l'équilibre acido-basique,

2° temps : action des médicaments leucogéniques pendant plusieurs semaines épaulée encore par la médication luttant contre l'état alcalosique.

CRÉNOTHÉRAPIE DU PALUDISME CHRONIQUE

par MM. Maurice Uzan (de Vals les Bains) et Lucien Uzan (de Tunis)

Résumé analytique

Les auteurs après avoir constaté la similitude de la crise hémoclasique de l'accès paludéen et de la réaction hémoclasique thermique, discutent expérimentalement sur la dissolution in vivo et la séroflocculation particulière par certaines eaux alcalines faibles et ferro-manganésiennes vis à vis du sang de paludéens.

De ces considérations ils déduisent les indications crénothérapeutiques :

1° — du paludisme chronique évolutif :

eaux alcalines

eaux ferro-manganésiennes

eaux arsenicales

eaux indéterminées

2° — des séquelles du paludisme :

hépato-gastro-intestinales

cardio-réno-vasculaires

sanguines

nerveuses

endocriniennes

(à suivre)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Quelques réflexions sur la médication bromurée

par le Dr. J.M. Poulin

Concours Médical, Paris, n° 30, Juillet 1932.

La présentation du sédobrol (tablettes d'extrait de bouillon végétal concentré achloruré et dosées à un gramme de bromure de sodium chimiquement pur) permet d'instituer toutes les modalités de la thérapeutique bromurée, sans aucun inconvénient, même chez les tout petits enfants, dans les cas si nombreux où une médication sédative est indiquée et où on ne veut pas recourir à un calmant trop puissant, comme par exemple l'alloual, notamment dans les cas d'hyperesthésie, d'anxiété légère ou d'appréhension.

—(0)—

Le traitement des anémies par la méthode des acides aminés hématogènes

(méthode de Fonthès et Thivolles)

par le Dr. Pierre Sassard

Ancien interne des Hôpitaux de Lyon.

Chirurgien-Chef de l'Hôpital Impérial d'Addis-Abbela (Abyssinie)

La question du traitement des anémies est infiniment complexe. Bien des méthodes ont été proposées : celle du Professeur Fonthès et du Dr Thivolles est parmi les plus intéressantes. Dans de nombreuses communications à l'Institut, à l'Académie de Médecine, à la Biologie, etc. ces deux chercheurs ont constaté le rôle primordial que jouent les acides aminés et, en particulier, le tryptophane et l'histidine, dans l'hématopoïèse et la nutrition générale; d'autre part ces corps se trouvant en quantité maxima dans les extraits de foie qui se montrent les plus actifs, il était tout indiqué de les utiliser dans le traitement des anémies. Ce sont ces considérations qui ont conduit à la préparation de l'hémostra que le Dr. P. Sassard, ancien interne lauréat des hôpitaux, a employé largement et avec les meilleurs résultats dans de nombreux services des hôpitaux de

Lyon. Il a consacré à ce sujet sa thèse inaugurale excessivement importante et il vient de publier cette revue générale où il étudie l'action de l'hémostra dans les anémies hémorragiques, biermériennes, splénomégali-ques, leucémiques, néoplasiques, saturninés, syphilitiques, etc... il con- clut, de ses études si intéressantes que, si l'on ne peut affirmer l'action en quelque sorte spécifique de l'hémostra dans les anémies Biermériennes, il faut admettre son action évidente et très nette sur l'augmentation des globules rouges et sur l'état général, ainsi d'ailleurs que déjà l'ont constaté de nombreux auteurs parmi lesquels il faut citer Botteri, Dominici, Etienne, Drouet, Langeron, Paget, Senellart, Neyron, Olmer, Rieux, etc.. (Pratique Médicale Française, Paris, 1932, 25 juin (B.) P. 483-486).

—(O)—

Le tryptophane et le chlorhydrate d'histidine dans les grandes déficiences organiques

par le Dr. Bénéch (de Nancy)

Prat. Méd. Franç. Paris, 1932, 25 juin, P.433-486

L'hémostra, à la dose quotidienne de 5 centicubes par jour, possède une action indéniable sur l'augmentation des globules rouges et rend les plus grands services dans le traitement des anémies graves, néoplasiques, hé- morragiques, leucémiques, biermériennes, etc. L'auteur l'a employé syst-ématiquement, à la dose quotidienne d'une ampoule de 2,5 cc, dans les anémies secondaires, les asthénies, les amaigrissements rapides, les con- valescences, les pré-tuberculoses et même les tuberculoses torpides bref dans toutes les déficiences organiques.

Il a obtenu les résultats les plus nets et les plus rapides, sans aucun inconvénient. Cette contribution clinique à l'étude de l'hémostra est très sante, car elle confirme les communications de Fontès et Thivolle, à l'Ins- titut, à l'Académie de Médecine, à la Biologie, etc. Ces edux chercheurs ont signalé l'action très nette que présentent le tryptophane et l'histidine sur l'hématopoïèse et sur l'état général et les publications de nombreux cliniciens (Etienne, Langeron, Olmer, Rieux, Neyron, Dominici, Drouet, Paget, Sénellart, et surtout P. Sassard) ont démontré la valeur indéniable de leur théorie.

—(O)—

A propos du traitement médicamenteux des affections des voies respiratoires chez les enfants

par le Dr. J. Vernet

Gazette des Hôpitaux, Paris, n° 38, mai 1932

Dans toutes les affections des voies respiratoires, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, le thiocol rend les plus grands services, à la condition absolue de n'utiliser qu'un produit excessivement pur et minutieusement préparé, comme par exemple le Sirop « Roche ». L'auteur a obtenu les meilleurs résultats dans les bronchites aiguës ou chroniques pour modérer la toux, modifier l'expectoration et surtout pour mettre l'appareil respiratoire en état de défense contre l'invasion toujours possible d'une bacillose grave. Ce médicament en effet permet de réaliser sans aucun inconvénient l'imprégnation créosotée ou gaiacolée progressive préconisée systématiquement dans beaucoup de cas dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et surtout dans toutes les affections traînantes qui mettent l'organisme en état d'infériorité.

Table alphabétique des matières

ANNÉE 1932

—(0)—

ABCES DU POUMON (Le traitement des) par la bronchoscopie. — (D ^r MOATTI)	404
ABCES DU POUMON (Sur les): — (D ^r BROU)	375
ABCES GANGRENEUX DU POUMON. — (D ^r RONCHOT)..	518
AMIBIASE PULMONAIRE (Un cas d' chez un musulman tunisien; Congestion pulmonaire avec hémoptisie; Guérison rapide par l'émétine. — (D ^r R. BROU).....	16
ANGINE DE LUDWIG (A propos de l'observation du D ^r Nunez; Discussion du diagnostic. — (D ^r MOATTI)	358
BUTEES OSSEUSES (Les) en chirurgie orthopédique. — (D ^r ANDRÉ RENDU (de Lyon)	311
CALCULS DE L'AMPOULE DE VATER extraits par voie transduodénale; Cholécystectomie rétrograde sous-séreuse concomitante pour cholécystite calculuse. — (D ^r LEHUCHER)	363
CANCER DU POUMON (Un cas de). — (D ^r BERNARD et M ^l ^{le} FRIED)	447
CANCER DU LARYNX ET ABCES DU POUMON. — (D ^r CHAHED)	172
CANINE INCLUSE totalement dans le maxillaire supérieur ayant entraîné des troubles réflexes oculo-orbitaires. — (D ^{rs} BRUGAIROLLES et GUTTIÈRES)	507
CHITINOMES ou CUTICULOMES observés dans un kyste hydatique du poumon. — (D ^r CHAHED).....	166
CORPS ETRANGER (Aiguille) dégluti et enfoui entièrement dans la paroi postérieure de l'hypo-pharynx; extraction par les voies naturelles. — (D ^{rs} MOATTI et MARUANI)	457
DECES (La déclaration et la vérification des). — (D ^r PLANCKE)	128
DIABETE INSIPIDE (Un cas de). — (D ^{rs} MAURICE UZAN et A. BISMUTH)	80
DIABETE INSIPIDE (Etude sur le rythme particulier du cœur dans un cas de). — (D ^{rs} LÉVY-D'ARRAS, MAURICE UZAN et LUCIEN UZAN)	83

DIABETE RENAL (Un cas de) chez une indigène musulmane. — (D ^{rs} LUCIEN UZAN et C. SPEZZAFUMO).....	280
DOUA RAOUANI « El Mesteka ». — (D ^r BROC).....	98
DOUA RAOUNI. — (D ^r BROC)	291
EPIDEMIOLOGIE (Cinquante années d') en Tunisie. — (D ^r CHAUZY)	113
FIEVRE DE MALTE (Douleur épigastrique dans la). — (D ^r E. SCIALOM)	338
FIEVRE MEDITERRANEENNE (Un cas de phlébite double au cours d'une). — (D ^{rs} RUGGIERO et C. SPEZZAFUMO).....	504
FIEVRE RECURRENTE HISPANO-AFRICAINE (Un cas de — (D ^r J. LAIGRET et M ^{lle} E. FRIED).....	73
FRACTURE DE BENNETT (Un cas de). — (D ^r MARUANI)..	42
GASTRIQUE (Enorme poche à air). — (D ^r A. PÉREZ).....	288
GRIPPE et PURPURA HEMORRAGIQUE. — (D ^r H. BONAN)	143
HEMI-HYSTERECTOMIE pour rétention ovulaire dans utérus pseudo-didelphe, prise pour grossesse tubaire. — (D ^r LEHUCHER)	326
JACOBSON (Rapport sur les résultats obtenus par le traitement du Docteur) dans le trachome dans les services ophtalmologiques de Tunis	178
JACOBSON (La solution de) en stomatologie. — (D ^r GUTTIÈRES)	289
KALA-AZAR (Sur la valeur diagnostique et pronostique du syndrome humoral dans le). — (D ^{rs} LUCIEN UZAN et A. SANTILLANA)	341
LARYNGITE OEDEMATEUSE infectieuse grave secondaire à une piqûre septique du larynx par arête de poisson. — (D ^r MOATTI)	451
MALFORMATIONS CONGENITALES (A quel âge convient-il d'intervenir dans les). — (D ^r RENDU).....	493
OSTEOMYELITE AIGUE et arthrite suppurée du genou : Procédé de Wilhelm; Guérison avec restitution fonctionnelle intégrale. — (D ^r LEHUCHER)	76
PALUDISME (Contribution à l'étude du) dans le Cap Bon. — (D ^{rs} M. SICART et G. VILLAIN).....	429
PALUDISME PERNICIEUX (Un cas de) avec coma prolongé pendant la période apyrétique. — (D ^r CHAHED).....	100

PARALYSIE INFANTILE (Un cas de) — Indication opératoire. — (D ^r A. RENDU)	347
PATHOLOGIE ETHNIQUE? (Y a-t-il une).—(D ^r D. SCIALOM)	292
PERITONITE A GONOCOQUES prise pour une appendicite chez une petite fille de 7 ans; Laparotomie; Mikulicz; Guérison. — (D ^r LEHUCHER)	93
PHLEGMON DIFFUS, GANGRENEUX DU PLANCHER DE LA BOUCHE (Contribution au traitement du); Angine de Ludwig. — (D ^r NUNEZ)	169
PIGMENTATION SOLAIRE DE LA PEAU PAR APPLICATION D'EAU DE COLOGNE. — (D ^r COHEN-HADRIA)..	33
PNEUMOTHORAX (Les possibilités et l'avenir du) en Tunisie. — (D ^r F. MASSELOT)	205
PNEUMOTHORAX par effraction en dehors de la tuberculose. — (D ^r HAYAT)	331
PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL (Les accidents nerveux au cours du) et leur traitement. — (D ^r TRIOLO).....	157
PNEUMOTHORAX BILATERAL SIMULTANE (Deuxième note sur le). — (D ^r TRIOLO).....	509
POLYPE RECTAL traité et guéri par électro-coagulation. — (D ^{rs} E. MARZOUK, MAURICE UZAN et PÉREZ).....	104
PYO-PNEUMOTHORAX METAPNEUMONIQUE chez une fillette de 8 ans; Thoracotomie bilatérale; Guérison. — (D ^{rs} LANÇON et LEHUCHER)	147
PYO-PNEUMOTHORAX (Un cas de) chez un nourrisson de 14 mois; Traitement médical; Guérison. — (D ^{rs} SANTILLANA et LUCIEN UZAN)	349
RACHITISME ET TETANIE (Traitement par les rayons ultra-violetés du). — (D ^r MARUANI)	1
RAPPORT ENTRE LA VITESSE DE SEDIMENTATION ET LES MALADIES OCULAIRES. — (D ^r GIACOMO LUMBROSO)	11
RHUMATISME TUBERCULEUX. — (D ^r HENRY MAMOU) ..	255
SUPPURATIONS BRONCHO - PULMONAIRES (Traitement chirurgical des). — (D ^r DARIUS GUOUILA-HOURI).....	396
TETANOS AIGU GENERALISE (Un cas de) guéri avec une dose minime de sérum 100 cme. — (D ^r DEBAUCHEZ).....	346

TUBERCULEUSE (Les tendances actuelles de la lutte anti-); Leurs possibilités de réalisation en Tunisie. — (D ^r F. MAS- SELOT)	217
TUBERCULOSE PULMONAIRE (L'épreuve de la sédimen- tation au cours du traitement de la); Considération sur la chrysothérapie. — (D ^r GUIDO LEVI)	57
TUMEUR KYSTIQUE séreuse périrénale bénigne opérée par la voie transabdominale et par la voie lombaire. — (D ^r MONTEFIORE)	336
THROMBOPHLEBITE (A propos d'un cas de) au cours d'une otite aiguë. — (D ^r MOATTI)	352
TYPHUS EXANTHEMATIQUE (Essais de sérothérapie cu- rative du) par voie méningée. — (D ^r PAUL DURAND)	276
VACCINOTHERAPIE (Piqûre opératoire à streptocoque hé- molytique jugulée par la). — (D ^r HABABOU-SALA)	78
ZONA (Contribution au traitement du) par l'ultra-violet. — (D ^{rs} I. LUMBROSO et PÉREZ)	39

Table par nom d'auteurs

ANNÉE 1932

—(0)—

BONAN H. /page	143	MAMOU	page	255
BERNARD	447	MARUANI.....	1, 42 et	457
BISMUTH ALBERT	80	MARZOUK		104
BROC.....	16, 98, 291 et	MASSELOT	205 et	217
BRUGAIROLLE	507	MOATTI.....	352, 358,	
CHAHED	100, 166 et		404, 451 et	457
CHAUZY	113	MONTEFIORE		336
COHEN-HADRIA	33	NUNEZ		169
DEBAUCHEZ	346	PÉREZ.....	39, 104 et	288
DURAND P.	276	PLANCKE		128
FRIED	73 et	RENDU.....	331, 347 et	493
GHOULA-HOURI D.	396	RONCHOT		518
GUTTIÈRES	289 et	RUGGIERO		504
	507	SANTILLANA	341 et	349
HABABOU-SALA	78	SCIALOM D.		292
HAYAT	331	SCIALOM E.		338
LAIGRET	73	SICART		429
LANÇON	147	SPEZZAFUMO	280 et	504
LEHUCHER....	76, 93, 147,	TRIOLO	157 et	509
	326 et	UZAN LUCIEN.	83, 280, 341	349
	363	UZAN MAURICE..	80, 83 et	104
LÉVY D'ARRAS	83	VILLAIN		429
LÉVY GUIDO	57			
LUMBROSO G.	11			
LUMBROSO J.	39			

—(0)—

RECONSTITUANT MARIN PHYSIOLOGIQUE

MARINOL

MÉDICATION IODO-MARINE ARSÉNIO-PHOSPHATÉE CALCIQUE

Lymphatisme
= Anorexie =
Tuberculoses
Convalescences

— ADULTES : —
2 à 3 cuillerées à soupe

— ENFANTS : —
2 à 3 cuillerées à dessert

NOURRISSONS :
2 à 3 cuillerées à café

Échantillons gratuits : Laboratoires "LA BIOMARINE", DIEPPE (S.-I.)

MÉDICATION BIO-ÉNERGÉTIQUE COMPLÈTE

IONYL

COMPLEXES PHOSPHO-MARINS ET COMBINAISONS PHOSPHO-GLYCÉRIQUES DU MANGANÈSE ET DU MAGNÉSIMUM

Sénilité
États dépressifs
Alcalose

Vingt gouttes à chaque repas

RÉSULTATS IMMÉDIATS -:- INNOCUITÉ ABSOLUE





