La Tunisie Médicale
JANVIER 1938

Rythmes cardiaques à quatre temps

(Etude phonocardiographique) (1)

par A. CALO

La phonocardiographie a démontré l'existence de phénomènes acoustiques cardiaques normaux autres que le premier et le deuxième bruits. Ce sont le *bruit auriculaire* physiologique et le *troisième bruit du cœur*, parfois décelables par la simple auscultation, plus souvent inscriptibles phonocardiographiquement, qui ont longtemps été décrits comme des dédoublements physiologiques du 1er bruit (bruit auriculaire) ou du 2e bruit (3e bruit).

Ces phénomènes sonores se modifient au cours de certaines cardiopathies et donnent naissance au bruits de galop dont la pathogénie a été de la sorte nettement démontrée. Dans ces conditions, et si les relations chrônologiques auriculo-ventriculaires sont normales, le bruit auriculaire engendre le galop présystolique; le troisième bruit crée le bruit de galop protodiastolique; la superpositon des deux phénomènes, réalisable au cours de certaines tachycardies par le rapprochement et la fusion du galop présystolique d'une révolution cardiaque avec le 3e bruit ou le galop protodiastolique de la systole précédente, donne naissance au bruit de galop de sommation, nouvellement découvert grâce à la phonocardiographie.

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici ces différents bruits, physiologiques ou pathologiques, dont les caractères graphiques sont actuellement bien connus. Nous désirons seulement étudier certaines modalités de leur association en prenant le départ de quel

(1) Ce travail, qui a fait en partie l'objet d'une communication à la Société des Sciences médicales de Tunisie, séance du 22 janvier 1937, a été publié en langue italienne dans le fascicule de septembre de Cuore e Circolazione (Rome).

ques tracés des plus caractéristiques. Dans l'un la succession des quatre bruits normaux du cœur crée un *rythme physiologique à 4 temps;* dans les autres l'exagération et l'altération de ces phénomènes acoustiques au cours d'un état de défaillance du myocarde réalisent un *rythme pathologique à 4 temps.*

L'existence du bruit auriculaire et du troisième bruit normal étant connue, il apparaît en effet naturel que l'adjonction de l'un d'eux aux bruits banaux puisse réaliser un ryhme physiologique à trois temps. Celui-ci a été, en effet, constaté cliniquement à plusieurs reprises et, à mesure que se perfectionnaient les appareils inscripteurs, enregistré de plus en plus fréquemment à ce point que Houssay pouvait affirmer tout récemment (7) qu'il y a trois bruits dans 100 pour 100 des cas normaux.

D'autre part le bruit auriculaire et le troisième bruit ayant une origine complètement différente, rien ne s'oppose, en principe, à ce qu'ils coéxistent au cours de la même révolution cardiaque et donnent lieu à un rythme physiologique à quatre temps. En réalité celui-ci n'a jamais été perçu par l'auscultation banale de la région précordiale qui a par contre pu déceler, bien qu'excepionnellement des rythmes quadrigeminés pathologiques où le bruit auriculaire et le 3e bruit avaient donné le pas aux bruits de galop. C'est ainsi qu'en 1925 Laubry et Routier (8) en ont décrit trois cas à la phase terminale de trois myocardies, que Mach et Duchosal (10), six ans après, en ont rapporté un quatrième chez un malade atteint d'anémie pernicieuse chez qui le rythme à 4 temps, inscrit phonocardiographiquement, s'attenua et disparut parallèlement à l'anémie, et que Leblanc (9) et Routier et Leblanc (11) en ont tout dernièrement reproduit un cinquième tracé.

La voie œsophagienne a permis par contre en 1914 à Benjamins (1) d'ausculter et d'enregistrer le rythme physiologique. Un tuyau de caoutchouc long de 75 centimètres est relié par une de ses extrémités avec un phonendoscope et se termine à l'autre bout par une poire en caoutchouc très mince; celle-ci, ayant été avalée à une profondeur de 35 centimètres des arcades dentaires, se trouve au niveau de l'oreillette droite dont elle est séparée par la seule épaisseur de l'œsophage. Dans ces conditions, beaucoup plus favorables que l'auscultation préthoracique, on perçoit quatre et parfois même cinq bruits. Le premier est présystolique et Benjamins en a affirmé

l'origine auriculaire; le second correspond au premier bruit habituel; le troisième dont le mécanisme n'a pas bien été élucidé (remous intraventriculaire, action diastolique du myocarde ventriculaire ?), s'interpose entre celui-ci et le deuxième bruit de l'auscultation banale qui, dans le rythme perçu par voie transœphagienne, occuperait donc la quatrième place; le cinquième bruit, enfin, est nettement diastolique et se perçoit plus nettement quand on approfondit la poire de quelques centimètres pour la mettre en contact avec les ventricules; c'est le troisième bruit de l'auscultation précordiale. La substitution du phonendoscope par un microphone relié à un galvanomètre à corde, rend possible l'enregistrement des bruits ainsi décélés.

L'étude des bruits du cœur par voie œsophagique a été reprise ces derniers temps par l'Ecole Argentine et notamment par Braun-Menendez, Orias et Taquini (3-4) qui ont confirmé les constatations de Benjamins et les ont enrichies de nombreux points de détail sur les caractères graphiques et sur le mécanisme de production de ces phénomènes sonores. Il n'en reste pas moins que cette méthode est assez difficilement applicable à la clinique journalière et que la voie précordiale est celle qui présente l'intérêt pratique le plus grand.

Par cette voie le rythme physiologique à quatre temps n'a été décelé que par les méthodes graphiques et, à notre connaissance, seulement par Wolferth et Margolies (13) en 1933, Braun-Menendez et Orias(3), Cossio (6) en 1935 et Houssay (7) en 1936. Aussi croyons-nous intéressant de reproduire un tracé analogue obtenu chez un sujet de 25 ans ne présentant à l'auscultation que deux bruits normaux: ce tracé a été pris en 1934 à Paris au cours de notre séjour dans le service de notre Maître le professeur Clerc que nous sommes heureux de remercier ici très respectueusement de l'hospitalité qu'il a bien voulu nous y donner.

Nos remerciements vont également au Docteur Broc qui nous a tout dernièrement donné l'occasion d'enregistrer chez un malade de son service de l'Hôpital Ernest Conseil de Tunis le premier des deux tracés de rythme pathologique à 4 temps que nous reproduisons par la suite, rythme créé, ainsi que nous l'avons rappelé, par la transformation du bruit auriculaire en galop présystolique et du 3^{me} bruit en galop protodiastolique.

La comparaison de ces deux variétés de rythmes à quatre temps

mettra à la fois en évidence leurs caractères communs et leurs caractères différentiels; leur coéxistence ne peut paraître paradoxale puisque d'une part les bruits physiologiques et les bruits pathologiques ont la même origine et la même chronologie et d'autre part il se produisent dans des conditions tout à fait différentes (volume des cavités cardiaques, état de tonicité du myocarde, vitesse de propulsion de la masse sanguine, etc.) entraînant fatalement des modifications de leurs caractère sonores.

Pour l'inscription des bruits du cœur, nous avons utilisé la Phonocardiographe à amplificateur à lampes construit par les Etablissements G. Boulitte de Paris ; cet appareil comprend :

1° — *Un microphone* ultra-sensible, non influençable par les bruits extérieurs;

2° — *Un amplificateur* à trois étages analogue à ceux qui sont utilisés pour la téléphonie sans fils;

3° — *Un oscillographe* pouvant inscrire les ondes sonores d'une gamme très étendue allant de 15 à 2000 vibrations doubles par seconde ; celle-ci dépasse donc de beaucoup les limites de perception de l'oreille humaine qui n'est sensible qu'aux phénomènes sonores allant de 20 à 800 périodes.

Le microphone, appliqué à la région précordiale, capte les bruits qui influencent un dispositif piézo-électrique spécial; le courant qui s'en dégage et ses variations sont amplifiés par l'appareil et aboutissent, considérablement renforcés, à un oscillographe du type électromagnétique comprenant une palette vibrante qui entraîne un miroir extra-léger. Celui-ci reçoit un rayon lumineux et le projette avec ses oscillations sur le film photographique d'un électrocardiographe à corde. De la sorte les deux tracés, phonocardiogramme et électrocardiogramme, sont enregistrés synchroniquement à une vitesse connue; cela permet de connaître quelques-uns des caractères graphiques des bruits du cœur que nous rappelerons rapidement

1° — *Siège chrônologique* par rapport aux phases de l'activité cardiaque; ce caractère est déduit par la comparaison des bruits avec l'électrocardiogramme.

2° — *Durée des phénomènes sonores* : elle peut-être facilement mesurée grâce aux lignes verticales inscrites sur les tracés par un chronographe fonctionnant à une vitesse connue.

3° — *Amplitude des oscillations* proportionnelle à l'intensité du bruit et à la sensibilité de l'appareil. Cette dernière condition fait que les tracés obtenus avec le même phonocardiographe sont les seuls comparables.

4° — *Nombre des oscillations* composant chaque bruit.

5° — *Périodicité* ou fréquence des vibrations à la seconde : elle est obtenue en divisant le nombre des vibrations d'un bruit par sa durée en secondes et en multipliant le résultat par 100 ; elle apparaît d'autant plus élevée que les phénomènes sonores sont aigus et inversement. De la sorte les bruits les plus hauts s'inscrivent par des oscillations très serrées et rapides et les bruits les plus graves par des vibrations larges et lentes.

Le *phonocardiogramme normal* reproduit à la fig. I. présente successivement un bruit auriculaire (Ta), un premier bruit (T1), un deuxième bruit (T2), et un troisième bruit (T3). Nous les étudierons successivement.

Le *bruit auriculaire* débute 0",06 après l'onde P. et 0",12 avant le début de la contraction ventriculaire; il dure de 0",08 à 0",10 et il est composé par deux ondes lentes, arrondies, ayant une petite amplitude (1/6 de B1) et une périodicité très basse de 20 à 25 périodes à la seconde. Ces deux derniers caractères expliquent pourquoi ce phénomène n'avait pas été perçu à l'auscultation.

Le *premier bruit* débute 0",03 avant l'onde Q. et 0",02 après la fin de Ta. Il est successivement constitué par une petite onde négative lente, 6 à 7 vibrations plus rapides ayant une assez grande amplitude et une onde terminale large, positive et un peu moins ample que les précédentes. Dans l'ensemble le premier bruit dure de 0",20 à 0",23 et a une périodicité moyenne de 40.

Le *deuxième bruit* commence de 0",02 à 0",04 avant la fin de T. et de 0",10 à 0",12 après la fin de T1 ; ce dernier intervalle représente donc la durée du petit silence. Le deuxième bruit a une forme assez variable: en général il est composé d'une onde plate et lente suivie de 3 ou 4 oscillations plus rapides n'atteignant pas la moitié de l'amplitude maxima du 1er bruit. Dans l'ensemble le 2e bruit dure de 0",08 à 0",12 et a une périodicité de 41 à 62, d'où son timbre un peu plus aigû que celui du premier bruit.

Le *troisième bruit* débute de 0",12 à 0",14 après la fin de T. et de 0",16 à 0",18 après le début de T2. Il est formé par 2 à 3 oscillations lentes et petites dont la première est la plus ample et la plus

rapide. Au total il dure de 0",08 à 0",12 et a une périodicité de 22 à 26. Son amplitude réduite et sa très basse périodicité le rendent donc inaudible comme le bruit auriculaire. Dans ces conditions le nom de 3e bruit pourrait paraître impropre si on lui attribuait son sens litteral et celui de troisième période vibratoire physiologique (Tavecchi (12)) semblerait plus adaptée; un raisonnement analogue pourrait être fait pour le bruit auriculaire. Nous préférons cependant garder les dénominations consacrées par l'usage, le mot bruit étant alors employé dans son sens le plus large de phénomène sonore perceptible ou non perceptible par nos sens.

Les caractères de tous ces bruits sont normaux; d'autres part, nous tenons à le répéter, le sujet qui nous les a fournis était absolument sain. La phonocardiographie a donc décelé la présence d'un rythme cardiaque physiologique à quatre temps là où l'auscultation ne donnait qu'une succession régulière de deux bruits normaux

Cette constation pourrait paraître d'un intérêt exclusivement théorique si le bruit auriculaire et le troisième bruit n'étaient parfois perçus à l'auscultation et interprétés, même en dehors de tout autre signe circulatoire anormal, comme un bruit de galop ou un dédoublement pathologique d'un des deux bruits habituels. La notion de leur existence à l'état physiologique pourra, par contre, éviter de semblables erreurs ou, tout-au-moins, mettre en éveil le médecin qui aura perçu un rythme à trois où à quatre temps. La phonocardiographie sera alors en mesure d'indiquer si le rythme perçu est physiologique ou pathologique en faisant ressortir les différences graphiques existant entre les bruits normaux et les anormaux. Ces différences paraissent évidentes en comparant le tracé, que nous venons d'analyser avec ceux reproduits aux fig. 2 et 3

Le premier d'entre eux a été pris chez un homme agé de 35 ans, atteint d'une ancienne néphrite chronique hypertensive avec défaillance cardiaque; le second appartient à un homme de 27 ans, atteint d'une insuffisance aortique rhumatismale parfaitement compensée présentant cette particularité que le souffle diastolique était très faible et ne pouvant être perçu qu'à l'extrémité sternale du quatrième espace intercostal droit. Nous analyserons simultanément les deux phonocardiogrammes dont les caractères se ressemblent beaucoup; nous devrons par contre examiner séparément les

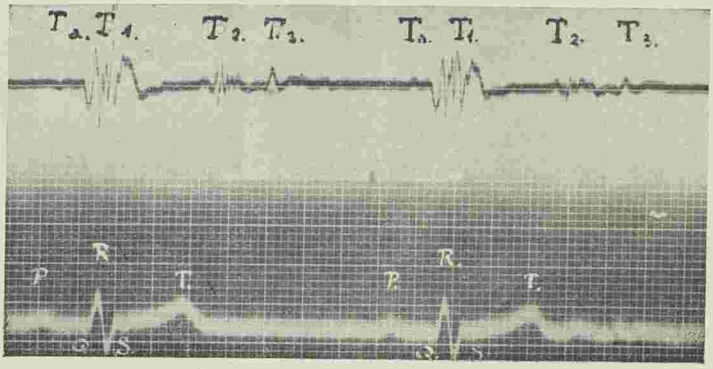


Fig. 1. — *Rythme physiologique à 4 temps.* — *Tracé supérieur:* Phonocardiogramme enregistré au-dessus de la pointe (Ta = bruit auriculaire — T1 = 1er bruit — T2 = 2^{me} bruit — T3 = 3^{me} bruit) — *Tracé inférieur:* Electrocardiogramme en première dérivation.

(Intervalle entre les lignes verticales: 0",02)

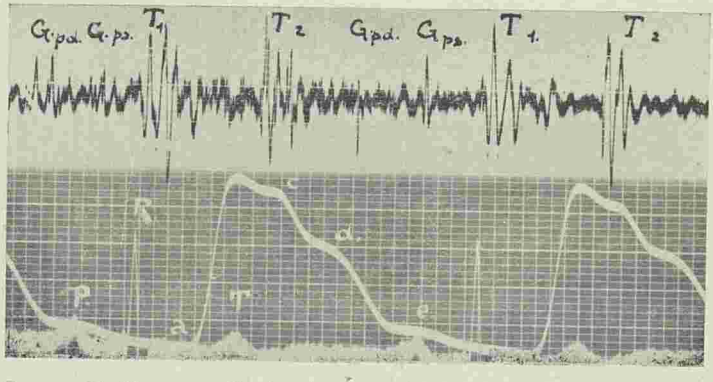


Fig. 2. — *Rythme pathologique à 4 temps.* — *Tracé supérieur:* Phonocardiogramme enregistré au-dessus de la pointe (G.ps. = bruit de galop présystolique. — G.pd. = bruit de galop protodiastolique.) — *Tracé moyen:* Sphygmogramme pris à l'humérale droite (a. = début du remplissage artériel ; b. = onde systolique primaire ; c = onde systolique secondaire ; d. — onde dicrote ; e. = onde d'élasticité artérielle). *Tracé inférieur:* électrocardiogramme en deuxième dérivation.

(Intervalle entre les lignes verticales: 0",04)

électrocardiogrammes et les sphygmogrammes qui sont sensiblement différents, ce que nous ferons très rapidement.

Le tracé électrique et le pouls huméral du premier malade ne présentent aucune anomalie; chez le second, par contre, l'électrocardiogramme décèle d'importantes altérations des complexes ventriculaires, consistant en un décalage inférieur de l'intervalle S.T. et une inversion de T. et le sphygmogramme fémoral montre un dicrotisme très marqué et un retard des pulsations dont le début ne se fait que de 0",30 après celui de la contraction ventriculaire (onde Q.) au lieu de 0",18 à 0",20.

Dans les tracés phoniques quatre phénomènes acoustiques sont à étudier: ils occupent la présystole, le début et la partie moyenne de la systole et la partie initiale et le milieu de la diastole.

Le *premier groupe d'oscillations*, inconstant et variable dans chaque tracé, présente cependant certains caractères fixes : il débute 0",06 à 0",10 après le commencement de l'onde P. et précède constamment le début de la contraction ventriculaire, démontrant de la sorte son origine auriculaire. Il apparaît formé par une à cinq oscillations aigües, rapides et d'assez grande amplitude (1/2 du 1er bruit), ayant une durée moyenne de 0",015 et une périodicité aux environs de 66. Entre la dernière de celle-ci et la vibration initiale du 1er bruit suivant, il existe un intervalle de 0",08 à 0"16, intervalle très grand pour que ce premier groupe puisse être considéré comme un dédoublement présystolique du 1er bruit: en effet Routier et Leblanc (9,11) ont établi qu'entre les deux éléments d'un dédoublement présystolique du 1r bruit il existe un espace maximum de 0",04. Ce fait, la variabilité des oscillations, la grandeur relative de leur amplitude, ce sont là tous les caractères qui permettent d'en faire un bruit de galop présystolique à exclusion d'un bruit auriculaire physiologique aux vibrations plus régulières et moins amples, et d'un roulement présystolique de retrécissement mitral aux ondes plus serrées, plus régulières et plus fréquentes et ayant généralement une intensité progressive.

Le *deuxième groupe d'oscillations* est constitué par le premier bruit qui commence 0",03 après l'onde Q. est constitué par 3 à 6 oscillations très amples durant dans l'ensemble de 0", 07 à 0",12 et ayant une périodicité très basse, car elle oscille entre 25 et 30 vibrations à la minute.

Le *troisième groupe* forme le deuxième bruit qui commence de 0",00 à 0",06 après la fin de T., 0",28 à 0",32 après le début du premier bruit; il est composé d'environ 6 oscillations rapides, durant 0"10 avec une périodicité de 60.

Le *quatrième groupe*, enfin a à peu-près les mêmes caractères du premier ; il est composé d'une à trois oscillations assez amples (1/2 du 1er bruit) et rapides qui, suivant les tracés, débutent 0",24 à 0"38 après la fin de T. durent de 0",02 à 0",06 et ont une périodicité de 50 à 60; pour les raisons que nous avons exposées au sujet du bruit de galop présystolique, il doit être considéré comme un bruit de galop protodiastolique.

Les bruits que nous venons d'analyser et d'interpréter se groupent très irrégulièrement; alors que le premier et le deuxième bruit sont constants, les bruits de galop se succèdent de façon tout à fait désordonnée: tantôt le présystolique seul apparaît, tantôt le diastolique se manifeste en dehors du précédent, tantôt, enfin, les deux coexistent et encadrent les deux bruits habituels réalisant de la sorte un rythme pathologique à quatre temps.

Ce dernier était retenu, il n'y a pas longtemps encore, comme une manifestation terminale de l'insuffisance cardiaque et les trois cas de Laubry et Routier (8) semblèrent en confirmer le pronostic inéxorablement fatal. Par la suite des exceptions furent apportées à cette loi, d'abord par le cas de Mach et Duchosal dont nous avons déjà parlé (10) et récemment par un autre cas de Routier et Leblanc (9,11) dont la malade était hospitalisée depuis plusieurs mois sans que son cas fut très allarmant. Nos deux observations contribuent à nier un caractère de gravité immédiate à cette variété de rythme pathologique à 4 temps. En effet un de nos sujets présentait seulement des signes légers d'insuffisance cardiaque et avait un électrocardiogramme normal; il a quitté l'hôpital en très bonnes conditions apparentes un mois après. Le second, dont l'électrocardiogramme décelait cependant une importante lésion valvulaire cliniquement apparente, n'a jamais présenté de syndrôme d'insuffisance cardiaque et continue à faire la vie active d'infirmier; nous le suivons déjà depuis plusieurs mois et nous n'avons jamais rien observé qui puisse nous faire craindre une aggravation de ses conditions.

Pour revenir à l'étude graphique du rythme pathologique à 4

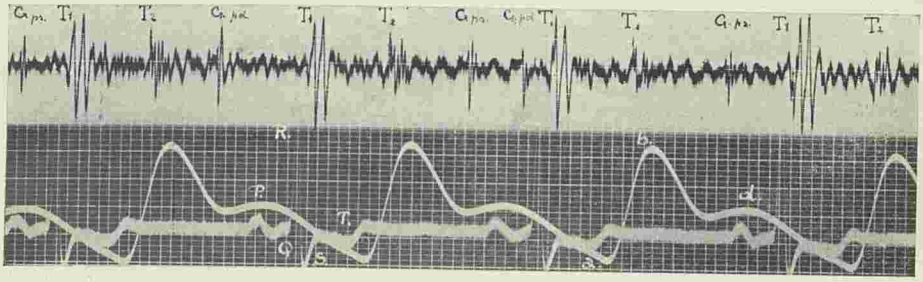


Fig. 3. - *Rythme pathologique à 4 temps.* — *Phonocardiogramme* enregistré au-dessus de la pointe. — *Sphygmogramme* pris à la fémorale droite (1/3 inférieur). — *Electrocardiogramme* en deuxième dérivaion.

(Inervalle entre les lignes verticales: 0",04)

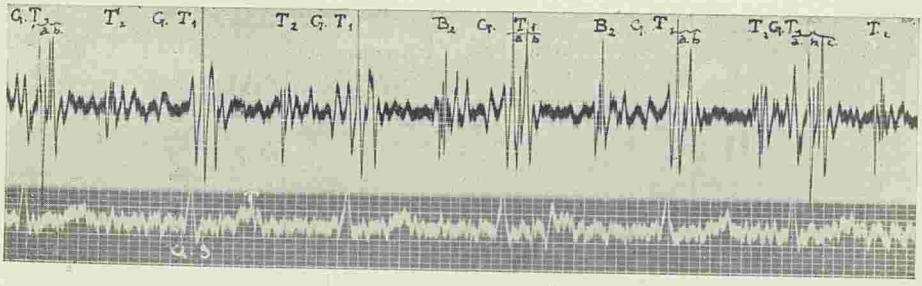


Fig. 4. — *Rythme pathologique a 4 temps.* — *Phonocardiogramme* enregistré sur la pointe (T1 a.b = dédoublement du premier bruit). — *Electrocardiogramme* en première dérivation : fibrillation auriculaire avec arythmie complète des complexes ventriculaires par ailleurs normaux .

(Inervalle entre les lignes verticales: 0",04)

temps, nous insistons sur le fait que les éléments qui le composent, ont la même chronologie que ceux qui constituent le rythme physiologique à 4 temps dont ils dérivent; l'auscultation, même si elle avait été capable de déceler tous les phénomènes acoustiques du rythme normal et du pathologique, n'aurait, donc pas pu les différencier. La phonocardiographie en permettant d'analyser et de comparer les caractères graphiques propres aux deux genres de bruits, caractères qui échappent à l'oreille (durée exacte, forme amplitude et périodicité des oscillations) y a suffit de la façon la plus satisfaisante.

L'étude que nous venons de faire concerne une seule variété de rythme à 4 temps, celle donnée par l'adjonction aux deux bruits habituels, du bruit auriculaire et du 3e bruit (rythme physiologique) ou des bruits de galop qui en dérivent (rythme pathologique). Nous n'étudierons que très rapidement les autres. Parmi les physiologiques nous rappellerons celui inscrit par Cossio et Braun-Menendez (5), constitué par la succession d'un 1er bruit, d'un 2e bruit avec dédoublement physiologique et d'un 3e bruit normal et celui constaté assez souvent par Routier et Leblanc (9,11) chez des tuberculeux pulmonaires exempts de toute cardiopathie, réalisé par un dédoublement physiologique du 1er et du 2e bruit.

Un exemple d'une autre variété de rythme pathologique à 4 temps nous est fournie par le tracé reproduit à la fig. 4, tracé pris chez un hypertendu décompensé présentant une hypertension considérable du cœur gauche et une arythmie complète par fibrillation auriculaire; on y constate un rythme intermittent à quatre temps formé par un dédoublement inconstant du premier bruit (T1 a-b) qui est parfois même triplé (T1 a-b-c) le deuxième bruit et un bruit de galop protodiastolique constant. Tous ces éléments sonores présentent une certaine variabilité en raison de l'arythmie complète qui crée aux ventricules des conditions de contraction toujours différentes. Ainsi le bruit de galop qui est particulièrement évident et nettement protodiastolique au cours des révolutions cardiaques longues, devient présystolique dans celles où la diastole est écourtée; parfois même perd-t-il son individualié par son rapprochement, pouvant même arriver à la fusion, avec le deuxième bruit qui le précéde et le bruit systolique qui le suit

Un rythme analogue a été décrit par Bordet, Yacoël et Giroux (2) dans un cas de block de branches en rythme sinusal.

CONCLUSIONS ET RESUME

Les tracés que nous avons reproduit dans ce travail nous semblent intéressants pour plusieurs raisons :

1° ils confirment la possibilité de l'existence d'un rythme cardiaque physiologique à 4 temps, rythme qui n'a jamais été perçu à l'auscultation de la région précordiale et n'a pu être inscrit que très rarement.

2° ils soulignent les rapports étroits existant entre le bruit auriculaire et le troisième bruit d'une part et le galop présystolique et galop protodiastolique d'autre part, ces derniers n'étant que la trans formation des premiers dont ils gardent la chronologie.

3° ils mettent en évidence les différences graphiques de ces deux ordres de bruits normaux et pathologiques différences dont il faut tenir compte dans l'interprétation de certains rythmes à trois et à quatre temps.

4° ils permettent d'étudier deux variétés de rythmes pathologiques à 4 temps, l'une donnée par l'adjonction des bruits de galop présystolique et protodiastolique aux deux buits normaux, l'autre constituée par la succession d'un premier bruit dédoublé, du deuxième bruit et d'un galop protodiastolique.

5° ils confirment la conception toute récente qui nie à ces rythmes un pronostic fatal à brève échéance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Benjamins (C. E.) L'auscultation et l'enregistrement des bruits du cœur par la voie œsophagienne.

Journal di phys. et path. gén. 15 *juillet* 1914, *p.* 597.

2. Bordet (E.) Yacoel et Giroux. Les modifications de e' E. C. G. dans certains cas de bruits de galop.

Arch. des mal. du Cœur, 1923, *p.* 205.

3. Braun-Menendez (E.) et Orias (O.) Etude phonocardiographique chez cent adultes jeunes.

Journal de Phys. et Path. gén., mars 1935 T. 33, N° 1 *pages* 39-50.

4. Braun-Menendez (E.) et Orias (O.) Importance des bruits auriculaires à l'état normal et à l'état pathologique.

Presse Médicale N° 30, 11 *avril* 1936.

5. Cossio (P.), Orias (O.), Braun-Menendez (E.), Lascalea (M.) et Fongi (E.) Temas de Fonocardiografia.

1 *vol.* 191 *p. El Ateneo éd, Buenos-Ayres* 1935.

6. Houssay (B. A.) Les bruits du cœur.

Presse médicale N° 69, 26 *août* 1936. *p.* 1353-1356.

7. Laubry (C.) et Routier (D.) Bruit de galop et rythme à quatre temps

Soc. Méd. des Hôp. de Paris; 31 *juillet* 1935 *p.* 1281-1283.

8. Leblanc (M.) Données récentes sur la phonocardiographie. Intérêt de cette méthode dans l'étude du 1er bruit normal, des dédoublements du 1er bruit et du bruit de galop présystolique.

Thèse de Paris 1936, *Vigné ed.*

9. Match (R. S.) et Duchosal (P.) Etude phonocardiographique d'un cas de rythme à quatre temps.

Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 22 *mai* 1931, *p.* 912-916.

10. Routier (D.) et Leblanc (R.) Intérêt de la méthode phonocardiographique dans l'étude et le diagnostic des dédoublements du 1er bruit du cœur.

La Gazette médicale du Languédoc méditerranéen et de l'Afrique du Nord. 1er *février* 1937, *p.* 123-129.

11. Tavecchi (G.) Contributo allo studio del 3° tono del cuore mediante la fonocardiografia.

Cuore e circolazione, février 1935, *p.* 65-77.

12. Wolferth (C. C.) et Margolier (A.) *Amer. Heart jour.* 1933, p.441.

L'Aviation Sanitaire et la Station Régulatrice

par le Médecin Capitaine CHEYROU-LAGRÈZE

Médecin Breveté de la Marine Marchande

Les nouvelles modalités de la guerre moderne obligent à généraliser l'utilisation de l'Aviation Sanitaire à tous les organes d'articulation du Service de Santé.

Pour canaliser les déchets humains, mis hors de service au front, momentanément ou irrémédiablement, il a fallu créer la gare régulatrice. Au cours de la Grande Guerre, par ses moyens de transport, les trains sanitaires, elle a transité cinq millions d'évacués. Actuellement à ces trains, il est nécessaire d'ajouter les automotrices sanitaires et les avions sanitaires pour assurer au mieux les transports d'urgence. Par l'Aviation Sanitaire mise à la gare régulatrice, les grands blessés seront drainés vers l'intérieur le plus rapidement et dans les conditions les plus confortables avec les moyens les mieux adaptés aux circonstances. La gare régulatrice sanitaire est aérienne et ferroviaire; il existe une collaboration de tous les instants du rail et de l'avion. En dehors de son organisation de centre de transports sanitaires par voie ferrée, trains et automotrices de l'aéronautique, son centre sanitaire aérien comprendra un service d'avions sanitaires gros porteurs et petits porteurs. Sa mission sera d'assurer la réception des avions sanitaires frontaliers, de les aiguiller sur les destinations voulues, après vérification et changement des appareils de transport, sans changement de brancards. Le service d'accueil de l'Air fonctionnera pendant ce laps de temps pour remonter les blessés par les injections tonicardiaques, par les boissons stimulantes et réconfortantes.

En temps de guerre pour assurer dans les meilleures conditions le service de l'avant, il est nécessaire d'avoir à l'arrière des formations sanitaires organisées. Pour canaliser et aiguiller tous les courants d'évacuation, il faut un organe : la gare régulatrice. De même qu'il ne peut y avoir de transports de troupes sans gare régulatrice, de même aucun transport sanitaire ne peut être effectué sans gare régularice. Pour son fonctionnement, le Ministre met à la disposition du Commandant en Chef des Armées les réseaux des chemins de fer. Dès la mobilisation, les chemins de fer organisés passent

sous l'autorité du Ministre, représentant le Chef des réseaux. Le directeur des chemins de fer règle tous les mouvements de la gare régulatrice. Organe du mouvement des évacuations, organe de transport, organe de transit, organe de traitement, d'hospitalisation, d'évacuation des blessés des malades de l'avant, organe de recomplètement de l'Armée en matériel sanitaire et en personnel de Santé, la gare régulatrice est chargée d'assurer l'acheminement des évacuations des armées vers la zone de l'intérieur. Organe de Commandement des étapes, les blessés et les malades évacués du front sont transportés en trains sanitaires aux hôpitaux de l'arrière par les soins d'une entreprise de transports, à savoir le service des chemins de fer, représenté par une Commission régulatrice. Elle a pour clients des expéditeurs et des réceptionnaires. Les premiers sont les évacués du front, les seconds sont les Chefs de Chantiers de réparation, les Directeurs des formations sanitaires. Près de la Commission de gare régulatrice, se trouve le Médecin-Chef de la gare régulatrice. Il est en liaison avec son Chef militaire, le Commissaire régulateur, avec le 4e Bureau du groupe d'Armée, avec les organismes de l'avant, fournissant les évacués et avec ceux de l'arrière appelés à les recevoir.

Il est en liaison avec les Directeurs du Service de Santé, avec les Médecins-Chefs de Station de révision, les Médecins-répartiteurs et avec les services civils locaux. Le Médecin-Chef de la gare régulatrice, informé des disponibilités régionales, propose au Commissaire régulateur l'évacuation de tel train sanitaire sur telle région. Le Commissaire régulateur informe la région de l'heure de départ et de la composition du train. Le Directeur de la région en conclut l'heure d'arrivée probable à la gare de répartition de la région, c'est-à-dire la gare où se décide l'orientation du train sanitaire sur tel ou tel secteur. Ce train arrive à la gare de répartition. Il est aussitôt revisé. Le Médecin-répartiteur, au courant des disponibilités de chaque secteur, va diriger le train sur tel ou tel secteur. Il avise de sa décision le Médecin-Chef de la station de révision qui est son représentant à la gare de répartition. Le train est aiguillé sur la formation sanitaire du secteur désigné, où il est reçu et déchargé. Le Médecin-Chef de cette formation a été prévenu à temps par le Médecin-répartiteur. Le premier, après avoir consulté ses collaborateurs, les médecins spécialistes, précise les services appelés à recevoir chaque évacué pour son plus grand bien et pour le plus

grand mérite du Service de Santé qui a amené de la ligne de feu dans le minimum de temps le blessé pour le confier dans un lit propice aux bons soins du praticien expérimenté, au milieu d'une atmosphère de sécurité et de quiétude.

Par l'admirable organisation de la gare régulatrice, le matériel humain, déchiqueté, a été réceptionné; a été trié; a été transporté a été réparti dans ses ateliers specialisés; a été mis en état de servir à nouveau au front ou hors d'usage; a été réformé provisoirement ou définitivement. Nous l'avons décrite page 3 du Marseille Médical n. 27 du 25 septembre 1936 : «Hospitalisation régionale et évacuations».

Chaque gare régulatrice a des zones d'hospitalisation qui lui sont assignées; elle peut avoir deux ou trois régions, de même qu'une région peut être sous la dépendance d'une ou de deux gares régulatrices, d'après les courants d'évacuation. Elle dispose des hôpitaux, des établissements scolaires, des casernes non utilisées.

La gare régulatrice dispose de baraques, de hangars, de caves, de silos pour les inflammables et de magasins. Organe de ravitaillement, elle détient l'approvisionnement en appareils de chirurgie, en appareils de fracture. Elle récupère le matériel sanitaire de l'avant, le trie, le remet en état de servir ou d'être hors d'usage. Le Médecin-Chef de la gare régulatrice se réapprovisionne aux stations magasins du territoire sur demandes régulières établies par les gestionnaires des réserves sanitaires de la gare régulatrice et adressées directement aux gestionnaires des Magasins Centraux ou Généraux.

Montons dans un train sanitaire au départ de la gare régulatrice pour accompagner les blessés en cours de voyage. Il est formé de wagons métalliques, homogènes, à boggie, à courants continus, dotés du chauffage, de l'éclairage, de la ventilation électriques, de couchettes à matelas, «quiétude», de l'eau courante, chaude ou froide à volonté, de tubes d'oxygène, de cabines à oxygène, d'appareils à respiration artificielle.

Il a, comme destination la gare de répartition. Des stations de révision sanitaire sont échelonnées sur le courant d'évacuation toutes les 6 ou 8 heures de marche. Elles fonctionnent au temps d'arrêt du train. Les blessés et les malades du train sont visités; ceux dont l'état s'est aggravé ou qui ne peuvent continuer le voyage sont descendus du train et transportés en auto sanitaire à l'Hôpital de la

localité. En cas de décès dans le train des évacués, les formalités administratives sont accomplies par l'officier gestionnaire du train. Si le décès a lieu à la station de révision, elles le seront par le gestionnaire de l'hôpital de la localité où le décédé sera placé en dépôt. Comme à la gare régulatrice, il existe à la station de révision sanitaire, une Commission de gare. Elle a un Commissaire régulateur et le Médecin-Chef de la station de révision sanitaire. Il en est de même à la gare de répartition. Le directeur du Service de Santé a un de ses Médecins adjoints qui est désigné comme Médecin-répartiteur.

A la Commission de la gare de répartition, il est représenté par le Médecin-Chef de la station de révision sanitaire. Il lui adresse tous les jours ses instructions relatives au service de la répartition. Chaque jour avant midi, le directeur du Service de Santé fait connaître au Ministre ses disponibilités en lits d'hospitalisation, ainsi qu'à la Commission régulatrice à laquelle la région est affectée comme zone d'hospitalisation. Le Médecin répartiteur centralise les renseignements provenant des armées et ceux provenant des hôpitaux de la région. Ainsi, il tient à jour le plan régional d'hospitalisation. La Commission de gare est informée de la composition et de la mise en route du train sanitaire par la Commission régulatrice qui l'a mis en marche et par la Commission de gare de la dernière station de révision. Elle communique les renseignements captés au Médecin-répartiteur qui dirige le train sur le centre hospitalier prévu, où les évacués du train sont transportés en auto sanitaire dans le minimum de temps sans changer de brancards et de fournitures de literie.

Maintenant que nous avons accompagné le train sanitaire à destination, que nous l'avons vu vider de ses évacués du front, qu'il a transporté des contagieux, des parasités, des blessés souillés, des gazés, il nous reste à assister à sa désinfection et à sa désinsectisation. Pour le désimprégner de tous ses germes morbides, il n'y aura qu'à avoir recours à l'acide cyanhydrique; après avoir fermé hermétiquement tous les compartiments, le désinfecteur, équipé avec le masque protecteur, les stérilise en tenant compte des quantités d'après le cobaye d'expérimentation et en les laissant dix heures sous l'action du désinfectant.

Par ce procédé rapide et efficace, il n'y a pas eu à sortir le matériel; rien n'a été détérioré; une fois bien aéré et ventilé, le train sanitaire est à nouveau à mettre en service. S'il y a eu des ypérités

transportés, il faudra ajouter la désimprégnation au moyen du chlorure de chaux.

Les évacués des éléments de passage sont également du ressort de la gare régulatrice.

Tous les évacués sont munis d'une fiche et d'une feuille d'évacuation, enfermée dans une pochette.

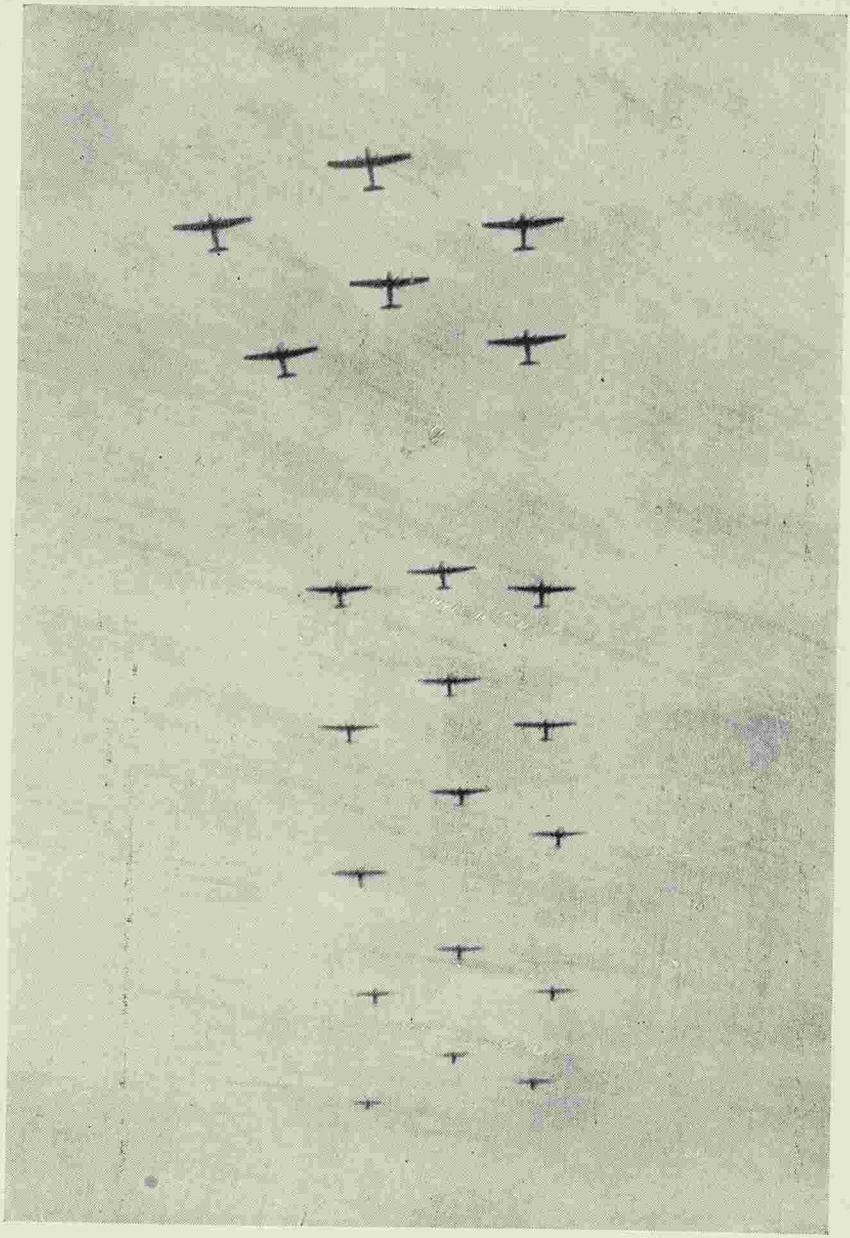
En dehors des trains sanitaires réguliers, il existe les trains sanitaires à puissant débit, très mobiles, très rapides circulant sans fumée, les autorails, les michelines sanitaires, aménagées pour le transport d'évacués assis et d'évacués couchés. Elles peuvent être poussées à 15 kilomètres des lignes de l'avant. Leur capacité d'évacuation est huit fois moins grande que celle du train sanitaire.

En plus de la voie ferrée, la gare régulatrice a à sa disposition la voie routière par cars sanitaires avec des garages sériés, échelonnés entre le front et les formations sanitaires de l'intérieur. Elle a la voie fluviale, le transport des blessés et des malades a lieu en péniches sanitaires avec sur le parcours des stations de révision sanitaire. Elle a la voie aérienne, appelée à être de plus en plus utilisée avec les avions gros porteurs. Dans la guerre de mouvement, où les unités motorisées joueront le rôle primordial, l'aviation sanitaire permettra de dégager promptement les évacués du front et les formations de l'avant.

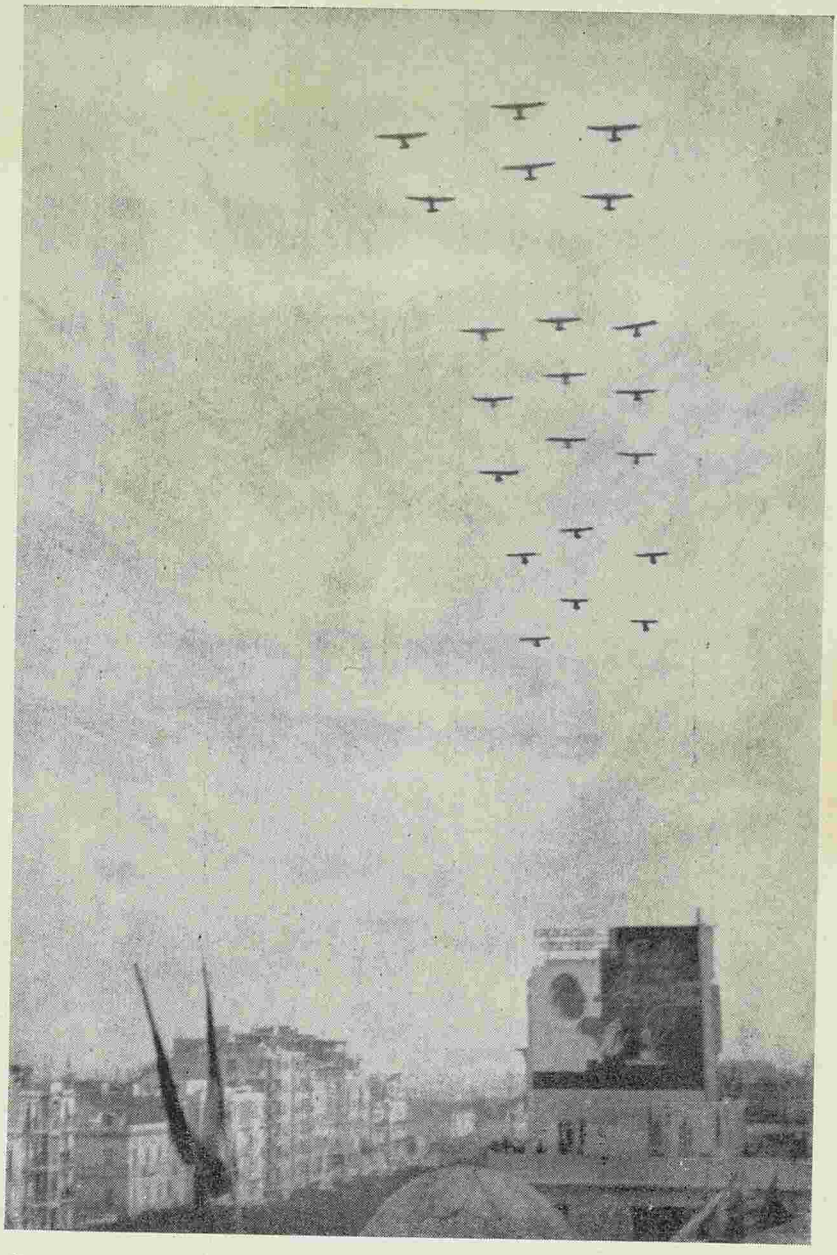
La gare régulatrice, réserve du personnel du Service de Santé, le dirige sur le front au fur et à mesure des besoins. Chaque jour, le Médecin-Chef de la gare régulatrice adresse à la 7e Direction un état nominatif des officiers du Service de Santé, des effectifs disponibles.

Le sens de la méthode, l'esprit de décision, telles seront les qualités indispensables au Médecin-Chef de la gare régulatrice pour mener à bien sa mission guidée par l'urgence et par la nécessité du transport accéléré des évacués du front sur les formations sanitaires de l'intérieur en vue de récupérer et de sauver le plus de vies humaines.

Par la régulatrice aérienne, située au carrefour des voies sanitaires aériennes, en liaison directe avec les formations sanitaires du front et de l'intérieur, la rapidité des transports des grands blessés des H. O. E. primaires sera assurée dans le minimum de temps. Les avions sanitaires gros porteurs permettront de donner le plus de confort aux évacués. Les unités hospitalières de l'avant seront faci-



Aux manœuvres aériennes d'Outre Mer de 1937 les plus puissants avions de bombardement traversent à 4.000 mètres d'altitude la Méditerranée et viennent en haute mer saluer l'«El Biar», premier croiseur auxiliaire transméditerranéen, équipé en couchettes métalliques militaires à matelas hygiéniques, en lavabos individuels et en réfectoires de la Marine militaire.



Date historique : Port de Tunis, le 11 novembre 1937 le plus impressionant défilé de la croisière impériale des Ailes Françaises. Au premier plan, la Garde Impériale survole, l'«El Biar», premier courrier postal de la Régence, au moment où il arbore le Grand Pavillon et le Grand Pavois au milieu des acclamations de 60.000 spectateurs, du défilé des Armées de l'Air, de Terre et de Mer, des Couleurs Tricolores, déployées sur les burnous éclatants des spahis dans toute l'étendue de l'Avenue Jules Ferry, la première de l'Empire Colonial Français.

lement et rapidement débloquées, enrayant tout encombrement. Les blessés, étant vite dégagés de la zone des opérations par les transports sanitaires aériens, organisés par la régulatrice, les Commandants des Armées seront libérés de cette préoccupation. A l'aérodrome sanitaire de la régulatrice, la visite de reconnaissance sanitaire des blessés et de l'équipage permettra d'enrayer les maladies, d'améliorer le bien-être, la santé de tous. Les transports prolongés paraissant interminables aux blessés d'urgence, seront évités. Les évacués, non opérés, ne seront plus en proie à des souffrances renouvelées, à l'occasion de transports accélérés. La régulatrice aérienne leur procurera le transport le mieux adapté à leurs besoins.

La gare sanitaire aérienne devra s'inspirer des aménagements pratiques du nouvel aéroport du Bourget le plus moderne et le premier du monde, de son aire d'embarquement, de ses terrasses-tribunes, de ses bureaux, de ses salles d'attente. Longue de 235 mètres l'aérogare du Bourget présente un immense hall, une aire d'embarquement cimentée sur laquelle évoluent les avions par leurs propres moyens ou remorqués par les tracteurs. Toutes les fenêtres toutes les ouvertures s'ouvrent sur l'aire d'embarquement.

A la partie centrale se trouve le poste de vigie du Commandant de l'aéroport, vaste salle vitrée offrant une vue circulaire, facilitant la transmission des ordres de décollage et d'atterrissage.

A chaque étage, une terrasse tribune spacieuse a été aménagée pour voir les départs et les atterrissages des avions. Au deuxième étage, un restaurant de 63 mètres de long a ses tables disposées en gradins, afin d'admirer à travers les grandes baies vitrées l'activité du Bourget où en 1936 il a été enregistré un mouvement de plus de 100.000 passagers aériens. Le trafic est aussi intense que dans les plus grandes gares de chemins de fer. Les avions y partent et y arrivent avec la régularité des trains et vous donnent l'impression d'assister toujours à un rallye international d'aviation, tant le mouvement est developpé. Pour la gare sanitaire aérienne, il faudra ajouter des salles d'examen et de triage de malades, de blessés, de gazés, bien éclairées par de larges baies vitrées, dotées de l'eau courante, de l'électricité, du chauffage central.

La gare régulatrice aérienne, centre vital des évacués sanitaires d'urgence, permettra de les amener à destination au mieux et le plus vite possible.

Elle restera la première pour faciliter parfaitement le départ du

front des blessés non récupérables et pour maintenir au front les blessés récupérables, remis en état de reprendre leur place au combat. Par elle, la préoccupation principale des Chefs des Armées de vite ramener à l'intérieur les hommes hors de combat sera dégagée et d'empêcher les blessés guéris à court terme de quitter le front sera évitée. Elle apportera ainsi, les meilleurs éléments pour obtenir la Victoire.

INERTYL CHARVOZ
COMPRIMÉS
CACHETS - GRANULÉS
INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

De l'identité de l'immunité et de l'anaphylaxie

Docteur Jacques FLEURY

Ancien Interne de l'Hôpital E. Conseil

Médecin de la Santé Publique — Medjez-el-Bab

Les auteurs classiques considèrent l'Immunité et l'Anaphylaxie comme deux états de l'organisme absolument contraires : l'Immunité étant l'état de « Protection », l'Anaphylaxie l'état de « Non protection ». Les faits vont nous démontrer que cette conception est erronnée: erreur dûe, 1° à l'oubli dans lequel restèrent les expériences capitales d'Auguste Lumière, 2° à la «méthode expérimentale». Dans l'interprétation qu'ils ont donné du phénomène en le désigant sous le nom d'Anaphylaxie, Richet et Portier ont incontestablement commis une confusion. En l'espèce, dit A. Lumière la première injection d'actino congestine toxique n'a nullement eu pour effet de renforcer l'action spécifique du poison, mais bien de faire apparaitre dans le sérum et les humeurs du sujet traité une propriété nouvelle qui n'a rien de commun avec la toxicité primitive de l'extrait.

Lumière en donne d'incontestables preuves :

a) Les accidents déclanchés par une deuxième injection d'extrait de tentacules d'actinies sont entièrement différents des troubles occasionnés par l'extrait primitivement injecté, et cette constatation a été faite par Richet lui-même qui a observé à la suite de l'imprégnation secondaire, du prurit, des vomissements, de la paraplégie, alors que l'actino congestine administrée une première fois même à dose cinquante fois plus forte, ne provoque jamais de symptômes semblables.

b) Les troubles engendrés par le poison des actinies n'apparaissent qu'un certain temps après l'introduction du toxique dans l'économie et surviennent quelle que soit la voie par laquelle il est injecté (sous cutanée, intra-musculaire, intra-veineuse, parentérale), tandis que les effets nocifs de l'injection seconde sont immédiats et ne se manifestent que quand la substance déchainante a été introduite directement dans la circulation.

c) La même sesibilisation et les mêmes effets ont pu être réalisés

au moyen de protéines telles que l'ovalbumine, le sérum de cheval qui sont primitivement dépourvues de toute toxicité.

la plupart des matières albuminoïdes sont capables de conférer l'état de sensibilisation anaphylactique et dans tous les cas il n'y a aucun renforcement de poison, puisqu'il n'y a pas de poison. Il s'agit simplement de la création de toutes pièces d'une propriété humorale particulière qui fait que le sujet sensibilisé réagit à une protéine étrangère à son organisme.

d) Les caractères des accidents anaphylactiques sont pathognomoniques, de cette anaphylaxie et diffèrent essentiellement et totalement des troubles provoqués par les poisons chimiques quels qu'ils soient.

e) La voie par laquelle la dose déchaînante pénètre dans l'organisme, sa rapidité d'introduction a une influence capitale sur le déclanchement des accidents.

f) La possibilité de protéger contre le choc cataclysmique de l'injection seconde par un choc atténué préalable réalisé soit au moyen d'antigène spécifique (méthode de Besredka), soit au moyen d'un précipité insoluble et chimiquement inerte, prouve que le phénomène est d'ordre mécanique, physique et non chimique. Il n'y a dans l'anaphylaxie production d'aucun poison. Au point de vue philosophique il est d'ailleurs tout à fait illogique et inadmissible qu'un corps, non toxique pour l'homme comme le sérum de cheval, puisse devenir toxique alors que sa composition reste toujours la même.

L'anaphylaxie ne doit plus être considérée comme une maladie spéciale dûe à l'action propre des albumines, mais bien comme une réaction de l'organisme, réaction forte, parfois violente, marque indéniable de l'excitabilité du sympathique, de la vitalité biologique. L'organisme seul est responsable de ses troubles.

g) Les symptômes et les caractères particuliers de l'anaphylaxie se retrouvent intégralement dans l'injection des précipités chimiquement inertes. Les accidents de choc et les lésions qui en découlent sont toujours les mêmes, quelque soit la composition de l'albumine utilisée, quelque soit la constitution chimique du précipité.

En présence des agents étrangers pénétrant par effraction l'organisme réagit d'une façon unique, « il essaie de se débarasser de tout ce qui a forcé la barrière, par tous les moyens en son pouvoir».

C'est la grande loi de rejet, le processus d'intolérance; la banale

introduction d'un grain d'amidon sous la peau détermine immédiatement un afflux de leucocytes chargés de le digérer. Lnmière a poussé plus à fond l'expérience: des suspensions de particules de carbone, de noir de fumée, très divisées, absolument insolubles, incapables d'action d'ordre chimique, introduites dans le sang déclanchent aussitôt des symptômes comparables à ceux des maladies aigues: fièvres, états congestifs, diarrhée, convulsions. Tous ces accidents sont indépendants des précipités injectés. Ce sont des phénomènes d'ordre mécanique, physique, engendrés par l'excitation résultant du frottement des particules solides sur les terminaisons endo-vasculaires du sympathique.

C'est par l'intermédiaire du sympathique que l'équilibre vital est sans cesse réalisé.

Chez le sujet sain il existe normalement dans le sang des particules en suspension qui exercent un certain degré d'excitation des terminaisons du sympathique. Cette excitation assure le tonus normal et nous avons l'individu « bien portant ».

Dès que la proportion des éléments excitateurs varie, le tonus varie en modifiant la vaso-motricité, la myo-motricité les excrétions tissulaires et glandulaires.

L'effraction par un corps étranger modifie le tonus du sympathique et cause les accidents.

Il existe des processus d'ordre général de défense, un potentiel de vitalité normal. Toute l'histoire de la contagion nous montre chez l'individu la déficience ou les forces de cette défense (Immunité naturelle).

La science nous offre les moyens de réveiller ou de provoquer ces phénomènes: par la vaccination, la proteinothérapie, l'anaphylaxie.

Toutes les substances étrangères ne possèdent pas le même pouvoir d'exitation sur le sympathique.

C'est ainsi qu'il y a des corps tolérés dont l'injection ne provoque aucune manifestation.

Ce sont les corps dont la constitution physique ou chimique est telle qu'ils puissent faire partie de notre sang. Tout corps directement ou facilement «assimilable» par réaction chimique instantanée ne provoque pas de choc (ex: la quinine, l'huile camphrée, les graisses, les sucres).

Il y a état d'intolérance pour toutes les subtances qui en raison

de leur constitution physique ou chimique ne peuvent entrer directement dans la composition de notre sang et ne peuvent donc rester dans notre organisme sans y causer des désordres passagers ou durables.

L'immunité et l'Anaphylaxie ne peuvent s'obtenir qu'avec les corps non tolérés, corps qui sont les sérums, les albumines de l'œuf: en un mot les albumines possédant les principes de vie que sont les ferments, les albumines «vivantes». Leur injection chez l'homme, milieu chimique différent provoque la lutte entre deux formes de vie. Le combat se manifeste au clinicien par la symptomatologie du choc.

Nous savons que le seul moyen de rendre un sérum inoffensif au point de vue anaphylactique, est de le chauffer à 100°, température à laquelle, devenu chimiquement inerte, il est facilemnt assimilable.

Par la voie digestive toute substance est rendue tolérable. Nous mettons bien entendu à part les poisons directement incompatibles avec la vie.

La vitalité du sérum doit être entière pour provoquer les accidents, et si de très nombreuses expérimentations ont pu sensibiliser avec du glycocolle ou avec tout autre substance albuminoide isolée du sérum, ils n'ont par contre jamais pu déclancher les accidents anaphylactiques avec la seule substance en injection seconde.

Tolérance pour les corps dont *l'assimilation est facile.*

Intolérance pour les corps non assimilables ou difficilement assimilables, sembent être les deux états de l'organisme.

Lumière a prouvé que dès que variait la proportion des éléments excitateurs du sympathique, se produisait les accidents de choc.

A l'état normal les corps assimilables sont incapables comme nous l'avons vu de provoquer des accidents, car l'excitation qu'ils exercent sur le sympathique est trop faible et trop courte.

Un morphinomane supporte sans accident des doses élevées d'allonal, d'aspirine.

Mais au moment de la démorphinisation le sympathique dont le tonus était presque totalement aboli, se réveille, redevient excitable par rapport à son état antérieur. A ce moment le morphinomane sensibilisé à l'allonal fera des accidents d'intolérance avec un corps qu'il avait jusqu'alors toléré.

Il n'y a qu'un seul état de l'organisme, l'Intolérance qui se révèle avec plus ou moins d'énergie selon les divers états du sympathique; cette intolérance va de la simple digestion à l'Immunité et à l'Anaphylaxie.

L'inflammation est la manifestation locale de l'intolérance vis à vis du microbe pathogène. Le phénomène d'Arthus est la manifestation locale de l'intolérance vis à vis de l'albumine.

L'abcès survenant chez le morphinomane a l'aspect d'un abcès froid; son développement est interminable.

Au moment de la démorphinisation l'inflammation apparait et l'abcès suit l'évolution habituelle.

Classiquement on dit que la vaccination amène l'immunité, la sensibilisation l'anaphylaxie. Mais nous allons voir que si l'on réalise dans les deux cas les mêmes conditions d'expérimentation en respectant les doses, la loi d'effraction (voie d'introduction) on peut sensibiliser aux microbes, vacciner aux albumines et que des deux façons on amène l'organisme à l'état d'intolérance, on aboutit à l'unicité des deux phénomènes si longtemps considérés comme absolument contraires.

1) Nicolle, Delanoë, Krauss et Doer ont facilement obtenu des accidents anaphylactiques par l'injection des corps microbiens vivants ou morts, de toxines, chez des animaux primitivement sensibilisés à ces antigènes. La vaccination amenant l'immunité active rejoint la sensibilisaton, amenant l'anaphylaxie active.

Lumière dit : «La vaccination a pour base l'anaphylaxie » quand la proteine vaccinale est introduite dans l'économie elle crée un état anaphylactique en conférant aux humeurs le pouvoir de précipiter les exotoxines et le protoplasma microbien, soit lors d'une première injection soit lors d'une deuxième injection vaccinale. La proteine du vaccin est sensibilisante.

Elle a créé par le mécanisme anaphylactique un état humoral antagoniste qui fait que les germes habituellement pathogènes ne peuvent plus évoluer sur le nouveau milieu organique.

2) Si l'on injecte à un animal du bacille d'Erberth par exemple, on donne à son sérum un pouvoir agglutinant (constaté in vitro) par ce microbe. De même si l'on injecte à un animal une albumine quelconque, son sérum acquiert un pouvoir agglutinant pour cette même albumine (anaphylaxie in vitro).

3) L'expérience typique de transmission d'anaphylaxie passive

prouve l'existence d'anticorps albumines dans le sang, comme les sérums spécifiques contiennent des anticorps spécifiques.

4) De multiples expériences prouvent la spécificité relative de l'anaphylaxie et de l'immunité(un animal vacciné contre le staphylo sera immunisé contre le staphylo etc... de même un animal sensibilisé à l'albumine sérum de cheval fera des accidents lors de la réinjection de cette même albumine).

Anaphylaxie et Immunité se produisent à la même date (7e ou 8e jour). Classiquement on ne peut obtenir l'anaphylaxie que lorsque l'Immunits est acquise.

5) De même qu'il est impossible d'infecter un animal vacciné, de même il nous a été impossible d'infecter un animal en état de choc anaphylactique même non spécifique.
D'autre part l'inoculation d'une dose mortelle de streptocoque pour le témoin ne provoque aucun trouble chez l'animal choqué à la gélatine.

6) Nous avons pu par ailleurs constater le fait suivant : si l'on prend un lapin vacciné contre une dose X mortelle de streptocoque et qu'on lui injecte une dose X+1, il meurt. Si l'on prend un autre lapin vacciné pour une dose X mortelle de strepto et sensibilisé au sérum de cheval et qu'on produise un choc, il résistera à une dose X+1+2+3 mortelle, de strepto.

Le choc chez un vacciné donne une immunité plus forte que la seule vaccination. Les phénomènes d'anaphylaxie nous apparaissent donc comme la manifestation d'une «*hyper-immunité*».

7) Richet inocula avec une dose toxique de congestine deux chiens l'un neutre, l'autre sensibilisé avec une faible dose. Le chien sensibilisé fit un choc mais se rétablit.

Le chien neutre d'abord indemne mourut empoisonné le 3e jour Raubitschek reproduisit l'expérience de Richet mais avec du sérum d'anguille et obtint les mêmes résultats.

Si l'on reproduit ces expériences avec des albumines directement toxiques (sérum d'anguille, sérum de mouton, sérum de bœuf) on peut tout en manœuvrant de manière à éviter le choc lors de l'injection seconde, vacciner contre une dose mortelle pour l'animal témoin.

8) L'Immunité et l'Anaphylaxie ont besoin pour se manifester d'une phase d'incubation de 8 jours. Ces 8 jours représentent le

temps nécessaire à l'organisme pour accumuler ses moyens de défense. (Afflux de leucocytes, diastases, ferments, etc...).

Nous voyons donc que si l'on respecte dans les deux cas les conditions d'expérimentations on fait avec l'Immunité l'Anaphylaxie et avec l'Anaphylaxie l'Immunité.

Immunité et Anaphylaxie ne sont pas deux états différents de l'organisme mais des stades progressifs de l'état d'intolérance. Si dans la pratique courante on a distingué Immunité et Anaphylaxie, vaccination et sensibilisation, c'est que dans le premier cas la dose «contagion» qui pourrait chez un individu vacciné faire fonction de «dose déchainante», n'est jamais suffisante, ne réalise jamais les conditions d'expérimentation dans les laboratoires et que sans pousser plus loin l'expérience nous avons pris l'habitude de juger l'immunité par le résultat, en voyant l'organisme échapper à la maladie, car dans un cas on a affaire aux microbes dangereux tandis que dans l'autre on traite avec les albumines non directement incompatibles avec la vie.

L'Immunité mène à bas bruit l'état d'intolérance, l'Anaphylaxie en est la manifestation bruyante.

HÉPATOGÈNES
PILULES TOUTES AFFECTIONS DU FOIE 2 aux repas

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 18 Juin 1937

—«0»—

La séance est ouverte à 18 heures sous la présidence du Dr Cuénod, doyen de l'assemblée;

Sont présents : Drs. Masselot, Marini, Biecheler, Minguet, Raynal, Jahan, Ghouila-Houri, Lamarche, Perez, Dirats, B. Duplenne, Barrouch, Eugène Henry, Hayat, Henry, Spezzafumo, Med. Colonel Lemoine, Brun, Maruani, Broc, Bèje, Coursieres, Med. Colonel Baur, Med. Capitaine Pèpin, Ben Milad, Cuénod, Cassar, Aldo Calo, E. Calo, E. Lévy, R. Nataf Lalloum, Dana Zerah, J. Guez, Bouquet, J. Scemla, Med. Capitaine Tanguy, Ruggiero, Demirleau, N. Triolo, Soria, Montefiore, Tremsal, Biechler, Laclavetine, Med. Commanadnt Debrie, Hababou Sala, Jo Chemla, Tremsal, Salvo, Guttieres, Ganem, Lehucher, L. Uzan, Moatti.

Lecture et adoption du-procès verbal de la séance précédente.

COMMUNICATIONS DU BUREAU :

Lettre du Med. Colonel Saulnier, s'excusant de ne pourvoir assister à la séance.

Lettre du Dr J. Fleury s'excusant de ne pouvoir faire sa communication et priant le président de transmettre à la Société le salut confraternel du professeur A. Lumière

Remerciement du président.

CANDIDATURES NOUVELLES :

1.) Med. Colonel BAUR, présenté par le Med. Colonel Saulnier et le Dr Minguet.

Adopté à l'unanimité.

2.) Dr Victor GHOUILA HOURI de Sousse, présenté par les Docteurs Moatti et Perez.

Adopté à l'unanimité.

Sommaire des Communications

Drs Biecheler et Lafourcade : Invagination iléale consécutive à l'invagination d'un diverticule de Meckel — Résection — Guérison 27

Drs Broc, Calo, Caruana : Pseudo artérite pulmonaire (présentation de pièce).
Discussion : Méd. Capitaine Tanguy.
(Paraîtra dans un prochain numéro)

Drs Ghouila Houri D. et Dubos : Rupture traumatique de l'urèthre 28

Dr Maruani : A propos d'un cas particulier de cancer du sein 29

Drs Brun-Coursières et Bège : Présentation de deux malades de chirurgie cervico faciale : 1) un osteosarcome de l'orbite g. 2) une volumineuse tumeur du cou, probablement sarcome... 31

Dr Cassar : Présentation d'un malade atteint de sarcomatose de Kapozi.
(Paraîtra dans un prochain numéro)

Drs Lehucher et Jahan : au sujet de la Technique de la colpopérinéorraphie pour déchirure totale du périnée ; Réfection de l'appareil sphinctérien par autoplastie ; lambeau emprunté aux releveurs..... 32

INVAGINATION ILEALE CONSECUTIVE A L'INVAGINATION D'UN DIVERTICULE DE MECKEL. RESECTION. — GUERISON

Par les Docteurs Biecheler et Lafourcade de Sousse

Présentation de la pièce

La pièce opératoire que nous avons l'honneur de présenter à la société est constituée par trente centimètres environ d'intestin grêle dans la lumière duquel, près d'une extrémité, fait saillie un diverticule de Meckel invaginé.

Les parois de ce diverticule sont très épaissies ce qui a rendu la désinvagination impossible. L'intestin grêle s'était invaginé à la suite du diverticule, la tête de l'invagination arrivant à une dizaine de centimètres de la valvule de Bauhin. La réduction du grêle avait été assez aisée et la paroi intestinale ne présentait pas d'altérations très graves: la résection a cependant été commandée par l'irréductibilité du diverticule, elle a porté sur toute la longueur des deux cylindres internes. La continuité intestinale a été rétablie par anastomose iléo-iléale latéro-latérale.

Le malade, enfant de cinq ans, opéré au quatrième jour, a guéri.

Cette observation sera publiée in extenso, ultérieurement.

RUPTURE TRAUMATIQUE DE L'URETHRE

par les Docteurs Ghouila-Houri et Dubos

J'ai l'honneur de vous présenter avec le Dr Dubos, Interne de l'Hôpital Civil Français un malade de 37 ans entré dans le service de M. le Dr Bouquet le 18 12 1937.

Il a été amené parce qu'il venait de faire une chute à califourchon sur une barre de fer large de deux travers de doigts.

L'accident est arrivé à 7 h. et demie

Le blessé est hôspitalisé à 11 h. A midi trente, aprés examen montrant la tuméfaction périnéale, le globe vesical et l'urèthrorragie, le blessé est opéré.

1° Cystostomie sus-pubienne.

2° Urèthrorraphie circulaire après resection de la partie contuse

Le 14e jour le tube de dérivation est enlevé, le canal est exploré: une bougie N° 16 passe facilement. Le malade mouille son pansement, mais au bout de 5 jours soit 19 jours après l'accident la plaie de la cystotomie se ferme et les miction redeviennent normales

Quelques jours après le malade quitte le service.

Pendant notre absence le blessé n'a pas été suivi et lorsque nous l'avons revu dernièrement la bougie N. 22 passe facilement.

Quelques séances de dilatation nous permettront de passer facilement un béniqué N. 60.

Nous avons cru intéressant de vous présenter ce malade parce qu'en somme il s'agit d'un excellent résulat obtenu rapidement en un lamps de temps très court : 35 jours après l'accident le blessé a quitté le service ce qui est appréciable.

Et à propos de la rupture traumatique de l'urèthre nous voulons préciser quelques points du diagnostic et du traitement.

Au point de vue diagnostic il n'y a pas de signe pathognomonique permettant de différencier les ruptures partielles des ruptures totales, mais en principe une rupture qui s'accompagne d'un hématome périnéal important doit être considérée comme une rupture totale et traitée chirurgicalement.

Au point de vue du traitement l'opération de choix est l'uréthrorraphie circulaire avec dérivation sus-pubienne à condition que l'opération soit faite d'urgence et aussi qu'il n'y ait pas de perte de substance très étendue (particulièrement de la muqueuse). Si le blessé est vu tardivement il faudra se contenter de faire une uréthrosto-

mie périnéale suivie d'autoplastie, opérations très longues souvent multiples confinant au lit pendant des mois un blessé qui ne demande qu'à se lever.

A PROPOS D'UN CAS PARTICULIER DE CANCER DU SEIN

par Mr Maruani

Messieurs, j'ai à vous présenter un cas bien particulier de cancer du sein, très intéressant par sa rareté et par l'étendue de son extension.

Vendredi dernier, une femme, âgée d'une cinquantaine d'années, est venue à ma consultation du Dispensaire St Vincent pour examen de ses seins et de son estomac.

Elle se plaint depuis un temps assez lointain de son sein droit, mais depuis quelques mois, surtout, le mamelon laisse soudre un liquide séro-sanglant et c'est ce qui inquiète le plus la malade; de plus cette pauvre femme, se plaint de son estomac. Depuis peu de temps elle ne peut plus manger que par petites bouchées et surtout des produits liquides ou semi-liquides, et ne peut les déglutir que très lentement. Son état général est excellent, elle ne se plaint de rien d'autre: elle a seulement maigri ces temps derniers. Enfin, comme antécédent personnel elle a été opérée à Civil, où on lui a enlevé sa matrice et ses ovaires pour salpingite chronique.

A l'examen, le sein droit, présente un mamelon, rétracté, douloureux, et suintant. Le sein est capitonné, il présente une induration tumorale qui prend toute la glande et qui adhère au plan cutané donnant lieu au signe de la peau d'orange.

Les ganglions axillaires sont nettement envahis.

Le sein gauche, présente un mamelon normal, mais, lui aussi, est capitonné, infiltré par une tumeur dure, envahissant toute la glande et le plan superficiel. Les ganglions axillaires sont à leur tour, nettement envahis.

En face de ces signes, on pose, le diagnostic de cancer du sein bilatéral, avec atteinte des ganglions axillaires. C'est là, une forme rare, que j'ai déjà vue, de nombreuses fois, surtout quand j'étais à la fondation Curie.

J'ai cherché, les métastases, les plus fréquentes, osseuses, thora-

ciques, pulmonaires, il n'en existe pas. Par contre, à l'écran, l'estomac se remplit lentement. Par petites gorgées, le liquide opaque descend à travers un canal, de contours irréguliers, et rigides qui représente la portion verticale de l'estomac; puis la baryte, atteint la portion horizontale, laquelle se présente normalement, souple et animée de contractions normales.

Le pylore et le bulbe sont normaux

En somme, comme le montre cette radiographie, il s'agit d'un cartonnage, avec aspect lacunaire et irrégulier de la portion verticale de l'estomac, aspect invariable avec les différentes positions données à la malade et avec la palpation. Il s'agit là, d'une atteinte cancéreuse de la portion verticale de l'estomac, atteinte qui a donné les signes fonctionnels ci-dessus signalés.

Nous sommes donc en présence d'une femme qui présente trois cancers, un à chaque sein, et un autre à l'estomac. C'est une association assez rare, la métastase gastrique étant peu signalée par les auteurs.

J'ai tenu à vous rapporter ce cas particulier, pour deux raisons : d'abord à cause de la rareté du cas, que j'avoue voir pour la première fois, 2°, à cause de la question du traitement qu'il pose.

Les radiothérapeutes, sont presque tous d'accord pour reconnaître que le cancer mammaire, au début, est justiciable de la chirurgie; si le cancer adhère au plan profond, il faut après l'intervention faire une stérilisation des cellules, qui ont échappé au bistouri, par une série de séances de radiothérapie profonde, suivie périodiquement par d'autres séries; c'est la radiothérapie préventive qui actuellement a fait ses preuves et a pris droit de cité.

Dans les récidives sur la cicatrice et les ganglions, c'est la radiothérapie qu'il faut employer; enfin dans les métastases, c'est encore à cette médication qu'il faut avoir recours.

Dans le cas qui nous intéresse, le secours de la radiothérapie est indispensable; si ce n'est pour guérir la malade, c'est au moins, pour la soulager et lui permettre de manger plus facilement.

DEUX MALADES DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

par les Docteurs Brun, Coursières et Bège

Nous vous présentons, ce soir, deux malades que le Dr Brun se propose d'opérer.

La première Fatma bent A..... 20 ans, est entrée dans le Service de chirurgie de l'Hôpital Sadiki, pour la volumineuse tumeur que vous pouvez voir au dessus de sa clavicule gauche, occupant toute la partie gauche du cou, et s'étendant même a delà de la ligne médiane. Cette tumeur, qui est apparue il y a 7 ou 8 mois, augmente progressivement et rapidement de volume. La malade souffre peu elle ne présente aucun trouble et compression tracheale, vasculaire ou nerveuse.

A la palpation la tumeur et uniformement dure, fixe, et elle présente à sa péripherie des nodules ganglionnaires nets. On trouve en outre à la palpation des creux axillaires des ganglions du volume d'un œuf de pigeon. Pas de ganglions inguinaux. La radiographie montre l'extension de la tumeur cervicale vers le mediastin.

La formule sanguine est la suivante :

Globules rouges :3.472.000
Globules blanc : 7.750 dont :
89 % de polynucléaires neutrophiles
4 % de mono; grands et moyens,
4 % de lymphocytes,
3 % de promyelocytes.

Il s'agit vraisemblablement d'un lymphosarcome qui sera soumis après exerese à la radiotherapie.

La seconde malade Fatma bent S..... 25 ans nous a été confiée par M^me^ le Dr Reymond De Gentile. Elle présente ainsi que vous le voyez un enorme sarcome de l'orbite gauche. Cette malade hôspitalisée déjà il y a un mois, avait refusé l'intervention. Lorsqu'elle est revenue consulter il y a quelques jours sa tumeur avait quadruplé de volume. La fente palpebrale, distendue, étalée, est deviée vers la gauche. Le globe oculaire n'est pas reconnaissable. Toute l'étendue de la tumeur est uniformement molle, et sa portion interne s'est ulcerée.

Cette malheureuse souffre énormément et demande a être opérée le plus tôt possible.

L'intérêt de ces 2 malades n'est évidemment pas dans la discussion

du diagnostic. Le pronostic lui-même est d'une gravité incontestable Nous vous les présentons parce qu'elles ont laissé croître leur tumeur jusqu'à un stade très avancé, ainsi que le font malheureusement grand nombre de malades qui viennent consulter à l'Hôpital Sadiki.

Nous vous avons montré plusieurs fois des malades de ce genre, après intervention. Mais les photographies ne sont pas toujours suffisamment expressives et nous avons pensé bien faire, en vous amenant ces malades, des aujourd'hui, avant tout traitement.

Travail du Service de Gynécologie de l'Hôpital Civil Français

AU SUJET DE LA TECHNIQUE DE LA COLPOPERINEORRAPHIE POUR DECHIRURE COMPLETE DU PERINEE REFECTION DE L'APPAREIL SPHINCTERIEN PAR AUTOPLASTIE LAMBEAU EMPRUNTE AUX RELEVEURS

par les Docteurs Lehucher et Jahan

Nous n'avons pas l'intention de vous décrire le procédé de la colpopérinéorraphie par dédoublement bien connu de tous les chirurgiens. Cependant nous désirons insister sur quelques points de technique: de fait dans cette intervention, comme dans toutes les opérations « plastiques » c'est le souci du détail dans l'exécution qui est le gage de la réussite complète.

I. L'incision : elle doit passer curviligne à concavité dirigée en avant dans la peau et ne garder aucun lambeau muqueux : la ligne de réunion tégumentaire par laquelle se termine l'opération ne tiendra que si l'on a de la peau saine et solide. De chaque côté de ce qui reste de l'anus deux incisions à concavité tournée en dedans compléteront la première incision.

II. Décollement poussé très en arrière de la paroi vaginale postérieure : cela de façon à atteindre les releveurs dans leur portion profonde, à les sous-tendre en rapprochant leurs bords internes. On est averti de ne pas aller plus loin, latéralement au moins par les pédicules de l'hémorrhoïdale moyenne qui ne seront intéressés qu'au minimum. Hémostase soignée destinée à éviter les Hématomes.

Fatma bent A... 20 ans

III. Dans les déchirures *complètes*, c'est à dire anus et rectum intéressés en plus de la rupture de l'appareil sphinctérien avivement aux ciseaux fins du bord inférieur de la paroi rectale déchirée Noter que dans cette déchirure il ne reste sur la ligne médiane et son voisinage que la muqueuse rectale: les parois musculaires se sont éversées, étalées, fuyant vers le dehors. On peut comparer ce fait à ce qui se produit dans la césarienne vaginale si on ne prend pas la précaution de fixer avec des pinces tire-balle ou en cœur toute l'épaisseur de la paroi cervicale et du segment inférieur inéressé: si cette précaution n'est pas prise la partie profonde muqueuse reste sur le plan de section, la paroi elle-même s'écarte vers le dehors, en plan fuyant, la tranche de section superficielle s'est éloignée de la ligne médiane de plusieurs centimètres. Occupons-nous pour le moment de la suture de la dite muqueuse avivée: suture à points séparés au catgut 00, nœuds faits du côté de la lumière rectale. Les nœuds effectués du côté opposé, vers le vagin, sont la cause des échecs constants et répétés des cures de fistules recto-vaginales opérées à travers la cloison, nous voulons dire sans section verticale complète de la cloison permettant l'abaissement de la muqueuse, ou si la fistule est trop haute la section totale avec sutures, nœuds en arrière, c'est à dire dans la lumière rectale. La réfection de l'anus est amorcée à ce moment et il faut déjà songer à lui laisser un calibre suffisant; cette réfection ne sera terminée qu'au dernier temps suture et raccordement à l'anus des débridements latéraux juxta anaux dont nous parlions dans le chapitre I incisions.

A ce moment on change de gants, après avoir fait à l'éther la toilette de la plaie périnéale; changement également du champ opératoire inférieur pour le moins. Le bout terminal de l'intestin est fermé par l'affrontement exact de la muqueuse mais nous l'avons dit tout à l'heure, les tuniques musculaires ont fui, étalées de dedans en dehors. Pour les raccorder un surjet au fin catgut ira les charger avec l'aiguille à pédale de J. L. Faure et matelassera solidement le plan muqueux préalablement refait.

IV. Réfection de l'appareil sphinctérien : un mot d'anatomo-physiologie. Les traités d'anatomie exposent longuement la physiologie du releveur, la portion interne élévatrice, la portion externe sphinctérienne. L'imbrication de ses fibres dans sa portion inférieure avec celle du sphincter externe, muscle strié, explique que les auteurs

cités par Poirier, Cruveilhier, Henle, Budge, Lesshaft Farabeuf et plus récemment Morestin, concluent que « la fonction du releveur rappelle et complète celle du sphincter externe del'anus». De plus l'innervation de ces deux muscles est en partie commune; si le nerf anal qui innerve le sphincter externe vient du honteux, il existe de plus un nerf sphinctérien accessoire né de la quatrième paire sacrée. Le releveur également reçoit un ou deux rameaux du plexus sacré; 3ème nerf sacré, accessoirement 2ème et 4ème.

Il parait donc logique quand ce muscle en anneau qu'est le sphincter externe a pratiquement disparu pour la plus grande part, dans le gros traumatisme qu'est la déchirure totale du périnée et cela d'autant plus que la déchirure est plus ancienne, d'aller emprunter par autoplastie musculaire un lambeau solide au releveur pour reconstituer l'appareil de contection détruit. L'expérience nous a prouvé la valeur réelle de cette autoplastie. Voici en quoi consiste notre technique personnelle: le rectum vient d'être refait quant à ses deux plans; à ce moment nous rechercherons dabord par dissection, grâce à nos deux incisions complémentaires qui entourent la moitié antérieure de l'orifice anal, ce qui reste du sphincter externe: les débris ont été retenus justement par les imbrications des fibres du releveur; à droite nous allongeons autant qu'il est possible le fragment retrouvé; s'il parait trop grêle on emprunte les éléments nécessaires au pied du releveur; à gauche nous taillons largement dans la partie interne du releverur un lambeau musculaire large de deux bons centimètres à base inférieure: ces deux éléments suturés par un point en x et affrontés par deux points au catgut fin vont reconstituer notre appareil sphinctérien.Mais il importe point capital, de solidariser le point d'union en x avec le plan musculaire reconstitué du rectum, à une hauteur suffisante, entendons à une distance convenable de la berge anale, de façon à éviter le défaut qui marqua nos premières oprérations de ce genre: si cette précaution indispensable n'est pas prise, la contraction ou même la tonicité du nouvel anneau musculaire aura tendance à invaginer toute la moitié antérieure du cercle anal.

V. Nous passerons rapidement sur les derniers temps de l'opération:

1° suture isolée des releveurs; les 3 fils antérieurs accrochant

au plus loin en arrière la doublure profonde de la paroi vaginale donc sans pénétrer dans le vagin.

2° résection en V; pointe du V en arrière, du lambeau vaginal exubérant, surjet au catgut fin réunissant les lèvres de la section vaginale. Ce temps technique facilitera l'exécution toujours délicate du «point de fourchette».

3° raccordement soigné, toujours délicat, des incisions curvilignes périanales à l'anus reconstitué: là encore pas de crins qui coupent, des catguts fins 0 ou 00.

4° suture des téguments périnéaux: nous avons insisté au début de cet exposé au chapitre Incisions, sur la nécessité de trancher en pleine peau à distance de la muqueuse. Cette suture bien étoffée, l'aiguille piquant un peu à distance et assez profondément, solidarisera le plan des releveurs avec le plan cutané, est effectuée aux gros crins de Florence. Le point de fourchette sera particulièrement soigné : nous piquons avec l'aiguille de Reverdin à gauche de la ligne d'incision cutanée pour ressortir dans le côté droit du vagin à 1 centimètre du rebord vaginal,l'aiguille ramène un gros crin; nous repiquons à droite de la ligne cutanée pour ressortir en un point gauche du vagin, symétrique au point qui vient d'être fait; le même crin saisi dans le vagin est ramené par l'aiguille: ce point applique le bord vaginal sur la ligne d'union verticale.

Soins post opératoires: Constipation 5 jours
purgation de 6ème
crins enlevés le 7ème

Pendant ce temps pas d'eau: ni injections ni lavements, ce détail est capital: attouchements à l'alcool du rebord vaginal et de la ligne de suture. Durée du séjour au lit entre 18 et 21 jours. Injections vaginales le plus tard possible. Sur une quarantaine de cas, la contention a toujours été bonne; nous n'avons pas eu à pratiquer de retouches. Nous nous excusons d'avoir insisté sur tant de petits détails; mais nous ne craignons pas de le dire et de nous répéter : dans les opérations plastiques le secret de la réussite est dans le soin minutieux donné à l'exécution du moindre détail.

C'est le contraire de la chirurgie au chronomètre; la rachi ou l'épidurale, à cette dernière nous comptons revenir, évitent les inconvénients d'une anesthésie générale prolongée. La durée de cette intervetion sans temps perdu est de 40 à 45 minutes.

Réactions entéritiques de la saison chaude

par le Docteur TAILLANDIER

(Sciences Médicales, 31 Juillet 1937)

Tout praticien compte dans sa clientèle des «fragiles intestinaux», entendons par là des sujets qui, soit par une affection intestinale ancienne, soit par une parasitose guérie ou en état de latence, soit même par simple déséquilibre vago-sympathique, présentent une fâcheuse possibilité de réveil d'un syndrome entéritique aigu, se manifestant plus volontier dans la saison estivale au cours de ses journées les plus chaudes. Le moindre écart de régime provoque chez ces malades des manifestations entéritiques qui, pour bénignes qu'elles soient le plus souvent, n'en son pas moins pénibles et gênantes et susceptibles d'entraîner, par leur répétition, un état de dénutrition et de fléchissement de la santé générale.

Le colibacille et autres hôtes habituels du tube digestif sont responsables de ces réveils dus à leur pullulation et à une virulence qu'ils ne possèdent pas en temps ordinaire. La coli-bacillose et d'autres infections localisées peuvent survenir par suite des érosions muqueuses se produisant à la faveur de ces épisodes aigus.

La thérapeutique de tels troubles doit s'inspirer de leur origine: les astringents, justifiés dans une certaine mesure ne doivent pas être administrés jusqu'à masquer l'état infectieux dont la diarrhée est le témoignage. Le vrai traitement rationnel et de fond de ces réveils entéritiques de la saison chaude repose sur la désinfection du milieu intestinal qui, pour être efficace, doit être obtenu par l'action d'un antiseptique non irritant. Les sels de l'oxyquinoléine, en particulier la iodochloroxyquinoléine (Entéro-Vioforme) qui se décompose lentement au cours du transit gastro-intestinal en libérant peu à peu des substances microbicides extrêmement actives qui sont immédiatement absorbées et fixées par les corps microbiens qu'elles détruisent, sont les plus recommandables. Nulle réaction irritative n'accompagne l'absorption de ce médicament qui s'administre aux repas, à la dose de 2 à 6 comprimés de 25 centigr. par 24 heures.

Rapidement améliorés par une telle médication, les malades peuvent se permettre un régime alimentaire plus élargi et traverser sans réveil entéropathiques la période chaude estivale.

Fatma bent S... 25 ans

La Tunisie Médicale

FÉVRIER 1938

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

L'article qu'à ma demande les Docteurs Cardis et Gilliard ont bien voulu écrire pour notre revue, met au point la question du rôle de l'atélectasie dans l'Electivité du Pneumothorax.

Tout le monde connait aujourd'hui les travaux de Cardis sur le sujet d'actualité qui est l'atélectasie. On ne peut passer sous silence les études de cet auteur sur l'essaimage post hémoptoïque, la topographie des rechûtes dans la tuberculose de l'adulte, la soupape inverse dans les perforations pulmonaires. Chacune de ces études a eu comme conclusion une acquisition définitive en phtisiologie.

Ces travaux importants, les nombreuses publications faites par Cardis tant à la société des Médecins de Leysin qu'à la Société d'Etudes Scientifiques sur la tuberculose l'ont fait désigner pour poursuivre la publication de la nouvelle Edition de l'admirable précis de Phtisiologie de Giraut qui mériterait de porter en exergue la devise «Multa paucis»; chacun possède ou a feuilleté cet ouvrage si riche de notions scientifiques et de faits pratiques. Ceux qui l'ont médité ne peuvent que reconnaître son extrême clarté, sa présentation attachante et surtout le caractère d'œuvre personnelle qu'il possède à un haut degré.

Cardis en a pieusement respecté les qualités tout en tempérant la fougue du style de l'admirable polémiste qu'était Giraut. Il a su avec bonheur ajouter de courts passages de mise au point des questions nouvelles et prendre une position nette vis à vis des problèmes les plus controversés de la phtisiologie. Il a ainsi conservé à la publication son caractère d'absolue sincérité.

L'épuisement rapide de cette nouvelle édition montrera qu'il a parfaitement réussi dans une tache aussi délicate.

Dr F. Masselot.

Acquisitions récentes en physiopathologie pulmonaire; la réaction d'immobilisation (1)

par F. CARDIS et A. GILLIARD

Travail du Sanatorium Belvédère, Leysin
Médecin-Directeur Docteur F. Cardis

La pratique journalière du pneumothorax et de la radioscopie a permis aux phtisiologues de compléter, par une étude radioclinique, les notions de physiopathologie pulmonaire qu'ils doivent aux physiologistes. Nous ne signalerons dans ce travail aucun fait qui ne soit maintenant bien connu; nous nous efforcerons simplement de dégager quelques unes de ces acquisitions récentes.

Nous décrirons tout d'abord diverses variétés de pneumothorax; puis nous nous arrêterons plus longuement sur l'étude du pneumothorax électif. Nous définirons le phénomène de l'électivité et, après avoir énoncé et critiqué les différentes théories qui tentent de l'expliquer, nous terminerons en exposant nos idées personnelles sur la question.

Que voit-on à la radioscopie d'un thorax normal ?

Le jeu harmonieux et symétrique du gril costal et des diaphragmes, agrandissant le thorax dans tous les sens pendant l'inspiration, l'équilibre du médiastin, la clarté des plages pulmonaires, légèrement diminuée à l'expiration. Nous avons sous les yeux l'image de la fonction normale du poumon.

A. Pratiqué sur un *poumon sain*, le pneumothorax n'en changera que peu le comportement radio-morphologique. Le moignon restera extrêmement mobile; l'air se répartira dans la plèvre sous la forme d'un manteau, selon la place qui lui est laissée par la rétraction du poumon, lequel, gardant exactement ses proportions, se retrécira dans toute ses dimensions. En un mot, nous aurons affaire à un *pneumothorax anélectif* (a privatif et *n* euphonique). Fig. 1

(1) D'après une conférence faite à la Société de Médecin de Davos, le 23 janvier 1937.

Le collapsus anélectif est l'expression de la fonction pulmonaire conservée dans tout le parenchyme. On pourrait dire que le contour régulier du moignon est la «silhouette fonctionnelle» du poumon respirant. Le moignon reste très mobile et se dilate dans tous ses diamètres à l'inspiration. Sa clarté est uniforme et à peine moins grande que celle du poumon normal. Le collapsus, en général peu important, résulte (abstraction faite des forces de tension superficielle s'exerçant à la surface des alvéoles) du jeu normal de la détente élastique du parenchyme, laquelle est d'autant plus grande qu'on s'éloigne davantage du hile.

Le pneumothorax anélectif se rencontre dans tous les cas où la fonction pulmonaire est conservée intacte malgré les insufflations et malgré la présence éventuelle de lésions. Ainsi nous aurons, dans la règle, un anélectif pur dans le cas du *pneumothorax controlatéral*, pratiqué du côté sain quand une symphyse pleurale interdit l'action directe sur le poumon malade, et dans le cas où le viscère collabé ne contient que des lésions minimes, très corticales ou juxtascissurales, l'interlobe étant symphysé, ou au contraire très centrales, voisines du hile.

Dans l'emphysème, le collapsus se fera difficilement et sous forme anélective, car, d'une part les propriétés élastiques et rétractiles du parenchyme sont diminuée, et d'autre part la fonction respiratoire est fortement réduite. En effet, quand le poumon opposé a perdu une grande partie de sa valeur, tout se passe comme si une impérieuse sollicitation fonctionnelle imposait au poumon qui assure l'hématose de se collaber le plus économiquement possible, c'est-à-dire sous la forme anélective. Ce fait est naturellement souvent observé dans le pneumothorax bilatéral.

Nous avons examiné jusqu'ici le pneumothorax anélectif d'emblée. Il existe aussi une *anélectivité secondaire*, celle qui succède à une autre modalité de collapsus. Elle se rencontre surtout en cas de résorption rapide d'un foyer, le poumon redevenant en quelque sorte normal, ou en cas d'aggravation d'une lésion contro-latérale provoquant une perte importante de la fonction.

Un caractère non plus morphologique, mais clinique de cette variété de pneumothorax est ce que Burnand a appelé *l'insatiabilité*. Pour employer l'expression imagée de Rossel, un poumon sain sous pneumothorax sera un poumon «recalcitrant». En effet, en

l'absence de lésions pleurales ou parenchymateuses, le maintien du collapsus est difficile. Cela tient aux conditions de la résorption Celle-ci, dans les grandes lignes, est parallèle à la surface de la plèvre viscérae, à l'intégrité de la séreuse et enfin, à la mobilité du moignon, expression de sa fonction conservée. Le pneumothorax anélectif réalise dans la plus large mesure ces trois conditions. Il est dès lors extrêmement malaisé de créer ce que nous appelerons la «poche d'inertie» et qui traduit le rapport entre le volume de l'air résorbé et celui de l'air insufflé. Si la résorption a le temps de se faire presque complètement entre deux insufflations, à chaque fois qu'on enfoncera l'aiguille, on se trouvera quasiment dans les mêmes conditions qu'à la création du pneumothorax. Il faudra multiplier les insufflations, et souvent on ne devra un repos relatif qu'à une pleurésie fortuite laissant derrière elle des plèvres épaissies et peu mobiles.

B. A l'opposé du cas où le parenchyme collabé est sain, envisageons maintenant le pneumothorax pratiqué sur une *pneumonie caséeuse lobaire*. Remplis d'exsudat, les alvéoles ne peuvent en aucune manière se collaber. Le lobe atteint forme un bloc inerte, invariable au deux temps de la respiration. Il est simplement déplacé, entraîné par son poids vers le diaphragme. Les lobes sains sont relativement plus collabés que le lobe malade, et ceci surtout en expiration. Nous sommes en présence d'un *pneumothorax contro-électif*, c'est-à-dire dans lequel les parties saines du poumon sont plus collabées que les parties malades.Son apparition reconnait deux causes: La première est - comme dans le cas de la pneumonie - l'impossibilité de la rétraction d'emblée des lésions. L'aboutissement en est ou bien la perforation pleuro-pulmonaire le plus souvent mortelle, ou bien la rétraction cicatricielle lente qui mène à l'électivité tardive. De la seconde cause relèvent la plupart des échecs de la collapsothérapie de Forlanini: c'est la présence d'adhérences électives, situées en rgard ds lésions. On a affaire alors à un «mauvais pneumothorax», non seulement inefficace, mais dangereux par les risques de déchirure pleurale et par la perte de parenchyme sain qu'il représente, s'il est poussé trop énergiquement. (fig. 2 Poumon g.)

C. Enfin, nous en arrivons au cas le plus habituel, c'est-à-dire à celui du pneumothorax institué sur une *lésion banale*, relative-

ment discrète, n'intéressant qu'une partie d'un lobe et laissant autour d'elle une proportion importante de tissu intact.

Il n'est pas rare d'observer alors une rétraction *instantanée* de tout le lobe porteur des lésions, aussi bien dans ses parties malades que dans ses parties saines. Marquée d'abord surtout dans les régions corticales, cette rétraction s'étend rapidement jusqu'au collapsus massif et à l'opacité totale du lobe entier. Cette opacité totale et permanente a pour corollaire fonctionnel une immobilité frappante et immédiate. Les seuls mouvements encore présents sont communiqués par les parties respirantes, si une symphyse de la scissure a supprimé l'indépendance des lobes (Fig. 3 Poumon g.)

Nous venons de décrire le pneumothorax électif d'emblée, c'est-à dire un pneumothorax dans lequel la rétraction est maximale, presque exclusive au niveau du lobe malade. Cette électivité est d'autant plus remarquable en inspiration, quand les lobes sains prennent toute leur expansion. Et nous disons électif *d'embée* parceque nous le répétons, le phénomène de l'électivité se produit dans les instants mêmes qui suivent la première insufflation. Nous en avons vu souvent s'instituer derrière l'écran quelques minutes après l'installation du pneumothorax.

On parlera *d'électif de retour* (Fig. 3 Poumon droit) quand, le poumon ayant été collabé en entier au début, on assiste à un développement progressif des lobes sains, tandis que le lobe atteint reste retracté, opaque et immobile. Enfin, le terme d'*électif secondaire* ou *tardif*, aboutissement possible, comme nous l'avons vu, d'un contro-électif, s'applique à un processus progressif de cicatrisation; ce sont alors les parties malades seules qui se rétractent, par l'organisation de l'exsudat intra-alvéolaire, les fibres conjonctives plus courtes se substituent peu à peu aux fibroblastes. (Fig. 4)

∴

Plusieurs explications ont été proposées pour le phénomène de l'électivité.

La première en date émane de Parry Morgan. Cet auteur prouva expérimentalement qu'un poumon partiellement injecté de gélatine et soumis à une aspiration sous cloche pneumatique, ne se dilate que dans ses parties non atteintes par l'injection. Il en déduit que l'exsudat qui remplit les alvéoles s'oppose à leur expansion et conclut que là est l'explication de l'électivité.

L'expérience sur laquelle s'appuie Parry Morgan est irréfutable, mais elle ne prouve rien de plus que le fait bien évident que des alvéoles remplis d'exsudat ne peuvent plus ni se dilater, ni d'ailleurs s'aplatir. Nous voyons donc dans cette expérience; non l'expliction de l'électivité, mais bien plutôt celle de la contro-électivi-é du pneumothorax sur pneumonie lobaire, puisque les alvéoles gonflés d'exsudat ne s'affaissent pas, et encore, si ces alvéoles ne se dilatent plus, une réalisation expérimentale de ce que nous avons appelé d'électivité de retour.

Peu après, Gwerder-Pedoja revint sur la question et émit la proposition suivante: il existe une expansion active des lobes sains. Or, cette théorie n'est que le renversement de la précédente : seuls les lobes sains se dilatent, car le lobe malade reste inerte, d'où électivité. On ne peut en aucune façon admettre une activité ou une élasticité d'expansion propre du poumon qui est, jusqu'à plus ample informé, un organe passif dans l'inspiration. Il ne fait que suivre les mouvements de la cage thoracique transmis soit par les plèvres jointes, soit par la poche gazeuse du pneumothorax.

Bernou a d'ailleurs fait justice de cette théorie et a proposé celle de la rétractilité des *lésions* tuberculeuses. Sa conception reposait sur un fait certain, mais elle n'expliquait que l'électivité secondaire. Elle ne rend pas compte de l'immédiateté du phénomène, ni de sa topographie lobaire. Elle est incapable de faire comprendre l'absence de parallélisme entre l'importance de la rétraction qu'on peut dire proprement lésionnelle et l'importance du collapsus.

Enfin, Parodi fit intervenir le poids du lobe densifié, qui tend à le faire tomber. Le succès de cette idée évidemment erronée nous étonne. Peut-être réside-t il dans son extrême, pour ne pas dire excessive simplicité. En effet, si elle peut avoir une apparence de vraisemblance quand il s'agit d'électifs du sommet, elle devient parfaitement absurde en présence d'électif des lobes moyens ou inférieurs qui se rétractent vers le hile *malgré* la pesanteur. Il ne faut pas confondre chute et rétraction. Nous savons que la pesanteur peut abaisser un lobe opaque, bien décollé, mais nous savons aussi qu'elle ne l'amènera pas à se rétracter.

Aucune des théories jusqu'ici proposées n'apporte de solution satisfaisante au problème qui nous occupe. Cela est dû à ce qu'au-

cune d'entre elles ne tient compte de l'immédiateté de l'électivité d'emblée, ni de sa topographie lobaire.

La théorie doit envisager non seulement la lésion elle-même, mais aussi le tissu sain périlésionnel. Elle doit établir que le parenchyme sain se comporte de façon différente suivant qu'il fait partie d'un lobe indemne ou contenant, au contraire, des lésions.

Quittons donc la théorie et retournons aux faits. Nous voyons qu'un lobe pulmonaire est capable de s'immobiliser en totalité et que cette immobilité est accompagnée d'une rétraction progressive aboutissant à une opacité de tout le lobe. Nous avons donné à cet ensemble de faits le nom — qui n'engage è rien — de *réaction d'immobilisation;* et nous allons chercher à en établir le mécanisme.

Qu'elles sont les explications proposées pour cette évidente participation, à la réaction d'immobilisation, du tissu sain périlésionnel ?

Hautefeuille fait intervenir la loi de Donders qui veut que l'augmentation inspiratoire du volume thoracique entraîne l'expansion des alvéoles qui résistent le moins à la distension. Il postule que les alvéoles périlésionnels sont précisément ceux qui résistent le plus. Et il tente d'étayer son postulat par le fait que ces alvéoles sont «gênés par le voisinage de la lésion», «entraînés au repos par le repos fonctionnel de la lésion», «entravés dans leur jeu de dilatation», car «des coudures de bronches ou de vaisseaux peuvent se produire.»

Nous formulerons à l'égard de cette théorie les objections suivantes.

D'abord, la loi de Donders, qui est basée sur le fait que la rétraction d'une partie du poumon doit être compensée par la dilatation d'une autre partie, ne peut s'appliquer intégralement dans le cas du pneumothorax, puisque la présence du gaz pleural change le principe des compensations volumétriques purement pulmonaires. Ensuite, pourquoi la dilatation compensatrice ne se ferait-elle pas simplement aux dépens du tissu sain périlésionnel qui est le plus directement intéressé ? En effet les explications qu'invoque Hautefeuille ne sont que des expressions de la réaction d'immobilisation et non des explications de celle-ci. Enfin, si des coudures bronchiques sont admissibles, elles ne pourraient provoquer à elles seules un phénomène lobaire que si la bronche lobaire ou toutes les

bronchioles étaient oblitérées. Or, par la présence d'une expectoration bacilifère en dehors de toute lésion ailleurs que dans le lobe immobilisé, par les constatations nécropsiques auxquelles nous avons pu procéder dans un cas de pneumothorax électif rapporté à la Société de la Tuberculose, par la bronchoscopie enfin, nous savons qu'une obstruction de la bronche lobaire n'est pas indispensable et qu'elle ne saurait donc être toujours mise en cause. Nous doutons même qu'elle intervienne souvent dans le phénomène de l'atélectasie lobaire consécutive à l'électivité du pneumothorax. D'autre part, il est invraisemblable que le hasard fasse se coucher toutes les bronchioles d'un lobe jusqu'à entraîner l'atélectasie massive de ce lobe. Nous devons donc trouver ailleurs une explication.

Parmi les phénomènes s'apparentant à la réaction d'immobilisation, nous citerons tout naturellement le atélectasies lobaires qui apparaissent brusquement dans la tuberculose pulmonaire. L'atélectasie est caractérisée radiologiquement par son opacité (atelektatische Anschoppung de Fleichner) par la diminution du lobe opaque (prouvé par la migration de la scissure, la déviation du médiastin etc.), enfin, par l'immobilité respiratoire. L'analogie est frappante entre ces atélectasies et l'électivité d'emblée: même brusquerie d'apparition, même topographie lobaire, alors que les lésions causales n'intéressent qu'une partie du lobe.

Dans certaines lobites apparamment banales, nous pouvons prouver qu'il y a immobilité du lobe atteint : il se produit ce qu'on peut appeler la *respiration lobaire paradoxale;* la scissure limitant la partie inférieure du lobe s'élève à l'inspiration et s'abaisse à l'expiration. Le volume du lobe est donc plus petit quand le reste du poumon se dilate et inversément, ce qui ne peut s'expliquer que par un inertie fonctionnelle du lobe malade.

Ces atélectasies ne sauraient entrer dans le cadre des mécanismes classiquement invoqués. En effet, il ne s'agit certainement pas d'atélectasies par compression. D'autre part l'obstruction, qui joue un rôle évident dans les atélectasies succédant à une hémoptysie par exemple, ne peut être retenue ici. Nous avons vérifié à la bronchoscopie la perméabilité de la bronche dans un cas relaté à la Société Médicale des Hôpitaux; enfin, comme pour l'électivité, l'expectoration bacillifère, quand le reste des poumons est sain, et les constatations post-mortem excluent le mécanisme de l'obstruc-

tion. Il est donc bien établi qu'il suffit d'un faible rétrécissement bronchique pour conduire à l'atilectasie. De plus, l'immédiateté du phénomène rend impossible l'explication exclusive par le mécanisme de la résorption selon Lichtheim.

Nous devons donc penser que la réaction d'immobilisation est un phènomène biologique actif et non passif. Le fait que, entre deux insufflations de pneumothorax, on constate souvent une augmentation de la rétraction lobaire en est une preuve.

A quelle loi biologique pouvons-nous donc rattacher ce phénomène ?

La réaction d'immobilisation nous apparaît comme un phénomène de défense comparable à la paralysie fonctionnelle du diaphragme relevant de la loi de Stokes, sur laquelle Sergent insistait naguère, analogue à l'hémi-retraction thoracique du début de la pleurésie ou aux contractures musculaires immobilisant une région malade, paroi abdominale ou articulation.

La réaction d'immobilisation est donc d'ordre réflexe et comporte, per conséquent, un élément nerveux et un élément musculaire. Tout se passe come si nous étions en présence d'une *contraction réflexe* de toute la musculature lisse du poumon. Cette conception s'appuie sur la notion de la contractilité pulmonaire, notion ancienne mais longtemps négligée au profit de l'autre propriété importante de ce viscère, qui est l'élasticité. La musculature pulmonaire est extrêmement développée. Elle comporte un système péribronchique, avec une grande variété de réflexes dits proprio-ceptifs calibrant automatiquement les bronches, que Fleisch a étudiés dernièrement, et qui joue certainement son rôle. De plus, il existe un système musculaire de septa, dont Mobschott, Baudrimont et Baltisberger se sont spécialement occupés. Tout ce système musculaire lisse intralobaire, que certains auteurs étendent même jusque dans les parois alvéolaires, entrerait en contraction. Et cette contraction expliquerait non seulement l'affaissement progressif conduisant à l'atélectasie vraie du tissu pulmonaire, mais aussi l'immobilation et l'inertie fonctionnelle de tout le lobe. Notre manière de voir implique une certaine indépendance dans la fonction neuro-musculaire des lobes et nous ne pensons pas que cette proposition soit inadmissible.

Nous n'avons fait qu'avancer une hypothèse. Elle nous semble

expliquer le déroulement du phénomène avec la plus grande approximation. Il lui manque la vérification expérimentale ; nous l'attendons des physiologistes.

Plusieurs s'y sont essayés : Luisada avec ses électrobronchogrammes, Bernou et Swynghedauw avec une épreuve à l'atropine. Aucun n'a réussi à prouver que la contraction soit vraiment *pulmonaire*, c'est-à-dire n'intéressant pas exlusivement la musculature bronchique. Fleisch, après des séries d'expériences sur le lapin, obtient des résultats également décevants jusqu'à présent.

Notre conception n'en conserve pas moins sa valeur d'hypothèse de travail. Laissons les physiologistes devant leur problème ; pour nous, cliniciens, nous nous sommes contentés d'étudier soigneusement des faits et de les établir irréfutablement.

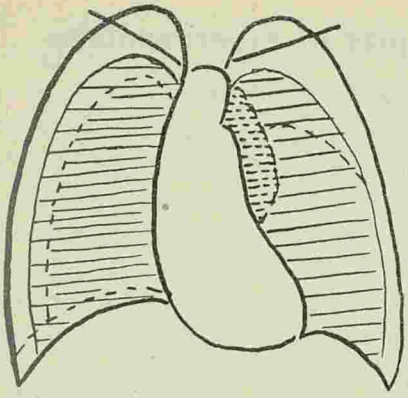


Fig. 1

A droite : Pneumothorax anélectif; la ligne pointillée représente la position du moignon et du diaphragme en expiration; la ligne en plein est celle de l'inspiration.

A gauche : Pneumothorax anélectif secondaire; le lobe supérieur a d'abord été électivement collabé (zone en pointillé), puis a repris son expansion.

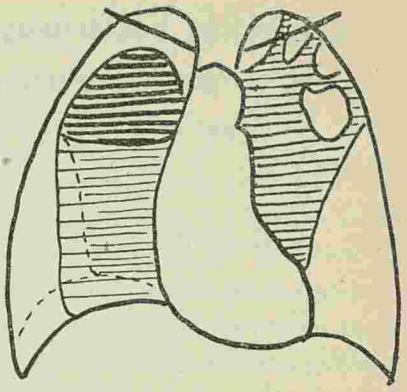


Fig. 2

A droite: Pneumothorax contre-électif sur pneumonie du lobe supérieur. En pointillé, position expiratoire.

A gauche: Pneumothorax contre-électif par adhérences électives.

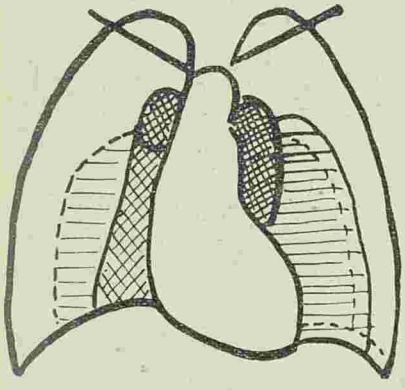


Fig. 3

A gauche; Pneumothorax électif d'emblée; la ligne pointillé désigne la position du moignon dans l'expiration.

A droite: Pneumothorax électif de retour; la région quadrillée indique le collapsus initial, massif, la ligne pointillée, le contour des lobes sains après réexpansion.

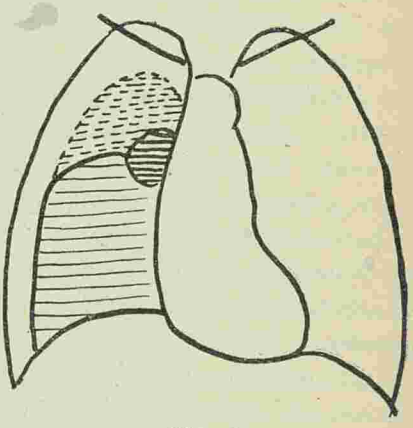


Fig. 4

Pneumothorax électif tardif ; le pointillé indique le lobe supérieur avant sa rétraction élective.

Recherches bactériologiques et expérimentales sur l'étiologie du Trachome

par les Docteurs **CUENOD** et **R. NATAF**

Messieurs,

Quelques-uns d'entre vous nous ont demandé à Nataf et à moi-même d'exposer, d'une manière sommaire, devant vous, où en était la question de l'étiologie du Trachome.

Je n'ai donc pas à m'excuser de traiter ici une question ressortissant plus particulièrement du domaine un peu spécial de l'Ophtalmologie.

Aussi bien s'agit-il d'un problème qui s'apparente à beaucoup d'autres appartenant à la médecine générale, d'où l'intérêt qu'il peut susciter chez tout médecin quel qu'il soit.

Nous devions nous exécuter à la dernière séance, avant les vacances. Aujourd'hui Nataf, qui suit à Paris les cours de l'Institut Pasteur, n'est plus là pour me prêter son concours et je me trouve seul à vous faire un exposé qui je le crains vous paraîtra non dénué d'aridité.

Le micro-organisme, agent causal du Trachome est-il enfin découvert ? Je crois que nous pouvons sans trop de présomption, répondre franchement par l'affirmative, et je vais essayer de vous faire partager ma conviction.

Evidemment les avatars de la science nous apprennent à être modestes et aujourd'hui en bactériologie, où tant de faits qui paraissent établis solidement sont battus en brèche, il faut être d'une prudence extrême.

Cette prudence je crois l'avoir eue, un peu à mon dam, malheureusement, puisque j'ai été devancé dans l'exposé de ma découverte par un confrère italien pratiquant au Brésil.

Sans faire un historique fastidieux de la question où tant de noms, et non des moindres, sont inscrits, permettez moi de rappeler brièvement les étapes qu'elle à suivies ici en Tunisie.

Au cours des recherches expérimentales sur le Trachome, commencées en collaboration avec Charles Nicolle il y a plus de 30 ans et continuées avec lui jusqu'en 1922,des résultats importants avaient

été obtenus relativement à la transmissibilité expérimentale du Trachome. Nous avons conclu à l'existence d'un *virus infectant* et en avions donné les principales caractéristiques physiologiques, notamment celle de son *aptitude à la filtration* et celle de sa longue conservation dans le testicule du lapin vivant.

Ce virus physiologiquement et expérimentalement démontré resterait-il toujours invisible morphologiquement ? Charles Nicolle essentiellement expérimentateur et physiologiste se désintéressait volontairement de cette question, qu'en clinicien et en praticien nous ne cessions de nous poser, désireux de posséder enfin un critère précis, démontrable aisément et rapidement en vue d'étayer le diagnostic, parfois si délicat, du Trachome.

Arrivées au point mort si l'on peut dire, nos recherches à l'Institut Pasteur subirent un temps d'arrêt, pendant lequel notre effort s'est surtout porté vers les travaux cliniques : Symptomatologie, traitement, prophylaxie et surtout biomicroscopie de la conjonctive, mais nous ne perdions pas de vue le problème étiologique et dès 1929 dans une communication intitulée «Ultra Virus et Trachome» nous émettions diverses hypothèses qui semblent se confirmer aujourd'hui.

C'était l'époque des retentissantes recherches de Charles Nicolle, relatives au pou et à son rôle dans la propagation du typhus exanthématique, époque où paraissaient également de divers côtés les importants travaux, au début très discutés par Charles Nicolle lui-même, sur les Rickettsias.

Etant donné que le Trachome sévit souvent dans les mêmes milieux que le typhus exanthématique, que les 2 cartes nosographiques mondiales se superposent assez exactement, l'idée nous vint et nous en parlâmes plus d'une fois à Charles Nicolle, que le pou et les Rickettsias encore énigmatiques n'étaient peut-être point étrangers à l'infection trachomateuse et nous nous sommes engagés dans cette direction.

Or, cette idée de la possibilité d'une infection par les Rickettsias prenait corps aussi chez un confrère du Brésil : A. Busacca qui étudiait lui aussi le Trachome dans un pays où se poursuivaient également sous la direction de Rocha-Lima d'importantes recherches relatives au typhus et aux Rickettsias.

Les première publications de Busacca ont précédé les nôtres.

nous avons été fort heureux de voir que nous n'étions pas les seuls à envisager une hypothèse fort audacieuse.

Quoi qu'il en soit, nous pratiquions journellement de nombreux prélèvements et nous essayions dans notre propre laboratoire tous les procédés de coloration et d'examen.

Nous constations constamment la présence de certains éléments ques dont sont encombrées certaines parties de frottis de pulpe trachomateuse et nous arrivions à la conviction que ces débris protoplasmiques plus nombreux dans le Trachome que dans toute affection conjonctivale avaient une signification et qu'ils étaient peut-être dûs à une action spéciale du virus trachomateux que l'on pouvait en conséquence rechercher à leur niveau.

En effet un examen attentif des frottis de pulpe de follicules trachomateux colorés au Giemsa, permettait de faire les constatations suivantes :

1°) Aspect de dégénérescence des gros mononucléaires connus sous le nom de cellules épithélioïdes;

2°) Lyse du cytoplasme de ces cellules;

3°) Présence de ponctuations graniformes très petites (0,2 à 0,3) très spéciales et très caractéristiques dans ce cytoplasme, qu'il soit adhérent encore au noyau ou qu'il n'existe plus que sous forme de débris dans leur voisinage;

4°) Présence de ces mêmes ponctuations dans le protoplasme des cellules épithéliales sous forme d'inclusions de Prowazeck;

5°)Présence à l'état libre de ces ponctuations graniformes atteignant parfois de grandes dimensions 1 μ et plus.

En raison de l'importance que nous attachions aux débris protoplasmiques signalés plus haut, nous les avons désignés plus tard sous le nom spécial de «Plastilles» qui s'explique de lui-même (goutelettes de plasma).

L'existence des ponctuations que nous signalons est indiscutable, mais il est difficile même à un fort grossissement d'apprécier leur forme exacte; elles sont tantôt ovalaires, parfois étranglées dans leur milieu, tanôt en haltères véritables, tantôt enfin sous forme de filaments.

Ces corpuscules présentent des analogies avec les inclusions épithéliales de Prowazek, leur dimension et leur coloration sont très variables et ils ne présentent guère, sauf pour les plus volumi-

neux la réfringence des bactéries habituelles; ils sont impossibles à cultiver sur les milieux usuels. Ils ne ressemblent, par ailleurs, en aucune façon ni à de banales condensations protoplasmiques ni à des mitochondries.

Notre première communication sur ces faits eut lieu à la séance de la Ligue du Trachome à Paris en Mai 1934 à laquelle assistaient les trachomologues éminents Morax, Mac-Callan, Baillart, Szimanski, Pagès etc. Ce fut un simple exposé oral qui ne fut accueilli qu'avec un scepticisme du reste plein de bienveillance.

Eliminant les causes d'erreur possibles nous reprîmes l'étude de la question et Charles Nicolle à Tunis et M. de La Personne voulurent bien publier une *note préliminaire* sur ce sujet brûlant d'actualité (1 et 2). Nous y précisions et confirmions les faits que nous avions signalés en 1934. Nous insistions sur l'importance des déchets lysés du cytoplasme des cellules épithélioïdes, nous émettions l'idée que l'émiettement du protoplasma périnucléaire de ces cellules n'était pas dû au seul éclatement des follicules lorsque on recueille leur contenu, mais bien à une véritable *lyse* préalable causée par le virus spécifique du Trachome. Nous insistions également sur la présence des *ponctuations* observables dans ces débris, émettant l'hypothèse, que la suite de nos recherches a pleinement confirmée, qu'il s'agissait d'éléments étrangers d'une extrême petitesse autour desquels était condensé du protoplasma rendant leurs contours et leurs formes véritables, difficiles à apprécier.

Dans une *deuxième note* (3) nous montrions tout le parti que l'on peut tirer dans l'étude en question de l'emploi de «cyanochine» qui donne une coloration négative des micro-organismes lesquels apparaissent en clair sur un fond bleu violacé. Les frottis de pulpe trachomateuse colorés avec de la bonne cyanochine sont extrêmement instructifs, les micro-organismes y apparaissent pour la plupart dégagés de leur gangue de plastine et en nombre extrêmement

(1) Cuenod. — Nouvelles recherches sur le Trachome, *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, Janvier 1935.

(2) Cuenod. — Note préliminaire sur la présence d'éléments infra microbiens dans les follicules trachomateux, *Arch d'Oph.*, Mars 1935.

(3) Cuenod et Nataf. — Deuxième note sur la présence d'éléments infra-microbiens dans les follicules trachomateux, *Arch. d'Oph.* Avril 1935.

considérable; la figure que nous avons donnée dans les «Annales d'ophtalmologie» rend bien compte de cet aspect, cette figure serait encore plus démonstrative si nous avions pu l'obtenir en couleur.

Notre *troisième note* (1) avait pour objectif les coupes colorées au Giemsa, de follicules et de tissu trachomateux, nous en avons donné des figures dessinées à la chambre claire et bien démonstratives accompagnées d'un texte objectif sommaire.

Ces coupes montrent des cellules épithéliales avec des inclusions de Prowazeck et des cellules épithélioïdes à gros noyaux hypertrophiés autour desquels foisonnent littéralement d'innombrables éléments rickettsiens. Un certain nombre de noyaux à l'intérieur des follicules sont, comme les cellules à inclusion de l'épithélium, chapautées d'un capuchon sombre formé de rickettsias agglomérées entre elles et enrobées dans de la plastine. Ce ne sont point d'ordinaires Mastzellen comme on pourrait le croire, la description que nous en avons donnée est entièrement nouvelle et riche croyons-nous d'enseignement : ce sont des cellules parasitées.

Dans une *quatrième note* (2) nous avons relaté nos premières recherches expérimentales, nous avons montré 1°) l'infection des poux d'élevage exempts de parasites intestinaux par la pulpe trachomateuse, l'obtention chez eux de véritables cultures «*in vivo*» de rickettsias dans leur intestin et 2°) l'infection expérimentale de la conjonctive du singe par ces mêmes cultures.

Depuis lors nous avons repris ces mêmes expériences en variant les procédés, nous avons fait des passages multiples et croisés de pou à pou, de pou au testicule du cobaye et vice versa, toutes expériences dont le résultat a été démontré positif tant morphologiquement qu'expérimentalement par le contrôle bactériologique constant et par l'inoculation au Magot.

Comme exemple nous nous bornerons à rapporter ici l'une de nos recherches expérimentales; en voici le protocole.

Inoculation du testicule infecté du cobaye à l'intestin du pou et après plusieurs passages au singe.

Le 22 Décembre 1936 M. C. D. âgé de 12 ans amené à la clinique

(1) Cuenod et Nataf. — Troisème note sur l'agent bactérien du Trachome, *Arch. d'Oph.* Mars 1936

(2) Cuenod et Nataf.— Nouvelles recherches sur le Trachome. Recherches expérimentales Mai 1936, *Arch. d'Oph.*

de la rue Zarkoun de Tunis par son père est reconnu atteint de Trachome à la deuxième période, il n'a subi aucun traitement, pas de conjonctives concommitante,follicules trachomateux des conjonctives tarsiennes et rétrotarsiennes volumineux et à l'état de maturité.

Ce jeune garçon conduit à l'Institut Pasteur de Tunis le même jour fournit par ponction (au couteau de Graefe) une pulpe trachomateuse abondante.

Délayée dans un peu d'eau physiologique cette pulpe est immédiatement inoculée dans le testicule gauche du cobaye 82. La température relevée les jours suivants n'indique aucun mouvement fébrile et le testicule ne présente ni sensibilité ni gonflement appréciable.

Au 7ème jour, le 29 Décembre, la glande est ponctionnée; on retire une sérosité rosâtre en très petite quantité qui examinée au Giemsa et à la cyanochine présente, à côté des cellules spéciales du testicule, de nombreux mononucléaires à protoplasma lysé, d'autres assez gros à cytoplasme bourré de ponctuations rickettsoïdes et de plastilles en morula, remplies d'éléments punctiformes analogues à ceux décrits dans le Trachome.

Là, comme dans les follicules trachomateux, le éléments rickettsoïdes sont agglomérés et comme englués dans une plastine épaisse qui augmente leur volume et rend leur contour peu précis et souvent même difficilement reconnaissable.

Le 30 Décembre l'animal est sacrifié; avec la pulpe du testicule broyé on inocule 80 poux d'élevage.

Le 7 Janvier 1937 un certain nombre de poux inoculés le 30/12/36 sont examinés; ils présentent tous dans leur intestin et en grande abondance des rickettsias bien visibles à la cyanochine, au giemsa et à l'azur (lame 70-71 et 72 c. bis).

Les poux restants servent eux-mêmes à de nouveaux passages pendant tout le mois de Janvier.

Le 2 Février étant en possession de poux infectés par un 6ème passage positif, nous avons inoculé avec eux le Magot Xéro, l'O. D. par scarification et l'O. G. par injection sous conjoncticale.

Le 13 Février on constate soit à droite soit à gauche des follicules très nets sur des placards hyperplasiés de la région retrotarsale.

Le 4 Mars O. D.: les placards des follicules dans le cul de sac

supérieur sont étendus, les follicules ont fusionné ensemble, nombreux follicules à la paupière inférieure, la caroncule elle même est tuméfiée et envahie.

Le 16 Mars nous avons fait un prélèvement à la curette, de pulpe trachomateuse sur des follicules mûrs et nous avons inoculé un nouveau Magot (M 97) exempt comme Xéro de follicules spontanés. Les frottis que nous avons faits avec la pulpe des follicules de Xéro nous ont montré morphologiquement des rickettsias en grand nombre.

Cette expérience se poursuit; dès maintenant il nous paraît logique de conclure que les Rickettsias ne furent pas seulement les témoins mais bien les agents même de l'infection trachomateuse, puisque le résultat chez Xéro était obtenu par des passages dans le testicule du cobaye et d'autres passages au nombre de six dans l'intestin du pou.

Parmi les nombreux expérimentateurs il semble bien que nous ayons été les premiers et peut-être les seuls à avoir obtenu des résultats aussi démonstratifs.

Le fait nouveau ici est d'avoir pu isoler et réaliser la culture «in vivo» dans l'intestin du pou et dans le testicule du cobaye des rickettsias des follicules du Trachome: cela nous a permis d'obtenir grâce à des reinoculations sur le singe, le rôle de tout premier ordre qu'ils jouent certainement dans la formation du tissu trachomateux.

Busacca à Sao Paulo et Szily en Allemagne ont inoculé du tissu trachomateux à divers organes chez des animaux de laboratoire notamment dans le vitré du lapin. Ils ont obtenu des nodues lymphocytaires, très intéressants, mais Busacca qui avait cependant retrouvé des rickettsias dans la vaginale des cobayes et des lapins inoculés antérieurment, dit n'avoir pas pu déceler avec certitude des éléments rickettsiens dans le vitré. Szily ne les a pas recherchés.

Les expériences de Polef au Maroc qui confirment entièrement les nôtres présentent un très vif intérêt. Polef familiarisé avec les cultures cellulaires à la Carrel est arrivé à obtenir des cultures abondantes «in vitro» des rickettsias du Trachome et à retrouver ces éléments dans les tissus inoculés des animaux de laboratoire (lapin, cobaye, pou, etc...)

En Résumé :

Les premières recherches expérimentales suivies pendant un long espace de temps sur le trachome ont été faites à Tunis dés 1907. Elles ont établi, ce qui était alors très discuté, que le Trachome est une maladie infectieuse, contagieuse et causée par un virus dont les principaux caractères physiologiques ont été nettement indiqués.

Sous l'impulsion donnée par les recherches relatives au typhus et aux rickettsias dans les différents Centres de bactériologie et notamment à l'Institut Pasteur de Tunis, de nouvelles recherches sur le Trachome ont été faites, recherches tant bactériologiques qu'expérimentales qui ont montré que le virus trachomateux était lié à la présence morphologiquement démontrable d'un infra organisme de la famille des rickettsias, comme Busacca et nous, l'avions pensé.

L'inoculation anale de pulpe trachomateuse au pou d'élevage, détermine chez eux la pullulation de cet organisme.

Après plusieurs passages il est encore apte à reproduire sur la conjonctive du singe et sur celle de l'homme les lésions caractéristiques du Trachome et notamment les follicules au sein desquels il est facile de le mettre de nouveau en évidence.

La preuve semble donc aujourd'hui faite que le Trachome est dû à l'infection de la conjonctive par des rickettsias, ceux-ci étant les agents eux-même du virus trachomateux.

Nous croyons donc avoir apporté la preuve tant morphologique qu'expérimentale que le trachome est une «RICKETTSIOSE» et que d'autre part le pou est, soit un réservoir, soit un des agents vecteurs du virus trachomateux et probablement le principal.

Nous avons signalé les recherches persévérantes de divers auteurs et notamment celles de Busacca, de Polef. Peut-être estimerez-vous que l'Institut Pasteur de Tunis a fait faire par les recherches que nous venons d'exposer un pas important, décisif même, à cette obsédante question de l'origine et de la nature du Trachome qui depuis près d'un siècle et spécialement depuis une trentaine d'années tient en alerte les ophtalmologistes du monde entier.

J'ajouterai en terminant que dès maintenant, des conclusions pratiques pour la *prophylaxie* et le *traitement* du trachome découlent des faits qui précédent. En prophylaxie : *propreté*, (*propreté*

des vêtements surtout), *épouillage* comme pour le typhus. En attendant de trouver un vaccin ou un sérum curatifs, ce qui présente dès maintenant d'assez grosses difficultés, nous avons eu l'idée d'adjoindre au sulf. de cuivre classique, le phénol à faible dose : 1/2 % en collyre et en injections sous-conjonctivales. On sait en effet que les Rickettsias sont particulièrement sensibles à cette substance. Je n'entre pas ici dans le détail de son application; qu'il me suffise de vous dire que depuis que nous l'employons, nos résultats thérapeutiques se sont fortement améliorés.

Note sur le traitement préventif et curatif du paludisme par le quinimax

par les Docteurs **LE FAUCHEUR** et **ROLLIN**

Des recherches sur : «l'efficacité thérapeutique du totaquina dans le paludisme humain» ont été effectuées dans de nombreux pays : en Algérie, en Espagne, au Maroc, en Italie, aux Etats Malais et en Chine. Elles ont fait l'objet en 1934, d'un rapport à la Société des Nations rédigé en partie, par Pampana, en partie par Fletcher.

Cet ensemble de recherches semble démontrer que « le totaquina est un remède presque aussi efficace que la quinine pour arrêter la fièvre et faire disparaître les parasites du sang périphérique».

En Tunisie, malgré les mesures prophylactiques mises en train par le regretté Docteur Villain et continuées par ses successeurs, l'endémie palustre reste un redoutable fléau social. Si, depuis l'épidémie de 1932-1933, le paludisme aigu a fait relativement peu de victimes, cette maladie par les déchéances organiques qu'elle entraîne à la suite d'accès répétés, cause, à échéance plus ou moins éloignée, une mortalité élevée. Pour l'ensemble de la Tunisie, la morbidité palustre de juillet à novembre, n'est pas encore inférieure à 15 %

Il faut mettre à part la région de Menzel-Temime où la prophylaxie par les synthétiques a donné des résultats remarquables et a fait descendre à 1 % le taux de la morbidité.

Tout médicament susceptible de rendre des services dans la lutte contre le paludisme intéresse donc le Service de l'Hygiène.

D'autre part, l'action de tel ou tel médicament sur les parasites du paludisme, peut être très variable suivant le pays, suivant les souches.

Il convient enfin, quand il s'agit d'une œuvre prophylactique aussi importante que la lutte antipalustre dans un pays, dont les ressources financières sont limitées de tenir compte du prix de revient.

Il nous a paru intéressant, compte tenu de tous ces éléments, de faire en Tunisie, une étude comparative des résultats obtenus

avec un totaquina, d'une part, avec les sels habituels de quinine d'autre part, dans le traitement préventif et curatif du paludisme.

Le produit utilisé a été le quinimax, totaquina combiné avec un dérivé phénolique.

L'expérience a été faite dans la circonscription de Souk-el-Khemis, à Aoudj, Cheikhat de Beldia. Nous avons choisi une région traversée par trois oueds: El Ouah, M'Sen et Bou-Artma, dont le débit est très faible en été et dont le lit, en cette saison, forme une série de marigots. La région est, de ce fait, très fortement impaludée.

L'expérience, sous la direction du Docteur Rollin et la surveillance de l'auxiliaire médical El Balti a porté sur une population de 408 personnes de tous âges dont 246 ont été soumises au traitement par le quinimax et 162 au traitement par la quinine. Elle a débuté le 22 juillet, date habituelle de l'apparition des accès dans la région du Nord de la Tunisie et a dû être arrêtée le 14 novembre, à cause du Ramadam.

Un infirmier a visité, journellement, les douars et a fait prendre, devant lui, les doses de médicaments; il n'a rencontré aucune résistance, n'a essuyé aucun refus, toute la population intéressée a accepté très volontiers, je dirai même avec plaisir, le traitement imposé.

Quelques personnes ont quitté la région; il y eu quatre décès: deux enfants morts d'entérite, 2 adultes de cachexie palustre. En fin de campagne, le premier groupe était de 216 personnes et le deuxième de 119.

Le traitement préventif appliqué a été le suivant :

Quinimax : 2 dragées par jour pour les adultes, de 1/2 à deux dragées, suivant l'âge, pour les enfants.

Les accès de fièvre ont été traités par des piqures de 1, 2 ou 4 cm3 de quinimax de 0,25, 0,50, 1 gr. de formiate de quinine pendant 4 jours. Puis, la chute de la température ayant été obtenue à chaque fois, le traitement préventif a été immédiatement repris.

Toute la population a déclaré unanimement que les piqures de quinimax sont indolores et que ce médicament ne donne ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles. Les piqures de quinimax étaient acceptées beaucoup plus volontiers que celles de quinine. Aucun symptôme d'intoxication n'a été constaté.

Avant traitement, l'index splénique était le suivant :

Premier groupe : 50 % de grosses rates, soit 71 rates palpables, 12 rates 1, 11 rates 2, 1 rate 3.

Nous avons appelé : rate 1, une rate débordant de un à deux travers de doigt, rate 2, celle débordant de trois à quatre travers de doigt, rate 3, toutes les autres.

En choisissant, comme nous l'avions fait, le lieu de l'expérimentation, nous espérions avoir affaire à deux groupes absolument similaires au point de vue infestation palustre. Il n'en a rien été, vous le voyez tout de suite.

Au mois de novembre, on a relevé les index spéniques suivants:

Premier groupe : 39,35 % au lieu de 50 %, soit 49 rates palpables 17 rates 1, 14 rates 2, 5 rates 3.

Deuxième groupe : 35,30 % au lieu de 37,66 %, soit 25 rates palpables, 11 rates 1, 6 rates 2.

Les index plasmodiques étaient :

Avant le traitement :

Premier groupe : 7,31 %
Deuxième groupe : 5,55 %

Après le traitement :

Premier groupe : 6.48 %
Deuxième groupe : 5,04 %

Dans le premier groupe, du 22 juillet au 13 octobre 43 personnes ont présenté des accès de fièvre; 20, du 22 au 31 juillet, 13 du premier au 29 août, 4 en septembre, 6 en octobre. Parmi ces personnes, dix ont fait des rechutes dans un délai variant entre 7 et 56 jours et trois une deuxième rechute après une période d'apyrexie de 30 à 60 jours.

Du 13 octobre au 14 novembre aucun accès n'a été constaté.

Dans le deuxième groupe, 13 personnes ont eu des accès de paludisme du 30 juillet au 15 août. A partir du 15 août, aucun accès n'a été constaté.

Nous devons signaler, tout de suite, que dans le Nord de la Tunisie : Béjà, Tabarka, Souk-el-Khemis, etc... c'est en octobre et en novembre que la morbidité palustre est la plus élevée et que d'ailleurs, dans les douars immédiatement voisin d'Aoudj, non soumis à une prophylaxie régulière, la morbidité, pendant cette période, a été de 15 à 20 %.

Pour chaque malade, des examens de sang ont été pratiqués avant et après le traitement curatif. Il nous a semblé fastidieux de donner les résultats pour chaque cas et nous nous contenterons d'indiquer les résultats d'ensemble.

Nous avons constaté, qu'au point de vue parasitaire, les résultats étaient sensiblement les mêmes avec le quinimax et le formiate de quinine.

Disparition des schizontes de malariae et de vivax.

Disparition des schizontes de falciparum dans la proportion de 50 %.

Persistance constante des gamètes.

Comparons, avant de conclure, le prix de revient de l'un et l'autre traitement : quinimax et quinine.

Le traitement curatif est plus onéreux avec le 1er médicament qui coûte 990 frs les milles ampoules, alors que le formiate de quinine coûte 780 frs.

Mais, en revanche, le traitement préventif est beaucoup moins cher avec le quinimax : pour 100 adultes traités pendant 4 mois, le traitement par la quinine revient à 2.960 frs et par le quinimax à 1.343 frs.

Conclusions. — Les traitements préventifs antipalustres pratiqués à Aoudj se sont montrés très efficaces. Nous avions affaire à une population très fortement impaludée, or, parmi les 335 personnes qui ont suivi régulièrement le traitement, aucun accès de fièvre n'a été constaté du 13 octobre au 14 novembre, alors que dans les douars voisins, la morbidité était de 15 à 20 %.

Les résultats obtenus avec la quinine semblent meilleurs puisque dans le groupe traité avec ce médicament il n'y a eu que 8 % de malades, sans rechutes, et que dans l'autre groupe il y a eu 17,50 % de malades avec de nombreuses rechutes.

Mais, il faut remarquer que l'infestation palustre était beaucoup plus élevée dans les douars soumis au traitement par le quinimax.

Nous croyons aussi que les résultats auraient été meilleurs si les doses préventives de quinimax avaient été plus élevées et si le traitement curatif — facile à imposer puisque indolore — avait été pour suivis plus longtemps.

Il y aurait lieu, à notre avis, de reprendre l'année prochaine

cette étude en mettant à profit les leçons de la dernière campagne pour améliorer la technique.

Dès à présent, nous croyons pouvoir conclure que le quinimax, sans être un médicament miraculeux, mérite de prendre place dans l'arsénal thérapeutique anti-malarique en raison de la modicité relative du prix de revient, de l'absence totale de toxicité, aux doses normales, de l'absence de vertiges et de bourdonnements d'oreilles, du caractère indolore des piqures.

La mortalité infantile juive du premier âge d'après une enquête sur 1200 familles

par le Docteur VICTOR COHEN

Travail du Dispensaire Scolaire d'Hygiène et de Médecine Préventive des Ecoles de l'Alliance Israélite à Tunis

Le lecteur peut à bon droit être surpris de voir traiter une question intéressant la pathologie du premier âge dans un service destiné à l'enfance scolaire. Aussi ne s'agit-il dans ce travail que d'une enquête.

L'une des tâches de notre dispensaire scolaire consiste en effet, à propos de chaque écolier et en vue de l'établissement de sa fiche médicale, à convoquer ses parents et à leur faire subir un interrogatoire complet, intéressant tant les circonstances qui ont présidé à sa naissance, à sa nutrition et à son développement que ses antécédents personnels et héréditaires. Il en résulte que l'histoire pathologique de la famille est chaque fois passée en revue, suivant d'ailleurs un plan tracé à l'avance, sous la forme d'un questionnaire.

Cette discipline, que nous nous sommes toujours imposée depuis six ans que le dispensaire existe, nous a permis de récolter une ample moisson de faits touchant l'enfance du premier âge, et elle constitue, magré la part d'erreur qui entâche fatalement les notes recueillies, une enquête suffisamment intéressante.

Les résultats que nous rapportons ici, concernent dans la grande majorité des cas des familles pauvres: petits artisans, boutiquiers, ouvriers, marchands ambulants, employés de tramways, employés divers, chômeurs etc...

Ils portent sur 1208 famillles.

Ces 1208 familles, presque toujours jeunes, ont produit au moment de l'interrogatoire 10.320 grossesses se terminant 1224 fois par un avortement ou par la naissance d'un enfant mort et 9096 fois par l'accouchement d'un enfant vivant. Cela fait par famille une moyenne de sept à huit enfants vivants.

Du fait que les géniteurs de ces familles sont généralement jeu-

nes, on pourra encore une fois convenir que le peuple juif est prolifique, du moins celui qui n'a pas abandonné ses traditions et sa religion et qui est d'ailleurs le plus miséreux.

Ces 9096 enfants nés vivants étaient devenus aux diverses époques de notre enquête :

7502 enfants vivants
1360 enfants morts entre 0 et 2 ans
58 enfants morts entre 2 et 3 ans
176 enfants morts entre 3 et 10 ans.

Négligeons ces deux dernier chiffres et nous pouvons conclure que sur cent grossesses, le produit de la conception disparaît douze fois avant terme et treize fois après terme et avant deux ans.

Cette mortalité infantile de 13 % n'est pas trop élevée par elle même, si l'on pense qu'en France elle est de 8 %. Mais elle constitue sans doute un progrès très marqué sur le passé si l'on imagine ce que devait être l'hygiène de cette population à une époque reculée, d'avant l'occupation française par exemple. Elle représente d'ailleurs un retard très sensible par rapport à la mortalité infantile, insignifiante, de la classe juive évoluée. L'évolution de cette dernière a été, en effet, par trop rapide grâce aux bienfaits de l'enseignement, prodigué de bonne heure, avant l'occupation même, par les écoles de l'Alliance Israélite, à une population conquise dès l'abord par une institution qui respectait ses rites et ses croyances. De ce fait, la plupart des juifs occupant aujourd'hui une place en vue dans la société vivaient eux-mêmes dans le ghetto, ou tout au moins leurs parents y vivaient. Il en résulte ce phénomène frappant et extrêmement répandu. C'est que dans la même famille la mère, ancienne manière, n'a gardé en vie après une douzaine de grossesses que trois ou quatre enfants vivants et que la fille, instruite et versée dans les questions d'hygiène, a pu sans aucun traitement médical mener à bien toutes les siennes, moins nombreuses certes.

Cette remarque est capitale et nous paraît propre à réduire, sinon à écarter, le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la mortalité juive tunisienne, au bénéfice de celui de l'hygiène. Comme nous venons de l'expliques, les améliorations successives obtenues dans la mortalité infantile juive dans ce pays, ont chaque fois coïncidé avec des progrès correspondants dans l'ordre de l'hygiène.

A propos des causes de mort de l'enfant, nous avons pu d'ailleurs nous livrer à une autre enquête. Sur 1248 enfants morts entre 0 et 2 ans et dont l'étiologie a pu nous être rapportée nous notons que:

374 enfants ont succombé aux troubles gastro intestinaux
211 aux affections pulmonaires
346 à l'athrepsie
317 à des troubles divers où les morts brusques sans cause apparente, les méningites occupent la première place, la rougeole la seconde et les diverses autres causes de mort la troisième.

La fréquence des troubles gastro-intestinaux nous a incité à étudier, au ghetto, l'alimentation de l'enfant de 0 à 2 ans. A moins d'empêchement la règle absolue c'est l'allaitement maternel. Cet allaitement est généralement poursuivi jusqu'à 1 an et 1/2 et même deux ans et il est exceptionnel que le sein soit supprimé avant un an. Ceci est bien; mais ce qui est moins bien, c'est qu'aucune méthode ne préside à la tétée. L'enfant prend le sein chaque fois qu'il pleure et le garde tant qu'il le désire. Certaines mères apportent à l'accomplissement de ce devoir une science bizarre. Elles donnent dans les premiers mois peu de tétées « parce que, disent-elles, à cet âge l'enfant a plus besoin de dormir que de manger » et elles augmentent le nombre des tétées à mesure que l'enfant grandit. Le sevrage se fait généralement brusquement. Pendant un, deux, trois, sept jours au maximum on réduit le nombre des tétées, puis on offre une autre alimentation. Certaines mères passent de l'allaitement complet à sa suppression brusque. «Je vais direct», nous a dit l'une d'elle, « afin que l'enfant s'habitue rapidement à la suppression du sein et ne s'entête pas à le vouloir ».

Certaines nourrices bien avisées ne donnent à leur petit d'autre aliment que le lait de leurs mamelles «afin d'éviter l'enterite». Malheureusement il est plus fréquent d'en rencontrer d'autres qui, de bonne heure, à partir du troisième mois, offrent à l'enfant des aliments préparés d'une manière peu orthodoxe. C'est d'abord l'aliment mâché par la mère et introduit ensuite dans la bouche de l'enfant. Suivant l'âge du nourrisson on lui mâche des noisettes, des amandes, du rahat-loucoum, un gâteau à la semoule, un ragout. C'est là une autre pratique encore très répandue : est la « chakhchoukha » qui n'a rien à voir avec la « chakchou-

ka ». On fait griller l'huile avec un peu d'ail, on ajoute un peu de pain français, de l'eau et on fait cuire avec une herbe aromatique. Ce plat se donne à partir de six mois. Un autre plat qui concurrence le précédent est la «hachoua». On fait griller de l'huile avec de l'ail, on y ajoute de l'eau de la semoule grillée et on fait cuire.

Ce sont là deux mets réputés «légers».

D'autres préparations moins nocives ont cours d'ailleurs.

Enfin beaucoup de mères donnent à leur nourrisson une cuillerée à café d'huile d'amande douce, du pain et du café au lait, du jus de grenade, des dattes, des gâteaux secs à la farine, du pain de Gênes, un peu de pain et de la boutargue, etc...

Le sevrage, avons-nous dit, se fait rapidement. Généralement le premier jour et tous les jours suivants on donne soit un biberon de lait bouilli, soit du café au lait avec ou sans pain. Le premier jour on peut encore, en dehors des aliments utilisés pendant l'allaitement, administrer du bouillon de légume et un peu de pain, du bouillon de tripes, réputé pour être rafraîchissant. Le 2e jour on offre une brick à l'œuf, un beignet à l'huile, de la boutargue ou du thon à l'huile. Le 3e jour on essaye les râgouts. On passe assez rapidement à l'alimentation des adultes à laquelle on parvient au bout de 15 à 40 jours.

Après pareil exposé, il apparaît que le pauvre nourrisson est en droit de faire une gastro-entérite mortelle ou de se dégoûter de l'alimentation. En dehors de la débilité congénitale, de la sous-alimentation venant de la misère physiologique de la nourrice, beaucoup d'états athrepsiques trouvent là leur source.

Quant aux effections respiratoires, le grand coupable est le taudis. Une famille avec sa nombreuse progéniture vit entassée dans une unique pièce où l'on cuisine, où l'on mange, où l'on dort, fenêtres calfeutrées, dans un air malsain et vicié. Là on peut dire que la peur du courant d'air et du refroidissement amène le «refroidissement».

Dans le groupe des divers, la méningite et les morts brusques sans cause apparente prennent une place prépondérante. En pareil cas on incrimine avec juste raison la syphilis. Celle-ci peut d'ailleurs, en débilitant le terrain, constituer une cause aggravante vis à vis des autres facteurs de la mortalité infantile juive. Mais

nous avons déjà fait remarquer que ce rôle aggravant doit être minime si l'on considère la chute presque verticale, grâce à l'observance de l'hygiène, de la mortalité infantile dans les familles juives évoluées, lesquelles ont un lien direct avec celles du ghetto et ne sont pas moins syphilitiques que ces dernières. Le taux de la syphilis héréditaire chez nos écoliers n'est d'ailleurs pas trop élevé (9 %) ainsi que nous l'avons exposé dans une communication au congrès de médecine de Tunisie en Mars 1934.

Peut-être que dans d'autres éléments de la population tunisienne, dans l'élément musulman en particulier, la syphilis, observée avec une fréquence énorme, est-elle justiciable de bien des morts d'enfants du premier âge; mais dans la population juive la part prépondérante revient au manque d'hygiène, à la misère, au taudis. Les avortements eux-mêmes diminuent dans la classe juive évoluée sans aucun traitement syphilitique préalable. Ainsi que nous l'avons fait ressortir dans le travail précédemment cité, trop de grossesses finissent par fatiguer l'organisme, par prédisposer aux avortements.

Ces remarques et ces conclusions permettent d'espérer que la lutte contre le paupérisme et l'ignorance conduira à des résultats certains. Actuellement la question reçoit une solution radicale grâce à la nouvelle politique de l'hygiène instaurée en Tunisie, grâce au projet de démolition de la Hara en cours d'exécution. Non moins radicale est l'œuvre éducative scolaire en général et celle de notre dispensaire intra-scolaire en particulier. Le fait de déshabiller les enfants et de les examiner nus en hiver, dans une salle chauffée certes, devant leurs parents, a depuis six ans montré à ces derniers qu'il ne fallait pas tellement avoir peur du courant d'air et qu'ils pouvaient sans grand risque ouvrir leurs fenêtres. Les bains-douches de nos écoles ont habitué les enfants de la Hara à la pratique de l'hygiène corporelle même en hiver. Les conseils donnés tous les jours aux parents convoqués à l'école sur l'hygiène portent lentement mais sûrement leurs fruits. Il n'est pas jusqu'à l'habitude prise par les écoliers de participer à la vie médicale journalière du dispensaire intra-scolaire qui ne leur fasse considérer sans appréhension et avec sérénité les médecins et la médecine et ne leur fasse agréer de bonne grâce leurs examens et leurs soins. Ce côté éducatif du dispensaire intra-scolaire a d'ailleurs fait l'objet d'un travail précédent (Tunisie Médicale Novembre 1937)

L'éducation médicale de la jeunesse par le dispensaire intrascolaire).

Pour conclure, la mortalité infantile juive, malgré le taudis, malgré le paupérisme, n'est pas excessive. Faut-il voir là une résistance acquise d'une population qui s'est depuis longtemps adaptée au mal par une sorte de vaccination continue ?

En tous les cas l'hygiène a fortement diminué cette mortalité et elle la diminuera sans doute encore.

Deux cas de décollement rétinien traités par la diathermo-coagulation

par les Docteurs S. COHEN-BOULAKIA et REYMOND DE GENTILE

Il y a déjà plusieurs années vous avez pu voir des décollements traités par ponction et injection sous-conjonctivale, et guéris, par MM. Cuénod et Nataf. Plus récemment, ils nous ont montré un malade guéri par galvano-ponction selon Vogt.

Vous savez en effet que le pronostic de cette terrible affection s'est trouvé changé par des notions nouvelles, l'existence de la déchirure, la nécessité de son repérage et de son obturation par divers moyens destinés à créer une nouvelle fixation de la rétine. Actuellement, la méthode de Gonin-Weve par diathermo-coagulation est la plus généralement employée.

Nous vous présentons ce malade, M. M. L. âgé de 48 ans, actuellement guéri, comme on peut le constater ophtalmoscopiquement. Son acuité visuelle est de 4-5/10e avec — 1°50.

Il s'était présenté à la consultation de l'Hôpital Civil Français, présentant un vaste décollement inféro-externe de l'O. D. *sans que l'on puisse déceler de déchirure nulle part.*

Comme d'autre part, nous n'avions pas encore reçu le matériel nécessaire en commande nous lui avons fait un Sourdille : Résultat immédiat excellent, se maintenant avec les lunettes sténopéiques. Nous en supprimons le port, et cinq jours après apparait un décollement supéro-externe, avec cette fois une déchirure toute fraiche, en croissant, sur le méridien de midi, à 6 diamètres papillaires de l'ora serrata.

L'opération devait se montrer difficile parce que l'on ne voyait plus la région malade, néammoins nous pûmes presque dessiner de mémoire, en micro-ponctions perforantes, la déchirure sur la coque sclérale, puis compléter par un barrage de sûreté.

Ce n'est qu'après 8 jours que nous pûmes revoir la zone malade, la déchirure paraissait présenter encore une corne libre, et nous étions inquiets sur le résutat définitif. Mais la pigmentation devait s'étendre et occuper toute la région, amenant ainsi une guérison parfaite.

Il y a de cela cinq mois, et ce malade, placier-voyageur de commerce, vient à peine de rentrer d'une tournée de 15 jours sur nos chemins de fer!

Le second malade, nous ne pouvons vous le présenter, car il est parti un beau matin, ne pouvant plus supporter le décubitus et la surveillance. mais, opératoirement, il était guéri, nous avions pu obturer en 3 micro-ponctions une déchirure ronde, à l'emporte-pièce, sur le méridien de IIIh, à 8 diamètres papillaires de l'ora.

Enfin, avant-hier, nous avons opéré un troisième malade, présentant un décollement tout frais à l'O. D., trois petites déchirures voisines, sur les méridiens de 11 h 30 à midi, à 8 diamètres papillaires de l'ora.

Opératoirement, nous avons pu obturer les déchirures et faire une large exclusion, en raison des lésions chorio-retiniennes, nous espérons bien obtenir un résultat favorable.

Le Dr Cuénod. — Je viens de voir ce malade. — Je ne sais pas ce qu'il avait auparavant, mais actuellement il n'a plus de décollement et surtout il a récupéré une bonne acuité visuelle.

Tumeur du foie secondaire à une tumeur du pancréas

par les Docteurs **BONAN** et **SLIM**.

Nous avons l'honneur de vous présenter le Dr Bonan et moi, un cancer du foie secondaire à un néo de la tête du pancréas.

Il s'agit d'un homme mort à l'âge de 48 ans le 17 novembre 1937.

Entré dans le service le 10 novembre 1937, il présentait un ictère intense apparu 3 ou 4 mois auparavant, développé progressivement, sans prurit, accompagné de décoloration des matières, d'urines foncées contenant une grande quantité de pigments, sels et acides biliaires, de bradycardie, d'ascite libre de moyenne abondance et sans notable circulation veineuse collatérale, d'œdèmes des membres inférieurs, d'asthénie et de mauvais état général. Il avait 11 1/2-8 de tension artérielle et 1 gr. 117 d'urée sanguine.

A signaler un gros foie dur dont le bord inférieur tranchant affleure l'ombilic et un signe d'importance semeiologique capitale: l'existence au dessus du point de Mac Burney d'une tumeur arrondie facilement palpable, turgescente, soulevant presque la peau et qui n'est autre chose que la vésicule biliaire.

A l'autopsie les organes intrathoraciques sont normaux dans l'abdomen, présence de liquide ascitique jaune acajou; existence d'un gros foie dur farci de noyaux néoplasiques en chou fleur, d'une vésicule énorme, en érection, distendue par la bile. Les canaux biliaires et hépatiques sont dilatés; le cholèdoque également dilaté et libre à son origine est complétement enchassé, pour le reste de son trajet, dans le tissus néoformé de la tête du pancréas; une dissection poussée n'arrive pas à le libérer jusqu'à son point terminal. Nous avons ouvert le duodénum au niveau de l'ampoule de Water et constaté que l'orifice du cholédoque s'était complètement et progressivement obstrué. Enfin la tête du pancréas est entièrement formée de tissus néoplasique, point de départ de la tumeur. Signalons aussi l'existence d'adhérences multiples et de métastasesganglionnaires surtout au niveau des ganglions juxta-aortiques abdominaux. Nous tenons à vous signaler aussi une inattendue découverte d'autopsie : l'existence d'une importante lithiase rénale gauche consistant en 5 ou6 gros calculs de dimensions respectables, dont un occupe et distend tout le bassinet. Le rein gauche est ainsi réduit à une mince couche périphérique flasque entourant une série de poches à calculs. Pas de lésions de l'uretère gauche ni du rein droit. D'ailleurs le sujet n'a pas accusé de son vivant, de douleurs à type colique néphrétique.

Une belle manifestation cinématographique de l'Aviation Sanitaire à Nice

par le Médecin Commandant de Réserve F. SEVIN
Président des Officiers de Réserve du Service de Santé
et de l'Aviation Sanitaire Côte d'Azur

Le 30 janvier a eu lieu à l'Escurial à Nice, un gala cinématographique organisé par l'association « AVIATION SANITAIRE COTE D'AZUR » dans le but de développer les bienfaits de l'aviation sanitaire, ainsi que l'aviation en général.

La salle était archicomble, c'est donc que plus de deux milles personnes avaient répondu à l'appel des organisateurs qui sont : le Dr. SEVIN, médecin-commandant de réserve, Président Fondateur des Officiers de réserve du service de Santé. Mr. R. GASGUIN, Sécretaire général. Mr. MOREAU, trésorier général adjoint. Mrs N. PIGNON, capitaine VAGANAY, délégués.

Le Maire, le Préfet, le général GERODIAS, s'étaient fait représenter à cette manifestation ou au hasard du crayon on a pu relever les noms suivants :

Mme la Colonelle LEHALLE-GARROS, les Dre. FULCONIS et BALESTRE, Conseilleurs généraux. Mr. LIPRANDI représentant Mr. BARETY député. Le général BALEMBOIS, organisateur de la défense passive à Nice. Médecin-Colonel DESPUJOLS représentant le directeur du service de Santé de la place de Nice. Médecin-Colonel GENSOLLEN, ancien médecin-chef de l'hôpital militaire. Le médecin commandant CASABIANCA de l'hôpital militaire. Le pharmacien MARCELET, président de l'Amicale des officiers de réserve du service de Santé. Capitaine CAGNOLI, président des chirurgiens dentistes, Commandant CHABOT président de l'Union des officiers de réserve. Les délégués de la Réunion des officiers français. Mr ARNIER, président et Dr GRISOT, Mr DANGER de l'Union Coloniale. Mr PREISIG, Président de la Chambre de Commerce. Mr JUFFET, président des anciens combattants, Mr. PORTAL, président de l'Automobile-Club.

Les différents groupements aéronautiques étaient représentés en assez grand nombre, notamment: Le commandant VERDY, président des officiers de réserve de l'armée de l'air. Mr le Vice-Président de MAEYER. de l'Aéro Club de Nice, Maître RANDON, président de l'Aéro Club de la Riviera. Mrs les capitaines de réserve, BALZAC, RAIBAUDI, FICHET, etc.

Le Corps Médical avait répondu avec enthousiasme à cette heureuse initiative, nous avons reconnu : le Dr KENDIRJY, président de la Société de médecine de Nice. Dr FAURE, président de la société de médecine du littoral méditerranéen. Dr. TOURTOU, président du syndicat des médecins de Nice et des Alpes Maritimes. Dr GURCEL, président et Dr. PLUMEY, secrétaire général des médecins de régiments du front. Dr. PRAT-DUMAS des Hôpitaux de Paris, Dr MILLARET, Professeur à l'Ecole de médecine de Rennes; ainsi que de nombreux médecins, chirurgiens, pharmaciens, et chirurgiens-dentistes de diverses villes de France.

Remarqué également les présidents et les présidentes, les membres des Conseil d'Administration des Sociétés de Croix Rouge du département, le général LAFFORGUE, le général KIEFFER et Mme; GALL. Des délégations de l'Union des Femmes de France, de l'association des Dames Françaises, de la Société de Secours aux Blessés Militaires, et de l'Association Civile d'infirmiers et d'infirmières.

Le programme ne comportait tout naturellement, que des films d'aviation. Après les dernières actualités mondiales, fut projeté le célébre «Atantique Sud» dont les vues audacieuses et les images émouvantes ont soulevé des applaudissements unanimes. Quand ils eurent cessé, le Dr. SEVIN monta sur la scène, et se fit un devoir de remercier les autorités et les personnalités présentes qui avaient bien répondu à l'invitation de l'A. S. C. A.. Il adressa ses plus vifs remerciements à Mme KHAN, qui avait mis gracieusement sa belle salle de l'Escurial à leur disposition. Le président précisa l'importance de l'«Aviation sanitaire Côte d'Azur» qui rendra des services de plus en plus grands, et les buts hautement sanitaires poursuivis. Voici à peu près les termes de son improvisation.

«Vos applaudissements me touchent profondément et si je les comprends bien ils ne s'adressent pas à moi personnellement, mais à l'œuvre admirable de l'A. S. C. A.; à ce point de vue, je les accepte avec joie et vous en remercie cordialement au nom des organisateurs de cette matinée

Au nom du Conseil d'Administration et de tous les membres de l'Association «Aviation Sanitaire Côte d'Azur» je vous exprime mes plus sincères remerciements pour avoir bien voulu assister à cette manifestation.

Je m'excuse de ne pouvoir remercier individuellement toutes les personnalités présentes, qu'elles veuillent recevoir ici, au moins l'expression de notre profonde gratitude.

Qu'il me soit permis de présenter à Mme KAHN, propriétaire de l'Es-

curial, avec mes respectueux hommages, toute ma reconnaissance d'avoir bien voulu mettre gracieusement cette salle à notre disposition.

Permettez-moi, maintenant, avant la vision du film de l'aviation sanitaire à laquelle nous vous avons conviés, de vous dire en quelques mots simplement, l'importantce de notre Association qui, je l'espère sera bientôt la votre, par la collaboration de chacun d'entre vous, voudra bien nous apporter à l'issue de cette séance.

L'Association de l'«Aviation Santitaire Côte d'Azur» a élaboré le projet de créer à Nice et dans toute la région voisine, y compris la Corse, un service d'Aviation Sanitaire *sous le contrôle du Corps médical civil et militaire*. De s'occuper du perfectionnement et l'adaptation des appareils à notre région; de la possibilité d'atterrissage dans la montagne sur des terrains de petites superficies, pour aider l'évacuation des accidents de ski si fréquents. Au point de vue médical, de continuer les études des indications et contre-indications du transport des blessés et malades et d'observer l'influence des altitudes sur les differentes maladies. Tout le mon de doit *s'intéresser à cette œuvre de secours*, créée dans l'intérêt de tous.

Je mentionne en passant que l'on a réussi tout dernièrement à stabiliser un hélicoptère pendant plus d'une minute à deux mètres du sol. Dans quelques années, lorsque les giroplanes permettront d'attérrir et de s'élever verticalement, je pense que la solution d'évacuation des accidentés de notre montagne sera trouvée.

Malheuresement, l'aviation est encore une des choses dont beaucoup s'effrayent à cause de son insécurité. Mais actuellement les nombreux progrès techniques nous obligent à reconnaître que cette crainte n'existe plus Nous ne citerons qu'un chiffre: l'expérience l'a prouvé en ne signalant que quatre accidents sur 6.370 évacuations faites en quatorze ans dans l'Afrique du Nord.

C'est ainsi, que pendant l'année 1936, 170 malades ou blessés ont été évacués en avion sanitaire du Maroc à la Tunisie ce qui représente 131 voyages et 46.800 kilomètres parcourus sans aucun accident.

Ce premier point acquis examinons quelle serait l'organisation de ce groupe que nous voudrions voir créer. Tout d'abord, il disposerait d'*un avion exclusivement réservé au transport des malades ou des blessés.* Des pilotes, des infirmiers ou infirmières seront spécialement attachés à cette fonction.

L'Avion Sanitaire sera à la disposition de tous, Français et Etranger pour les transporter dans la ville où les malades désirent être soignés. Avant l'embarquement un médecin donnera les soins nécessaires exigés

par les circonstances, car on ne transporte pas des blessés ou des malades comme des vivres ou du matériel; il prendra la responsabilité du transport. Pendant le vol l'infirmier ou l'infirmière pourra parer à une indication thérapeutique d'urgence. Au débarquement, l'hôpital ou la clinique alertés par T. S. F. seront prêts pour agir immédiatement.

Beaucoup s'imaginent que les avions sanitaires n'ont de service à rendre qu'en temps de guerre. Permettez-moi de vous citer quelques faits démontrants l'importance d'une *aviation sanitaire civile*, et j'insiste sur ce mot.

En 1925, déjà le médecin-colonel PIQUE a fait transporter à Bordeaux du camp d'aviation de Cazaux, situé à 80 kilomètres une malade atteinte d'une rupture de grossesse tubaire. Elle fut opérée et sauvée.

En 1929, le Sénateur Dr. CHASSAING a accompagné une malade de Clermont à Paris qu'on aurait pu transporter en chemin de fer ou en auto. Au lieu de 12 heures, elle ne resta qu'une heure trente en avion

A Orléans, dernièremet un cas très grave d'appendicite ulcérée évacuée d'une ville d'eau où il n'y avait pas de clinique chirurgicale après un transport de 3 heures en avion guérit aussi rapidement qu'une intervention à froid.

Une chute en montagne, dans les Alpes, de même en Corse, provoquant une fracture, vous donnera le moyen d'être opéré par votre chirurgien rapidement avec l'aide de votre médecin dans la ville de votre choix.

Nice se doit d'offrir à ses nombreux hivernants et estivants, tous admirateurs de notre magnique département, non seulement la douceur de son climat, la beauté de son ciel et l'attrait de ses montagnes mais encore par toutes les ressources de la science et de l'art, la tranquille assurance d'une sécurité absolue.

Medames, Mesdemoiselles, Messieurs, dans l'intérêt de la France, l'Association «AVIATION SANITAIRE COTE D'AZUR» triomphera de tous les obstacles, et nous espérons que bientôt sous notre ciel Niçois, tel un grand aigle volant sur les sommets, s'élévera dans l'azur, notre avion sanitaire portant sur ses ailes, l'espérance, la santé, la vie, le salut.

Des applaudissements enthousiastes saluèrent cette belle envolée. Le grand film «Les Ailes qui sauvent» obtenu grâce à la générosité de Mr. l'ingénieur NEMIROWSKI de Paris passa ensuite sur l'écran, retraçant les bienfaits de l'aviation sanitaire en Norvège et au Maroc. Ce furent des minutes inoubliables où la rande mission de l'aviation sanitaire fut longuement retracée pendat et après la guerre.

Cette agréable matinée a laissé à tous ceux qui y avaient assisté, une impression inoubliable et un excellent souvenir.

La Tunisie Médicale

MARS 1938

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Une heure avec Auguste Lumière

par le Docteur Jacques FLEURY

Monsieur le Président, Messieurs,

C'était à Lyon en février dernier. Le maître m'avait reçu chez lui, dans le Bureau de son hôtel particulier 96 cours Albert Thomas. Il était en pantoufles, une petite pélerine noire jetée sur ses épaules.

« C'est donc seulement lorque j'ai été libéré des obligations de l'industrie photographiqe, à l'âge de 60 ans que j'ai pu donner libre cours à l'éude des phènomènes de la vie, qui a toujours eu ma préférence.

«Sans doute était-ce téméraire d'aborder de telles questions à l'âge où tant d'autres songent à la retraite, mais l'ardent désir de pénétrer certaines énigmes m'en a donné le courage ».

Telles furent les paroles par lesquelles Auguste Lumière termina notre premier entretien. Sa vie, son œuvre, ses espoirs venaient de défiler devant moi. 1 heure avait passé. Je venais d'assister à un « tournant dans l'art de guérir ». A l'étude des phènomènes de la vie Auguste Lumière s'est consacré corps et âme. 25 ouvrages, plus de 600 communications scientifiques sur les sujets les plus variés, la création par ses ressources personnelles d'un Institut de recherches doté des derniers perfectionnements, d'undispensaire de traitement d'un hôpital pour Tuberculeux et Cancéreux « Bon Abri ».

Telle est l'œuvre d'Auguste Lumière.

Et encore aujourd'hui, tout blanc, à l'âge de 77 ans, il conserve une activité débordante, une puissance de travail étonnante, un enthousiasme juvénil pour ses recherches. Je l'ai vu, entouré de ses

collaborateurs diriger sa consultation, examiner sans fatigue, de 8 heures à midi plus de 50 malades puis de sa voix «très douce» il m'a donné rendez-vous à 2 heures pour la visite quotidienne des tuberculeux de Bon Abri.

Auguste Lumière est essentiellement un «novateur». Pour cette raison pendant des années la science classique ignora volontairement ses travaux et ses découvertes. Comme Pasteur il n'était pas médecin. Les classiques qui autrefois combattirent Pasteur, aujourd'hui après l'avoir adopté le défendent avec acharnement et combattent Lumière. Nul ne songe cependant à contester ce que la médecine doit au gènie de Pasteur. C'est par millions que se comptentles vies humaines qu'ont sauvées la vaccination et la Sérothérapie; mais si absorbante que soit la lutte contre le microbe, elle n'occupe plus à l'heure actuelle la thérapeutique tout entière.

De très nombreuses affections résultent de perturbations humorales et celles là paraissent justiciables d'une médecine physico-chimique: médecine toute neuve mais appelée au plus brillant avenir; médecine humorale à laquelle depuis plus de 20 ans se consacre avec une activité enthousiaste Auguste Lumière.

Dans ses publications Lumière donne les résultats de ses expériences. Pendant 2 mois j'ai suivi les consultations de son dispensaire. Ces malades je les ai vus traiter et guérir par les méthodes humorales: des centaines de malades atteints d'affections chroniques, que les thérapeutiques classiques avaient été impuissantes à soulager et surtout à guèrir.

Ces résultats heureux sont dûs à l'emploi de méthodes fondées sur la «théorie colloïdale» et sur le rôle important que jouent en Pathologie les altérations des humeurs.

C'est le retour à un humorisme conçu sur des bases scientifiques qui a permis à Lumière de réaliser nombre de cures.

Il est arrivé alors que son Dispensaire destiné à la recherche scientifique, s'est trouvé détourné de son but en devenant par la force des choses un centre de traitement où afflue une multitude de malades venant de tous les coins de France.

Lumière a décrit sa méthode thérapeutique, et il avait espéré qu'elle serait bientôt mise en œuvre par le corp médical.

Mais il avait compté sans les difficultés qu'entrainent généralement tous les changements d'habitudes surtout quand ces change-

ments ne s'accordent pas avec les principes dogmatiques des enseignements universitaires. Pour A. Lumière, la plupart des accidents morbides sont la conséquence de la « floculation des colloïdes vitaux». L'éminent biologiste a résumé sa doctrine dans un apothégme : «L'état colloïdal détermine la vie et la santé ; la destruction de cet état ou floculation détermine la mort».

Les matériaux qui entrent dans la composition des êtres vivants tant des cellules que des liquides circulant où les imprégnant dans les organes, sont en très grande proportion formés par des substances qui se trouvent à des états particuliers: L'état colloïdal et l'état micelloïdal.

La vie est intimement liée à ces états de la matière: elle n'existe pas en dehors d'eux.

La structure des colloïdes et des micelloïdes n'est détruite que par leur précipitation, par la formation de flocons, de particules solides dans le milieu fluide.

Toutes les réaction qui peuvent se produire dans le milieu humoral n'altèrent pas sa colloïdité aussi longtemps qu'il ne se forme pas dans ce milieu, des précipités.

La structure des colloïdes et des micelloides n'est détruite que par leur précipitation, par la formation de flocons, de particules solides dans le milieu fluide.

Toutes les réactions qui peuvent se produire dans le milieu humoral n'altèrent pas sa colloïdité aussi longtemps qu'il ne se forme pas dans ce milieu, des précipités.

L'état colloïdal est disloqué par des influences physiques ou chimiques les plus diverses.

Dans quelles circonstances des précipitations humorales peuvent-elles prendre naissance au sein de l'organisme ?

Ces circonstances sont précisément celles qui sont inhérentes aux causes des maladies: c'est ainsi que les microbles pathogènes qui viennent à se développer sur les muqueuses, en les altérant, ou dans le sang, ou encore dans l'intimité des tissus, secrètent des produits qui se trouvent d'emblée en contact avec les humeurs. Ces produits ont précisément la propriété de disloquer les colloïdes et de provoquer la floculation. Nous pouvons nous rendre compte avec la plus grande facilité des conséquences de la destruction des colloïdes humoraux, c'est-à-dire de la présence

de particules solides dans la masse sanguine: il nous suffira pour cela d'injecter dans les vaisseaux d'un animal une émulsion de particules chimiquement inertes par leur insolubilité et d'observer les désordres qui résultent de ce traitement.

Nous pouvons nous adresser à cet effet soit à des suspensions de carbone, de noir de fumée, très divisées, absolument insolubles, incapables d'action d'ordre chimique et de dimensions comparables à celles des floculats protéiques décelables dans les humeurs ou bien à un précipité quelconque, minéral ou organique, du sulfate de baryte par exemple, ou bien à un floculat préparé in vitro par le mélange de colloïdes incompatibles.

Les désordres que ces précipités provoquent en injection intraveineuses ont des caractéristiques communes qui consistent dans le dérèglement de toutes les fonctions organiques sous la dépendance du système nerveux sympathique.

L'équilibre de ces fonctions est plus ou moins perturbé suivant l'abondance des particules et la rapidité de leur introduction dans le torrent circolatoire.

La pénétration brusque de ces particules insolubles dans le sang déclanche aussitôt les symptomes de maladies aigues. Au 1^{r} lieu : dilatation plus ou moins marquée des vaisseaux viscéraux, états congestifs, suffusions sanguines. La pression artérielle s'abaisse en même temps et des troubles d'intensité variable se produisent dans les rythmes respiratoire et cardiaque. Les sécrétions glandulaires sont activées les fonctions de la vie de relation commandées par les nerfs gris se trouvent déséquilibrées à des degrés divers entrainant la symptomatologie inhérente à ce déréglement : prurit, hoquet, vomissements, diarrhées, convulsions, paralysies, troubles de la motilité, de la sensibilité, du Psychisme, enfin de la fièvre.

Tous ces accidents sont indépendants de la composition des précipités qui les déclanchent : ce sont des phénomènes d'ordre purement mécanique, physique, engendrés par l'excitation résultant du frottement des particules solides sur les terminaisons endo-vasculaires du sympathique.

Par cette expérience «capitale» Lumière nous fait comprendre tous les faits d'apparence singulière ou paradoxale qui dominent la pathologie.

Nous saisissons en effet pourquoi une cause unique déterminée,

comme une intoxication, pourra chez certains sujets provoquer un accès d'asthme, tandis qu'elle entrainera chez d'autres individus une crise d'épilepsie, chez d'autres encore une migraine ,des phénomènes nerveux, une maladie de Basedow. C'est que dans tous ces cas intervient un facteur commun, le floculat engendré dans les humeurs par l'intoxication, le floculit agissant tantôt sur un appareil, tantôt sur un autre, suivant l'hypersensibilité de ceux-ci.

Nous pouvons comprendre tout aussi facilement comment et pourquoi l'un quelconque de ces syndromes, l'accès d'asthme par exemple sera susceptible d'être déclanché par les causes les plus disparates : infections, intoxications, états anaphylactiques, dysfonctions organiques ou endocriniennes: c'est que toutes ces causes sont celles qui sont capables de détruire la colloïdité plasmatique, en donnant naissance à des précipitations sanguines.

Les mystères de la thérapeutique s'évanouissent tout aussi simplement devant les considérations tirées de cette thèse: un médicament déterminé, un mode de traitment donné pourront être efficaces dans des affections complètement dissemblables, par ce que le moyen employé exercera son action sur le corps du délit auquel il faut attribuer la cause des troubles les plus divers: sur le floculat, en le dissolvant, en l'empêchant d'être agressif, ou de prendre naissance.

Dans un ordre d'idées corollaire, des traitements fort disparates pourront utilement s'appliquer à une même maladie, parcequ'il y a plusieurs moyens de combattre les effets des floculats et aussi parceque les médicaments peuvent être opposés soit aux causes provocatrices des floculations variables pour un même syndrôme, soit aux précipités eux mêmes, soit encore à l'hypersensibilité des organes récepteurs des excitations par les floculats.

Enfin la similitude de la symptomatologie dans les affections aigues se comprend aisement parcequ'il s'agit dans tous les cas d'un même déréglement total des fonctions organiques, résultant d'une même action de précipités sur le système sympathique, qui perd ainsi la faculté d'assurer l'équilibre de ses fonctions.

Jusqu'à Lumière l'humorisme était demeuré une théorie stérile, parcequ'on n'avait pas découvert dans les liquides de l'organisme les éléments anormaux, les floculats capables de déclancher la totalité des symptômes morbides. Toutes les variations qui survien-

nent dans le taux des diverses substances composant les humeurs n'ont pas ou relativement peu d'importance, en ce qui regarde leur influence sur les fonctionnements organiques, et en tous cas ces variations ne sont point la cause des dérèglenemts de l'équilibre vital tel que l'admettait l'humorisme des anciens.

C'est pour cela que l'humorisme de Jaccoud et Robin a été abandonné.

Le néohumorisme rationnel, scientifique de Lumière qui n'a rien de commun avec les conceptions antérieures et qui découle de la théorie colloïdale apparait comme le point de départ d'une nouvelle et féconde étape dans l'histoire de la médecine.

Les conséquences thérapeutiques de cette théorie sont inappréciables. « Si le floculat est le grand adversaire de la santé humorale le premier souci doit être de prévenir la floculation ou de rétablir l'équilibre colloïdal ».

La thérapeutique humorale y parvient jusqu'à un certain point par l'emploi d'hyposulfite de magnésie, de benzoate de soude, d'hyposulfite de soude qui dissolvent les floculats. La modification de l'état humoral peut de même s'obtenir par les chocs généraux atténués, les chocs locaux (réflexothérapie), les injections hypertoniques, l'hyperthermie, les changements du Ph, les injections de métaux colloïdaux (sels d'argent, granulothérapie), Rubiatzol.

Lumière a dégagé les abords de la voie qui conduit à la médecine humorale. Mais il le dit lui même « le champ des études dans ce domaine est en frîche, extrêmement vaste». Il y aurait lieu d'enrichir la thérapeutique de substances désensibilisantes ou stabilisatrices des états colloïdaux, plus actives, plus fidèles dans leurs effets que celles qui sont connues et que nous ne devons qu'à l'empirisme

Il ne saurait être question d'apprécier en quelques lignes une doctrine aussi personnelle que celle de Lumière. Elle a suscité et suscitera encore de vives oppositions. Mais les théories scientifiques ne sont-elles pas avant tout des instruments qui nous servent à pénétrer dans les phénomènes ?

Comme disait Claude Bernard, elles remplissent parfaitement leur rôle quand elles servent de point d'appui à des idées, à des investigations nouvelles.

L'application des théories humorales a donné, elle, des résultats. Personnellement, chargé par A. Lumière d'appliquer sa méthode

dans les maladies infectieuses, j'ai obtenu des guérisons inespérées dans d'innombrables cas.

Les travaux sur l'humorisme ne sont qu'une partie de l'œuvre de Lumière, travaux qui l'ont pourtant, guidée dans une voie si belle de promesses, à enrichir l'arsenal thérapeutique et inspirer le zèle nécessaire pour créer le magnifique Institut Médical qui porte un nom doublement glorieux et qu'il dirige avec autant de science que d'humanité.

Le problème de la tuberculose l'a aussi particulièrement captivé.

N'est-il pas le plus important de la Pathologie humaine à beaucoup près, puisque le fléau fait de par le monde quelques 6 mille victimes par jour ??

Dans ce capital problème Lumière fait encore figure de révolutionnaire.

Non content d'avoir démoli le dogme de l'infaillibilité de la spécificité, il s'attaque dans ses travaux sur la bacillose, à la théorie classique du microbisme intégral. Il dit « Dès mes premières incursions dans ce domaine j'avais été frappé par les contradictions que je relevais entre la doctrine classique et les faits les plus patents, cette constatation a vivement piqué ma curiosité et depuis lors, c'est-à-dire depuis plus de trente ans je n'ai cessé de m'attacher à l'étude de la bacillose».

Depuis 1882 l'opinion unanime et universelle des maîtres de la Phtisiologie, telle qu'elle figure dans les traités classiques peut se résumer ainsi.

1) La maladie ne se transmet que par contagion.

2) La contagion, à partir de l'homme présentant des lésions ouvertes est seule responsable de l'affection.

3) C'est surtout dans le voisinage des porteurs de germes et dans la fréquentation des phtisiques que s'exerce la contagion meurtrière.

Telles sont les grandes lignes de l'étiologie tuberculeuse admises sous réserve depuis les mémorables découvertes de Villemin et de Koch.

C'est sur ces conceptions que la lutte antituberculeuse a été entièrement basée.

C'est seulement après avoir mis en œuvre toutes ses importantes ressources cliniques, après avoir accumulé, complusé et discuté un grand nombre de documents démographiques, après bien des an-

nées d'observations, d'expériences de Laboratoire, de méditations et de contrôle que Lumière s'est décidé sans aucun parti pris à formuler son opinion en tous points opposée aux théories régnantes..

« La tuberculose est une maladie héréditaire». En faveur de sa théorie il apporte des résultats formels:

1) absence de contagion dans les milieux les plus infectés. Les directeurs de Sanatoria déclarent unanimement qu'il ne se produit pas de contagion dans leurs établissements. Le personnel médical en contact continuel avec les tuberculeux ne contracte pas la tuberculose par contamination, et pourtant le mucus nasal prélevé chez le personnel médical et inoculé au cobaye le tuberculinise dans 25 % des cas.

2) Absence de contagion chez les phtisiologues — on ne côte aucun cas de contamination chez les médecins spécialistes qui sont en contact journalier et parfois prolongé pendant de longues années avec les phtisiques.

3) Absence de contagion conjugale.

Dans les conditions tellement favorable au contage où se trouvent les conjoints des conjoints des Phtisiques, qui souvent durant des années absorbent des doses massives de germes avec leur maximum de virulence, si la maladie était véritablement transmissible aucun d'eux ne devrait échapper à l'infection. Or non seulement il est patent que l'on rencontre un nombre immense d'époux de bacillaires qui ne contractent pas la maladie, mais encore toutes les investigations pousuivies par Lumière pour découvrir un cas de contamination réelle sont demeurées infructueuses.

Quand les deux époux sont atteints (10 % des cas) toutes les fois qu'il a pu rechercher l'hérédité il a trouvé invariablement la tare bacillaire chez les parents du conjoint qui pouvait être considéré a priori comme contaminé.

Voici notamment, à notre avis, une expérience concluante :

Impossibilité de conférer la tuberculose du type commun de l'adulte, retardé, polymorphe, regressif et curable par l'inoculation du bacille de Kock ou par la contagion post nasale

La maladie qui compte pour 97 % environ dans la mortalité tuberculeuse est celle qui frappe l'adulte. L'individu imprégné de-

meure de longues années sans présenter le moindre symptôme d'infection, puis, tout à coup, quand il a parcouru la moitié ou le tiers de l'existence normale moyenne, éclatent les premiers signes de l'affection, qui essentiellement polymorphe, qui procède par poussées avec des arrêts plus ou moins prolongés et même définitifs ou avec des retours offensifs dont la gravité et la durée sont fort variables. Or aucun de ces caractères ne se rencontre, pas plus chez l'animal que chez l'homme, quand l'inoculation ou la contamination s'effectuent au moyen du bacille acido résistant après la naissance.

On n'a jamais pu réussir à conférer par inoculation post nasale cette maladie à retardement : si l'on administre des doses extrêmement faibles, minuscules, l'apparition des symptômes peut être un peu plus tardive, mais la durée d'incubation n'a aucun rapport avec celle qui caractérise la tuberculose commune de l'adulte.

La maladie du type Villemin ne présente jamais de rémission, jamais de regression, jamais de guérison.

Jamais l'inoculation post nasale des animaux n'a pu reproduire le moindre accident ressemblant aux abcès froids éminemment curables, aux formes chirurgicales la plupart du temps guérissables aussi, pas plus que les autres bacilloses atténuées qui se rencontrent chez l'homme avec la plus grande fréquence.

L'impossibilité est donc bien réelle et absolue de conférer aux animaux quels qu'ils soient, et quels que soient les moyens employés, une affection ayant les caractères de la tuberculose commune de l'homme adulte, en injectant ces animaux après leur naissance avec le bacille acido-résistant.

Cette impossibilité ne provient nullement d'une différence de comportement de l'homme et des animaux, car il est facile chez ces derniers, de reproduire la maladie du type humain de l'adulte: Il suffit à cet effet d'inoculer *l'embryon*. Après une période de latence très prolongée, les accidents éclatent, comme chez l'homme, avec le même polymorphisme, les mêmes lésions osseuses, les mêmes abcès froids, avec des évolutions essentiellement variables, la maladie n'est plus continue, elle présente des temps d'arrêt, l'état des animaux peut s'améliorer et nombre d'entre eux guérissent: toutes les particularités de la tuberculose de l'homme adulte sont ici fidèlement reproduites, et où la similitude de réaction vis a vis du germe, entre l'homme et l'animal s'affirme encore formellement

c'est quand on considère les cas de contage humain effectifs chez les nourrissons, chez les peuplades nègres où la tuberculose n'a pas encore pénétré. Tous ces sujets font alors la forme de tuberculose du type Villemin, forme infantile, forme d'inoculation expérimentale, c'est-à-dire ganglio-viscérale, s'installant aussitôt après la contamination, toujours progressive, sans rémission, sans régression, sans guérison. Quand le Prof. Calmette a formulé quelques objections à cette thèse, il a cité le cas d'étudiants de l'Université Yale, à New Haven, où 15 % d'entre eux paraissaient avoir été effectivement contaminés: or chez ces sujets, l'affection s'est précisément présentée sous la forme infantile et cela s'explique aisément si l'on considère que ces jeunes gens arrivaient de vastes régions d'un pays neuf, où la rareté, les germes ne leur avait pas permis d'acquérir l'immunité que tous les habitants de nos contrées à haute bacillisation présentent d'une façon presque constante et précoce.

Lumière ajoute : « Si l'on veut bien aller au fond des choses, et considérer les faits en toute impartialité et sans idées préconçues, on reconnaitra qu'il y a deux maladies tuberculeuses absolument distinctes, l'une héréditaire qui correspond à la tuberculose commune de l'adulte et l'autre par contagion post nasale, du type infantile, dit type Villemin ».

Dans la mortalité totale par tuberculose, c'est la forme commune de l'adulte qui fournit la presque totalité des décès et cette forme ne peut résulter que d'un contage post nasal. Cette constatation constitue l'un des plus importants arguments à l'encontre du contagionisme et en faveur de l'hérédité. Si donc la tuberculose ne se propage pas habituellement par contagion entre adultes, comment acquiert-elle le développement considérable qu'on lui connaît ?

a) ou bien la maladie est héréditaire;

b) ou bien l'enfant reçoit une première imprégnation qui reste latente pendant 20, 30 ans ou plus et qui subitement se révèle à la fin de l'adolescence ou à l'âge adulte, pour donner les accidents polymorphes bien connus.

Or cette dernière hypothèse est complètement incompatible avec les faits. Nous avons en effet, des exemples assez nombreux de contagion véritable soit chez l'enfant, soit chez l'adulte, soit encore chez l'animal inoculé expérimentalement et dans toutes ces éven-

tualités, la maladie n'affecte jamais le type retardé, polymorphe, commun.

Dans tous les cas de contamination certaine du nourrisson, comme chez les enfants, infestés par la sage-femme de Venendorf, comme les accidents de Lubeck, la maladie prend l'allure classique de la tuberculose dite infantile, continue, progressive, aboutissant à la mort dans un délai de 2 ans au maximum, en général. Quand des populations indemnes de toute imprégnation par les protéines bacillaires, comme certaines peuplades noires, viennent tout à coup à être envoyées en milieu de cracheurs de germes la maladie qu'ils contractent est invariablement du type infantile. Et ce n'est pas une question de race puisque depuis que la civilisation a introduit chez ces peuples en même temps que ses bienfaits, ses tares comme la syphilis, l'alcoolisme et la tuberculose, les habitants se comportent maintenant comme les européens vis à vis de l'infection, c'est à dire que la bacillose affecte maintenant chez eux la même forme que chez nous. Ils font actuellement des tuberculoses du type commun de l'adulte.

Pas plus expérimentalement que cliniquement, pas plus chez l'enfant que chez l'adulte, le bacille de Kock n'engendre jamais la maladie du type commun de l'adulte.

Il existe de nombreux faits qui sont complètement inexplicables quand on persiste à nier l'hérédité.

Comment comprendre autrement que d'innombrables sujets issus de parents ayant présenté à un moment donné de leur existence des lésions tuberculeuses fermées ou guéries bien avant la naissance de leurs enfants, ne répandant autour d'eux aucun germe, soient victimes de la maladie, quelles que soient les précautions dont ils sont entourés, par la suite, pour les soustraire à tout contact suspect ? Comment expliquer autrement que par l'hérédité, que les pères tuberculeux décédés avant la naissance de leurs enfants, ceux-ci deviennent tuberculeux malgré toute la vigilance avec laquelle on s'applique à les protéger contre les atteintes du germe.

Comment donner une autre interprétation à cette observation aussi démonstrative qu'une expérience rigoureusement conduite : dans une famille dont le père et la mère sont indemnes de toute infection bacillaire, au milieu de nombreux enfants, il s'en trouve un seul qui devient tuberculeux, les autres restant en parfaite santé; cet enfant seul bacillaire est le fruit d'une défaillance coupable de

la mère avec un amant phtisique qui n'a jamais plus eu de contact avec la famille.

Et comment pourrait-il se faire que toutes les fois qu'on a le moyen de rechercher l'hérédité chez les parents des tuberculeux, on la trouve invariablement ? Seuls les descendants de bacillaires seraient-ils contaminables ?

Le grand Hippocrate avait parfaitement observé quand il écrivait un « phtisique naît d'un phtisique ».

Il n'est pas de partie des sciences biologiques à laquelle Lumière n'ai apporté un nouvel éclat.

Le problème de l'anaphylaxie a reçu de lui une lumineuse explication.

Je laisse parler Lumière :

Le Néologisme «Anaphylaxie»

Longtemps avant les mémorables expériences de Portier et Richet, certains précurseurs avaient signalé des faits d'anaphylaxie, sans se douter de l'importance des phénomènes qu'ils observaient.

C'est ainsi que Magendie en, 1839, mentionnait, sans s'y arrêter que des lapins ayant reçu, sans présenter aucun trouble, une première injection d'albumine, étaient incapables, quelques jours après, d'en tolérer une seconde.

Landois et Hayem, Flexner, Koch, Behring et Kitasato, Arloing et J. Courmont, Richet et Hericourt, Belfanti eu Carbone, P. Courmont et certainement aussi nombre d'autres auteurs, ont constaté des faits d'intolérance après imprégnation par une première dose de substances protéiques étrangères, mais toutes ces costatations n'avaient point été analysées, ni réunies pour en former un corps de doctrine.

C'est à Portier et Richet que revient le grand mérite d'avoir attiré l'attention sur les phénomènes de cette nature et fondé une théorie qui devait être remarquablement féconde, malgré l'inexatitude des interprétations sur lesquelles elle a été échafaudée à l'origine.

Portier et Richet sont donc bien les véritables novateurs en cette matière, parce que, sans eux, les faits isolés, considérés en eux-mêmes, eussent pu demeurer longtemps encore stériles et sans aucune portée.

L'exemple de l'anaphylaxie montre l'erreur de ceux qui con-

damnent les théories et considèrent les théoriciens comme des gens néfastes. En réalité, c'est la théorie qui contribue le plus souvent à l'avancement de la science, mais elle peut aussi entraver sa marche progressive, si elle est érigée en dogme intangible. La théorie n'est qu'un instrument périssable qui doit être remplacé quand il est usé. Les théories les plus fausses peuvent avoir temporairement leur utilité. En chimie, la théorie atomique représentant le benzène par un hexagone, n'est qu'une vue de l'esprit qui ne correspond certainement pas à la vérité. Or, les conséquences de cette conception ont été immenses et l'on peut dire que la chimie organique n'existe actuellement que grâce à elle.

N'en est-il pas de même de l'anaphylaxie ?

Ayant injecté à un chien, particulièrement vigoureux et bien portant 0,1 cc. d'extrait glycériné de tentacules d'actinies, Richet et Portier constataient, en 1902, que l'animal ne présentait aucun accident et demeurant en excellente santé; vingt-deux jours après, ces expérimentateurs répétèrent la même injection qui provoqua, quelques secondes plus tard, une crise de polypnée avec diarrhée, vomissements sanguinolents, abolition de la sensibilité, chute sur le flanc et mort en vingt-cinq minutes.

La conclusion que Portier et Richet tirèrent de cette expérience fut que la première injection de l'extrait avait *sensibilisé le chien à son action toxique* et ils furent amenés à considérer le phénomène comme le contraire de l'immunité, d'où le nom d'«Anaphylaxie» qui lui fut donné.

Ce néologisme fit fortune; il s'applique aujourd'hui, comme on le sait, à un ensemble de manifestations pathologiques extrêmement nombreuses et nous estimons même que le chapitre de la médecine qui s'y rapporte ne fait encore que s'ouvrir.

En fondant leur théorie de l'anaphylaxie, Portier et Richet ont été d'éminents novateurs, auxquels la biologie est redevable de l'une de ses plus importantes acquisitions.

Cependant, cette théorie, telle qu'elle a été conçue à l'origine et si animatrice qu'elle a été n'est point l'expression de la vérité scientifique — *il n'y a d'ailleurs pas de théories vraies, il n'y a que des théories fécondes*, comme l'écrit si judicieusement Boutaric.

Dans l'interprétation qu'ils ont donné du phénomène en le désignant sous le nom d'anaphylaxie, Richet et Portier ont incontes-

tablement commis une confusion, ce qui n'a nullement empêché leur conception théorique de constituer un merveilleux moyen d'investigations.

En l'espèce, la première injection d'actino-congestine toxique n'a nullement eu pour effet de renforcer l'action spécifique du poison, mais bien de faire apparaître, dans le sérum et les humeurs du sujet traité, une propriété nouvelle qui n'a rien de commun avec la toxicité primitive de l'extrait.

En voici d'incontestables preuves :

a) Les accidents déclanchés par une seconde injection d'extrait de tentacules d'actinies sont entièrement différents des troubles occasionnés par l'extrait primitivement injecté et cette constatation a été faite par Richet lui-même qui a observé, à la suite de l'imprégnation secondaire, du prurit, des vomissements, de la paraplégie, alors que l'actino-congestine administrée une première fois, même à dose cinquante fois plus forte, ne provoque jamais de symptômes semblables.

b) Les troubles engendrés par le poison des actinies n'apparaissent qu'un certain temps après l'introduction du toxique dans l'économie et surviennent quelle que soit la voie par laquelle il est injecté (sous-cutanée, intra-musculaire, intra-veineuse, parenterale, etc...), tandis que les effets nocifs de l'injection seconde sont immédiats et ne se manifestent que quand la substance déchaînante a été introduite indirectement dans la circulation.

c) La même sensibilisation et les mêmes effets ont pu être réalisés au moyen de protéines telles que l'ovalbumine, par exemple, qui sont primitivement dépourvues de toute toxicité.

d) Les caractères des accidents de l'anaphylaxie sont pathognomoniques de cette anaphylaxie, ils diffèrent essentiellement et totalement des troubles provoqués par les poisons chimiques, quels qu'ils soient.

Indépendemment de l'apparition et de la disparition quasi instantanée des accidents anaphylactiques et de l'influence capitale de la voie par laquelle la dose déchaînante pénètre dans l'organisme, la rapidité avec laquelle elle arrive dans les vaisseaux prime la quantité de substance injecté — il n'y a aucune proportionnalité entre les effets et les doses, dans l'anaphylaxie.

La possibilité de protéger contre le choc cataclysmique de l'in-

jection seconde par un choc atténué préalable, réalisé au moyen d'un précipité insoluble et chimiquement inerte, prouve que le phénomène est d'ordre mécanique, physique en non chimique.

La plupart des matières albuminoïdes, sinon toutes, sont capables de conférer l'état de sensibilisation anaphylactique et, dans tous ces cas, il n'y a aucun renforcement de poison. Il s'agit simplement de la création, de toutes pièces, d'une propriété humorale particulière qui fait que le sujet sensibilisé réagit à une protéine étrangère à son organisme, laquelle était tout d'abord inoffensive, mais qui devient nocive quand elle pénètre secondairement dans la circulation.

Si le poison de l'actino-congestine donne lieu à une sensibilisation anaphylactique, ce n'est nullement parce que c'est le poison, mais bien une protéine, en sorte que si le phénomène anaphylactique avait été étudié en premier lieu en utilisant une matière albuminoïde anodine, le néologisme «*Anaphylaxie*» n'aurait pas été forgé, car son sens implique une toxicité préalable, inexistante, dans le cas général, et il semble impropre à définir correctement le phénomène.

D'ailleurs nous plaçant d'un autre point de vue, nous constatons que la sensibilisation anaphylactique constitue, au contraire, un état de protection.

Lorsqu'on administre, par exemple, à un sujet donné, une culture stérilisée de bacilles d'Eberth, les protéines bacillaires créent, par le mécanisme anaphylactique, un état humoral antagoniste qui fait que les germes typiques habituellement pathogènes ne peuvent plus pulluler sur le milieu organique ainsi vacciné. Dans ce cas, Anaphylaxie est synonyme d'immunité, c'est-à-dire de phylaxie, de protection. Etymologiquement le mot dit ici exactement l'opposé de ce qu'il devrait désigner.

Mais il est hélas trop tard pour changer cette expression. Des milliers de travaux l'on acceptée et consacrée, l'habitude de son emploi est tellement invétérée qu'il ne faut pas songer à la remplacer.

Nous devons en prendre notre parti et nous consoler en remarquant que ce n'est pas la première fois qu'un néologisme donne une fausse idée de ce qu'il prétend dénommer.

Voici dans un très bref résumé, l'œuvre principale d'Auguste

Lumière, membre correspondant de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine, chercheur infatigable, conseiller affectueux des jeunes, leur guide impartial, Lumière porte haut devant le monde le flambeau de la science française.

Devant un tel esprit une phrase d'Aristote s'impose intensément à moi :

« Si les capacités et les talents d'un homme sont tels que la puissance des autres ne peut être mise en balance avec la sienne, il est impossible de le considérer comme une portion de la communauté ».

«Soumettre ses qualités à la commune mesure serait commettre envers elles une injustice proportionnelle à leur grandeur ».

Une heure avait passé ! Cette heure, Messieurs j'ai voulu la revivre devant vous. J'apporte en terminant le salut confraternel d'Auguste Lumière à la Société des Sciences Médicales de Tunisie.

Effets thérapeutiques et parfaite tolérance d'un traitement digitalique prolongé

Note sur la variabilité des signes d'auscultation au cours des lésions mitrales

par le Docteur Aldo CALO'

La propriété de la digitaline de se fixer sur le myocarde et de s'accumuler dans l'organisme est connue depuis bien longtemps et a reglé les différentes méthodes qui ont été proposées à ce jour pour administrer ce médicament. Quelles que soient leurs variétés, celle-ci ont le principe fondamental de prescrire la digitale à des doses limitées et de façon discontinue et, suivant l'expression de Huchard, «ni trop peu, ni trop, ni trop souvent, ni trop longtemps.»

En médecine, plus que partout ailleurs, il faut cependant se méfier des formules toutes faites et de l'application aveugle d'un principe; l'évolution de la maladie et les réactions individuelles sont des facteurs éminemment variables qui doivent nous imposer une observation constante et attentive et nous dicter à chaque instant notre ligne de conduite. En ce qui concerne la digitale ou se cantonne trop souvent dans une posologie qui, bien qu'étant classique, n'en est pas moins insuffisante bien des fois et les échecs thérapeutiques attribués à la gravité de la maladie ne dépendent alors en réalité que de l'insuffisance du traitement. Grâce à une surveillance continue, clinique et électrocardiographique, ayant le but de dépister les premier symptômes d'intoxication, on peut par contre administrer des doses de digitaline qui pourraient paraître pour le moins imprudentes et réussir là où toute autre médication avait échoué. Un cas que nous avons eu l'occasion d'étudier dans le service du Docteur G. Debbasch d'abord, dans notre consultation gratuite de ville, ensuite, vient à l'appui de ces affirmations.

Il s'agit d'une enfant qui fut amenée pour la première fois à notre consultation en avril 1935; âgée de 8 ans, elle se plaignait alors seulement de palpitations en rapport avec la cardiopathie constatée quatre ans plus tôt à la suite d'une scarlatine. En dehors de cela aucun antécédent, personnel ou héréditaire, n'était à signaler.

A l'examen on ne voyait ni cyanose, ni œdèmes mais on décelait les signes classique d'une double lésion mitrale avec un très gros cœur, une tachycardie régulière entre 100 et 120 et une légère hépatomegalie douloureuse traduisant déjà un certain encombrement circulatoire. Le traitement tonicardiaque classique répété plusieurs fois au cours de nombreux séjours à l'hôpital ne parût que retarder l'insuffisance cardiaque; la dyspnée d'effort et successivement de décubitus, la cyanose et les œdèmes s'installèrent progressivement, l'hépatomégalie augmenta de façon considérable et d'abondants épanchements pleuraux et péritoneaux complétèrent en deux ans ce grave tableau d'asystolie.

Le 1^{r} mars 1937 nous soumimes encore une fois la petite malade à un traitement digitalique précédé, naturellement, par une thérapeutique déplétive : saignée, purgation et évacuations pleurale et péritonéale qui ne purent être que partielles en raison de l'abondance des transsudats. Le traitement consista exclusivement dans l'administration chaque matin à jeun de dix gouttes de digitaline au millième. Sans nous décourager par son inefficacité apparente au cours des premiers jours et sans nous préoccuper d'avoir largement dépassé la dose classique maxima, nous persévérames dans cette méthode, rassuré par l'absence de tout phénomène d'intoxication. Ce n'est que vers le vingtième jour que l'amélioration se produisit: en même temps que les troubles fonctionnels s'atténuaient, que le sommeil devenait possible et que l'état général s'améliorait, l'on assista à la fonte des œdèmes, à la disparition de la cyanose et des épanchements et à l'augmentation de la diurèse entrainant une chute de poids de 45 à 35 kilogs, signature de l'élimination des liquides tissulaires et cavitaires. L'encombrement pulmonaire disparut, l'hépatomégalie se reduisit notablement, seules les dimensions cardiaques ne subirent pas de modifications appréciables ainsi qu'en font foi plusieurs orthodiagrammes pris en série.

Après un quarantaine de jours de traitement notre petite malade pouvait se lever sans difffficulté et circuler librement dans les salles; ne voulant pas lui faire risquer une rechute et assuré de sa parfaite tolérance pour la digitaline nous continuames le traitement tout en la gardant encore près de deux mois dans le service pour la surveiller et nous assurer qu'elle ne cessait pas de prendre son médicament. Au cours de cette période le pouls ne descendit jamais au des-

sous de 70, mais de légers troubles gastriques nous amenèrent à lui donner la digitaline non plus à jeun, mais avant les repas; ce changement d'horaire suffit à les faire disparaître.

Il va sans dire que nous nous sommes assurés à plusieurs reprises de l'efficacité de la digitaline employée soit en changeant souvent de flacon, soit en la donnant simultanément à d'autres cardiaques chez qui elle ne tardait pas à produire des phénomènes d'intoxication. Il nous à semblé à cet égard que les préparations tirées de la *digitalis lanata* étaient mieux supportées que celles dérivant de la *digitalis purpurea* et c'est à elles que nous nous sommes tenu dans les cinq derniers mois de traitement.

La malade a pris sans interruption ses 10 gouttes de digitaline jusqu'au 15 novembre, soit 2.600 gouttes en huit mois et demi. Au bout de cette période et comme elle avait repris depuis longtemps la vie normale de son âge sans en être fatiguée, nous avons suspendu le traitement en nous réservant de le reprendre sans appréhension à la première alerte. Quatre mois se sont écoulés depuis cette date et nous n'avons pas eu besoin d'y recourrir: l'enfant joue, va régulièrement en classe et gravit plusieurs fois par jour les quatre étages de son appartement sans ressentir gêne ni fatigue. Ce résultat n'aurait certainement pas été acquis si, en dépit de toute règle préconçue, nous n'avions pas poussé si loin le traitement digitalique.

L'étude électrocardiographique pratiquée en série nous rassurait d'ailleurs pleinement, car les tracés électriques ne montrèrent à aucun moment les altérations des rapports chronologiques auriculo-ventriculaires que l'on constate très fréquemment dans les intoxications dues à la digitale (allongement de P. R., dissociations auriculo-ventriculaire partielle ou totale). Cependant certaines modification électrocardiographiques déjà décrites au cours des imprégnations digitaliques, se produisirent au cours du traitement et disparurent progressivement après son abolition. En deuxième dérivation l'onde T légèrement positive avant le traitement (2), accentue son voltage après 570 gouttes (5), s'invertit au bout de 1000 (8) et redevient positive après la fin du traitement (11. - 14.). En troisième dérivation elle est et reste aplatie jusqu'à la 570e goutte (3. - 6.), s'invertit parallèlement à celle de D. 11 (9.) et reste négative un peu plus longtemps (12.) pour devenir enfin posi-

tive (15.); de même l'onde Q. devient de plus en plus profonde à mesure que la dose de digitaline augmente (3. - 6. - 9.) et reprend progressivement son voltage initial après l'abolition du traitment (12. - 13.).

Pour finir cette étude électrocardiographique nous signalerons enfin les anomalies de l'onde P, anomalies fréquentes au cours des affections mitrales, consistant dans son allongement permanent et dans sa bifidité en certains tracés (2. 3. 4. 5. 6. 8. 9.).

Il est un fait bien connu au sujet des cardiopathies en général et des lésions mitrales en particulier, c'est la grande variabilité de certains signes d'auscultation suivant l'évolution de la maladie. Le cas que nous venons d'exposer se prête admirablement à l'étude de ce phénomène.

Les phonocardiogrammes reproduits à la planche 1 on été enregistrés dans les mêmes conditions et sur les trois principaux foyers d'auscultation. Sur la mitrale l'on constate tantôt la succession d'un roulement diastolique, d'un 1er bruit, d'un souffle systolique et d'un 2^{me} bruit normal (1. - 13.) ou dédoublé (10), tantôt l'existence d'un souffle systolique réunissant des deux bruits du cœur (7.), tantôt la présence de deux bruits normaux à l'exclusion de tout phénomène sonore pathologique (4). Le 3^{me} bruit du cœur est visible une seule fois dans le tracé N° 13.

Sur la pulmonaire nous avons toujours capté des bruits normaux (2. 5. 8. 11. 14.); par contre sur l'aorte nous avons inscrit à deux reprises (9. 12.) un souffle systolique et une seule fois (12.) un bruit auriculaire.

La variabilité des phénomènes sonores peut donc être extrême chez la même malade; en effet les signes d'auscultation ont successivement été ceux d'une double lésion mitrale (1. 2. 3.), d'un cœur normal (4. 5. 6.), d'une insuffisance mitrale (7. 8. 9.) pour revenir enfin à ceux de la double lésion mitrale (10. 11. 12. et 13. 14. 15.).

Il est un fait très interessant à signaler et qui peut sembler au premier abord assez bizarre, c'est que les bruits praissaient normaux justement quand les conditions de la malade étaient les plus mauvais (26 mars 1937, tracés 4. 5. 6.). Il faut penser qu'à ce mo-

ment là l'énergie contractile du myocarde était tellement diminué dans l'oreillette gauche qu'elle était incapable de donner naissance au roulement diastolique et qu'elle était à tel point réduite dans le ventricule correspondant qu'elle ne pouvait plus créer les remous sanguins générateurs du souffle systolique.

pl. I. - Données graphiques et leur évolution

Les tracés sont disposés de haut en bas d'après leur ordre chronologique :

1re *rangée* (1. 2. 3.) : 31 mars 1936 (cardiopathie compensée).

2me *rangée* (4. 5. 6.) : 26 avril 1937 (maladie partiellement compensée après une longue période de grave asystolie ayant reçu 570 gouttes de digitaline au 1/1000).

3me *rangée* (7. 8. 9.) : 7 juin 1937 (après 1000 gouttes de digitaline : aucun trouble fonctionnel).

4me *rangée* (10. 11. 12.) : 30 novembre 1937 (15 jours après abolition de tout traitement, la malade ayant pris 2600 gouttes de digitaline à raison de 10 par jour : aucun trouble fonctionnel).

5me *rangée* (13. 14. 15.) : 19 mars 1938 (ne prend aucun médicament depuis 4 mois et fait une vie normale).

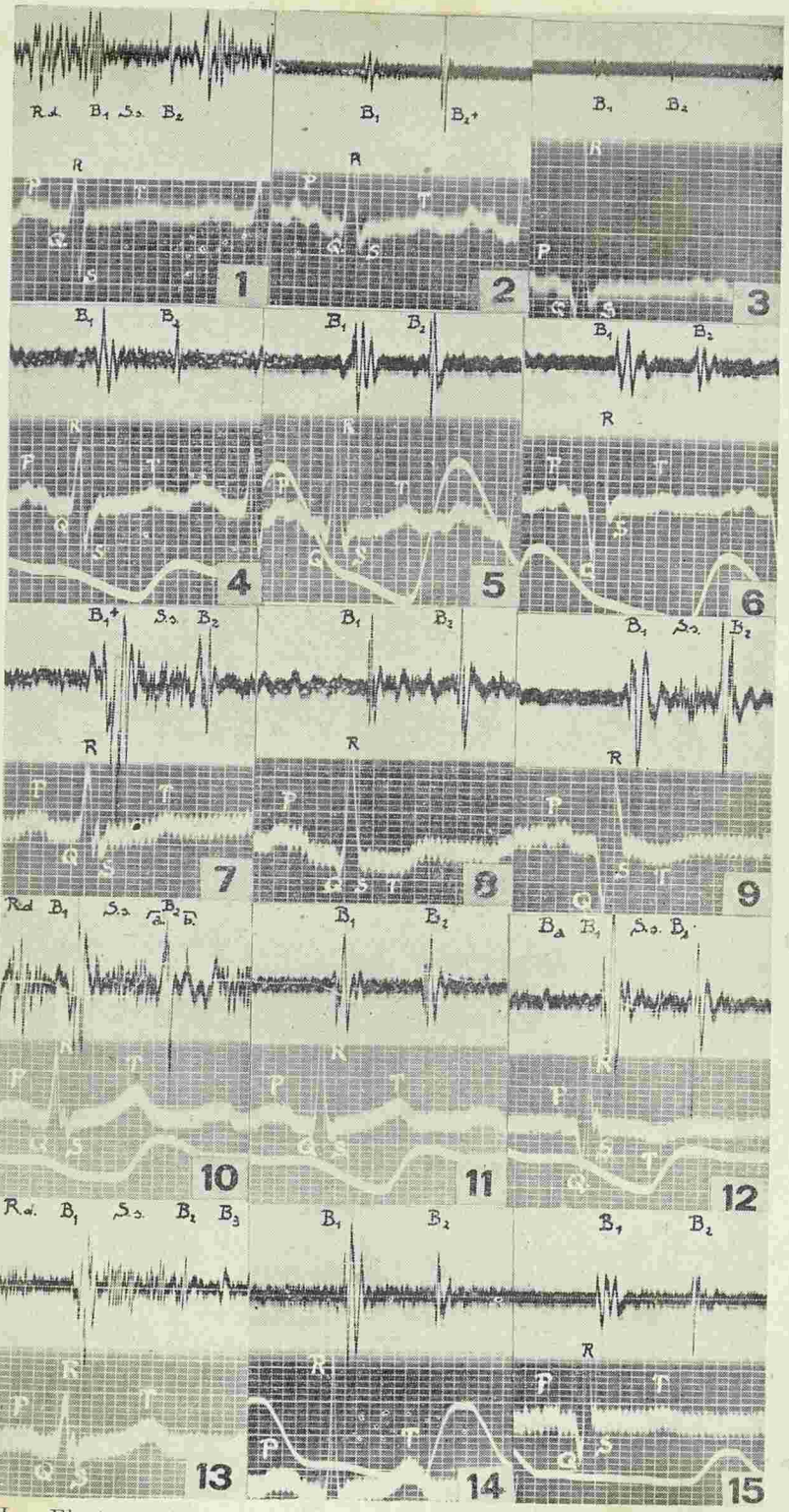
Dans chaque rangée les tracés sont toujours enregistrés suivant le même ordre de gauche à droite :

Phonocardiogramme capté successivement sur la mitrale, la pulmonaire et l'aorte dont les foyers d'auscultation ont été repérés orthodiagraphiquement et reproduits à la planche II.

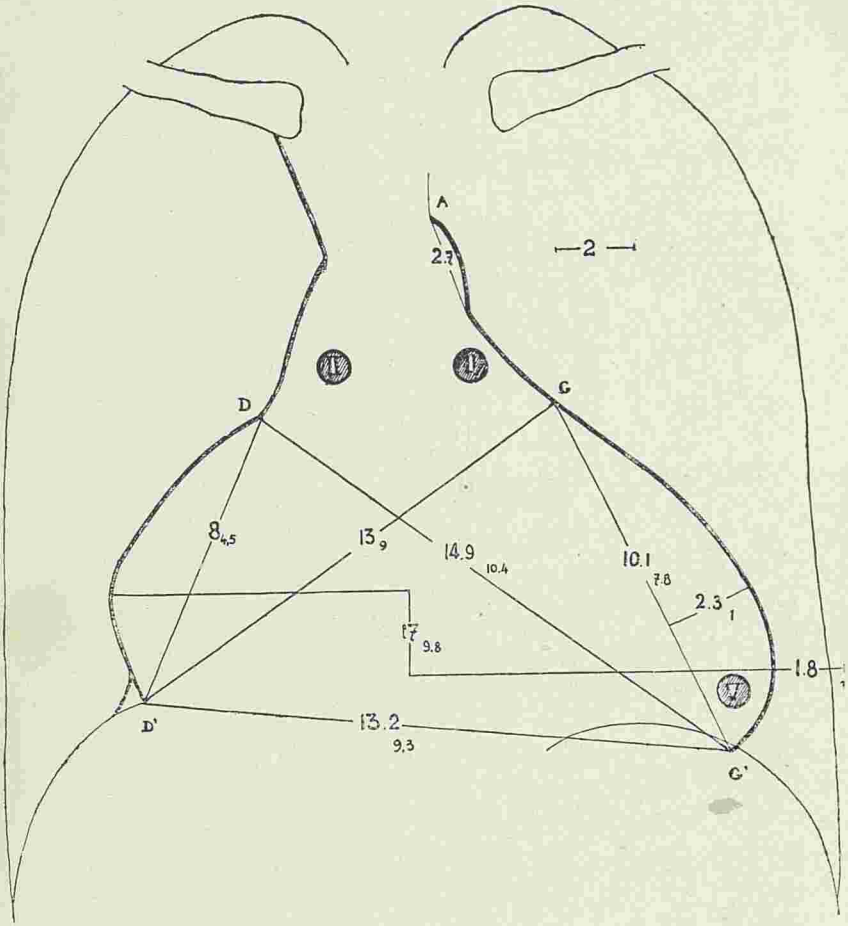
Electrocardiogramme en 1re, 2me et 3me dérivation. (Amplitude : 1 cm = 1 millivolt; temps : intervalle entre les lignes verticales 4/100 de seconde).

Sphygmogramme (existant seulement sur quelques tracés) : enregistré au tiers inférieur des artères humérale, fémorale et tibiales droites à une contrepression légèrement inférieure à la maxima.

Signes employés : B1 = 1er bruit. B2 = 2me bruit. Ba = bruit auriculaire B3 = 3me bruit. R. d. = roulement diastolique. S.s. = soufle systolique. A.b. = dédoublement. + = éclat.



Pl. I — Electrocardiogrammes, phonocardiogrammes et sphygmogrammes



Pl. II — *Orthodiagramme* en fronale antérieure. Les gros chiffres représentent la longueur des diamètres exprimés en centimètres; les chiffres plus petits qui les accompagnent se rapportent aux dimensions théoriquement normales pour le sujet examiné. Les zones hachurées correspondent aux espaces intercostaux où a été placé le microphone du phonocardiographe.

Gliome du Cervelet. - Tumeur de la Protubérance
Exposé clinique et présentation de pièces

par M. Marcel CARUANA

Les deux pièces que nous avons l'honneur de vous présenter, sont l'une, un gliome du cervelet, l'autre, une tumeur de la protubérance de cette dernière; nous nous excusons de ne pas pouvoir préciser la nature, les examents histologiques ne nous étant pas encore parvenus.

Les observations ont été recueillies, à l'hôpital Ernest Conseil, dans le service de Monsieur Broc, que nous tenons à remercier vivement.

Vous voyez dans la première pièce, au niveau de l'hémisphère gauche du cervelet, dans la région postero-inférieure, près du vermis, une tumeur de la grosseur d'une noisette, dont la coloration est actuellement altérée par le formol, mais dont la surface se présentait primitivement, à la coupe, rosée et molle. Sa limite est diffuse et irrégulière: il s'agit là d'un *gliome infiltré*.

Les circonstances d'apparition de cette tumeur sont assez particulières et méritent, croyons-nous, d'être relatées.

Ahmed ben A...., âgé de 13 ans entre dans le service au mois de juillet 1937. Il nous dit accuser depuis un an, des troubles de la marche. En fait, le début de son histoire clinique remonte à près de trois ans. A cette époque, alors qu'il se promenait à bicyclette, il fut heurté par une automobile, tomba lourdement sur la région occipitale et perdit aussitôt connaissance. Le coma dura plus de deux heures.

Les jours qui suivirent son accident furent marqués par de l'obnubilation, une cephalée diffuse et très vive, des vomissements, et lorsqu'après une quinzaine de jours, il voulut reccomencer à marcher, il en éprouva une certaine difficulté, et en particulier, il accusa des vertiges avec une tendance à la chûte.

Pendant toute une année, son activité fut amoindrie par ces troubles de la marche, et la céphalée, bien que moins intense qu'aux premiers jours, fut vive et se localisa à la région occipitale.

Au mois de juillet 1935, devant la persistance de ces troubles, il alla consulter au Centre de prophylaxie de Tunis.

Au cours d'un examen complet on lui trouva un Hecht et un Kahn à x x x x. Un traitment spécifique fut essayé.

Après dix injections de muthanol, les troubles s'amendèrent puis finirent par disparaître, et le malade nous précisa que pendant plusieurs mois il a pu avoir une activité normale.

Ce n'est en effet qu'en juillet 1937 que la céphalée s'est de nouveau manifestée, puis avec elle, les vertiges et les troubles de la marche, et leur aggravation progressive le décidèrent à entrer à l'hôpital.

Lorsque nous le vîmes pour la première fois, il présentait les *symptômes suivants :*

pas de cicatrices du cuir chevelu,

pas de douleurs à la pression de l'occipital

une radiographie du crâne ne relevait ni fracture ni fissure.

Par contre une symptomatologie cérébelleuse nette.

La marche démontrait le trouble de l'équilibre, la base de sustentation était élargie, les bras décollés du corps, avec une tendance marqué à la latéro-pulsion du côté droit.

La station debout était difficile, compromise par une tendance à la chûte. Le malade titubait.

Les épreuves habituelles, doigt sur le nez, talon sur le genou, marionettes ajoutaient au tableau clinique de la dysmétrie et de l'adiodococinésie.

Le nystagmus, par contre, était peu intense et ne se manifestait qu'aux positions horizontales du regard. Il n'a pas été retrouvé à un examen ultérieur.

Quelques signes absents : pas de tremblement, pas de troubles de la parole, pas d'asthénie.

L'examen clinique ne donnait aucun autre renseignement :

La force musculaire était conservée des deux côtés, les reflexes tendineux, l'exploration des nerfs craniens n'en montraient pas l'altération.

Le psychisme était intact, l'intelligence, d'ailleurs vive.

Le groupement de quelques signes faisaient penser à une hypertension cranienne;

la céphalée occipitale, progressive, après une accalmie.

les vertiges qui étaient en réalité, plus une sensation d'étourdissement que des vertiges vrais à type giratoire.

Nous avons demandé à l'Hôpital Sadiki un examen oculaire. Il nous a été répondu :

Vision œil droit 10/10
Vision œil gauche 10/10
champ visuel légérement retréci
Pas de dyschromatopsie
Fond d'œil : neuro-rétinite avec léger œdème des papilles Stase papillaire ancienne en voie de régression.

La ponction lombaire donna les résults suivants :

Coloration du liquide normale
tension du liquide au Claude, le malade couché, 42
épreuve de Quekenstedt-Stoockey, pas de blocage.
Lymphocytes 0,8 par mm3
albumine 0, 45 par 1000
réaction de Wassermann, liquide anticomplémentaire (le Wassermann sanguin était négatif).

Le diagnostic de tumeur de la région cérébelleuse ne faisait plus de doute, encore que les circonstances d'apparition et l'évolution aient pu nous faire hésiter. Nous ne pouvions pas oublier en effet que tous ces troubles étaient apparus à la suite d'un traumatisme.

S'agissait-il d'un foyer hémorragique de la dure-mère organisé, comprimant une hémisphère cérébelleuse ? ou bien d'une tumeur intracérébelleuse, très vasculaire, latente jusque là, et que le traumatisme avait révélé en créant de peties suffusions hémorragiques ? S'agissait-il encore d'une forme syphilitique, comme pouvait le faire supposer la positivité de la sérologie en 1935, et la remarquable regression obtenue par un traitemnt spécifique?

A titre d'épreuve, il fut institué un nouveau traitement au Sulfarsenol, qui lui ne donna aucun résultat. Bien au contraire quelques nouveaux symptômes inquiétants apparurent.

Le 6 septembre, le jeune malade eut deux ou trois vimissements, du type cérébral; le pouls était à 76; les vomissements se répétèrent les jours suivants; le 14 septembre le pouls était à 64, la céphalée extrêmement vive; et sur ces indications, et sur le chiffre de 42 de tension du liquide céphalo-rachidien, noté à une ponction antérieure, on décida une *décompression*.

Le malade, passé dans le Service Chirurgical de l'Hôpital Ernest Conseil, fut opéré le 30 septembre par le Docteur Demirleau.

Voici le compte-rendu opératoire: Syndrome cérébelleux. Technique de de Martel. Incision médiane et en fer à cheval. Résection de l'arc postérieur de l'atlas et de l'occipital au pourtour du trou; à ce moment on voit saillir les lobes du cervelet. Pas de battements. On commence la taille du volet occipital, mais l'opération durant depuis une heure et demi, et le malade donnant des signes de shock, on décide d'arrêter l'opération. Mais avant de fermer on incise la dure-mère au niveau de chaque lobe cérébelleux et médianement au niveau du bulbe. Le liquide céphalo rachidien s'échappe avec une certaine pression. Fermeture uniquement au fil de lin.

Malade très shocké, sans connaissance, sans température, pouls très faible. On décide de reintervenir dans huit jours pour explorer la fosse cérébelleuse. Alors que le malade avait repris toute sa connaissance, le décès survient brusquement dans l'après-midi.

A l'*autopsie :* Tumeur de l'emisphère gauche du cervelet située à la partie postérieure et inférieure près du vermis. De la grosseur d'une noisette, ses limites sont imprécises, diffuses, la coloration est rosée, la consistance molle.

Le ventricule latéral gauche est très dilaté. Pas d'autres lésions cérébrales apparentes. Les méninges sont intactes.

L'*examen histologique*, que nous devons à l'obligeance du Doct. Cassar a donné comme résultats :

« Coloration Hemalun — Eosine — Safran. Présence d'astrocytes typiques et atypiques. Fibrillogénèse discrète. Polymorphisme des cellules astrocytaires (quelques cellules sont multinuclées). Diagnostic : gliome astrocytaire peu fibrillaire».

En matière de conclusion, certaines données de cette observation restent pour nous obscures et en particulier nous ne pouvons élucider le rapport entre le traumatisme et les manifestations cliniques de la néoplasie cérébelleuse qui ont suivi. Certes certains gliomes dits télangiectasiques peuvent à la suite d'un traumatisme se révéler cliniquement, du fait de leur contenu vasculaire. Rien de tel dans le compte-rendu anatomo-pathologique qui spécifie : «Gliome astrocytaire». Faut-il supposer que ces cicatrices de foyer inflammatoire consécutives au traumatisme ont été ce point de départ du processus néoplasique, comme on l'a déjà signalé?

C'est l'hypothèse qui nous paraît la plus plausible.

Tumeur de la protubérance

La seconde observation est une tumeur intraprotuberantielle, siègeant au centre de la protubérance, de la dimension d'une pièce de dix centimes environ; ses limites sont précises.

Son étude clinique avait soulevé quelques difficultés diagnostiques.

Il s'agissait d'un indigène, âgé de 25 ans, entré au début du mois d'août à l'hôpital Ernest Conseil, dans le service du Docteur Broc.

Son histoire clinique était péniblement retracée du fait d'une altération assez marquée du psychisme. Un certain degré de puerilisme avec rire facile et le plus souvent immotivé, l'incompréhension fréquente aux questions posées, rappelaient le psychisme du pseudo bulbaire.

Nous apprenions néanmoins que les premiers troubles étaient apparus il y a six mois. D'abord une gêne de la marche, puis un tremblement des membres supérieurs avec difficulté de préhension des objets, difficulté accrue plus tard par l'apparition d'une amyotrophie du membre supérieur gauche. Dans les derniers mois l'existence de vertiges avec chûte l'obligeaient à s'aliter.

Cette succession de symptômes fut progressive et sans rémission.

Au mois de juillet, un médecin consulté aurait entrepris un traitement antispécifique qui n'aurait donné aucun résultat, et à la suite de l'extension et l'aggravation de sa maladie, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

On ne relevait dans ses antécedents que des maladies banales, un trachome, un trichiasis.

Lorsque nous le vimes pour la première fois, il présentait une sémeiologie cérébelleuse marquée.

— la démarche était hésitante, comme ébrieuse s'accompagnant d'élargissement de la base de sustentation classique.

— la station debout était difficile, le malade oscillant et ayant une tendance à tombre. Il éprouvait des vertiges, avec dérobement des jambes et obnubilation, sans avoir toutefois le vertige giratoire type Ménière.

La parole était lente et nasonnée. On notait en outre un tremblement intentionnel et d'amplitude de plus en plus grande, et des troubles de la coordination que révèlaient la dysmétrie, l'adiodococinésie l'asynergie.

— le nystagmus ne se manifestait qu'aux positions extrêmes du regard horizontal.

Au niveau des membres inférieurs, l'examen rélevait de l'hypertonie, sans atrophie. La force segmentaire était légèrement diminuée, aux dépens surtout des fléchisseurs, les réflexes tendineux (achilléens et rotuliens) vifs et polycinetiques.

Il n'existait pas de troubles sphinctériens ni de troubles de la sensibilité objective ni subjective. Le reflexe cutané plantaire se faisaient en extension et ce des deux côtés.

Ce qui attirait l'attention en dehors de ce syndrôme cérébello-pyramidal, c'était l'existence d'une amyotrophie globale du membre supérieur gauche. Cette amyotrophie aurait débuté à la main et aurait été du type ascendant. Il s'agissait, à l'examen, d'une amyotrophie type Aran-Duchenne, avec atteinte massive des éminences thénars et hypothénar réalisant la main de singe.

Les réflexes tendineux, olécranien et radial, étaient diminués, la sensibilité intacte.

A l'opposé, au membre supérieur droit, d'apparence normale, les réflexes tendineux étaient plus vifs que normalement, sans aucun trouble de la sensibilité objective ni subjective.

L'examen neurologique ne fournissait aucun autre renseignement les paires craniennes étaient intactes; on ne notait pas de paralysie du trijumeau, du moteur oculaire externe, ni du facial.

En outre aucun symptôme ne plaidait en faveur d'un hypertension cranienne.

— il n'existait pas de céphalée, ni de vomissements. Le pouls était à 80, le rythme respiratoire à 16 par minute.

La ponction lombaire retirait un liquide de coloration normale, et dont la tension au Claude était à 20, le malade couché.

— l'albumine était à 0,45 pour 1.000

—la leucocytose à 54 par mm3 avec 98 % de lymphocytes

— le Wassermann négatif

Un benjoin colloïdal fait au Dispensaire antivénérien était positif dans les tubes 2 à 7.

Au point de vue oculaire on notait

— une taie centrale de la cornée

— un trachome cicatriciel et un trichiasis

— des réflexes normaux

— un fond d'œil normal

— la vision à l'œil droit ou siègeait la lésion de la cornée était de 1/10

Le reste de l'examen était négatif.

En résumé, si l'on opère le groupement de ces signes quelques peu disparates du fait de leur multiplicité, on constate :

— un syndrôme cérébelleux que traduident les troubles de la coordination, les vertiges, le nystagmus

— un syndrôme pyramidal marqué par des troubles des reflexes, et un Babinski

— un syndrôme radiculaire, l'amyotrophie type Aran-Duchenne du M. S. gauche

— et en outre, un syndôme sérologique : négativité du Wassermann, associée à une formule de benjoin colloïdal symptomatique d'une lésion cérébro-méningée d'ordre syphilitique, ce qui n'était pas le cas, ou d'une sclerose en plaques, à la période terminale.

Cette sémeiologie à la fois riche et extrèmement variée, la dissociation Wassermann négatif, benjoin positif, ne pouvaient faire penser qu'à une affection type sclérose en plaques. En faveur de ce diagnostic manquait toutefois l'argument évolutif. Depuis les premières manifestations, il y a six mois, la maladie a évolué d'une façon continue, sans rémission. Cette succession de symptômes, en «tâche d'huile» attirait plutôt l'attention vers une néoplasie intracranienne, cérébelleuse ou paracérébelleuse.

L'*évolution* devait confirmer cette hypothèse puisque six jours après son hospitalisation, le malade décéda le 17 août 1937, alors qu'étaient apparus depuis trois jours des signes d'atteinte bulbaire, de la tachycardie à 120, une respiration irrégulière, des vomissements, une température à 40.

A l'*autopsie*, il fut trouvé la tumeur de la protubérance que nous vous présentons.

Et cependant à reconstituer l'histoire de ce malade, complètée par cette documentation nécroscopique, plusieurs éléments en faveur d'un néoplasie protubérantielle manqent à notre observation.

Si cette apparition en tâche d'huile des symptômes dans le court laps de temps de six mois est en faveur d'une tumeur, nous ne parlons de l'absence des signes d'hypertension cranienne qui est souvent notée dans les localisations protubérantielles, l'intégrité des

paires craniennes notamment explique notre hésitation à poser un diagnostic topographique précis. Dans notre observation manquent les atteintes de 6e, 7e et 8e paires qui sont les expressions, inconstantes il est vrai, d'une lésion intra ou périprotubérantielle. Par ailleurs, le syndrôme radiculaire du membre supérieur gauche vient brouiller une semérologie jsuque là rationelle et peut laisser supposer une affection surajoutée. Les résultats histologiques de la pièce, que nous ne possédons pas encore, nous en donneront peut-être l'explication.

Quoiqu'il en soit ces deux cas de tumeur observés simultanément dans un service de médecine générale, montrent combien il est difficile souvent, croyons-nous, tout au moins dans un service non spécialisé, de poser un diagnostic précis de localisation.

Une mention spéciale doit être faite au traitement antisyphilitique essayé dans les deux cas. Il est d'usage, après un diagnostic clinique de tumeur cérébrale et sans préjuger de sa nature, d'entreprendre un traitement antispécifique d'épreuve. Les résultats en sont diversement appréciés. Il semble que, de l'avis général, le traitement antisyphilitique, en dehors des tumeurs proprement syphilitiques, peut apporter des améliorations, d'ailleurs le plus souvent transitoires. Ce traitement ne doit pas dépassr quelques semaines, et il de ce fait plus indiqué dans la période pré-opératoire, ou après l'intervention pour en consolider les résultats.

En Tunisie, où l'indigène est très souvent syphilitique (dans une proportion de 70 % — Broc), il serait intéressant de comparer, avec celles de la Métropole, les statistiques des résultats des traitements médicaux des tumeurs cérébrales en général. Nous ne croyons pas qu'un tel travail ait été fait. Il n'est pas inutile de signaler que les gommes syphilitiques du cerveau sont signalées comme étant rares, et que Cushing, dans une éture de 1.500 cas de tumeurs cérébrales, n'en trouve que 2 pour cent. La proportion est-elle plus grande en notre pays, étant donné le pourcentage important de syphilitiques ?

Dans notre première observation, notre jeune malade avait un an avant que nous le voyions, une sérologie fortement positive. Nous n'avons pu savoir si les examens avaient été fait après prise de sang ou après ponction lombaire, précision utile, vu la relative fréquence de la positivité du Wassermann dans les tumeurs cérébrales non

syphilitiques. Quoiqu'il en soit, des injection de muthanol ont été suivies d'une amélioration très nette mais passagère (quelques mois). Lorsque nous l'avons examiné, le Wassermann sanguin était négatif, la semeiologie cérébelleuse de nouveau très marquée. L'amélioration était-elle une coïncidence, et correspondait-elle à une régression spontanée de la néoplasie, ou bien le traitement antisyphilitique avait-il été vraiment éfficace ? Nous ne saurions le dire.

Le nouveau traitement que nous avions entrepris, n'avait lui, donné aucun résultat.

Dans notre deuxième observation le traitement d'épreuve avait été inopérant chez un malade indemne de syphilis, l'évolution de la tumeur se faisait sans rémission.

Sur une forme atypique de bilharziose vésicale

par Marcel CARUANA

Si nous nous permettons de vous présenter aujourd'hui un cas de bilharziose vésicale, c'est que la symptomatologie nous en paraît assez atypique, et à ce titre, nous pensons qu'elle mérite d'être signalée.

Il est classique de dire que la bilharziose vésicale se manifeste cliniquement par une hématurie de sang pur apparaissant à la fin de la miction, tout au moins lorsque les lésions de la vessie ne sont pas très avancées hématurie sans douleurs avec à peine une légère gêne à la miction. Un simple examen des urines au microscope décèle des œufs de bilharzies à l'origine de l'hématurie.

Parfois, l'apparition de cette hématurie est précédée d'un syndrôme infectieux peu intense qui caractérise la période toxémique de la bilharziose, le plus souvent d'ailleurs passée inaperçue.

C'est donc un diagnostic facile auquel on pense immédiatement dans les pays où la bilharziose sévit.

En Tunisie ,elle est d'observation relativement courante dans la région de Gafsa, une des très rares régions, à notre connaissance tout au moins, où on l'ait signalée. Les cas observés par le docteur Broc proviennent tous de cette région. Nous-mêmes, avec Monsieur Broc, avons eu l'honneur de présenter à la Société Médicale, au mois de mars dernier, une pièce d'autopsie d'un Gafsi mort d'un cancer secondaire du foie, et qui urinait de petites quantités de sang, quotidiennement : sur la vessie on voyait de petites hyperplasie brunâtres, pseudo-polypeuses, faites de tissu conjonctival sclèreux et dur, gîte habituel des oeufs de shistosomia.

A l'observation que nous vous présentons aujourd'hui, manque cette double notion fondamentale, tout au moins pour la Régence, notion géographique et caractère spontané de l'hématurie.

Abdallah Ben Brahim, entre à l'Hôpital Ernest Conseil dans le service du Docteur Broc au début du mois de septembre, pour des hématuries qu'il présente depuis six mois; il est originaire de Matmata où il a toujours vécu jusqu'à ce qu'il vienne à Tunis. Il prétend n'avoir jamais été à Gafsa. Il aurait donc contracté sa maladie à Matmata.

C'est un malade pâle, anemié; il ne peut nous préciser les troubles qui ont précédé l'apparition de ces hématuries.

Ce qui l'a frappé, c'est une émission de sang spontané, indolore, tout au plus a-t-il parfois une sensation de cuisson au moment de la miction et une sensation de pesanteur au niveau du pubis et du périné. L'hématurie est intermittente et orthostatique ; elle apparaît après les fatigues de la journée et pendant les périodes où le malade ne travaille pas; la coloration des urines est normale; en outre, l'émission de sang se fait pendant toute la durée de la miction et cette hématurie, bien que légère est totale.

L'épreuve des trois verres confirme d'ailleurs ces données L'examen des urines au microscope après centrifugation, montre de grands œufs éperonnés qui caractèrisent les œufs du schistosomia.

En résumé, il s'agit d'un malade originaire de Matmata présentant de petites hématuries totales, intermittentes, provoquées par les efforts, calmées par le repos, hématuries d'origine bilharsiennes comme l'ont confirmé par ailleurs l'absence de tout antécédent calculeux; la négativité des examens reinaux urétéraux et en particulier trois radiographies de l'appareil vésico-urinaire se sont montrées normales.

Après un séjour, dans le service, de trois semaine où il suivit un traitement au neo-antimosane, combinaison d'antimoine et de pyrocatechine, le malade est sorti sans qu'il ne soit apparu aucun signe nouveau qui aurait pu faire penser à une affection surajoutée.

Ces particularités, contagion en dehors de la zone habituelle, Gafsa, et anomalie de hématurie, nous ont incité à vous présenter cette courte observation.

Discussion :

Le Docteur **Gobert** : Matmata est un centre endémique de bilharziose, au même titre que Gafsa et Oudiane, et le Nefzaoua, centre qui n'est pas inconnu, comme l'a dit notre confrère. Le gîte où l'on s'infecte à Matmata sont les sources de l'Oued Jir. Les médecins militaires des territoires en ont à plusieurs reprises rendu compte dans leurs rapports, en particulier M. le Dr. Rihouey.

Le Dr. Caruana demande s'il y a eu des publications. Sur ce point je serai moins affirmatif et me propose de rechercher ».

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 19 Novembre 1937

—«0»—

La séane est ouverte à 18 h. sous a présidence du Docteur Ruggero.

Sont présents : MM. Lamarche, Masselot, Brun, Coursières, Mlle Barthezene, Gobert, Domela, Tremsal, E. Calo, E Scialom, Broc, Méd. Colonel Lemoine, J. Chemla, Ghouila Houri, Méd. Cap. Tanguy, Méd. Commandant Martin, Mazère, A. Calo, Santillana, Borouch, Henry, Lalloum, Victor Cohen, Hayat, Cuénod, De Gentile, Méd. Lieut. Colone. Saulnier, Henry Scemama, Perez, Dana, Cohen Boulakia, Caruana, Fleury, Gutieres, Jacques Guez, Laclavetine, L. Uzan, Mlle Dubreuil, Dirats,Marechal, Delastre, Soria, Balozet, Mlle Nicolle, Cali Garsia Jules Scemla, Slim, Deleuil, Bardou, Reynal, A. Di Vittorio.

ORDRE DU JOUR

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

COMMUNICATIONS DU BUREAU :

La candidature du Médecin Commandant Coulon est adoptée à l'unanité.

Sommaire des Communications

Drs Cohen Boulakia et Mme R. De Gentile : Deux cas de décol lement de la retine traités par la diatermo-coagulation (Gonin Weve)
(Paru dans le numéro précédent)

Dr Caruana : Tumeur du cervelet et de la protubérance .. 99

Drs Bonan et Slim : Tumeur du foie secondaire à une tumeur du pancréas
(Paru dans le numéro précédent)

Drs Cuénod et Nataf : Nouvelles recherches sur l'étiologie du trachome.
(Paru dans le numéro précédent)

Drs Cardis et Gilliard (Leysin) Acquisitions récentes en physiopathologie pulmonaire. La réaction d'immobilisation.
(Paru dans le numéro précédent)

Dr Fleury : Une heure avec Auguste Lumière 75

Dr Caruana : Note sur une forme de bilharziose vesicale .. 108

Dr Victor Cohen. La mortalité infantile juive du premier âge et ses causes. Enquête sur 1.200 familles.
(Paru dans le numéro précédent)

Séance du 20 Décembre 1937

La séance est ouverte à 18 h. 05 sous la présidence de M. le Médecin Lieut.-Colonel Saulnier, vice président.

Sont présents : Messieurs Méd. Colonel Saulnier, Ghouila Houri, Hababou Sala, Barouch, Domela, Perez, Lamarche, Fleury, E. Calo N. Triolo, Méd. Comm. De Brie, J. Guez, E. Lumbroso, Brun, Méd. Cap. Tanguy, Biechler, Méd. Colon. Lemoine, Bellaïch, Tremsal, Delastre, Reynal, A. Guttieres, Disegni, Caruana, Solal, Hayat, Demirleau, E. Levi, Coursières, Duverger, Med Colon. Baur, Lalloum, Bouqeut, A.Calo Sfez, Broc, Masselot, Cohen Hadria, Dana, Victor Cohen, Minguet, Bonan Biichler, Boulakia, Méd. Com. Coulon.

ORDRE DU JOUR

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

COMMUNICATIONS DU BUREAU :

Election du Bureau de la Société Médicale pour 1938.

Président —M. le Méd. Lieut-Colonel Saulnier.

Vice-Président — M. le Docteur E. Disegni.

Secrétaire — M. le Docteur Lamarche

Secrétaire adjoint M. le Docteur Aldo Calo

Trésorier — M. le Docteur Perez

Bibliothécaire — M. le Docteur Nicolo' Triolo

Conseilleurs — MM. Biechler, Méd. Comm. Martin, Levi Guido

Le Président présente ses félicitations à M. Balozet, Sous Directeur de l'Institut Pasteur pour le prix que lui a décerné l'Académie de Médecine, à M. Laigret pour sa promotion à Officier de la Légion d'Honneur à titre militaire.

Les candidatures du Dr Loewy et du Médecin Lieutenant Garnier sont adoptées à l'unanimité.

Sommaire des Communications

Dr Aldo Calo : Résultats thérapeutique et tolérance parfaite dans un cas de digitalisation prolongée 91

Méd. Com. Debrie et Méd. Cap. Ratte :
1) Sur un cas de sygmoïdite à forme tumorale. — Collectomie segmentaire en trois temps. — Guérison.
2) Osteosynthèse pour fracture des os de l'avant bras par trois procédés différents. — Résultats d'une greffe pour pseudo-arthrose.
(Paraîtra dans un prochain numéro)

Dr Jean Demirleau: A propos de deux thoracoplasties pour tuberculose pulmonaire.
(Paraîtra dans un prochain numéro)

Dr Spezzafumo : Index tuberculinique et fréquence de la maladie dans la population italienne d'âge scolaire.
(Paraîtra dans un prochain numéro)

Dr Moatti : Sinusite et Asthme.
(Paraîtra dans un prochain numéro)

Drs Dana et Ghouila Houri Hernie étranglée chez un nourrisson de 4 mois
(Paraîtra dans un prochain numéro)

Dans le Monde un Centre d'énergie et de Vie

par le Docteur CHEYROU-LAGRÈZE

Médecin Breveté de la Marine Marchande du S. S. El Biar

——«0»——

Dès les dix premières années de création de l'Institut de Sérothérapie Hémopoïétique de Paris-Romainville, l'Hémostyl fut importé par nos soins dans la Haute Région du Laos, à la frontière de Birmanie.

A l'exemple du sérum antistreptococcique, reçu des mains du Professeur Yersin, qui nous permit d'enrayer les effets redoutables de la pandémie grippale, le sérum hémopoïétique vint nous permettre de traiter avec succès la fièvre bilieuse hémoglobinurique et le paludisme de la Haute Région. L'étude de ces manifestations endémiques et des effets inhibiteurs de Hémostyl a été mentionnée pour la première fois dans «Esquisses Laotiennes», Librairie Maloine, Paris. La page 48 est suggestive. Elle représente l'évacuation d'un Chef de poste convalescent de la fièvre bilieuse hémoglobinurique, sauvé par l'Hémostyl.

Non seulement l'Hémostyl fit des résurrections chez les européens mais encore chez les indigènes. Le Chef indigène de la Capitale du Cinquième Territoire en proie aux accès pernicieux et à l'anémie paludeenne, ne dut la vie qu'à l'Hémostyl.

Dans les cas désespérés, la sérothérapie hémopoïétique apporte la même sauvegarde de la vie que la transfusion sanguine. Elle a été décrite dans les exemplaires de «Marseille Médical» N° 10 du 5 avril 1935 et N° 3 du 25 janvier 1936, dans les «Archives de Médecine des Enfants» N° 12 de décembre 1934, dans «La Tunisie Médicale» de septembre 1937 et de décembre 1937, qui nous valut les félicitations de Monsieur le Professeur Jeanbrau..

Les deux méthodes de thérapeutique s'associent et se complètent. A défaut de transfusion sanguine ou dans les cas où elle est contre-indiquée la sérothérapie hémopoïétique rend des services inestimables.

Au cours de nos Campagnes du Levant, du Maroc et de notre carrière, l'Hémostyl nous a donné de bons résultats. Les succès obtenus nous ont permis d'être le premier Médecin du Territoire décoré de l'Ordre Royal du Laos.

Depuis longtemps nous avions caressé le désir de visiter l'Institut de

Sérothérapie Hémopoïétique de Paris-Romainville, devenu le plus grand du monde et doté de filiales sur toutes les parties du globe.

L'occasion nous fut offerte en juin 1937, lors des Congrès de Paris, des Journées Médicales et des Etats Généraux de la Santé Publique.

Dès notre arrivée à Paris, nous allons en car à Romainville. En présence des laboratoires, développés sur plusieurs hectares, des nombreux aménagements aux constructions modernes, de tant de progrès réalisés en si peu de temps par le Docteur Roussel nous éprouvons l'impression la plus réconfortante. Quelle n'est pas notre admiration au superbe défilé de quatorze cents chevaux, donneurs de sérum. C'est un régal des yeux de trouver rassemblées, les races françaises les plus puissantes, caractérisées par l'encolure massive, par une poitrine large et par des membres robustes. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir la force et la vie jaillir de leur sérum. Elles sont captées par la collaboration d'un millier de spécialistes, préparant chaque mois deux millions d'ampoules de sérum frais de 10 cc. prélevé sur le cheval au moment de la régénération globulaire.

Dans les immenses salles vitrées, rayonnantes de propreté, d'ordre, de lumière, de vaillantes manipulatrices élaborent le sérum régénérateur.

De leurs doigts de fée, vont sortir les millions d'ampoules, donneuses de force, de santé dans le monde.

La vue des laboratoires de la saignée des chevaux, de la coagulation du sang, du remplissage des ampoules présente la synthèse la plus vivante de la technicité française et du génie français, dispensateur de force et de vie dans le monde.

Le sérum hémopoïétique, le sérum de Normet (1), la transfusion sanguine, admirables découvertes françaises, salvatrices des hémorragiques, des anémiés, des blessés, des moribonds, destinés à rendre les services les plus précieux dans la prochaine guerre, doivent être la base de la thérapeutique moderne, appelée à répandre ses bienfaits sur le monde entier.

---

(1) Lire «La Tunisie Médicale» de septembre 1937 «L'Aviation Sanitaire et les équipes chirurgicales» et de décembre 1937 «L'Aviation Sanitaire et la guerre aéro chimique, bactériologique».

Les Enseignements de la Campagne Nationale du Timbre Antituberculeux

par le Professeur F. BEZANCON,
Vice-Président du Comité National de Défense contre la tuberculose
Président de l'Académie de Médecine

La XI^me^ Campagne Nationale du Timbre Antituberculeux coïncidant avec la commémoration de l'arrivée en France, il y a 20 ans de la Mission Rockefeller, vient de se terminer.

Vous avez libéralement acheté des Timbres; vous avez eu entre les mains le petit carnet de 2 francs, sur la couverture duquel vous avez pu lire.

Queques points de comparaison :

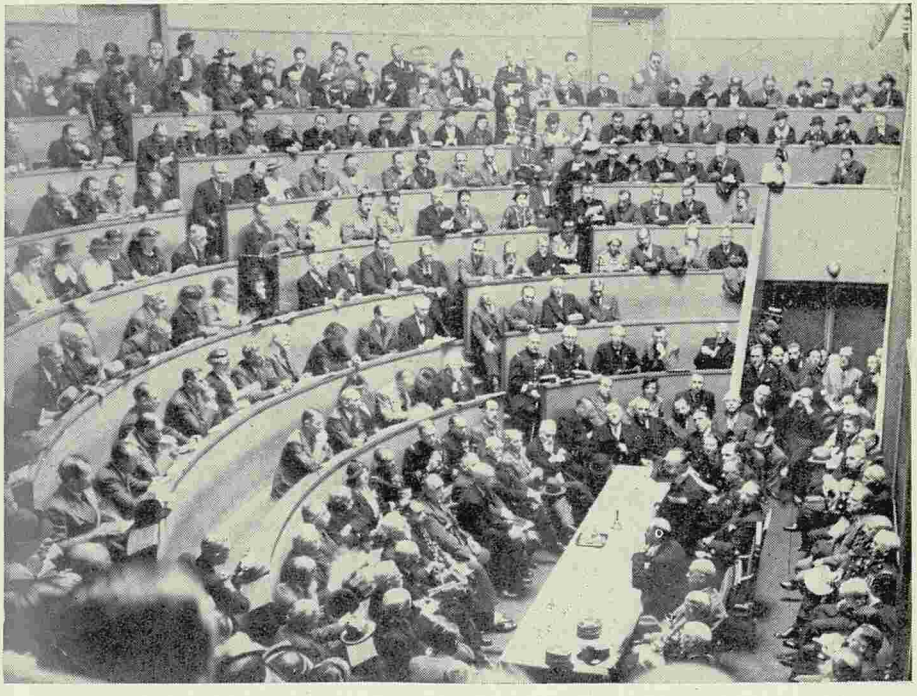
En 1917, le nombre des dispensaires antituberculeux était de 48
En 1937, il était de 830
En 1917, le nombre de consultatios données montait à 20.150
En 1937, il était de 1.725.000
En 1917, le nombre des sujets placés en sanatoriums et préventorium était d'environ 3.000
En 1937, il y en a 81.000
En 1917, il y avait 1.200 lits de sanatorium et 4.000 lits de station sanitaires
En 1937, il y a 25.000 lits de sanatorium pour pulmonaires.
En 1917, pas d'hôpitaux spécialisés
En 1937 . . . . . .12.000 lits.

Quel triomphe ! mais aussi quelle somme d'efforts et de travail pendant 20 ans.

Alors, avez-vous pensé à ce qu'était, avant 1937, ce que nous appelons maintenant notre organisation antituberculeuse, c'est à dire l'ensemble des Etablissements de préservations et de cure.

Vous êtes vous demandé aussi, devant ces chiffres qui représentent un si immense progrès, comment, par quels moyens, on a pu toucher un but si grandiose ?

L'idée de la lutte contre la tuberculose n'était pas absente, avant la guerre, de la pensée des médecins, des économistes, des hommes du Gouvernement, mais il fallait un fait nouveau pour montrer la grandeur du fléau. Dès les premières années de la guerre, le retour en masse dans leurs familles des



Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris
Séance Inaugurale des Etats Généraux de la Santé Publique
et du Premier Congrès de Médecine Néo-Hippocratique
Les Délégués de 52 Nations
ont visité l'Institut de Sérothérapie Hémopoïétique
de Paris-Romainville du Docteur Roussel

tuberculeux réformés émut tout le pays. Des fervents animateurs : Léon Bourgois, Jules Brisac, Justin Godart, rendirent possibles les premiers foyers de résistance, soit en les créant, soit en faisant sortir les articles de loi qui en favorisaient la création.

La Mission Américaine envoyée par la Fondation Rockefeller nous apporta les fruits de son expérience et les largesses de sa munificence. Le Comité National de Défense contre la Tuberculose, héritier direct de la Commission Rockefeller, entreprit alors la gigantesque tâche d'amener à son complet aboutissement l'équipement antituberculeux français et d'instruire le pays tout entier sur les mesures de prévention que chacun peut et doit prendre ainsi que sur les moyens qui sont mis à la portée de tous pour y arriver.

Mais pour qu'une œuvre de si large envergure progresse et donne ses fruits, il faut que tous acceptent de la soutenir moralement, de même que doit s'établir une atmosphère de consentement général aux sacrifices financier à accomplir.

C'est alors que le Comité de Propagande du Comité National créa, en France, le Timbre Antituberculeux dont le priduit *exclusivement réservé* à la lutte contre la tuberculose allait fournir une large part des moyens financiers indispensables et organisa les Campagnes Nationales qui poursuivent l'éducation sanitare du pays.

Lorsqu'on compare ce qu'était, avant la guerre, l'effort chétif et trop longtemps stérile de la lutte antituberculeuse et les prodigieux résultats actuellement atteints on doit bien convenir que le magnifique résultat obtenu est dû à l'énorme mouvement d'opinion et de sympathie que déclanche chaque année, à la date fixée, la Campagne du Timbre Antituberculeux

Cette pelite vignette de deux sous, c'est à dire à la portée de toutes les bourses, symbolise l'un des grands facteurs de la santé.

Les tracts, brochures, affiches répandus par milliers pendant les Campagnes du Timbre, les leçons et conférences faites à cette occasion tant dans les écoles par les instituteurs eux-mêmes que dans les autres collectivités, ont pour résultat que dans tous les foyers, le Timbre suscite réflection et remarques, et que chacun apprend ainsi que l'on peut se préserver de la tuberculose en observait les règles de l'hygiène, et protéger les nouveaux-nés grâce au vaccin B. C. G. de l'Institut Pasteur.

Lorsqu'à la fin de cette XI^me^ Campagne, j'essaie de récapituler ce que le Pays doit à l'initiative du Timbre Antituberculeux, je vois d'admirables

résultats: la pratique du dispensaire, le rôle indiscuté du médecin phtisiologue et de l'infirmière visiteuse, les grandes réalisations pour la sauvegarde de l'enfance et sa vie au grand air.

La propagande éducative qui s'intensifie au cours des Campagnes Nationales du Timbre a réussi a acclimater en France ces nouveaux modes de défense; elle a dans ces 20 années transformé au point de vue hygiènique et sanitaire, notre vieux pays.

Quand la grande offensive contre les fléaux sociaux commenca, nous avions 85 infirmières-visiteuses en France; actuellement nous en comptons 2.000 spécialisées dans la lutte antituberculeuse, et en fonctions dans les dispensaires. Nous possédons 26 Ecoles d'infirmières spécialisées.

Le Timbre de ette année, en vous montrant le joyeux «rescapé» qui rentre, tout riant, du préventorium où l'on a affermi sa santé, aura certainement orienté vos pensées vers le lien étroit qui unit le Timbre Antituberculeux *et la sauvegarde de l'enfance.*

Parmi les résultats tangibles du Timbre je ne vous citerai que 4 des plus magnifiques :

hôpital-sanatorium de Niort,

Sanatorium de la Membrolle , dit «du Timbre» (Indre et Loire),

Préventorium de Montceau-Sait-Waast (Nord),

Préventorium de Mesnil (Seine et Oise).

Quand j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec vous par radio, à l'occasion de l'ouverture de cette XI^me^ Campagne, je vous ai parlé de la progression remarquable que l'on observe, depuis l'ouverture des Campagnes du Timbre, dans les placements à la campagne d'enfants menacés par la contagion.

Je vous ai cité le Pas-de-Calais qui, dans un court espace de temps de 334 placements en 1928, passait à 2484 six ans après. La Creuse, qui mettait 35 enfants à l'abri de la contagion en 1918, en plaçait 200 en 1924, etc... etc...

Laissez-moi aussi vous rappeler que 30 départements français ont consacré 10 millions aux Œuvres de plein air et de colonies de vacances, que l'idée féonde de l'Ecole de Plein Air trouve chez nous ses plus belles réalisation, et que si vous voulez en avoir un modèle, celle de Suresne vous le fournira.

Voilà queques uns des germes d'avenir que la Propagande du Timbre Antituberculeux a semés en France. Le bon grain a levé !

La Tunisie Médicale
AVRIL 1938

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Ligue Antituberculeuse de Tunisie
Dispensaire de l'Hôpital "G. Garibaldi"

Index tuberculinique et fréquence de maladie chez la population italienne d'"âge scolaire„ à Tunis (1)

par C. SPEZZAFUMO

Cette étude, porte sur un certain nombre d'enfants, un millier environ, que nous avons pu examiner au Dispensaire de la Ligue Antituberculeuse de Tunisie, à l'Hôpital Garibaldi, à l'occasion de visites de dépistage, de prophylaxie, ou au moment des départs pour les colonies de vacances, et qui ont retenu notre attention, à cause de leur âge « âge scolaire» et des possibles repercussions sociales de leur état de santé.

Le nombre des enfants visités par nous a été de 975 se départageant en 440 garçons et 535 filles.

Leur âge s'échelonne entre 5 et 12 ans révolus.

Ils ont été examinés de la façon suivante : examen clinique. exament radioscopique, cutiréaction à la tuberculine brute de l'Institut Pasteur et lecture après 48 heures.

Les résultats observés ont été les suivants :

Index Tuberculinique : Globalement, sur 975 sujets, filles et garçons, 421 ont présenté une cutiréaction positive, ce qui donne un pourcentage de 43.17 %

(1) Communication faite à la séance du 20 Décembre 1937 de la Société des Sciences Médicales de Tunis.

Positivité par rapport à l'âge :

Age	Sujets examinés	Cuti +	Pourcentage de cutiréactions positives
5	127	41	32,28
6	131	46	35
7	132	52	39.39
8	131	46	35
9	109	51	46,78
10	134	60	46,27
11	107	61	57
12	104	64	61

Positivité par rapport au sexe :

Sur 535 filles : 223 cutiréactions ont été positives. Pourcentage 41 68 %

Sur 440 garçons 198 cutiréactions ont été positives. Pourcentage 45 %

Nous ne donnons pas les résultats par année d'âge, le nombre des sujets examinés, constituant des groupes trop petits, pour ne pas être influencés par la loi des series, et rendre vaine toute déduction, pour le moment. Nous pensons revenir plus tard, sur les rapports entre sexe, infection et maladie.

Fréquence de la maladie.

Sur ces 975 sujets, nous avons trouvé 47 cas de tuberculose active (soit un pourcentage de 4,8 %) se divisant en 43 formes pulmonaires et de 4 tuberculoses osseuses.

Respectivement : chez les garçons : 27 cas de tuberculose active, (soit le 6,13 %) se départageant en 24 formes pulmonaires, et 3 osseuses.

Chez les filles: 20 cas de tuberculose active, (soit (3,8%) se départageant en 19 formes pulmonaires et 1 osseuse.

Les formes cliniques et radiologiques de ces 47 cas de tuberculoses actives, ont été les suivantes :

Formes pulmonaires par ordre de fréquence.	*Cas.*	*Pourcent.*
Scissurites. Periscissurites :	12	25.5 %
Tuberculoses pulmonaires cavitaires :	7	14.89 %
Infiltrats avec images de forme circulaire :	5	10.6 %
Infiltrats du type exsudatif d'aspect irrégul. :	5	10.6 %

Splenopneumonies :	3	6.38 %
Infiltats parahilaires :	3	6.38 %
Lobites :	2	4.25 %
Pleuresies exsudatives :	2	4.25 %
Erythèmes noueux avec réaction du parenchyme :		
Images de Complexe primaire ganglio-hilaire :	2	4.25 %

Formes osseuses :

dont : Tuberculose vertébrales :	3
Tuberculose de la hanche :	1

Mortalité :

Sur ce groupe de 975 sujets nous avons noté 4 décès pour tuberculose pulmonaire : dans les 4 cas, il s'agissait de tuberculose cavitaire, soit près de 4 0/00.

L'absence de statistiques locales ne permet pas de dire si l'endémie tuberculeuse évolue, ou stationne, ou regresse, dans la population scolaire en général ou dans des fractions nationales, ou raciale de celle ci. Il est cependant possible de se faire une idée de la situation actuelle, en comparant ces données avec celles recueillies dans d'autres villes.

Nous avons choisi Paris comme terme de comparaison, tout d'abord parceque c'est le prototype de l'agglomération urbaine, quoique connaissant à un degré moindre que Tunis la plaie du logis surpeuplé (pour des raisons démographiques, économiques hygièniques) ensuite parceque le «standard» de vie de la population parisienne est plus élevé que celui da la fraction correspondante tunisoise, et enfin parceque il existe à Paris et dans le département de la Seine, un outillage antituberculeux très développé et qui fonctionne efficacement, alors qu'en Tunisie, il est en formation.

L'efficacité de la lutte antituberculeuse dans la ville de Paris, apparaît clairement, à la lecture des toutes dernières statistiques, qui montrent que le pourcentage des cutiréactions positives à la tuberculine, est nettement inférieur aux chiffres obtenus avant et pendant la guerre, et il faut en conclure avec A. B. Marfan que la

fréquence de la tuberculose, a diminué, ce qu'il est permis d'attribuer en partie à une meilleure prophylaxie.

Les résultats parisiens que nous juxtaposons aux nôtres, proviennent de milieux différents :

division de l'Hospice des Enfants assistés pour les statistiques de MM. P. Lereboullet, H. Gavois et P. Pasquier (1), milieu ouvrier et petit bourgeois dans le travail de M. Coffin (2), enfants hospitalisés dans celui de MM. P. Nobécourt et S. B. Briskas (3)

Tableau comparatif du pourcentage de cutiréactions positives aux différents âges

Dans le milieu parisien				Milieu italien de Tunis
Age	P. Lereboullet H. Gavées et P. Pasquier	M. Coffin	P. Nobecourt et S. B. Briskas	
5	25,4	12,86	34,7	32,28
6	33,3	15,66	34,8	35
7	34,2	29,80	60,8	39,39
8	35,7	26,28	56,4	35
9	47,7	26,16	49,3	46,78
10	44	37,50	50,1	46,27
11	46,9	35,92	60,2	57
12	55,6	37,62	62,1	61

Les résultats tunisois, se rapprochent donc de ceux recueillis dans le milieux hospitalier parisien, chez des enfants soignés pour des maladies les plus diverses, mais qui en grande partie, ont pour dénominateur commun, l'amoindrissement de la résistance biophysique, du à l'infection tuberculeuse.

Cependant les enfants étudiés dans le milieu italien de Tunis ne constituent pas une clientèle hospitalière à proprement parler.

(1) *Revue de la Tuberculose* — janvier 1936 *et Thèse* de P. Pasquier — Paris 1935 (l'Expansion scientifique française).

(2) *Soc. de Pediatrie* — avril 1936. Revue française de Pediatrie N° 4 1936.

(3) *Presse Médicale* — 15 avril, 6 juin, 22 juillet 1936
Société de Pediatrie — mai 1936.

Le milieu social d'où ils proviennent est dans sa très grande majorité le milieu ouvrier, ce sont des enfants en bonne santé apparente, qui sont amenés les uns à cause d'anorexie, ou d'anémie; d'autres à l'occasion d'un rhume. Un groupe assez important est constitué par ceux qui sont vus lors des examens de prophylaxie entrepris chaque fois qu'un tuberculeux est dépisté: un autre groupe, et non des moindres, est formé par les enfants adressés au Dispensaire par l'Assistance Médicale Scolaire (G. I. L. E.).

C'est donc une clientèle essentiellement ambulatoire. Cependant son pourcentage de cutiréactions positives, à la tuberculine, sensiblement égal à celui des catégories correspondantes d'enfants européens hospitalisés, indique à notre avis l'importance de l'infection tuberculeuse à Tunis.

En effet, alors que le pourcentage global de cutiréactions positives à la tuberculine chez des enfants de 5 à 12 ans vivant dans un milieu urbain et pauvre est à Paris (1) de 30% (statistiques de 1933 34-35), à Tunis par contre dans la fraction correspondante de la population italienne, il est de 43,17 %.

On ne peut en être trop surpris, quand on connait les conditions de vie dans le milieu ouvrier italien de Tunis : famille nombreuse, tout le monde entassé pêle mêle dans une chambre, le plus souvent exigue, et où l'air et la lumière n'entrent que par la porte qui donne sur la rue, plus ou moins ensoleillée ou sur un «patio» souvent ouvert à tous les vents; promiscuité des familles quand à plusieurs elles habitent un appartement ou un «patio»; lutte antituberculeuse à ses débuts: difficultés d'isolement pour les malades, difficultés de placement pour les enfants en contact, et enfin nourriture insuffisante,et particulièrement faiblesse de la ration carnée

Dans ces conditions, on se demande comment il se fait que l'on ne trouve pas un pourcentage encore plus élevé de cutiréactions positives, et surtout de tuberculoses actives.

Le pourcentage de tuberculoses actives est, en effet, moins important dans notre statistique, que dans la statistique parisienne

---

(1) Etienne Bernard et Paul Lafosse — «Sur l'insuffisance de la prophylaxie de la tuberculose dans les collectivités d'enfants» Revue de la Tuberculose Juillet 1937.

de MM. Nobecourt et Briskas (1), de la quelle cependant la notre se rapproche assez sensiblement pour ce qui est de l'index tuberculinique.

Le tableau ci dssous montre clairement l'écart existant.

Fréquence de maladie

Age	P. Nobecourt et S. B. Briskas	Milieu italien de Tunis
7	10,15	6,81
8	10,8	2,29
9	11,85	3,67
10	8,3	5,22
11	12,65	8,41
12	13,45	4,8

L'index tuberculinique, chez des enfants d'«âge scolaire» 5 à 12 ans vivants en un milieu urbain et pauvre, qui était à Paris en 1921 à 1923 de 57,5 %, après 15 ans de lutte antituberculeuse est descendu en 1935 à 29 % (1).

Dans le milieu italien pauvre, de la ville de Tunis aux débuts d'une action antituberculaire il est de 43,17 %. Cela nous semble en rapport avec le genre de vie un peu different de celui d'une famille ouvrière d'une grande ville d'Europe. La bas les conditions d'habitation, les conditions climatériques du moins pour certaines régions) obligent souvent à une vie plus casanière que dans nos pays. L'on entrevoit aisement de quel ordre peut être la durée et l'intensité du contact, si par malheur il y a un tuberculeux au logis.

Ici au contraire, de la maison ou du «patio» de plein pied avec la rue, les enfants s'évadent, les plus petits sont conduits par les plus grands, et reduisent au minimum les occasions de contact avec le malade.

Après cette étude très incomplète, premier sondage de la si

(1) P. Nobecourt : *Les cutiréactions à la tuberculine chez les enfants de 6 à 15 ans etc. Influence de l'âge et du sexe.* (gazette des Hôpitaux N° 37 — 6 mai 1936)

(2) Etienne Bernard et Paul Lafosse — (Reveue de la Tuberculose N° 7, Juillet 1937).

tuation de la grande majorité de la population enfantine, italienne pauvre d'«âge scolaire», vis à vis de la tuberculose à Tunis, il est légitime de se demander si nous avons actuellement un outillage antituberculeux adequat à la tâche à accomplir et quels sont nos besoins les plus urgents.

Alors que pour les adultes, l'activité de la lutte antituberculeuse en milieu italien, se traduit par des possibilités d'hospitalisation et de placement dans les sanatoriums de la Métropole, pour les enfants au contraire, ces possibilités sont pour le moment fort réduites.

Le placement préventorial dans la Métropole, connait de telles difficultés, qu'il est pour ainsi dire impossible. Le nombre de places dans les préventoriums locaux crées par la Ligue antituberculeuse de Tunisie est limité, et leur disponibilités l'est doublement, par la durée de séjour des occupants qui ne doit pas être trop courte si l'on veut obtenir des résultats effectifs.

Voila une première lacune.

Le problème est encore plus difficile à résoudre pour les enfants qui présentent une tuberculose active.

Pour eux que faire ? On ne peut pas les mettre en préventorium avec les autres enfants, ce sont des malades qui s'ils n'expectorent pas, parcequ'ils ne savent pas cracher, n'en toussent pas moins et présentent des B. K. dans les crachats déglutis.

S'ils n'ont pas été jusqu'à maintenant considérés comme très contagieux, il y a cependant un revirement de l'opinion, et de toute façon ils peuvent l'être à un moment donné de l'évolution de leur tuberculose et, il serait de la plus grande imprudence de les laisser en contact avec d'autres enfants. C'est ce qui ressort du mémoire de A. J. Balander, M^me^ M. W Triousse et M^lle^ A. Klebanova (Presse Médicale 8 août 1936) sur la contagiosité *des formes dites fermées* de tuberculose chez les enfants du premier âge.

C'est à des conclusions analogues qu'arrivent Ed. Lesné et M^lle^ G. Dreyfus-Sée dans un mémoire où ils traitent de la *prophylaxie dans les préventoria d'enfants* (Presse Médicale 24 juin 1936) et où ils montrent avec quelle fréquence on decèle le bacille de Koch dans le liquide de lavage d'estomac d'enfants tuberculeux et indiquent les possibilités de contagion qui résultent de cette état de fait, par l'intermédiaire des bombons, jouets et autres objets.

Les auteurs concluent à la nécessité absolue de séparer nettement aussi bien dans les établissement publics que dans les établissements privés, les enfants dont l'infection bacillaire ne paraît pas cliniquement et radiologiquement, tout à fait inactive, de ceux qui présentent une allergie tuberculeuse simple sans aucun autre symptôme pathologique apparent.

Une statistique toute récente de MM. P. F. Armand-Delille et Kerambrun (Revue de la Tuberculose N° 6 Juin 1937) portant sur 1.298 enfants infectés, montre avec quelle fréquence leur contenu gastrique à l'examen sur la lame, ou postculture ou inoculation, présente des B. de K.

Nous rappellerons seulement quelques chiffres, qui confirment largement l'opinion, que l'enfant malade peut lui aussi devenir une source de contagion. D'après le travail de MM. Armand-Delille et Kerambrun dans *les primo-infections formes progressives* (lobites, condensations homogènes ou non, ombres scissurales, ombres parahilaires, brancho-pneumonies, pneumonies, s'accompagnant d'un état général grave, température élevée et chute de poids) sur 118 cas, la recherche du B. K. a été positive 64 fois et négative 54 fois. Proportion: 54,2 %.

Dans les *primo-infections fomes regressives* (affections peu ou pas fébriles, n'influençant guère la courbe de poids et l'état général, et ou le diagnostic est surtout basé sur le phénomène de l'allergie tuberculinique et sur l'examen radiografique qui montre une ombre perihilaire arrondie, à contour flou, ou une ombre homogène de forme vaguement triangulaire juxta-scissurale, siégeant souvent à la partie moyenne du poumon).

Sur 116 cas : 10 positifs et 106 négatifs. Proportion : 8,6 %.

Dans les tuberculoses de réinfection :

a) Splenopneumonies : —

Sur 34 cas : 10 positifs et 24 négatifs. Proportion : 29,4 %

b) Infiltrations en condensations pneumoniques évolutives :

Sur 141 cas : 102 positifs et 39 négatifs. Proportion : 72,3 %.

c) Tuberculoses cavitaires :

Sur 121 cas : 117 positifs et 4 négatifs. Proportions : 97 %.

d) Pleuresies sero-fibrineuses :

Sur 36 cas : 5 positifs et 31 négatifs. Proportions : 13,5 %.

Ainsi ces études toutes récentes, montrant la contagiosité pos-

sible de ces jeunes malades, surtout ceux d'âge scolaire, qui commencent à expectorer, on ne peut logiquement les hospitaliser dans les services de pediatrie, ou de médecine, ni dans les services de tuberculeux adultes, l'organisme déjà affaibli de l'enfant, ne résisterait pas à de nouvelles surcharges bacillifères, et l'exposition de ces sujets à la surinfection frusterait tous les résultats que l'on serait en droit d'attendre.

Il faut dons pour les enfants tuberculeux créer des sections spéciales, soit hospitalières, soit sanatoriales, ou même préventoriales où il soit possible de les héberger les soigner et les isoler, et cela d'autant plus que la Tuberculose infantile est souvent curable. L'intérêt même de la collectivité commande de combler ces lacunes, car l'enfant tuberculeux à qui la maladie permet souvent et pendant longtemps, une activité normale et trompeuse, constitue un danger pour ses camarades de jeux et de classe, qui offrent un terrain des plus receptifs à l'infection.

C'est contre ce danger que la Société doit se garder en facilitant le dépistage des malades dans le milieu scolaire, par des cutiréactions et des examens radioscopiques, en série, en multipliant des disponibilités préventoriales, en créant des organismes de cure.

Contribution à l'étude de l'action sur la Blennoragie masculine du para-aminophénylsulfamide (1162F)

par Henri JADFARD

(Travail du Dispensaire polyvalent d'Hygiène sociale et de Médecine préventive de Sfax)

Nous assistons en ce moment dans le monde entier à un magnifique effort de recherches sur le traitement de la blennoragie par la chimiothérapie. Nous publions ici et commentons les observations de 38 malades que nous avons traités à la suite de la première publication de P. Durel au sujet de l'action sur la blennoragie masculine de l'aminophénylsulfamide ou 1162. (1)

Nous avons depuis septembre 1937 suivi 38 malades de notre consultation de blennoragie au Centre polyvalent d'Hygiène sociale de Sfax (Tunisie) traités par ce nouveau composé chimique (2). Depuis lors des travaux importants ont paru en France : de Girard Durel et Gallix (3) dans le Bulletin médical, puis la communication de P. Durel à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie (4), puis un article récent de P. Durel (5) sur le même sujet dans la Presse Médicale, suivi du travail de Palazzoli et D. Bovet (6), puis des réserves prudentes de Janet (7).

Observation 173 : 21 février 38 : Urétr. aiguë à gonocoques. Iv/ tr+fil 2v/ tr+fil. Grands lavages + 1162 F 1 gr.50 par jour.

---

(1) P. DUREL. — Action de l'aminophénylsufamide (1162 F) dans la blennoragie. *Annales des Maladies vénériennes*, 2 octobre 1937.

(2) Nos essais sur le 1162 F. ont été faits avec des comprimés Septaplix dosés à 0 gr. 50 dont un stock a été gracieusement mis à notre disposition depuis septembre 1937 par la maison Théraplix.

(3) P. GIRARD, P. DUREL et L. GALLIX : Action du p-aminophélsulfamide donné exclusivement par voie buccale dans la blennoragie masculine ou féminine. *Bulletin médical*, 2 octobre 1937.

(4) Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, novembre 1937, page 1850 à 1887.

(5) P. DUREL. Action dans la blennoragie du 1162 F. (para-aminaphénylsulfamide) *Presse Médicale*, 5 janvier 1938, p. 21-24.

(6) PALAZZOLI et D. BOUVET: la chimiothérapie de la Blennoragie par les dérivés du soufre. orginiques *Presse Médicale*, 19 janvier 1938, pages 99 à 102

(7) P. JANET: Les sulfamides doivent être employés avec prudence dans le traitement de la blennoragie. *Annales des maladies vénériennes*, janvier 1938, pages 1 à 6.

Le 1 mars 38, 1v/ tr+fil 2v/ cl, pas de gonos, ni de leuco dans la goutte. Lavages continués à ce jour (5 mars 1938). (1)

Obs. 6. — Urét. chronique à gonocoques avec rétrécissement antérieurement dilaté, par bougies béniqué courbes. Du 8 mai 1937 au 1er Octobre 1937: traitements divers et classiques associés aux grands lavages, sans résultat. Du 1er oct. 1937 au 10 oct. 1937 : 3 comprimés 0 gr50 1162 F par jour + dilatation graduée par sondes bougies en gomme. Le 29 oct., disparition de la goutte. 1v/ cl fil 2v/ cl. Les soins continués par la dilatation jusqu'au 13 dec. 37. 1v/ + fil 2v/cl. Du 1 oct. 1937 au 10 oct. 37 : 31 gr. 50 1162 F. par jour + dilatation graduée par sondes-bougie en gomme. Le 8 oct. 37, pas de goutte: Epreuve de bière, vin café, pas de retour de la goutte. 1v/cl. + léger fil 2v/cl.

Obs. 54: Du 13 août 37 : Urét. chonique à gonocoques 1v/tr + 2v/cl. 1 gr. 50 1162 F ajoutés aux grands lavages à partir du 23 fevr. 1938. Le 2 mars, disparition de la goutte. Actuellement (5 mars), en traitement de consolidation.

Obs. 125 : Du 8 dec. 37 : Urét. chronique à gonocoques 1v/tr + fil 2v/cl. Traité jusqu'au 5 janv. 38 sans résultats. A partir du 5 janv. 38 2 gr. par jour 1162 F + grands lavages. Le 8 janv. 1v/cl. 2v/cl. Epreuves : 48 heures sans lavages, puis bière; résultat maintenu.

Obs. 105 : Du 4 nov. 37 : Urét. chronique à gonocoques. 1v/tr + fil 2v/tr. Traité par les méthodes classiques sans résultat jusqu'au 5 janv. 38. Du 5 janv. 38 grands lavages + 2 gr. 1162 F. Le 11, pas de gono. Le 18 janv. pas de goutte. Le 25 janv. 38: après épreuve de bière, pas degoute. 1v/cl. + léger fil 2v/cl.

Obs. 135 : Du 27 nov. 37 pus urétral à gonocoques + symptômes d'urétro-cystite aiguë 1 v/tr+sang 2v/tr. Antérieurement et récemment orchite double.

Capsules d'essence de térébenthine et repos au service de chirurgie de l'Hôpital Régional de Sfax, où Mr. le Dr. Lauriol soigne et guérit sa poussée d'urétro-cystite. Revient nous voir le 1 janvier 38 pour sa goutte: présence de gonos 1v/tr + fil 2v/tr + fil. Du 1 janvier 38 au 26 janvier 38 : 2 gr. 1162 F. + grands lavages.

---

(1) Le présent travail a été rédigé en mars 1938.

Le 26 janvier 38, pas de goutte : Les 2 verres sont clairs sans filaments. Ce résultat est maintenu après épreuves.

Obs. 154 : Urét. chronique à gonocoques. Consulte le 7 fev.38. 1v/cl + fil 2v/cl. Traitemnt : 1 gr. 50 1162 F. par jour pendant 8 jours sans lavages. Pas de résultat. Puis avec lavages. Le 22 fevr. pas de goutte, mais filament dans le 1er verre. Le 1 mars pas de goutte. 1 v/cl. + mucus 2v/cl.

Obs. 92 : Le 8 oct. 37 : Urétrite aiguë depuis 4 jours. Goutte aseptique, sans leuco ni microbes, composés exclusivement de cellules épithéliales. 4 gr. par jour 1162 F. pndant 3 jours. Le 11 oct. 37 : gouttes = 0, revenue 8 jours après. Du 13 au 25 octobre grands lavages oxyanure de mercure seuls. A partir du 15 oct., guérison maintenue.

Obs. 93 : 11 oct. 1937. Urét. totale aiguë à gonocoques. 8 comprimés 1162 F. par jour pendant 3 jours. Le 15 oct. absence de gonos et de leucocytes dans la goutte. Du 15 au 23 oct. 5 comprimés par jour. Le 23oct. Gono = 0. Microbes banaux : +. Leuco : ++ Cellules épithéliales : ++++. Du 23 oct. : grands lavages ajoutés au traitement. Dès le 26, pas de goutte. Les lavages sont continués jusqu'au 3 nov. 37.

Obs. 99 : Du 20 oct. 1937. Urétr. aiguë à gonocoques. 5 comprimés 1162 F. par jour pndant 8 jours, à 0 gr. 50 par compr., sans résultats. Grand lavages seuls : au 20 novembre, absence de goutte. Cesse de se soigner de son plein gré. Le 25 décembre, rechute avec gonocoques nombreux, qui guérit très vite avec 2 gr. par jour 1162 + grands lavages. Le 11 janvier 38 : pas de goutte 1 v/cl. 2v/cl., sans aucun filament.

Obs. 137 : Urét. aiguë à gonocoques 1v/tr + fil. 2v/cl. + fil. Du 5 janvier 1938 au 11 janvier 1938 : grands lavages + 2 gr. 1162 F. par 24 heures per os. Le 11 janv. : pas de goutte 1v/cl. + 2v/ cl.

Obs. 142 : Du 12 janv. 1938 : Urét. aiguë à gonocoques 1v/cl. + fil 2v/cl. Grands lavages + gr. 1162 F. par os et par jour. Le 28 janvier 1938 : pas de goutte et les deux verres clairs.

Obs. 161 : Du 12 févr. 1931 : Urét. antérieure à gonocoques 1v/cl + fil 2/cl. Grands lavages + 2 gr. 1162 F. Le 16 févr. pas de goutte ni de filament dans 2 verres clairs. Grands lavages continués seuls (traitement de consolidation) : retour de la goutte le 22 fev.

mais absence de gonos et présence de microbes banaux, et 1v/cl. + fil 2v/cl. A ce jour (5 mars) état identique.

Obs. 169 : Du 18 févr. 38 : Urét. à gonocoques + littrite 1v/tr + fil 2v/cl. Grands lavages + 1162 F. 1 gr. 50 par jour. Le 22 févr. 38, gono = 0. 1v/cl. + fil 2v/cl. Le 28 févr. 38, abcès d'une glande de la partie moyenne de l'urétre antérieur, ouvert dans le canal spontanément. Le 1r mars, goutte = 0. 1v/cl. 2v/cl.. Lavages continués jusqu'à ce jour pour traitement de consolidation (5 mars).

Obs. 171 : Du 21 févr. 38 : Urétrite aïguë à gonocoques datant de 4 jours. 1v/tr + fil 2/cl. Grands lavages + 1 gr. 50 1162 F. par jour. Le 1 mars 38, pas de goutte et 1v/cl + fil. 2v/cl. Lavages continués seuls.

Obs. 172 : Du 21 févr. 38 Urétrite aiguë 1v/cl. + fil 2v/cl., à gonocoques datant de 15 jours. Grands lavages + 1162 F. 1 gr. 50 par jour. Le 1r mars 38 : pas de goutte 1v/cl. 2v/cl. Lavages continués pour consolidation.

Obs. 82 : Du 15 septembre 1937. Urét. à gonocoques. 1v/tr + 2v/cl.. Jusqu'au 25 septembre: balsamiques. Du 25 septembre au 10 oct. : pas de traitement. Le malade est chauffeur d'auto très occupé. Du 10 oct. 5 comprimés 0. gr 50 1162 F. pendant 8 jours Le 13 oct. : goutte purulente à gonocoques. A partir du 14 oct. jusqu'au 20 oct., grands lavages ajoutés. Le 20 octobre pas de goutte, verres clairs, sans filaments.

Obs. 145 : Du 22 janvier 38 : Urétr. aiguë à gonocoques. Grands lavages + 1162 F 2 gr. par jour. Le 31 janvier 38 pas de goutte appréciable, mais fil fin 1v/ 2v/cl. Même traitement continué d'abord avec 2 gr. 1162 F + grands lavages puis à partir du 3 janvier 38 avec 1 gr. 50 + grands lavages jusqu'au 7 mars 38, sans que le filament ait complètement disparu du 1r verre, sa formule après centrifugation, étant toutefois devenu : Cellules épithéliale : ++++ Leuco : 0 Gono : 0 Microbles banaux : +.

Obs. 168 : Du 17 févr. 38 : Urét. aiguë à gonocoques. Grands lavages + 1162 F. 1 gr. 50 par jour sans résultats notables. A ce jour (7 mars) : goutte avec gono : ++++ cellules épithéliales : + Leuco ++++ Microbes banaux : ++++. 1v/cl. fil, 2v/cl.

Obs. 132 : Du 24 décmbre 37 : Urétr. aiguë à gonocoques. Grands lavages + 2 gr. 1162 F., sans résultat jusqu'à ce jour autre qu'une diminution du nombre des gonos. Littrite concommi-

tante et plus spécialement tysonite avec abcédation externe minime, où l'on trouve du gonocoque.

Obs. 160 : Du 9 février 38 : Urétr. aiguë à gonocoques. Grands lavages + 1162 F. 1 gr. 50 par jour. A ce jour (7 mars) pas de résultat, sauf diminution du nombre des gonocoques.

Obs. 165 : Du 15 février 38 : Urétr. aiguë à gonocoques. Grands lavages + 1162 F. 2 gr. 50 par jour + grands lavages jusqu'au 17 février 38, puis 1 gr. 50 + grands lavages. A ce jour (7 mars) aucun changement notable. Présence de gono dans la goutte persistante.

Obs. 166 : Du 15 février 38: Urétr. aiguë à gonocoques. Grands lavages + 1162 F. 1 gr. 50 par jour. Présence de goutte et gono à ce jour (7 mars). En cours de traitement.

Obs. 36 : du 12 juillet 1937 : Urétr. chonique à gonocoques. Traitments classiques. En plus : à partir du 10 décembre 1937, 4 injections intra-musculaires de Soluseptazine Poulenc, (dérivé blanc du p. amino phénylsulfamide), suivies faute de résultats par l'administration par os de comprimés d'Uliron Bayer ou D. B. 90 des auteurs allemands; également sans résultats. Ensuite, pendant un mois et demi, à la dose de 3 gr. par jour (une semaine) puis de 2 gr. le 1162 F. est administré.

A ce jour (5 mars), pas de résultats, mais goutte abondante avec de nombreux gonocoques.

Obs. 11 Du 20 mai 1937 : Urétr. chronique à gonocoques intermittents dans la goutte. Traité par les moyens classiques, sans résultat. Du 3 nov. 37 au 12 nov. 37, 2 gr. 50 par jour de 1162 F. sont ajoutés aux grands lavages avec massage sur bénigué droit Le 25 nov. 37, on a comme formule microscopique de la goutte : Gono = 0 Microbes banaux ++++ Leuco 0 Cellules Epithéliales ++++. Le traitement pour des douleurs articulares importantes est continué par grands lavages et vaccin antigonoccique de l'Institut Pasteur de Tunis. Le 1162 F. est repris le 10 janvier à 2 gr. par jour jusqu'au 21. Le 22 janv., gonos libres peu nombreux. Le 4 février, le 1162 F. est repris jusqu'au 9 février à raison de 2 gr. par jour. A cette date, pas de gonos, ni de leucocytes, et filaments dans le 1^{r} verre, avec présence de microbes banaux. A ce jour (7 mars) la goutte persiste avec la même formule cytologique.

Obs. 103: Urétr. chronique à gonocoques. Consulte le 29 nov.

37 1v/cl + fil 2/cl 4 gr. par jour 1162 F. pendant 5 jours sans résultats. Continuation du traitement par les lavages et autres traitements classiques sans résultat également. Le 4 janvier 1938, le 1162 F. est associé aux grands lavages à 2 gr. par jour mais ne peut être supporté après 3 jours : vertiges, douleurs d'estomac, état lipothymique survenu plusieurs heures après l'administration du dernier comprimé de l'après-midi. Arrêt du traitement mixte. A ce jour, état local sans changment.

Obs. 110 : Du 15 nov. 37. Urétr. chronique à gonocoques intermittents dans la goutte. Grands lavages + 2 gr. 1162 F. Le 15 fevr. 38: pas de gono. Le 22 févr. gonos.

Obs. 110 : Du 15 nov. 37 : Urétr. chronique à gonocoques intermittent dans la goutte. Traitement par grands lavages, auxquels sont ajoutés le 5 janvier 2 gr. 1162 F. Le 11 janvier 38, plus de goutte. Le traitement mixte est quand même continué jusqu'au 19 janv. Epreuves de réaction par arrêt des lvages pendant 48 heures et administration d'eau de Vichy négative. Tout traitement est cessé

Cependant le 7 févr. 38, rechute. Alors, grands lavages + 2 gr. 1162 F pendant 6 jours, puis grands lavages avec 1162 F 1 gr. 50 par jour. Le 19 févr. 38 ; pas de gono. Le 1162 F. est cessé. Le 22 févr. 38, réapparition des gonos. 1v/tr + fil 2v/tr. Traitement continué (5 mars) par grands lavages seuls, jusqu'à ce jour.

Obs. 134 : Du 27 déc. 37 : Urétr. chronique à gonocoques. 1v/tr + fil. 2v/cl. Traitements classiques jusqu'au 5 janvier 38, où on ajoute 2 gr. 1162 F. Le 17 janv. 38, pas de gonos. 1v/cl + fil, mais ensuite gono, qui disparaissent définitivement du 2 févr. 38 à ce jour, le traitement étant continué mixte (grands lavages + 1 gr. 50 1162 F.) Depuis le 22 février 1938, n'a pas eu de goutte. Traitement de consolidation par 1162 F. exclusivement pendant 8 jours. A ce jour (5 mars) malade en observation.

Obs. 119 : Du 28 nov. 37 : Urétr. chronique à gonocoques. 1v/tr + fil 2v/cl. Traitements classiques jusqu'au 5 janv. 38, où on ajoute 2 gr. 1162 F. Le 31 janv. 38, le malade n'est plus revu mais n'avait pas eu de résultat notable par cette médication jusqu'à son départ.

Obs. 150 : Du 31 janvier 38. Urétr. chronique à gonocoques par intermittences dans la goutte. 1v/cl + fil 2v/cl. Grands lavages + 1162 F 2 gr. par jour. Le 15 février 38, pas de gono. Même trai-

tement avec 1gr50 1162 F. Le 9 févr. + grands lavages. A ce jour (7 mars), goutte persistante avec gonocoques par intermittences

Obs. 146 : Urétr. aiguë à gonocoques, deux verres troubles + fil. Du 24 janv. 1938 au 5 février 38, grands, grands lavages + 2 gr 1162 F. Puis du 7 févr. au 9 févr. même traitement avec 1 gr. 50 1162 F. Le 9 févr. pas degonos dans la goutte. Le 12 févr., après 3 jours d'interruption des comprimés, le 1162 F. est de nouveau associé aux lavages à raison de 2 gr. par jour jusqu'au 21 févr. 38. Le 23 févr., présence de gonos peu nombreux avec cellules épithéliales nombreuses, sans microbes banaux. Les lavages étant continués, la goutte au premier mars ne renfermait pas de gono, avec les deux verres clairs + filaments dans le 1er. Le malade est en cours de traitement.

Obs. 163 : Du 14 févr. 38 : Urétr. aiguë à gonocoques. 1v/tr. + 2v/cl. Traité tout d'abord par 2 gr. 50 1162 F quotidiens sans autre médication associée, pendant 48 heures. Pas de résultats immédiat. Les grands lavages sont alors institués associés à 1 gr. 50 1162 F. pro die jusqu'au 5 mars 38, et seuls ensuite. Le 1er mars pas de gono dans la goutte. Le 5 mars, maux d'estomac avec le 1162 F. dont l'administration est cessée. A ce jour (7 mars) en traitement par les lavages seuls, la goutte persistant encore.

Obs. 4 : Du 2 févr. 38. Urétr. chronique à gonocoques. Grands lavages + 1162 F. 1 gr. 50 par jour. Le 22 févr. 38 : gono =0. Leuco=0. Cellules épithéliales ++++ dans la goutte. Mais le premier mars, présence de gonos libres.

Obs. 153: Du 3 févr. 38. Urétr. aiguë à gonocoques. Grands lavages + 1 gr. 50 1162 F. pro die. Le 9 janv. 38, dyspnée dans la journée et cyanose des lèvres. La dose est alors réduite à un gr. et les accident cessent. L 24 févr. 38, la goutte persiste avec gono mais le malade cesse de venir.

Obs. 118 : Urétrite à gonocoques. Grands lavages + 1162 F. 1 gr. 50 par jour. Se plaint d'aigreurs d'estomac avec vives douleurs stomacales après chaque ingestion de comprimés de 1162 F. L'interrogatoire minutieux de ce malade fait connaître toutefois que ce malade souffrait depuis longtemps de l'estomac. A partir du 14 févr. 38, il n'est plus revu.

II DISCUSSION ET INTERPRETATION :

A) Traitement par Septoplix seul au début d'une urétrite aiguë chronique :

Sur 5 cas :

2 demi-succès par guérison de la goutte après 4 jours, laquelle est revenue peu après, et a nécessité une consolidation des résultats par un petit nombre de grands lavages. Il est évident que dans ces cas le traitment buccal a été trop court : obs. 93, 92.

3 échecs : Obs. 99, 154, 103, dont 1 (une non probante, par insuffisance de dose, dans une urétrite aiguë (2 gr. 50 par jour) obs. 99 et les deux autres s'agissant d'urétrite chronique, dont l'une (obs. 154) également à des doses insuffisantes d'administration.

B) *Traitement mixte par grands lavages* + 1162 F. :

A) *Urétrites aiguës :*

Sur 24 malades, nous avons eu 12 beaux réusltats, dont quelques-uns impressionnants :

Obs. 93 : guérison en 19 jours
Obs. 99 : guérison en 18 jours
Obs.137 : guérison en 6 jours
Obs.142 : guérison en 16 jours

Obs. 16. : disparition des gonocoques, sinon de la goutte après 4 jours.

Obs.169 : guérison en 10 jours.
Obs.171 : guérison en 8 jours
Obs.172 : guérison en 8 jours
Obs.173 : guérison en 8 jours

Obs. 82 : guérison en 20 jours, malgré pratiquement absence de traitement pendant 10 jours après sa première consultation, et celà pour des raisons propres au malade.

Obs.145 : guérison en 9 jours

3 résultats médiocres ou douteux :
Obs. 163, 146, 166.

4 résultats nuls :
Obs. 168, 132, 160, 165.

2 autres résultats nuls pour cause d'intolérence au médicament ce qui a fait interrompre le traitement :

Obs. : 118, 153.

B) *Urétrites chroniques :*

Sur 15 malades, nous avons eu 7 beaux résultats :

Obs. 6 :guérison en 28 jours
Obs. 52 : guérison en 7 jours.
Obs. 54 : guérison en 7 jours.
Obs.105 : guérison en 13 jours.
Obs.125 : guérison en 4 jours.
Obs.154 : guérison en 5 jours.
Obs.135 : guérison en 25 jours.

3 résultats médiocres ou douteux ou non supérieur aux méthodes classiques :

Obs. 134, encore qu'il ait géuri en un mois et demi.
Obs. 11
Obs. 4.

5 résultats nuls :

Obs. 36
Obs. 103
Obs. 119
Obs. 150
Obs. 110.

III. CONCLUSION

En définitive, nous avons obtenu 19 succès sur 36 cas de Blennoragies aiguës ou chroniques par le 1162 F. associé aux grands lavages.

Nous croyons que nos 6 résultats médiocres ou douteux sont pour la plupart dus à des insuffisances de dose, la dose optima suffisamment efficace pour raccourcir considérablement le traitement, qui met à l'abri des accidents et permet au malade de prendre sa provision de comprimés chez lui, étant à notre avis de 2 grammes par 24 heures, continué sans limite de durée, aussi longtemps que nécessaire.

Nous pensons qu'il faut renoncer pour l'instant au traitement exclusif par voie buccale, qui exige pour être efficace des doses trop élevées et par suite très risquées.

Il ne faut pas cesser trop tôt le traitement mixte après la disparition de la goutte. La guérison ne doit être considérée comme réelle qu'après un certain temps d'observation, correspondant au temps probable d'épuisement de l'action du médicament 1162 F. Sinon, on s'exposerait à voir revenir la goutte le plus souvent sans gonocoque mais quelquefois avec gonocoque, comme celà nous est arrivé plusieurs fois même après que le malade a satisfait aux épreuves dites classiques de la réactivation.

Quant aux accidents, ils ont été minimes (se reporter aux observations 153, 118, 103) et le resteront si l'on s'en tient à la dose nécessaire et suffisante de 2 gr.

Pour conclure, nous partageons l'enthousiasme des autres expérimentateurs qui ont publié leurs résultats. Car, en réalité, nous avons traité une centaine de malades par le 1162 F. associé aux lavages, avec presque toujours une durée de traitement évoluant autour de 15 jours lorsque nous avons donné 2 gr. au lieu de 1 gr dose insuffisante, malgré les succès qu'elle nous a donné. Nous n'avons pas publié toutes nos observations parceque nous n'avons désiré retenir que ceux dont nous avons pû contrôler et affirmer la régularité de l'absorption des comprimés de 1162 F.

Mais notre impression demeure que le traitement chimiothérapique de la blennoragie par le 1162 F. associé aux grands lavages a fait faire un progrès considérable au traitement fastidieux et désespérant des urétrites.

Sigmoïdite et mésosigmoïdite à forme tumorale

Colectomie en 3 temps - Guérison (1)

par les Médecins

Commandant DEBRIE et Capitaine RATTE

de l'Hôpital Militaire « Louis Vaillard » Tunis

Le tirailleur A... B... A, entre dans le service de chirurgie de l'Hôpital Militaire «Louis Vaillard» le 5 Avril 1937, avec le diagnostic de «Syndrome péritonéal — Fièvre persistante — Douleurs abdominales».

A l'entrée on constate que le malade souffre au niveau de la fosse iliaque gauche, qu'il va difficilment à la selle, que son état général est altéré. Le faciès est celui d'un intoxiqué. La température ne dépasse pas 38°5.

La journée du 6 Avril se passe sans apporter d'éléments nouveaux permettant de poser une indication opératoire ferme...

L'état de stupeur toxique fait même pratiquer une ponction lombaire qui ramène un liquide céphalo-rachidien sans caractères particuliers.

Un instant, on pense à une appendicite à gauche, à cause de la localisation de la douleur, mais il n'existe pas de contracture.

La gêne du transit est manifeste, mais le sujet ne vomit pas et son ventre est à peine tendu.

Le toucher rectal est muet..., on reste sur l'expectative.

Le 7 au matin, le malade souffre, est affaibli. Au toucher rectal on perçoit une masse arrondie, mobile, qui fait saillie à bout de doigt et à gauche dans la lumière du conduit. On fait une rectoscopie: la muqueuse est congestionnée, à 18 cm. de l'anus on voit cette masse uniformément rouge qui fait «hernie» dans le champ d'observation. Nous pensons à un néoplasme recto-sigmoïdien et nous intervenons aussitôt sous anesthésie générale :

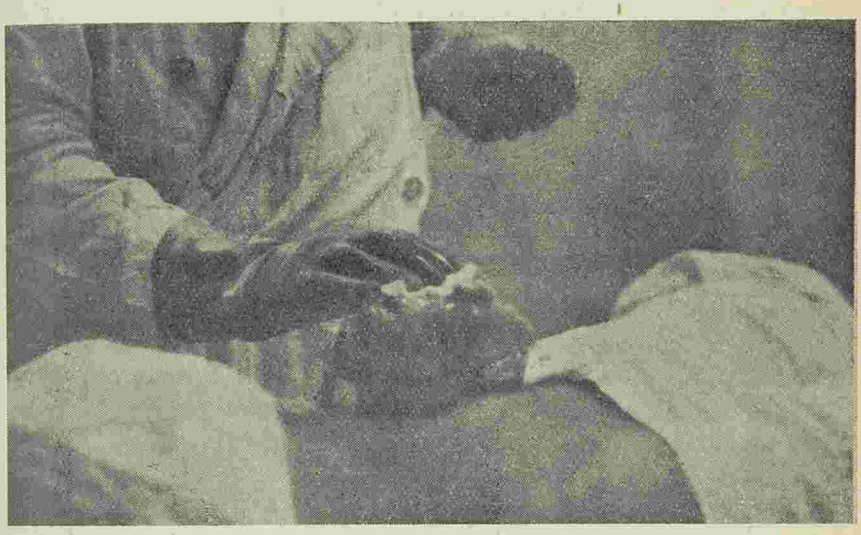
Coéliotomie médiane sous ombilicale. On se porte vers le colon gauche et l'on constate que l'anse oméga a les parois épaissies que son méso est farci de ganglions volumineux et que le diamètre transversal du meso atteint environ 40 m/m.

---

(1) Communication faite à la séance du 20 Décembre 1937 de la Société des Sciences Médicales de Tunis.

Anse oméga et méso forment un bloc tumoral et c'est cette masse basculée dans le Douglas que nous percevions au toucher rectal.

Extériorisation très facile grâce à un méso assez long.. Voici une photographie de la masse extériorisée :



Suture en canon de fusil des segments intestinaux afférents et efférents, puis, amarrage de la tumeur aux lèvres du péritoine pariétal de chaque côté.

Dans les heures qui suivent, les gaz continuent de passer; on remet de jour en jour la résection qui est pratiquée au thermo, le 14 Avril.

Suites opératoires normales.

Lever précoce. Fonctionnement parfait de l'anus sigmoïdien qui est fermé le 21 Juillet, par voie intrapéritonéale avec rétablissement de la continuité du conduit, sans autre incident qu'une petite fistule stercorale, laquelle se tarit assez vite pour permettre au malade de partir en congé de convalescence de 2 mois, le 8 septembre 1937.

Réhospitalisé à sa rentrée de convalescence pour observation. Nous avons fait faire une radiographie de son cadre colique, le 10 Novembre 1937, elle montre un flou des contours, au niveau de la 2^{me} moitié de l'anse sigmoïdienne.

Le sujet a repris du poids. Mais, aux termes du Règlement

sur l'aptitude physique au service militaire, sa réforme doit être envisagée.

La pièce a été examinée au Laboratoire du Val-de-Grâce, qui nous a adressé la réponse ci-après :

« *Anse sigmoïde et son méso* »

« Les lésions les plus importantes siègent dans la séreuse et la sous séreuse d'une part, dans le méso d'autre part. Elles sont constituées par une hyperplasie conjonctivo-vasculaire considérable et un infiltrant de très nombreuses cellules inflammatoires et des macrophages.

« Il existe des zônes nécrotiques, dont une en particulier à la partie superficielle de la séreuse d'un des fragments examinés paraît limiter une collection suppurée.

«Les ganglions hyperplasiés sont le siège de lésions inflammatoires aigües avec zônes nécrotiques également.

« La muqueuse est peu modifiée, son chorion est très discrètement infiltré et la sous muqueuse ne présente qu'une congestion légère et quelques cellules inflammatoires.

« Aspect histologique de Périsigmoïdite et mésosigmoïdite avec réaction conjonctive importante réalisant une pseudo tumeur inflammatoire, d'étiologie histologiquement indéterminée.

« Aucun signe de néoformation maligne. »

Les cas de sigmoïdite aigüe et chronique, justiciables de la chirurgie, ont fait l'objet de travaux, principalement de la part de l'Ecole Lyonnaise : en douze ans, une trentaine de cas publiés en France, d'après la bibliographie dont nous disposons.

Une statistique personnelle de Delore, qui fait la base d'un travail de la Revue de Chirurgie, comporte 7 cas, proprement chirurgicaux, échelonnés sur 5 années.

La sigmoïdite à indications chirurgicales est donc relativement rare.

Au point de vue symptomatologie, on distingue : la sigmoïdite aigüe, qui donne lieu à un syndrome abdominal calqué sur l'appendicite aigüe, la sigmoïdite avec abcès, la sigmoidite pseudotumorale, donnant naissance à des phénomènes de subocclusion, qui fut rencontré par Santy, Villard, Tixier, Gouilloud, Clavel.

La sigmoïdite diverticulaire qui peut revêtir chacune des for-

mes que nous venons d'énumérer, présente des caractères anatomiques et radiologiques bien distincts.

Sous le rapport de l'étiologie, la syphilis est parfois mise en cause en tant que facteur favorisant; plus rarement l'amibiase.

Disons tout de suite, que chez notre malade le Wassermann s'est montré négatif, et que plusieurs examens de selles n'ont montré ni kystes, ni parasites.

Aucune des observations publiées ne fait mention de la lymphogranulomatose de Nicolas et Favre; l'un de nous aurait souhaité que l'on fît une réaction de Frei, mais, faute d'antigène, ce en fut pas possible. D'ailleurs, l'évolution ultérieure avec la cessation absolue de tout phénomène de sténose intestinale, l'intégrité actuelle constatée au rectoscope de la muqueuse sigmoïdienne, ne sont pas en faveur de cette infection.

Remarquons en passant, que le maximum de lésions dans notre cas, *siègait sur le méso*, beaucoup plus que sur le conduit intestinal.

Le diagnostic de certitude est rarement porté d'emblée; si la douleur siège franchement à gauche, s'il existe un plastron, si le toucher rectal donne des renseignements, on pourra s'orienter mais bien souvnt on fera la confusion avec une appendicite aigüe, d'où le conseil souvent répété per les auteurs : au cours d'une coéliotomie pour syndrome abdominal avec appendice anatomiquement sain, de toujours vérifier l'anse sigmoïdienne.

Delore, dans son mémoire, fait mention de la sigmoïdite chronique coexistant chez la femme avec annexite.

Le traitement médical dans les cas aigüs: glace et repos, a donné des succès à Tixier..., le traitement chirurgical dit Delore, n'intervenant qu'à la période périlleuse des complications. L'on se trouve, ou devant un ventre aigü : sigmoïdite gangrèneuse avec perforation, que l'on traite « à la commande » par drainage ou par tamponnement, ou devant des phènomènes d'occlusion ou de subocclusion : l'on pratique alors, soit la colostomie de dérivation qui a l'avantage de mettre les lésions au repos, soit la résection en trois temps qui, d'après les auteurs, guérit radicalement le malade en le mettant à l'abri des récidives et permet seule, par examen de la pièce, d'éliminer définitivement *le diagnostic de cancer* (Santy).

La résection en un temps a donné une mortalité considérable. Encore, pour la résection, faut-il être favorisé par un méso suffisamment long, qui permette l'extériorisation: en cas de méso court, ou d'adhérences, il faut s'en tenir à une « péritonisation d'exclusion » (Delore) complètée ou non par une colectomie.

On peut aussi tenter une exérèse, mais ce n'est que plus tard lorsque les tissus ont récupéré leur souplesse, que l'on peut envisager le rétablissement de la continuité de l'intestin.

Rappelons enfin, que Ménégaux, a insisté sur les dangers de la rectoscopie chez de tels malades: d'où la nécessité de progresser avec le rectoscope, très prudemment sous le contrôle de la vue moyennant quoi, l'exploration est possible et peut donner des renseignements importants.

Cette observation méritait d'être rapportée devant vous tant à cause de sa rareté relative, (une seule observation de Santy, signale l'infiltration ligneuse du bord mésentérique du colon), que de l'extrême simplicité de la technique et des suites opératoires.

Une fois de plus, se vérifie la valeur de l'adage célèbre du regretté Pauchet : « Mieux vaut guérir le malade en 3 mois, que de le tuer en 3 heures. »

BIBLIOGRAPHIE

Sacty (Sociétt de Chirurgie de Lyon 21-28 T. 26 Lyon Chirurg. N°3 1926).

Delore (Revue de Chirurgie N° 9 1929)
« A propos du traitement chirurgical des sigmoïdites et de ses résultats »

Delore et Puthod (Revue de Chirurgie N°3 1932)
« Traitement Chirurgical des sigmoïdites »

Tixier et P. Bertrand (Lyon Chirurgical N° 5 1932)
« Six observations de sigmoïdites »

Clavel et Fakrai (Lyon Médical N° 19 1935)

Hillemand et Charrier (Arch. Franco-Belges de Chirurgie N°3 1935)

Menegaux (Presse Médicale, 6 Décembre 1933)
« Accidents graves de la rectoscopie »

Lardennois et Chiray (Masson et Cie, Editeurs)
« Les colites chroniques »

Ostéosynthèse pour fracture des os de l'avant bras par trois procédés différents

Résultats d'une greffe pour pseudarthrose (1)

par le Médecin Commandant DEBRIE

de l'Hôpital Militaire « Louis Vaillard » Tunis

Pendant mon séjour à l'Hôpital Militaire « Louis Vaillard », j'ai pratiqué 3 ostéosynthèses pour fracture de l'avant bras. Les résultats opératoires que je vais avoir l'honneur de vous présenter, semblent comporter un enseignement :

Dans le premier cas, j'ai fait pour fracture des deux os et à quelques semaines d'intervalle, une ostéosynthèse du radius et une ostéosynthèse du cubitus, l'une et l'autre par plaques de Lambotte, vissées. J'ai obtenu du côté radial une consolidation parfaite. Du côté cubital, malgré une coaptation absolument correcte, il s'est produit une pseudarthrose, que le sujet prétendait douloureuse et tolérait mal.

En une seule séance, j'ai enlevé le matériel de prothèse radial et cubital et j'ai pratiqué une greffe par deux greffons ostéopériostiques placés de chaque côté de la perte de substance du cubitus. J'avais placé un crin destiné à maintenir dans l'axe les fragments du cubitus. J'ai dû, il y a quelques jours, reintervenir pour enlever le tortillon de ce crin.

Voici les radios de l'état actuel : (Fig. 1)

Etat fonctionnel satisfaisant, mais obtenu à quel prix ! Tout en faisant la part de l'état d'esprit indigène, réfractaire à la chirurgie orthopédique, il a fallu près de deux ans pour arriver à ce résultat.

Dans une deuxième cas de fracture isolée du radius, non réductible par les moyens orthopédiques, je me suis bien trouvé de la synthèse par tuteur externe, avec le matériel d'Ombrédanne, de composition et de maniement extrêmement simples.

Voici les radiographies, avant l'accident, dans les jours qui suivirent la synthèse et peu avant sa sortie (Fig. 2, 3, 4.).

A quitté Tunis pour une garnison du Sud, d'où nous n'avons

(1) Communication faite à la séance du 20 Décembre 1937 de la Société des Sciences Médicales de Tunis.

pu obtenir aucune nouvelle. Son indisponibilité n'a pas dépassé 4 mois, convalescence comprise.

Puisque nous sommes sur le chapître de l'ostéosynthèse par tuteur externe, j'ai pensé que ce cliché qui concerne un enfant d'une douzaine d'années, que j'opérai à Alger, en Décembre 1935 d'une fracture de cuisse consolidée en crosse, pouvait vous intéresser;

Je dus faire une ostéotomie du cal et coapter le moins mal possible avec l'appareillage d'Ombrédanne.

Voici le résultat exactement un an et 10 jours après l'opération qui montre l'effort de la nature pour rétablir l'axe du membre Je dois dire, que bien avant la prise de ce slishé, l'enfant avait repris sa vie scolaire en utilisant la byciclette pour se rendre à son école (Fig. 5)

La fracture que voici, s'avérait irréductible par manœuvres orthopédiques, je décidai une synthèse du cubitus : (Fig. 6).

En raison du voisinage de la peau, de la minceur du fut diaphysaire à cet endroit, je pratiquai un enchevillement osseux suivant la technique décrite par Leveuf et Godard (Journal de Chirurgie — Décembre 1936), intervention de réalisation simple, immobilisation prolongée 4 mois : vous pouvez sur ces clichés qui s'échelonnent du 20 Mai au 5 Novembre, suivre les étapes de la consolidation de la fracture.(Fig. 7 et 8)

La durée de l'indisponibilité a été de 4 mois et 10 jours, convalescence de 2 mois comprise. Notre opéré vient de rejoindre son corps dans un état satisfaisant, *malgré une gêne* peu marquée de la prosupination.

Fig. N°1.

Fig. N° 2

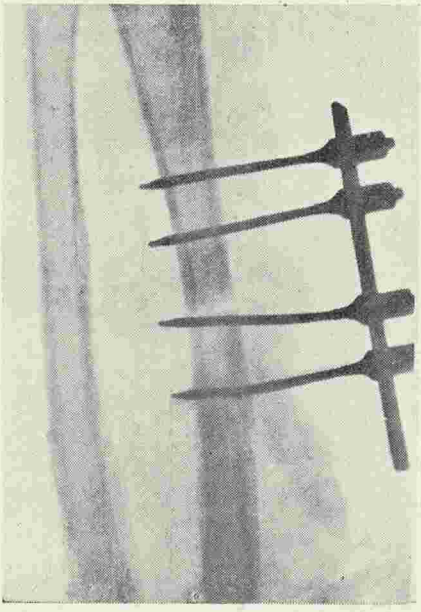


Fig. N° 3.

Fig. N° 4

Fig. N° 5

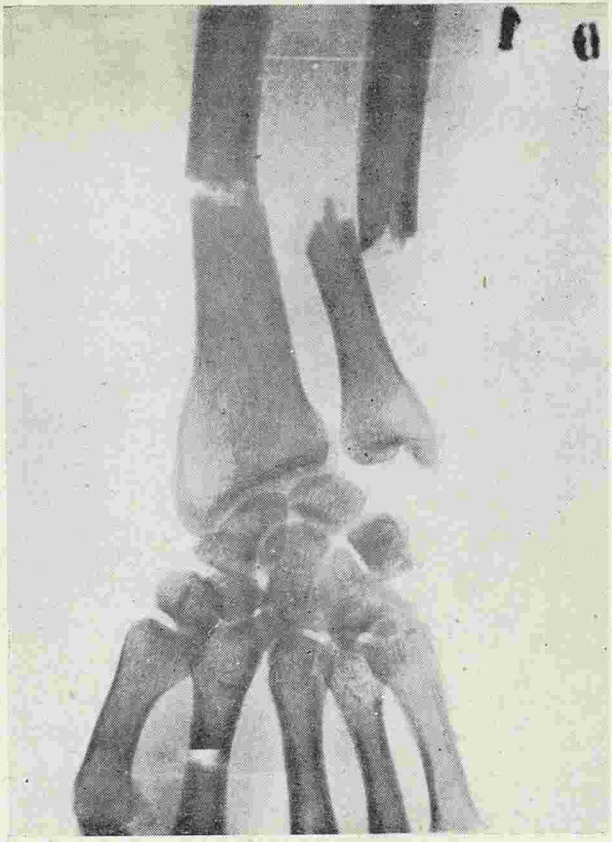


Fig. N° 6

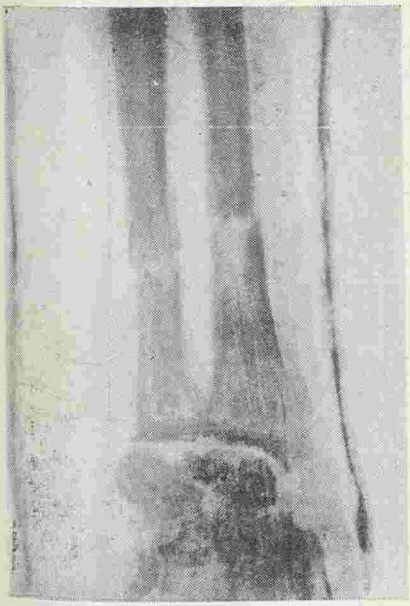


Fig. N° 7

Fig. N° 8

A propos de 2 Thoracoplasties pour Tuberculose Pulmonaire (1)

par le Docteur Jean DEMIRLEAU, Chirurgien des Hôpitaux

Depuis mon installation à Tunis, je désirais pratiquer des thoracoplasties pour tuberculose pulmonaire. Jusqu'ici je n'en avais pas eu l'occasion et les seules thoracoplasties que j'avais pu faire étaient des interventions d'indication pleurale. Je vous en ai présenté 2 cas l'an passé.

Grâce au Docteur Broc, qui a eu le grand mérite d'en poser les indications de façon parfaite, je vous présente aujourd'hui 2 cas de thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire dont les résultats, pour récents qu'ils soient, me paraissent très encourageants. La preuve des bienfaits de la thoracoplastie n'est plus à faire. Vantée et exécutée dans le monde entier, elle est actuellement le meilleur traitement de certaines formes de tuberculose, et le perfectionnement sans cesse accru de sa technique améliore de jour en jour ses résultats.

Il est possible que les formes de tuberculose fibreuse peu évolutives soient moins fréquentes chez les Musulmans que chez les Européens. Néanmoins elles existent et me paraissent relever de la thoracoplastie.

Voici l'observation de mes 2 malades :

Le 1er, âgé de 22 ans, est malade depuis 4 ans. Atteint de tuberculose du côté droit, il avait subit en 1933 une phrénicectomie. Dans un état relativement satisfaisant jusqu'en Août 1937, lui permettant d'exercer par intermittence son métier de circur, il fait à ce moment une hémoptysie abondante pour laquelle il est hospitalisé dans le service du docteur Broc.

Devant l'existence des signes cavitaires unilatéraux, avec intégrité de l'autre poumon, devant une tuberculose fibreuse et peu évolutive, on lui propose une thoracoplastie qu'il refuse.

---

(1) Communication faite à la séance du 20 Décembre 1937 de la Société des Sciences Médicales de Tunis.

Sorti de l'hôpital, il y revient 1 mois après, à la suite d'une seconde hémoptysie, acceptant cette fois l'intervention.

A ce moment, c'est à dire en Septembre 1937, l'état général est assez floride, le poids de 58 kg., l'expectoration abondante contient de nombreux bacilles. Il y a des signes d'excavation sous la clavicule droite, avec lésions diffuses du poumon droit et intégrité du poumon gauche. Pas de température.

Le 8 octobre, sous anestésie générale au Protoxyde d'Azote, intra-trachéale, on pratique le 1er temps d'une thoracoplastie supérieure droite.

Incision très oblique avec dissociation des muscles sans section, resection partielle des 3me, 2me et 1re côtes. Formolage du périoste.

Le 30 Octobre on pratique le 2me temps.

Même anesthésie. Même incision, et resection des 4me, 5me et 6me côtes avec formolage périosté.

Les jours suivants l'expectoration a presque totalement disparu

Le 10 Novembre un examen des crachats reste négatif.

L'état général s'améliore progressivement.

Le 12 décembre un nouvel examen de crachats après homogénéisation est encore négatif.

L'état général est excellent et le poids du malade est de 60 kg, c'est à dire supérieur à son poids initial.

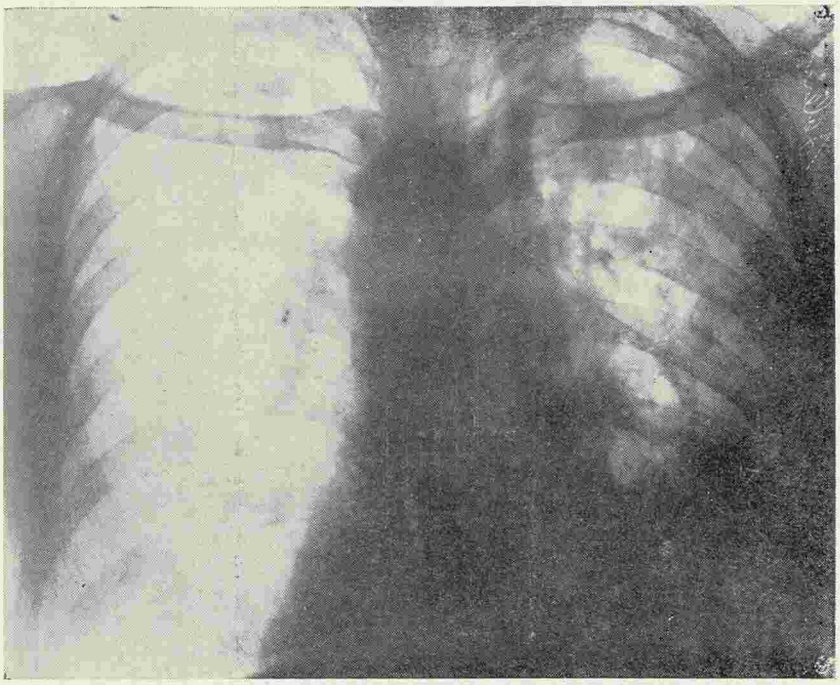
La radiographie montre un très bon affaissement avec collapsus de la cavité qui semble très suffisant, bien que seule la scopie pourrait l'affirmer.

Le 2me malade est en cours de traitement. Il s'agit également d'une tuberculose fibreuse peu évolutive, malade floride mais crachant abondamment et faisant de grandes hémoptysies.

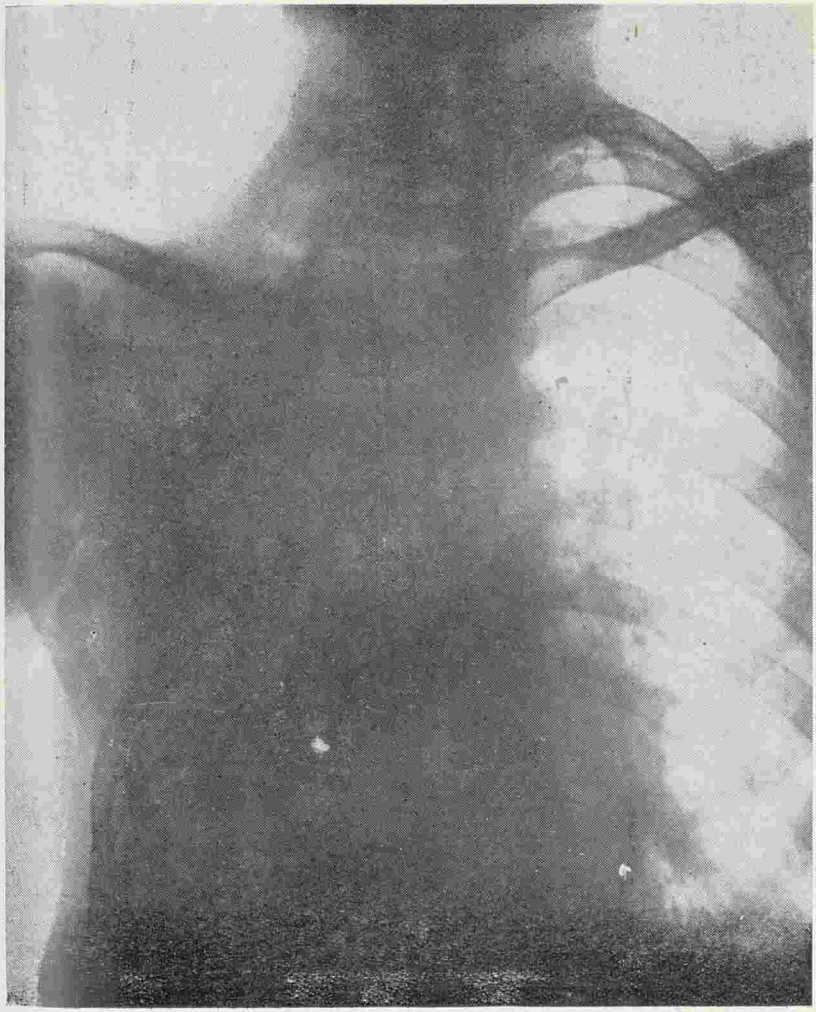
Les lésions sont très marquées à droite avec des signes d'excavation et il existe une légère infiltration gauche.

L'intervention est pratiquée le 16 Novembre 1937 sous anesthésie intra-trachéale au Cyclopropane cette fois.

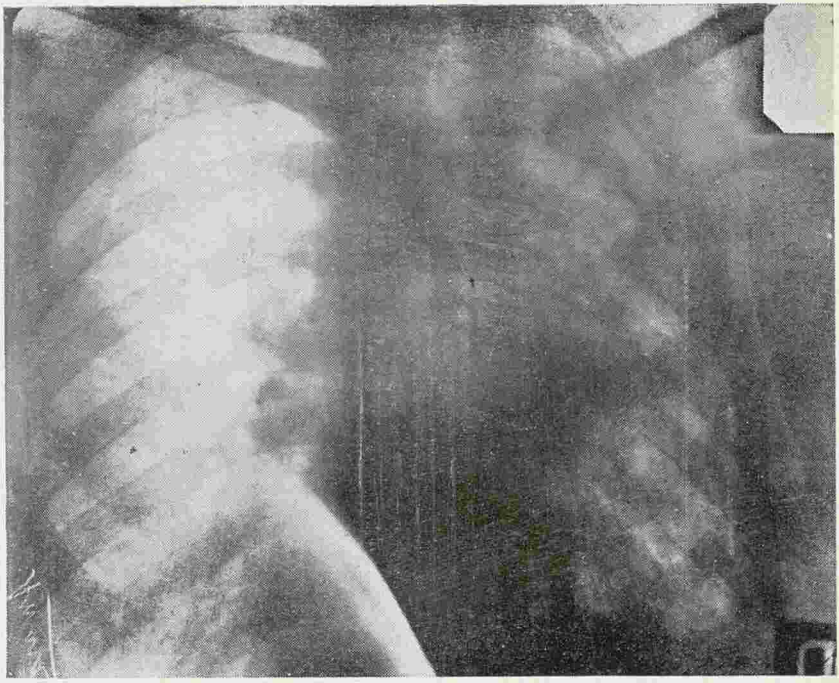
Ayant reçu l'instrumentation complète, j'ai décidé de réaliser l'apicolyse extra-fasciale (Méthode de Semb) suivant la technique que mon ami le Docteur Marc Iselin m'avait indiquée lors de mon dernier séjour à Paris et qu'il a exposée dans la Presse Médicale du 3 Novembre 1937.



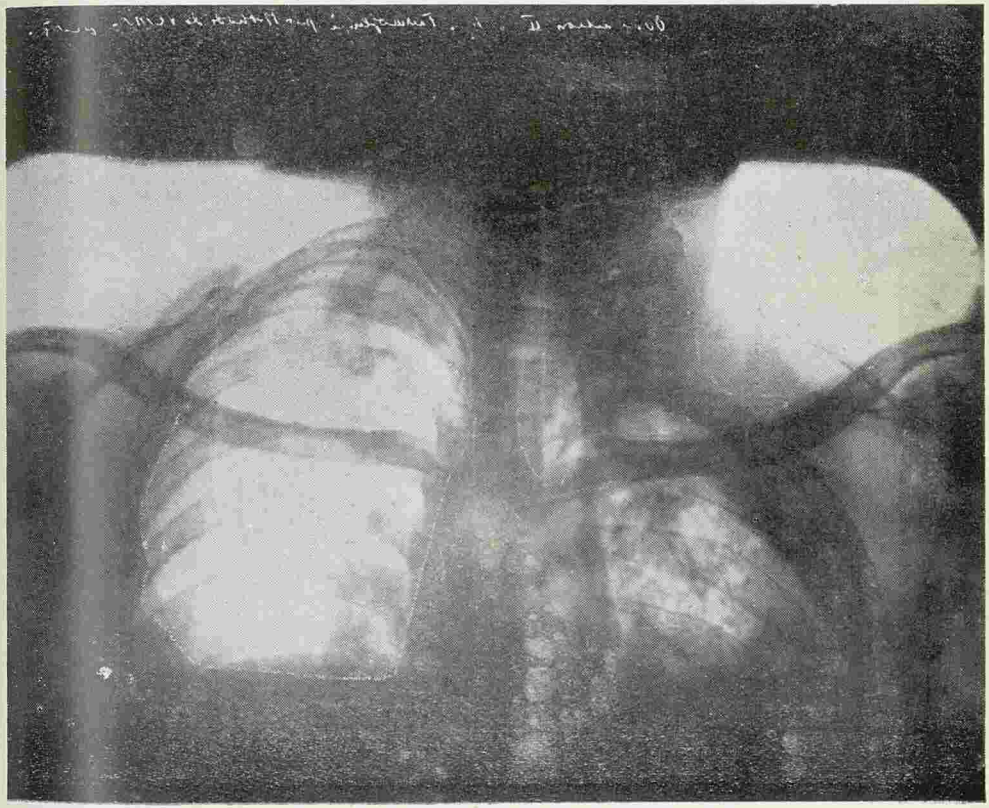
Obs. I. Avant la thoracoplastie



Obs. I. Après la thoracoplastie — 7 côtes — 2 temps



Obs. II. Avant la thoracoplastie



Obs. II Après la thoracoplastie
1er temps — 4 côtes — Méthode de Semb avec apicolyse extrafasciale

Incision très oblique passant à travers les muscles Trapèze et Rhomboïde en les dissociant; la 4me côte est désarticulée en dedans et sectionnée le plus en dehors possible, de même la 3me et la 2me qu'on enlève presqu'en entier. On s'attaque alors à la 1re qui est enlevée en entier, c'est à dire désarticulée en arrière et séparée du cartillage en avant.

On a alors un jour admirable sur le dôme pleural extrêmement épaissi et rigide; on voit tous les éléments vasculo-nerveux, et, patiemment, au doigt et au ciseau courbe, on libère le dôme pleural de ses attaches cervicales, costales et médiastinales, de façon à obtenir un affaissement suivant tous les axes.

Formolage. Les suites opératoires furent parfaites.

Actuellement le malade expectore encor ds B. K. et je dois prochainement parfaire la thoracoplastie, mais son état est florissant.

Ces 2 observations vont permettre d'aborder 2 problèmes.

D'abord celui du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, et ensuite le problème technique.

Le Ier impose la collaboration médico-chirurgicale la plus étroite possible. Il est évident que seul le médecin qui voit et suit les malades peut poser avec le maximum de précision l'indication opératoire. Certes, le chirurgien n'a pas là qu'un rôle d'exécution. Il doit également pouvoir apprécier l'état et le degré des lésions et c'est pour cela que de plus en plus les médecins phtisiologues adjoignent à leurs services un groupe opératoire et un chirurgien.

Le problème technique va faire opposer les 2 principales méthodes de thoracoplastie.

La seconde qui est actuellement adoptée par de nombreux chirurgiens thoraciques, anglais, français et américains, est en effet de loin supérieure à la méthode courante, et si elle est plus difficile d'éxécution, plus longue et plus minutieuse, elle paie largement en donnant des résultats plus constants.

Les radiographies de mes malades sont à ce sujet fort suggestives.

Sur les 1res vous pouvez voir un excellent affaissement pulmonaire. Mais cet affaissement est surtout transversal, très peu vertical. Certes, le poumon est bien aplati vers le médiastin mais il

reste accroché en haut et en dedans. La caverne sous-jacente n'est plus ovale, elle est réduite à l'état d'une fente antéro-postérieure, mais, néanmoins, bien souvent elle persiste, ainsi que l'a démontré la sérioscopie; et c'est là la cause majeure d'échecs de la thoracoplastie.

Pour y remèdier, on a bien proposé l'ablation des apophyses transverses, mais le mode d'action reste toujours par pression transversale et les grosses cavernes à paroi rigide peuvent lui résister.

Au contraire, si on considère la radio du 2me malade, qui n'a pourtant eu qu'une résection partielle en hauteur (4 côtes contre 6, on voit que le collapsus obtenu est tout différent.

Le sommet est affaissé en masse, dans tous ses diamètres, aussi bien en dedans qu'en dehors, et surtout dans le sens vertical, il y a un véritable affaissement qui réduit en totalité les excavations pulmonaires. C'est dans toute l'acception du terme une apicolyse. Elle diffère de l'apicolyse simple en ce qu'elle ne passe pas par le même plan anatomique.

L'une, d'exécution facile, se fait en décollant la plèvre pariétale du fascia endo-thorachique, mais elle nécessite une interposition pour être maintenue, que ce soit une masse de plombage, un ballonnet de caoutchouc, ou simplement de l'air, (pneumothorax extra-pleural).

L'autre, qu'on doit créer pas à pas en sectionnant une à une toutes les attaches du dôme pleural, passe en dehors du fascia endo-thoracique, elle est donc extra-fasciale. Elle a l'avantage inappréciable de se maintenir une fois éxécutée.

Enfin je vous prie de remarquer l'absence de déformation des épaules et de toute gêne fonctionnelle donnée par cette incision. Un véritable Mac Burney. Elle permet d'aborder les côtes sans section musculaire et donne quoi qu'on puisse penser à priori, un jour tout à fait suffisant puisqu'on peut se passer des écarteurs à crémaillère.

Asthme et Sinusite (1)

par le Dr MOATTI

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Sadiki

La recherche d'une épine irritative nasale chez les asthmatiques est une notion classique et bien connue.

Le confrère de médecine générale qui se trouve en présence d'un asthme dont il ne trouve pas la cause, adresse son malade au confrère rhinologiste avec l'espoir de faire deceler cette fameuse «epine irritative». Parfois le spécialiste trouve des fosses nasales absolument normales. Dans certains cas il constate une crête de cloison qu'il rabote, ou une cloison déviée qu'il réséque, ou des cornets hypertrophiés qu'il cauterise, ou bien encore des polypes muqueux qu'il extirpe.

Ce sont là des lésions que la simple rhinoscopie antérieure suffit à montrer. Mais il est une cause souvent méconnue, non classique, parfois plus difficile à déceler: c'est la sinusite et en particulier la sinusite polypeuse.

Pourquoi ces sinusites asthmatogènes sont elles souvent méconnues, pourquoi sont elles parfois difficiles à diagnostiquer, pourquoi enfin ne constituent elle encore pas une notion étiologique classique ?

Nous tacherons de répondre à ces questions après avoir exposé les observations des trois malades qui font l'objet de ce court travail.

Observation I.

M. C. présente des crises d'asthme depuis 1933. Au début il s'agit de crises légères, se traduisant par des accès de toux spasmodique et des poussées bronchitiques.

Au mois d'août de la même année, le malade est opéré, sans résultat, d'un éperon de la narine gauche. En septembre, pour la 1re fois, apparition en pleine nuit, d'une crise d'asthme véritable. La crise se renouvelle toutes les nuits suivantes aux mêmes heures

(1) Communication faite à la séance du 20 Décembre 1937 de la Société des Sciences Médicales de Tunis.

et avec les mêmes caractères d'intensité et cela pendant environ deux mois.

Après une accalmie durant le mois de Novembre, les crises réapparaissent. Des cautérisations de cornets sont faites, sans résultats encore.

Toute la médication habituelle reste sans effet (ephedrine, evatnine, sérum de Heckel).

Les accès deviennent de plus en plus pénibles, de plus en plus rapprochés, aussi bien nocturnes que diurnes, empêchant le malade de vaquer à ses occupations, altérant son état physique et son moral.

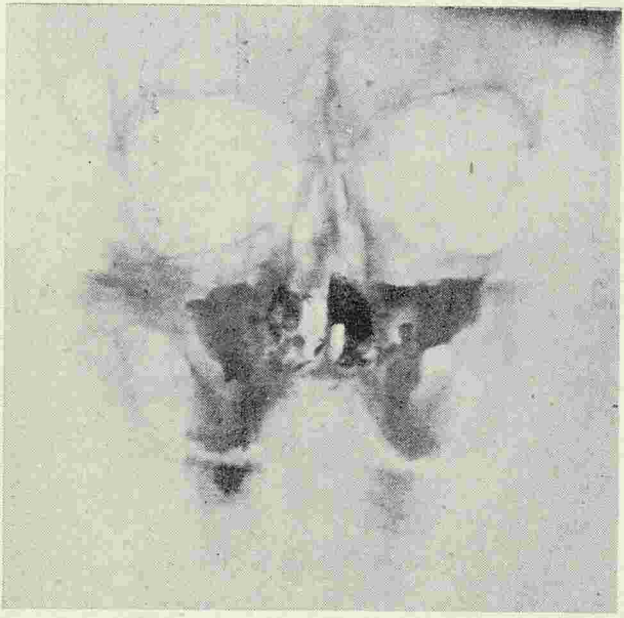
En Avril 1934 il part en France. A Paris on lui conseille différents traitements. Il suit rigoureusement toutes les prescriptions sans résultat encore. Puis la saison des cures thermales arrive, on lui dit grand bien du Mont Dore. Il y court, y séjourne 21 jours, et repart sans aucun soulagement.

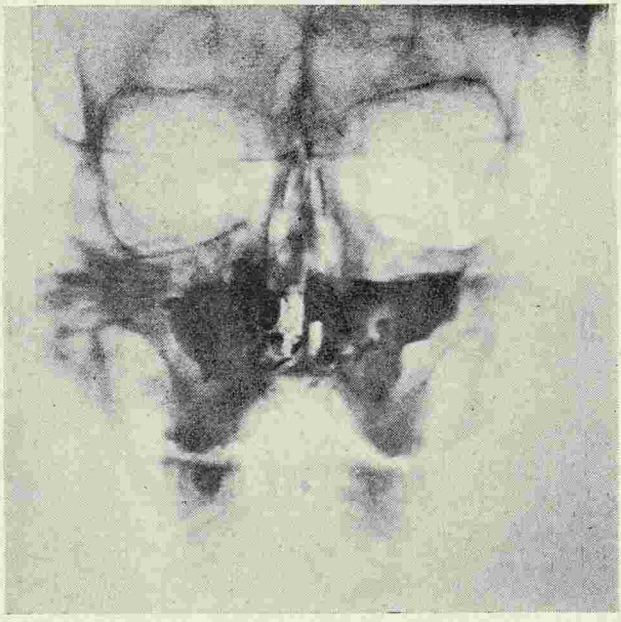
Il rentre à Tunis. Pendant encore toute une année, toutes les nuits et même le jour, les crises d'asthme continuent, longues, pénibles, nombreuses. En juillet 1935, il repart en France. Il consulte à Montpellier un confrère qui lui fait faire une radiographie des sinus.

Une première radiographie faite suivant la technique habituelle ne montre rien d'anormal. C'est à peine si le sinus gauche est plus obscur que le droit.

Par contre deux clichés pris après injection de lipiodol donnent de très belles images caractéristiques d'une sinusite polypeuse bilatérale. On voit en effet que la masse sombre répondant au liquide injecté, présente des contours irréguliers, dentelés, particulièrement au niveau du plancher et de la paroi externe du sinus. Cette masse sombre de lipiodol ne remplit pas tout le sinus. Elle est centrale, comme « suspendue ». Elle reste en effet séparée des parois osseuses du sinus par un espace clair de quelques millimètres. Cet espace répond à l'hypertrophie de la muqueuse sinusienne et aux nombreux polypes qui la doublent.

La radiographie après injection de lipiodol ayant confirmé l'existence d'une sinusite polypeuse, le confrère de Montpellier essaye de soigner cette sinusite par des lavages. Il en résulte





une très nette amélioration, mais pas de guérison, car dès la cessation des lavages, les crises réapparaissent.

Le malade rentre à Tunis. On continue à lui faire des lavages, mais ceux ci deviennent bientôt impossibles. Les sinus semblent bloqués, probablement par les masses polypeuses de plus en plus volumineuses. Les crises recommencent alors plus fréquentes et plus pénibles que jamais. Le malade ne dort plus, cesse tout travail. L'abus des injections, l'absence de sommeil, les souffrances physiques et morales altèrent fortement son état général.

Nous voyons le malade pour la 1re fois en décembre 1935. Pensant qu'il serait vain d'espérer guérir une sinusite polypeuse par de simples lavages, je conseille la trépanation des deux sinus maxillaires.

Intervention : Janvier 1936.

Anesthésie locale.
Calwel-Luc pour les deux sinus.
Ceux ci sont bourrés de polypes.
Curettage des deux cavités sinusiennes.
Communication sinuso-nasale.
Mèche pendant 24 heures.

Suites opératoires.

Le soir de l'opération très violente crise d'asthme.
Le lendemain soir crise moins violente.

Le 3e jour, et pendant une dizaine de jours, la température s'élève jusqu'à 40°, avec état saburral des voies digestives et véritable syndrôme de toxi-infection.

Puis peu à peu tout rentre dans l'ordre et le malade quitte la clinique complètementrétabli. On continue pendant une quinzaine de jours les lavages des deux sinus. Progressivement les crises d'asthme diminuent d'intensité, de fréquence et de durée. Mais elles ne cessent pas complètement. Deux mois après l'opération, on constate une fistule au niveau de l'incision gingivo-jugale droite. On fait extraire une molaire dont la racine répond à ce trajet fistuleux. Aussitôt après, la cicatrisation se complète en même temps que les crises d'asthme disparaissent peu à peu.

Nous avons revu dernièrement ce malade. Son état général

s'est considérablement amélioré et les crises d'asthme ne sont pour lui que de mauvais souvenirs.

Observation II

M. M... est asthmatique depuis 4 ans. légères et espacées au début les crises deviennent progressivement intenses et quotidiennes. En 1934, nous voyons le malade pour la 1re fois. Nous pratiquons une cautérisation des cornets et nous extirpons quelques polypes muqueux du meat moyen droit.

Le malade est très amélioré pendant 6 mois. Puis les crises réapparaissent et pendant un an et 1/2 elles se repètent presque tous les jours. Il vient nous revoir en février 1936. Les polypes se sont reproduits. Ils comblent le méat moyen et baignent dans le pus. Instruit par le cas de notre malade précédent, nous faison faire une radiographie après injection de lipiodol (Radio 1 et 2).

Les résultats sont à peu près analogues à ceux du cas précédent. Nous n'y insisterons donc pas.

Nous opérons notre malade vers le 20 février.

Intervention.

Anestésie locale.
Calwel Luc à droite.
Le sinus est rempli de polypes.
Curetlage.
Communication sinuso-nasale.
Mèche pendant 24 heures.

Suites opératoires :

Très simples. Aucun incidents. Dès le jour de l'opération disparition complète des crises d'asthme.

Parfois, en particulier au cours d'un rhume, apparition d'une légère oppression très supportable et passagère. Signalons qu'il s'agit d'un ancien tuberculeux soigné et actuellement guéri par un pneumothorax.

Observation III

Il s'agit d'une malade qui nous est adressée pour une sinusite suppurée gauche d'origine dentaire.

Elle présente en même temps quelques crises d'asthme et surtout un coryza spasmodique tenace. Malgrès une quinzaine de lavages tantôt par la voie alvéolaire, tantôt par la voie transméatique, la suppuration sinusienne ne se tarit pas. On se décide alors à la cure radicale.

Intervention: en Mars 1936.

Anesthésie locale.
Calwel Luc
Le sinus est rempli de pus, mais sans polypes
Curettage
Communication sinuso-nasale
Mèche pendant 24 heures.

Suites opératoires:

Le soir de l'opération et les 3 jours suivants, apparition de violentes crises d'asthme nécessitant des injections d'évatmine (Signalons que jamais auparavant la malade n'avait présenté de crises vraiment importantes.)

Puis tout rentre dans l'ordre. Néanmoins les accès d'asthme ne disparaissent pas complètement et le coryza spasmodique persiste aussi intense qu'avant l'intervention. La plaie opératoire se ferme mal. Il persiste une fistule qui suppure. Le stylet permet de sentir à travers cette fistule de l'ostéite.

On intervient une 2me fois. On curette une large zone d'ostéite intéressant le plancher du sinus et la table externe du rebord alvéolaire.

Par la suite cicatrisation lente mais complète de la plaie opératoire. En même temps disparition des crises d'asthme. Le coryza spasmodique est moins intense, mais n'a pas disparu complètement.

***

Telles sont les observations que nous avons pu recueillir depuis que notre attention a été attirée sur les rapports de l'asthme avec les sinusites.

Ces rapports nous semblent certains et nous sont confirmés par l'étude de nos observations. En effet, deux au moins de nos malades, asthmatiques invétérés avant l'opération, ont été guéris par la cure radicale de leur sinusite.

D'autre part il est intéressant de noter chez nos 1r et 3e malades une recrudescence de crises d'asthme les 1ers jours qui ont suivi l'intervention. L'on peut se demander s'il n'y a pas eu là comme une décharge massive des produits, peut être toxiques, contenus dans le sinus et si ce ne sont pas ces produits, jusque là enfermés en vase clos qui étaient, par leur décharge lente et progressive la cause des crises asthmatiques répétées. Mais ce ne sont là que des hypothèses et notre communication a surtout un but pratique. La majorité des cas de sinusites asthmatogène publiés, sont des sinusites polypeuses. Notre cas de sinusite suppurée d'origine dentaire semble très rare.

C'est Leroux qui a surtout attiré l'attention sur la fréquence de ces sinusites polypeuses jusque là souvent méconnues à cause de la pauvreté de leurs signes cliniques. En effet ni la diaphanoscopie, ni la radiographie simple ne permettent de les déceler, car les masses de polypes sont transparentes aux rayons lumineux et aux rayons X. C'est seulement les radios après injection de lipiodol qui permettent de les dépister. En réalité il faut toujours y penser en présence d'un malade atteint de polypose nasale, surtout s'il s'agit d'une polypose récidivante. Leroux a même pu écrire ceci : « La récidive des polypes etmoidaux après ablation et curettage endonasal, est à elle seule la preuve de l'existence de polypose du sinus maxillaire. L'expérience chirurgicale et les injections lipiodolées ont montré cette constance absolue et dispensent le rhinologiste du diagnostic par lipiodo-injection.»

Quelles sont les conclusions pratiques à tirer de l'étude de nos observations. La plus importante à notre avis, c'est que chez un asthmatique présentant des polypes muqueux des fosses nasales il ne faut plus, comme il était classique de le faire jusque là, se contenter de l'extirpation simple des polypes. C'est là une intervention souvent incomplète, souvent insuffisante. Pour espérer un résultat durable, il faut trépaner le sinus et le débarrasser complètement de ses polypes et de sa muqueuse dégénérée.

Est ce à dire que l'opération amènera à coup sûr la guérison ? Est-il permis de garantir la guérison à tout asthmatique porteur d'une sinusite ? Nous ne le pensons pas, car si la chance a favorisé nos opérés, les échecs ou les demi succès ont été souvent signalés

par de nombreux auteurs en particulier par Van Nieuwenhuyse dans sa communication au Congrès d' O. R. L. de 1936.

C'est qu'en matière d'asthme il entre tant d'inconnus qu'il faut s'attendre à toutes les surprises, à toutes les déceptions thérapeutiques. L'intervention fait supprimer l'épine irritative, le point de départ du réflexe, mais le «terrain» reste et ceci explique les échecs si nombreux.

Hernie inguinale étranglée chez un nourrisson (1)

par les Docteurs R. DANA et D. GHOUILA-HOURI

Nous avons l'honneur de vous présenter le cas d'une hernie inguinale étranglée chez un nourrisson de 4 mois.

L'étranglement herniaire chez le nourrisson est une chose rare: c'est ce qui nous a incité à publier cette observation; nous la publions aussi pour insister sur le syndrome pâleur-hyperthermie si bien décrit par notre maître Ombrédanne.

Observation : voici en quelques mots cette observation. Il s'agit d'un nourrisson de 4 mois né avant terme ayant une hernie inguinale congénitale. Cette hernie était maintenue par un léger bandage. Un jour la maman enlève le bandage à cause de lésions eczémateuses de la région inguino-scrotale droite.

L'enfant pousse, la hernie sort et ne rentre plus.. Ceci se passait le 7 octobre 1937. La maman essaye de réduire la hernie en mettant le nourrisson dans la baignoire. Le lendemain le malade est vu par le Docteur Dana qui essaye la réduction dans le bain. Impossibilité de réduire

Le chirurgien tente un taxis prudent, la hernie est irréductible et nous nous voyons dans l'obligation d'opérer.

Intervention :

A. G. à l'éther: incision haute abdominale loin du scrotum Incision de l'aponevrose du grand oblique.

On récline vers le haut la masse du tendon conjoint. 3 petits anneaux de striction sont sectionnés.

Ouverture du sec : liquide citrin, anses grêles fortement congestionnées.

On termine *rapidement* par la cure radicale.

Suites opératoires :

Au point de vue local, simples, sauf un point de suppuration qui a guéri rapidement, suppuration à laquelle on s'attendait étant données les lésions d'eczéma de la région inguino-scrotale.

Du point de vue générale nous avons eu, dès les premières heures, la phobie de l'apparition du syndrome pâleur hyperthermie

(1) Communication faite à la séance du 20 Décembre 1937 de la Société des Sciences Médicales de Tunis.

et aussi nous avons mis en œuvre tout ce qu'il fallait pour l'éviter ou du moins pour l'atténuer.

L'enfant a été mis à l'eau pendant 48 heures avec 4 gouttes de cognac par 24 heures et des enveloppements sinapisés. La température est montée à 38°5 le soir même de l'intervention vers 4 h. (l'intervention avait eu lieu à midi).

Il fallait lutter contre cette hyperthermie. Un goutte à goutte rectal a été institué et le goutte à goutte devait durer pendant des heures, jusqu'à ce que la t° retombe à 38°.

Le lendemain de l'opération la t° est à 38°8. Le nourrisson est pâle, grognant. Le goutte à goutte est réinstallé pendant toute la journée pendant *huit heures consécutives* et aussi la t° n'a pas dépassé 38°.

Le surlendemain même t° 38°8. Mêmes résultats grâce au goutte à goutte.

Entre temps l'enfant a eu des selles verdâtres, nombreuses extrêmement fétides; et dès le 3me jour l'enfant est remis au biberon.

Vous connaissez le tableau clinique du syndrome décrit par Ombrédanne et mis au point dans la thèse de son élève Armingeat: pâleur, hyperthermie, tachycardie, hypotension, tachypnée torpeur, les petites convulsions, les syncopes.

Quel en est le substratum anatomo-pathologique ? lésions d'hyperthermie ou œdème, célébral parfois associées et de façon inconstante à des lésion congestives de divers viscères cervicaux, thoraciques et abdominaux (Quénu et Alajouanine).

Ce syndrome se rencontre chez le nourrisson atteint de lésion congénitale et surtout à siège péricrânien.

L'action de l'anesthésique ?

L'absence d'anesthésie expose plus à ce syndrome reflexe qu'une anesthésie quelconque. Mais ce syndrome en se rencontre pas seulement chez le nourrisson comme il était classique de le dire.

Quénu et Alajouanine ont publié récemment à l'Académie de Chirurgie l'observation d'une malade opérée pour un anévrysme cirsoïde du cuir chevelu et qui est morte en 24 heures en présentant le syndrome au complet.

D'autres auteurs ont cité des observations qui pourraient se rattacher à ce syndrome et l'on se demande si ce syndrome n'expliquerait pas certaines morts post-opératoires rapides et inattendues.

En tout cas il est bon d'avoir présent à l'esprit son existence pour pouvoir y parer rapidement.

Discussion :

Docteur **BRUN.** — Je ne suis pas de l'avis du Docteur Ghouila Houri sur trois points de sa communication.

Monsieur Ghouila Houri nous dit que l'Etranglement herniaire est très rare chez les nourrissons. Les classiques enseignent le contraire; et une pratique de trente années de chirurgie active m'ont prouvé que si l'Etranglement herniaire est rare chez l'enfant de 2 ans à 14 ans, il est par contre très fréquent chez les nourrissons, et surtout chez ceux qui sont âgés de moins d'un an.

Si les chirurgiens n'ont pas l'occasion d'opérer davantage d'Etranglement herniaire, ceci tient à la facilité avec laquelle cet Etranglement herniaire se réduit sous l'influence d'un bain chaud un peu prolongé, ou d'un taxis léger; pour n'avoir pas été opéré, l'Etranglement herniaire n'en a pas moins existé.

Quelle limite inférieure Monsieur le Docteur Ghouila Houri assigne-t-il à l'Hyperthermie: Une température de 38, voir même de 39° ne constitue pas pour nous de l'Hyperthermie. Nous sommes plus exigeants. L'Hyperthermie est une température de 40, 41, 42° et même... davantage

A elle seule cette température, si fréquente chez les enfants, ne constitue pas un symptôme d'une exceptionnelle gravité. Il ne devient grave que lorsqu'il se complique de pâleur. C'est cette Pâleur qui constitue en quelque sorte le cachet spécifique du syndrome si bien décrit par Ombredanne. Ce syndrome survient brusquement de la 6me à la 24me heure après une intervention, très rarement le second jour. A la suite d'opération ayant nécessité une anesthésie générale, les enfants font fréquemmnet de la fièvre qui peut atteindre 38, 38°5, le soir de l'opération Ils ne font pas pour cela, Dieu merci, de l'Hyperthermie avec pâleur, et tout rentre dans l'ordre le lendemain, même si aucune thérapeutique n'a été instituée.

Dans ces conditions, il me paraît difficile de soutenir qu'une complication serait probablement survenue sans l'application d'une thérapeutique. Tout médecin qui, chez un malade ayant un ventre douloureux et de la fièvre, applique une vessie de glace, peut-il prétendre avoir évité la péritonite ?

En attendant que la pathogénie du syndrome pâleur et hyperther-

mie soit connue, je conviens avec le Docteur Ghouila Houri qu'il vaut mieux prévenir que guérir, qu'il importe de mettre tout en œuvre pour faire baisser la fièvre qui a tendance à monter très haut, car même si cette fièvre ne devait pas s'accompagner de pâleur, de sa chute, l'enfant ne pourrait tirer que du bien être. Mais pour prévenir toutes sortes de complications, mieux vaut encore opérer vite, sans brutalité, sans tiraillements excessifs sur les viscères et leurs mésos. Il faudra soigner l'hémostase, et autant que possible choisir l'incision qui évitera le mieux les éviscérations si fréquentes chez le nourrisson. Sa respiration, à type abdominal, rend difficile le refoulement dans le ventre des viscères, de l'épiploon adhésif qui colle aux gants, aux instruments. Toutes ces manœuvres ne sont pas sans danger, et, en prologeant l'opération, en augmentent les risques.

Enfin, j'ai été étonné d'entendre condamner comme une pratique très dangereuse l'emploi de la vessie de glace dans le syndrome hyperthermie avec pâleur. C'est une pratique que je fais appliquer depuis toujours à l'Hôpital Sadiki et dans ma clientèle privée. J'ai été pris d'un remords en quelque sorte rétrospectif: Le hasard seul ou la chance m'avaient-ils évité des catastrophes ?

L'affirmation du Docteur Ghouila Houri était péremptoire et s'appuyait sur l'autorité de Monsieur Fèvre.

La lecture du livre de cet auteur a apaisé ma conscience. Le lavement froid et la vessie de glace sont en bonne place dans la thérapeutique à employer contre le syndrome Pâleur et Hyperthermie.

Médecin Commandant **DEBRIE** — En 1932, j'ai eu l'occasion d'observer à l'Hôpital « Maillot » à Alger, un cas de hernie étranglée chez un nourrisson de quelques semaines. Etiquetée orchite aigüe le matin, la tuméfaction de la bourse droite, ne subit aucune modification dans la journée et le soir apparurent les vomissements.

Sans tarder. j'appelai le Professeur Constantini, qui accomplissait à l'époque une période militaire et j'eus le privilège d'assister ce chirurgien dans l'intervention qu'il pratiqua séance tenante. Certains détails me paraissent dignes d'être relatés :

1° — Anesthèsie locale qui fut bien supportée: l'enfant amarré sur la table d'opération « à la manière d'un cobaye, disait M. Constantini » ne parut ressentir aucune douleur trop vive.

2° — Le sac herniaire contenait une anse infarcie, qui après aspersion au sérum chaud, fut pûrement et simplement réintégrée dans

l'abdomen. Monsieur Constantini, nous déclara même à cette occasion qu'il ne pratiquait jamais d'entérectomie, d'après lui, chaque fois mortelle

La paroi fut refaite en prenant ce qui se présentait, sans chercher à repérer tendon conjoint et aponévrose du grand oblique... Le mieux, disait le Maître Algérois, est d'oublier son anatomie....

Après une suppuration pariétale de quelques jours, accompagnée de fièvre, suppuration pratiquement inévitable parce que l'enfant se souillait, la guérison fut très simplement réalisée ,et à aucun moment l'on eut à craindre l'apparition du syndrome pâleur et hyperthermie.

Par contre, deux ans plus tard, je dus pratiquer l'ablation d'une épingle de nourrice déglutie ouverte par un enfant de 14 mois: : Epingle à ressort: pointe dirigée vers le pylore.

Intervention faite à l'anesthèsie générale conduite par une infirmière timorée...., à deux reprise l'enfant extériorisa en poussant un estomac dilaté. L'épingle fut enlevée, mais dès la nuit suivante la température atteignit 39°9, 40°, 40°5.

Malgré la médication énergique dirigée suivant la méthode décrite par Ombrédanne, dans son traité de Chirurgie Infantile, l'enfant succomba dans la journée du lendemain.

Je laisse à penser le retentissement tragique de ce décès qui atteignait la famille d'un collègue présent dans cette salle.

Note complémentaire

Médecin Commandant **DEBRIE** — Ne pouvant être présent lors de la prochaine réunion de la Société Médicale, je tiens, pour les Confrères ayant assisté à la Discussion lors de la séance du 20 décembre, comme pour le Confrères éloignés qui liront ce Bulletin, que «Anesthésie Locale chez le jeune enfant n'est pas rejetée, à priori, par l'Ecole d'Ombrédanne

Dans le «Traité de Chirurgie Infantile» de Fèvre, préfacé par Ombrédanne, nous lisons aux pages 8 et 9 :

1°)« La Locale a sauvé des Vies d'Enfants en permettant une exploration abdominale, qu'on n'aurait pas tentée sous Anesthésie Générale».

2°) «Même lorsqu'on devra compléter l'Anesthésie Locale par une Anesthésie Générale, *la Locale n'aura pas été nocive.*»

MM. Cadenat, de Toulouse et Lapassé considèrent même, que cette Anesthésie Locale associée à la Générale, *permet de diminuer le nombre de cas de pâleur et hyperthermie.*

Tout autre commentaire nous parait superflu.

Distinction Honorifique

Remise de Croix d'Officier du Ouissam Alaouite au Docteur Cheyrou-Lagrèze de l'El Biar

Le 24 avril 1938 au cours d'une journée ensoleillée dans le hall de réception du Palais des Thermes Sextius d'Aix, (1) rayonnant de fleurs de la Côte d'Azur, de plantes vertes, d'arbres verts de Provence, de corbeilles de primeurs d'Afrique et de la Vallée du Rhône, décorées avec art des rubans aux couleurs françaises, avait lieu à l'heure des toasts et du champagne d'honneur, la remise de la Croix d'Officier du Ouissam Alaouite Chérifien au Docteur Cheyrou-Lagrèze, Médecin Breveté de la Marine Marchande à bord du S. S. El Biar. (2).

Ce fut avec grand plaisir que le Médecin Général Bellet, Directeur du Service de Santé de la 3me Région Maritime, fit l'éloge du Marin, du Colonial, pionnier de l'Assistance, de l'Hygiène, de l'Education physique et lui épingla la décoration du Maroc au milieu des félicitations et des applaudissements unanimes de l'Assemblée Générale de l'Amicale Santé Navale Coloniale. Le récipiendaire adressa ses vifs remerciements à son Ancien Chef de la Marine Militaire, a son Chef de la Marine Marchande, Président de la Section Marseillaise, le Docteur Ribot Directeur de la Santé, Ancien Maire de Marseille, au Président de l'Assemblée Générale, Le Médecin Général Inspecteur Lecomte, au Médecin Général Botreau-Roussel, Directeur de l'Ecole d'Application du Service de Santé des Troupes Coloniales, aux Dames du Corps Médical, à l'élite de la Marine et des Colonies réunies, aux Médecins Généraux de la

(1) Il ne pouvait y avoir de meilleur choix de circonstance, qu'en Aix-en-Provence, la doyenne des Villes d'eaux françaises, le Docteur Cheyrou Lagrèze, étant détenteur de témoignages de satisfaction des Stations Thermales françaises et africaines pour avoir contribué à faire connaître leurs ressources thermales, climatiques, touristiques.

(2) En 1935 une cérémonie dans la même atmosphère de cordiale sympathie, parue dans «L'Afrique du Nord Illustrée», eut lieu à Alger dans les Salons de réception du S.S. El Biar, présidée par Le Commandant du bord, à l'occasion de la remise de la Croix d'Officier du Nichan Iftikhar par son Ancien Chef des Troupes Métropolitaines, le Médecin Général Causeret, Directeur du Service de Santé de la 18e Région.

Marine, aux Médecins Généraux des Troupes Coloniales, aux Professeurs et aux élèves de l'Ecole d'Application du Service de Santé de la Marine, aux Professeurs et aux Elèves de l'Ecole d'Application du Service de Santé des Troupes Coloniales, à tous ses Camarades.

Il vint présenter au Président de l'Amicale des Anciens Elèves de l'Ecole de Bordeaux et des Anciens Médecins et Pharmaciens de la Marine et des Troupes Coloniales, son sixième enfant, animateur de la France d'Outre-Mer « Esquisses Africaines ». (1)

Sous les applaudissements de toute l'Assemblée, son Ancien Chef Colonial, le remercia chaleureusement de son aimable attention. Mentionnons que l'auteur des «Esquisses Africaines» recevait les félicitations de son Chef du Service Médical des Compagnies de Navigation Mixte et Paquet, qui ont assuré la prospérité de l'Afrique du Nord, Correspondant des Sociétés de Médecine Légale de France et de Thérapeutique de Paris: *Mon Cher Confrère, je vous remercie de m'avoir adressé Votre dernier né que j'ai lu avec intérêt. Je vous en félicite.*

Je vous félicite pas moins de Votre belle famille, me permettant d'adresser mes respectueux hommages à Madame Cheyrou-Lagrèze dont j'admire le beau courage et la haute Valeur Morale.»

A l'occasion de cette cérémonie toute empreinte de sympathie et

---

(1) Exposées en premier lieu par les soins des Directeurs des revues touristiques à Alger dans le Hall de Lecture d'Algéria; à Tunis dans le Salon de Lecture de Tunisie; à Rabat à l'Office du Nord Africain; à Paris à la Bibliothèque du Touring Club de France et au Comité de Tourisme Colonial; en Provence à Marseille — Nice dans le Hall Touristique de France-Sud.

Esquisses Africaines vues par le Chef de l'Hygiène, le Professeur Tanon, Directeur de l'Institut d'Hygiène de la Faculté de Médecine, de Paris, Membre de l'Académie de Médecine :

«Mon Cher Confrère, votre travail sur l'effort africain est très remarquable et constitue un document excellent.»

Esquisses Africaines vues par M. Edmond Chaix, Président du Tourisme :

Cher Camarade, je vous félicite bien sincèrement de l'utile propagande que vous avez ainsi effectuée avec méthode et persévérance en faveur de notre belle France d'Outre-Mer et de son développement touristique et économique».

de cordialité, nous transmettions nos bien sincères félicitatioss à notre dévoué Collaborateur, Correspondant de «Tunisie» et de «France-Sud», Médecin de l'El Biar, Ruban Bleu de la Tunisie, premier courrier de la Méditerranée, titulaire du Diplôme d'Honneur de la Marine Marchande et de la Société de Sauvetage des Naufragés.

Nous nous permettons d'associer à nos respectueux compliments Madame Cheyrou Lagrèze,(1)sa très méritante épouse,pour avoir réussi à faire prospérer quatre enfants au Levant et cinq enfants en Afrique, la cinquième enfant, importée sur la terre marocaine à l'âge de deux mois, ayant accompli son séjour normal au Maroc sans un jour de maladies, malgré un abri rudimentaire, simple toit de tôle ondulée, rappelant l'époque héroïque de l'installation des premières familles françaises au moment de la Conquête du Maroc.

---

(1) Médaillée de la Commémorative de la Grande Guerre, de la Famille Française,titulaire d'une Lettre de Félicitations du Ministre de la Guerre.

INERTYL CHARVOZ
COMPRIMÉS
CACHETS - GRANULÉS
INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

VINGT PEPTONES DIFFÉRENTES

+

HYPOSULFITE DE MAGNÉSIUM & DE SODIUM

+

SELS HALOGÈNES DE MAGNÉSIUM

ANACLASINE

RANSON

DÉSENSIBILISATION
ÉTATS HÉPATIQUES

A. RANSON
Docteur en pharmacie
96, rue Orfila
PARIS (XXe)

COMPRIMÉS
GRANULÉ

SUNALCOL

Solution alcoolo-acétonique à 2% de
Chlorhydrate d'O-Oxyquinoléine

Antiseptique *remplaçant la teinture d'iode dans ses applications externes antiseptiques et antimycosiques*

Non irritant, non caustique
De conservation indéfinie

Echantillons et Littérature :

Ets **KUHLMANN**, Service R. A. L., **145, Brd Haussmann, PARIS (8e)**
Société Anonyme au Capital de 316.500.000 francs

Agent dépositaire : M. HENRY BONAN, 34, Rue de Marseille - TUNIS

La Tunisie Médicale

MAI 1938

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Service de Chirurgie et d'Accouchements du Dr Brun

Note préliminaire concernant une nouvelle technique de césarienne basse par incision isthmique transversale (1)

par les Docteurs R.-G. BRUN et J. SCEMLA

La technique que nous avons l'honneur de présenter à la « Société des Sciences Médicales » et dont nous avons tenu à lui réserver la primeur, a été mise au point à l'Hôpital Sadiki.

Elle a été créée le 11 février 1937, alors que nous commencions à pratiquer une césarienne classique corporéale, dans les circonstances cliniques que nous vous relaterons par ailleurs.

Jusqu'alors, nous n'avions pratiqué à l'Hôpital Sadiki, que des césariennes corporéales dans les « cas purs »; toutefois, la vogue prise ses dernières années par la césarienne basse, tant décriée à son origine pour être ensuite prônée avec enthousiasme, nous avait incités, de temps à autre, à la tenter selon le processus ordinaire, par incision verticale du segment inférieur.

Or, ce jour-là, comme nous avions déjà extériorisé l'utérus et que nous nous préparions à faire l'incision classique verticale, l'idée nous est venue de la faire transversalement sur le segment inférieur.

Le fœtus fut extrait avec une facilité remarquable, sans aucune

(1) Communication faite à la Société des Sciences Médicales du 18 Février 1938.

lésion des vaisseaux, et après une suture très aisée et solide, suivie de péritonisation, l'opération prit fin avec la réintégration de l'utérus et la fermeture de la paroi.

Depuis, au cours de neuf autres interventions, nous avons réglé les temps de cette nouvelle technique, pour la rendre rapide.

Elle nous paraît aujourd'hui suffisamment au point pour vous la présenter.

∴

Le début de l'opération est exactement superposable à celui de la Césarienne haute :

Anesthésie générale ou rachidienne.

Trandelenbourg.

Incision de laparatomie médiane, sous et sus ombilicale.

Extériorisation de l'utérus.

A partir de ce moment, nous procédons de la manière suivante:

1°. — Trois grandes compresses sont placées dans l'abdomen derrière l'utérus et refoulant les anses intestinales.

Deux champs latéraux sont insinués entre la paroi abdominale et l'utérus au niveau du segment inférieur.

Une large nappe est placée en travers et reçoit la face postérieure de l'utérus.

Celui-ci est lui-même entouré par une autre nappe épaisse, à la manière d'un turban qui recouvrirait ses deux faces, ses bords et son fond. Le bord inférieur de cette nappe affleure la région du segment inférieur qui reste découverte.

2°. — Incision transversale du péritoine pré-utérin, d'un ligament du bord droit de l'utérus, jusqu'à un travers de doigt du bord gauche, et située à 3 cm. au dessus du fond du cul de sac vésico-utérin.

Décollement léger du péritoine vers le haut et vers le bas : et, latéralement, jusqu'à un travers de doigt en dedans des vaisseaux utérins.

Deux petits champs tétra sont placés parallèlement à l'incision séreuse et sont solidarisés avec elle à l'aide de quelques pinces.

3°. — Incision transversale à mi-hauteur du segment inférieur, selon une ligne commençant à un travers de doigt des vaisseaux utérins droits et arrivant à un travers de doigt des vaisseaux utérins gauches.

4°. — Extraction du fœtus. La tête fœtale apparaît dans l'incision, et, tandis qu'un aide tient le fond de l'utérus, l'opérateur extrait très facilement la tête en pressant sur les bords du segment inférieur. Celle-ci est, pour ainsi dire, énucléée de l'utérus.

L'extraction du reste du fœtus se fait aussi très aisément.

Un aspirateur puissant assèche immédiatement le champ opératoire, pendant que l'on sectionne le cordon entre deux pinces.

5° — Délivrance artificielle ou par expression.

Assèchement de la cavité par l'aspirateur et iodage de celle-ci.

Injection de post-hypophyse dans l'épaisseur du muscle utérin

6°. — Suture de l'utérus par une double ligne de points séparés totaux au catgut n° 4, l'une enfouissant l'autre.

7°. — Suture de la séreuse bord à bord par un surjet à la Lambert, au catgut n° 1 et iodage.

8°. — On débarrasse ensuite l'utérus de ses champs protecteurs, et, après avoir changé de gants, on réintègre l'utérus dans la cavité abdominale que l'on referme ad libitum en trois plans ou par fils de bronze.

Dans les cas très infectés, avec fièvre et liquide amniotique putride, la technique opératoire est modifiée ainsi qu'il suit :

On place sur la suture du muscle utérin un faisceau de 3 ou 4 mèches qu'on insinue sous le péritoine pré-utérin, et on procède à la réintégration de l'utérus, les deux lèvres du péritoine étant soutenues par deux pinces en cœur.

En refermant le péritoine abdominal, on solidarise celui-ci avec le péritoine pré-utérin, à l'aide de quelques points séparés au catgut, puis on achève de refermer la paroi, en laissant sortir à l'angle inférieur de l'incision, l'extrémité du faisceau de mèches.

Ainsi est réalisée une véritable exclusion de la suture du segment inférieur, avec drainage.

∴

A notre connaissance, cette technique opératoire n'a jamais été réalisée en France. Du moins, nos investigations bibliographiques ne nous ont pas permis de trouver un publication la relatant.

Nous pensions donc avoir été les premiers à la pratiquer et avoir ainsi créé un nouveau procédé de Césarienne basse. Mais, poussant plus avant nos recherches, nous avons constaté qu'à l'é-

tranger l'incision transversale du segment inférieur était connue et employée couramment. De Lee aux Etats-Unis, et Doerfler en Allemagne, ont, en effet publié des statistiques fort importantes et encourageantes. Et, chose curieuse, leur technique est, a peu dè choses près, superposable à la nôtre.

∴

Somme toute, qu'apporte de nouveau notre technique ?

Quels sont ses avantages et ses inconvénients ?

Tout d'abord, avant d'envisager ses avantages, levons l'hypothèque qui pourrait peser sur l'incision transversale et qui est, sans conteste, la blessure possible des vaisseaux utérins : objection essentielle et logique.

Nos constatations opératoires nous permettent d'affirmer que la lésion des vaisseaux utérins n'est pas à redouter.

En effet, lorsque le segment inférieur est extériorisé et refoulé par les champs opératoires, il est difficile de se rendre compte que la présentation rend plus convexe la face antérieure de l'utérus. Les vaisseaux qui cheminent sur le bord de cet organe sont, de ce fait, déjetés en arrière et tendent à se rapprocher l'un de l'autre sur la face postérieure. Ils laissent le champ libre en avant.

Après l'incision transversale, au moment de l'extraction de la tête, ils glissent davantage encore en arrière. Lorsqu'il s'agit d'une présentation transversale, le même phénomène se produit au moment de l'extraction du siège, après avoir abaissé le pied.

D'ailleurs, si, par impossible, les vaisseaux utérins étaient atteints, leur ligature n'offrirait aucun inconvénient. Bien mieux, il nous est arrivé, au cours d'une de nos interventions, de les lier délibérément des deux côtés sans que pour cela nous ayons eu le moindre accident post-opératoire, tant il est vrai que les anastomoses entre les utérines et les utéro-ovariennes sont développés et importantes à ce stade de la grossesse.

Nous pensons même que cette double ligature pourrait en quelque sorte constituer au cours de l'opération, un mode de traitement de l'hémorragie en cas d'inertie utérine brutale et irréductible.

Ainsi donc, non seulement la blessure des vaisseaux est rare au cours de l'incision transversale, mais encore leur ligature ne peut pas constituer une objection valable.

Voyons maintenant quels sont les avantages de notre technique.

Personne ne fera de difficultés pour admettre qu'au point de vue de la sécurité l'extériorisation de l'utérus permet dans tous les cas d'isoler beaucoup mieux la cavité abdominale.

Lorsque le cas est « pur », ou lorsque l'infection n'est pas évidente, notre technique assure un protection de la suture utérine par une péritonisation effective, dont les effets se sont avérés excellents.

Lorsqu'au contraire, il s'agit d'une infection ovulaire certaine, pouvant faire redouter la péritonite post-opératoire, nous pouvons faire un drainage qui nous a donné jusqu'à présent, d'excellents résultats.

A ces deux avantages, qu'il serait difficile de contester mais que la Césarienne basse in situ avec incision verticale revendique également, il faut ajouter les avantages propres à l'incision transversale :

Tout d'abord, point n'est besoin, comme pour la verticale, de faire un décollement considérable du péritoine : il peut même être minime, car, après l'évacuation de l'utérus, on trouve toujours assez d'étoffe pour réaliser une péritonisation, même à la Lambert.

Il n'est pas sans intérêt d'éviter ainsi d'ouvrir l'espace décollable où l'on trouve, au terme de la grossesse, des plexus veineux dont la blessure peut être une source de complications ultérieures.

Au cours des itératives, la friabilité bien connue du péritoine et les difficultés de décollement ne peuvent pas, dans notre technique, constituer un obstacle à l'intervention, comme cela se produit souvent au cours des Césariennes basses verticales, puisque l'incision transversale du segment inférieur extériorisé n'exige qu'un décollement beaucoup moins important du péritoine.

Par ailleurs, l'incision transversale donne beaucoup plus d'aisance pour le dégagement de la tête : cette extraction rapide et facile du foetus n'est pas sans intérêt.

Alors que la Césarienne haute donne une mortalité fœtale pratiquement égale à 0, il n'en est pas de même de la Césarienne basse in situ avec incision verticale du segment inférieur. Cette opération, d'après les statistiques, donne une mortalité de 8,6%; et tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que les lenteurs,

les difficultés d'extraction de l'enfant et la crainte de blesser la vessie, y sont pour une grande part.

L'incision transversale combinée avec l'extériorisation de l'utérus, donne un jour tellement plus grand que l'extraction du fœtus se fait avec une facilité remarquable. Nous n'avons eu, jusqu'à présent, aucune mort fœtale à déplorer et nous ne pensons pas que cet accident puisse se produire.

Dautre part, il est évident que la vessie ne risque jamais d'être atteinte.

Enfin, la suture musculaire transversale de l'utérus extériorisé paraît un jeu d'enfant à côté de la suture de l'utérus intra-abdominal. Elle peut donc être réalisée beaucoup plus rapidement.

En définitive, l'extériorisation de l'utérus, associée à l'incision transversale du segment inférieur, constitue une variante de Césarienne basse qui offre le double avantage d'être d'exécution rapide et facile, tout en donnant une marge de sécurité beaucoup plus grande que la Césarienne basse in situ.

Discussion :

Docteur **LEHUCHER** : Il a fait depuis 1931, 53 césariennes supra symphysaires classiques et ne voit pas à priori les avantages de la section transversale du S.I.; il en voit par ailleurs les inconvénients : diminution de la vascularisation, diminution de la résistance du S.I., voir la physio-pathogénie de la formation de l'anneau de Bandl. Enfin de plus l'extériorisation de l'uterus fait perdre le bénéfice de l'opération purement pelvienne. Pour sa part, bruits du coeur positifs avant l'intervention, il a toujours extrait des enfants vivants.

Il demande à ses excellents confrères de l'Hôpital Sadiki d'attendre les constatations des mêmes opérations itératives pour que soit jugée comparativement la valeur de cette technique, quant à la solidité de la réparation du S. I. sectionné transversalement.

Entre les mains expertes du Dr. Brun, les résultats peuvent rester bons, mais les plus jeunes opérateurs feront peut être bien de se fier prudemment à l'incision sagittale.

Un cas d'Ostéomalacie-Post-Puerpérale

par Messieurs SCEMLA et BEJE

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter est une multipare, qui est rentrée à l'hôpital Sadiki en travail d'accouchement.

Au cours de l'examen d'entrée, nous avons constaté une telle déformation de son bassin, que nous avons immédiatement pensé à l'ostéomalacie.

Pour bien mettre en évidence ces déformations, nous vous présentons une radiographie du bassin de la malade, radiographie que nous devons à l'obligeance du Docteur Jaubert De Beaujeu.

Sous l'effet du processus de ramollissement osseux créé par l'ostéomalacie, les premiers os touchés sont ceux qui subissent des pressions et des contre-pressions importantes dues à la station debout ou assise, ou à la marche. Ces os sont avant tout, ceux du bassin, et les déformations portent naturellement aux points d'application des forces, c'est-à-dire : le promontoire et les deux surfaces quadrilatères correspondant aux cavités cotyloïdes.

Le détroit supérieur a pris une forme triangulaire, dite en « tricorne », constituée par les sinus sacro-iliaques rendus très profonds, et le pubis qui fait une saillie dite en « bec de canard » absolument caractéristique.

Le promontoire avance dans l'aire du détroit supérieur et les lignes innominées participent aussi au processus d'effondrement des cavités cotyloïdes.

Le détroit moyen se trouve justement déformé par les cavités cotyloïdes; elles-mêmes enfoncées par les têtes fémorales qu'elles contiennent.

Enfin, le détroit inférieur est nettement rétréci, par suite de la déformation du pubis. Les deux branches ischiopubiennes sont verticales, très rapprochées, au point d'admettre à peine le doigt et d'obliger de déprimer fortement le périnée pour pratiquer le toucher.

A remarquer, sur cette radiographie, un diastasis très marqué

(1) Communication faite à la Société des Sciences Médicales du 21 Mai 1937.

de la symphyse pubienne. Et vous savez que ce diastasis, même isolé, serait déjà pour Paul Bar, le signe d'ostéomalacie fruste.

A noter, encore, le processus net de raréfaction osseuse caractéristique de l'ostéomalacie. Cette raréfaction, d'ailleurs porte aussi sur les os longs, comme en témoigne une deuxième radiographie que nous vous présentons.

∴

Si la simple exploration du bassin de cette malade nous a permis de penser à l'ostéomalacie, l'histoire clinique est venue confirmer pleinement ce diagnostic.

Deux grossesses antérieures, précédées d'une fausse-couche.

Après chaque grossesse, des douleurs extrêmement vives de la ceinture pelvienne, irradiées au niveau des deux membres, se sont manifestées; plus particulièrement après les deux accouchements. Douleurs qui ont été tellement vives, que la malade a décidé de venir consulter à l'hôpital Sadiki.

Nous n'avons pas trace de son passage, car elle n'a pas été hospitalisée; mais on lui a fait, dit-elle, plusieurs séries de piqûres à la consultation de médecine qui n'ont guère amélioré ses douleurs.

Au cours de cette dernière grossesse, et dès le début, les mêmes douleurs de la ceinture pelvienne se sont manifestées. Elles ont siégé non seulement au niveau du bassin, mais aussi au niveau des articulations du genou et tibio-tarsiennes, rendant la marche pénible. D'ailleurs, les derniers mois de sa grossesse, la malade est restée couchée, et elle est rentrée à l'hôpital sur un brancard.

Nous avons procédé à différents examens de laboratoire :

Le Wasserman a été négatif.

L'examen du sang nous a donné un léger degré d'anémie :

Hémoglobine	65 %
Val. Globulaire	0,87
Globules rouges	3.782.000
Globules blancs	3.100

Formule leucocytaire :

60	poly neutro
1	poly éosino
34	mono grands et moyens
5	lymphocytes
2	myélocytes

L'examen des urines donne :

Chlorures de Nacl : 11 gr.349 par litre

Phosphates en P^2O^1 1 gr. 142 par litre

Enfin, une épreuve de la réserve alcaline et de la calcémie est en cours. Nous ne pouvons vous en donner encore les résultats.

∴

La déformation du bassin, telle que nous l'avons décrite rendait le pronostic de l'accouchement assez sombre, et l'on pouvait se demander s'il n'était pas préférable — chez cette femme au début du travail — de pratiquer purement et simplement une césarienne, suivie d'une ovarioctomie, qui aurait eu le double avantage, non seulement de terminer rapidement l'accouchement, mais aussi de traiter l'infection dont paraissait être atteinte la malade.

Nous avons renoncé à cette indication:

1°. — Parce que l'expérience de cas similaires nous a permis de consater qu'en raison du ramollissement des os et de l'énorme relâchemnt des ligaments des articulations pelviennes, cette déformation était, en effet, susceptible de se modifier sous l'influence du passage de la tête et des contractions utérines;

2°. — Parce que nous trouvions la malade dans un état de misère physiologique très marquée, et que nous estimions qu'une intervention aussi importante qu'une césarienne, pouvait lui être préjudiciable.

Nous avons, en effet, à l'esprit, une césarienne pratiquée sur une malade du même genre, en 1928, et qui, un mois plus tard a été suivie de mort, après un processus d'amaigrissement et d'asthénie très prononcé, malgré la suppression des ovaires.

Nos prévisions, d'alleurs, se sont réalisées, car la malade a accouché spontanément, après un travail lent d'un fœtus vivant, parfaitement bien constitué, pesant 3 kg. 800 grammes.

∴

Les suites obstétricales ont été absolument apyrétiques et normales; mais aussitôt après l'accouchement, des douleurs extrêmement vives de la ceinture pelvienne, du même type que celles déjà signalées, se sont manifestées et ont duré de trois semaines à un mois.

Ces douleurs sont classiques dans l'ostéomalacie puerpérale et ont contribué à confirmer notre diagnostic.

En définitive, il s'agit d'un cas d'ostéomalacie post-puerpérale qui semble s'aggraver à chaque grossesse et qui nous a paru assez intéressant pour vous le présenter.

∴

L'ostéomalacie, en effet, est une infection peu fréquente du moins en France.

A l'hôpital Sadiki, nos observations portent sur une dizaine de cas. Ce sont pour la plupart, des malades venues de la région du Cap Bon.

En Algérie, l'ostéomalacie est aussi assez fréquente, puisque Lafont et Fulconis en ont observé 22 cas.

L'index géographique, en Algérie, est très particulier, puisque ces auteurs en ont constaté surtout dans le département de Constantine, et considèrent que l'origine Kabyle est manifeste. Il semble que les foyers ostéomalaciques se rencontrent surtout dans les zones d'écoulement des eaux, et, en Kabylie, dans le voisinage des régions strumigènes.

En France, des observations d'ostéomalaciques sont signalées de temps à autre, et plus particulièrement dans la région lyonnaise et en Normandie.

Mais c'est surtout pendant la guerre que cette maladie s'est manifestée chez les sujets sous-alimentés. A tel point qu'à Vienne, à la fin de 1918, en l'espace d'un mois, plus de 140 cas ont pu en être observés. De même à Leipzig en 1919.

Ostéomalacie dite de famine : il nous est permis de penser que les cas que nous en constatons à l'hôpital Sadiki relèvent de la même étiologie.

∴

Nous avons traité notre malade avec des injections de calcium intra-veineux associées à des injections de paratyrone.

Son état a semblé amélioré, mais les douleurs persistent encore et nous comptons continuer à la traiter en lui administrant de l'ergostérol irradié, qui a réussi à de nombreux auteurs.

Séance du 21 Janvier 1938

—«0»—

La séance est ouverte à 18 heures sous la présence du Dr. Ruggiero.

Sont présents : Messieurs Ruggero, Lamarche, Disegni, Perez, Reynal, Domela, Hayat, Barouch, Duverger, Caruana, Lalloum, Soria, Fleury, Ghouila-Houri, Demirleau, Broc, Mme Duplenne, Santillana, Dana, E Levy, Dirats, Cohen Boulakia, Médecin Commandant Coulon, Salvo, E. Lumbroso, Hababou Sala, Hayat, Médecin Colonel Lemoine, Henri, Bouquet, Guttieres, Tremsal, J. Chemla, A. Di Vittorio, J. Bouqeut, Masselot, Brun, N. Triolo, Delastre, Balozet, Biecheler, Ganem, Selim, Benmussa, J. Scemla, Cali Garsia, Laclaveline, Büchler, Sebastiani, Duplenne, Minguet.

ORDRE DU JOUR

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

A propos du travail des Drs Dana et Ghouila Houri, le Dr **Broc** prend la parole :

Le Docteur Brun s'étonne de voir présenter un cas de hernie inguinale étranglée chez le nourrisson de trois à 4 mois, car il en voit plusieurs cas tous les mois à l'Hôpital Sadiki. Il se trouve en contradiction avec la statistique d'un hôpital tunisien. Cette contradiction s'explique, à mon avis, parcequ'il s'agit d'observations faites dans deux milieux différents, l'un européen, l'autre musulman. Leur pathologie est différente dans bien des cas, ainsi que l'ont montré les travaux d'un de nos confrères militaires pour la diphtérie.

En ce qui concerne la hernie, j'ai été depuis longtemps frappé par la grande fréquence chez le musulman, de la hernie de la ligne blanche sus-ombilicale. On en trouve parfois une à deux, l'une au dessus de l'autre, elles donnent bien souvent probablement par pincement épiploique, à des douleurs vives épigastriques, qui simulent des troubles dyspeptiques sérieux, allant même jusqu'à faire penser à l'ulcère d'estomac.

Pourquoi cette fréquence ? Pourquoi l'étranglement plus fréquent chez le nourrisson musulman ? Il y a là un petit point de pathologie nord-africaine, suivant l'expression en vogue, qui mériterait une étude plus approfondie. Je souhaite que ce sujet puisse tenter un de ces jeu-

nes et brillants confrères, qui entourent le Dr. Broc, et qui se lancent dans la mêlée avec une impétuosité et une ardeur qui font plaisir à voir. En dépouillant les archives de garde de l'Hôpital Sadiki, il pourrait nous donner une statistique importante, et des indications précises, ne fût ce que sur le mode d'anesthésie à employer, question qui a donné bien à un échange de vues si intéressante à la dernière séance.

Rapport financier du Dr Pérez

Le Docteur Albert Perez donne lecture des rapports financiers de la « Société et de la Tunisie Médicale » qui montrent un progrès croissant des ressources financières.

Le Président félicite vivement le Trésorier et demande à l'assemblée l'approbation de ces rapports par acclamation, approbation qui s'est faite à l'unanimité.

∴

La canditature du Dr Jean Coupin est admise à l'unanimité.

Sommaire des Communications

Pages

M. Levy et Dr Moatti : Fractures du maxillaire inférieur associées à une luxation temporo-maxillaire gauche. Traitement prothétique et chirurgical 175

Drs Broc, Demirleau, A. Calo et Caruana : Symphyse du Péricarde ; sérite pleuro-pulmonaire. Opération. Méningite terminale 179

Dr Demirleau : Réfection d'une narine par le procédé d'Ombrédanne 186

Pages

Drs Bouquet et Ghouila Houri : Tumeur maligne du colon pelvien.
(Paraîtra dans un prochain numéro)

Dr M. Slim : Endocardite végétante 187

Dr I. E. Hayat : Considérations sur la période dite de Convalescence de la Mélitococcie 188

Dr Brun : L'appendicite aigüe est une maladie chirurgicale 197

Fractures multiples du maxillaire inférieur associées à une luxation temporo-maxillaire gauche Traitement prothétique et chirurgical

par M. LEVY et Dr MOATTI

Le 5 août 1936, Muscat voulant éviter un monte-charge qui tombait sur lui, porte la tête brusquement en arrière, et la pointe du menton reçoit le choc extrêmement violent. Résultat :

Quelques plaies superficielles, fractures multiples du Maxillaire Inférieur. Dirigé sur l'hôpital il y reçoit les premiers soins.

Le 23 Novembre je suis chargé par la Compagnie d'Assurance de corriger ou de réduire cette infirmité qui mettait ses jours en danger puiqu'il lui était presque impossble de parler, de fermer la bouche, de s'alimenter. (I)

Les lésions constatées, contrôlées par la Radio étaient les suivantes :

Côté gauche : 1° Fracture totale oblique rétromylienne au niveau de la face postérieure de la 3me molaire inférieure encore éxistante.

2° Fracture de la branche montante en arrière de la Coronoïde.

Côté droit : 1° Fracture de la coronoïde.

2° Fracture de la branche horizontale, linéaire verticale, siège retro-génien au niveau de la canine droite.

3° Luxation importante de l'articulation temporo- maxillaire.

L'accidenté portait une attelle en argent posée le 5 Octobre 1936, recouvrant le groupe des dents antérieures et destinée selon le patricien, qui l'avait éxécutée à fixer les fragments antérieurs et à les consolider. *Or la fracture n'avait pas été réduite* auparavant et l'attelle avait conservé les deux extrémités de rupture en superposition éxagérée exerçant une traction telle sur le côté droit qu'elle rendait impossible la réduction par traction de la luxation temporo-maxillaire même sous anésthésie générale.

L'attelle enlevée je me trouve en présence de quatre blocs.

Le bloc gauche de la branche était en trusion interne. Les deux blocs antérieurs étaient affaissés, la bouche grande ouverte,

et le côté droit luxé avait le condyle enfoncé et coincé sous l'arcade zygomatique. Les déplacements des fragments sont très importants, l'incapacité fonctionnelle est très grande. Il est impossible au blessé de mastiquer, aucun rapport entre les arcades n'existe (Voir Moulages).

Quel va être le principe du traitement de ces fractures ?

Il est le même pour tous les traitements des fractures du Maxillaire inférieur. Le problème va d'abord consister à replacer les fragments dans leurs positions normales de sorte que l'engrènement des dents soit reconstitué d'une façon parfaite.

Ceci se fait par ficelage bouche fermée. Les déviations sont réduites par des appareils de redressement des blocs imaginés par divers auteurs et qui permettent de ramener presque tout les cas de fractures courantes à des traitements-type.

A l'aide d'écrous à vis judicieusement placés, ou bien encore à l'aide de ligatures en fils métalliques des élastiques ou simplement des fils de soie on arrive assez facilement à remettre en place les fragments.

On fixe alors bouche fermée les fragments réduits et on laisse au temps faire son œuvre de consolidation.

J'ai donc avec le concours très précieux de mon dévoué collaborateur, Monsieur Spina, placé une gouttière en argent coulé scellée et enfermant toutes les dents supérieures. Cette attelle supérieure va servir de point d'appui pour exercer les tractions et déplacements des fragments inférieurs.

Trois gouttières inférieures recouvrant les dents inférieures sont ensuite cimentées.

Par des tractions et des ligatures bouche fermée, le côté gauche approche très rapidement de sa position naturelle.

Le côté droit par contre, que rien ne peut décoincer, nous fait penser qu'il existe en plus du coincement du condyle une adhérence osseuse et je décide l'intervention chirurgicale, qui fut effectuée nettement et avec un résultat aussi parfait que possible par le Docteur Moatti. Il ne reste pas de traces, de l'intervention.

Le condyle fut remis en place, les fragments bien replacés dans leurs positions naturelles, j'ai bien ligaturé tous les fragments bouche fermée et j'ai laissé le temps consolider les fragments.

Vous pouvez constater les résultats obtenus sur le malade et sur les moulages. Ils sont entièrement satisfaisants. Et ces résultats m'encouragent à vous imposer quelques minutes encore d'attention m'excusant du temps que je vous prends.

Mais il faut que vous autres Docteurs vous soyez moins *ignorants* de ce qui regarde la stomatologie et des résultats inespérés obtenus par le Dentiste dans les traitements des fractures maxillaires.

Dernièrement encore un fracturé par accident d'auto auquel *des Médecins de la ville avaient fait perdre tout espoir de guérison;* a retrouvé en peu de semaines la fonction de mastication, la consolidation, la position normale de ses fragments mandibulaires, l'esthétique de son visage. Et le cas était si simple.

En Médecine il ne doit pas y avoir de cloisons étanches entre les différentes branches.

Nul n'est Universel. Chacun de nous a sa spécialité et dans sa spécialité il y a encore de la place pour d'autres spécialistes.

Quand nous nous trouvons devant un cas qui dépasse notre connaissance, il n'y a pas de fausse honte, ni de faux amour-propre qui doit nous pousser à faire subir notre ignorance à un malade. Notre Devoir consiste à le diriger vers qui pourra le guérir.

Lorsqu'un fracturé des maxillaires se présente à votre consultation, vous devez lui soigner ses plaies externes et le diriger aussitôt vers le dentiste ou le stomatologiste qui aura besoin lui-même du concours du Radiologue et du prothésiste et souvent aussi du Chirurgien, car en dehors des cas comme celui de Muscat, il y a des fractures avec perte de substances qu'il est possible de réparer par des greffes osseuses que le chirurgien réussit très facilement.

Je m'excuse d'être un peu sorti du sujet, mais depuis longtemps déjà j'aurais voulu ouvrir les yeux des médecins sur la question qui leur est presque inconnue.

L'occasion s'est présentée, j'en ai profité.

Les accidentés en profiteront, c'est ce que je leur souhaite.

Docteur MOATTI :

Après le remarquable exposé que vous venez d'entendre sur le traitement prothétique, je voudrais ajouter quelques mots sur l'intervention chirurgical que m'a demandée de pratiquer notre confrère Lévy. Le

but de cette intervention était de réduire par la méhode sanglante la luxation temporo-maxillaire droite associée à la fracture. En effet cette luxation ayant entrainé en haut et en avant le fragment supérieur de la fracture rendait celle ci irréductible par la simple prothèse.

Nous avons pratiqué cette intervention sous anésthésie générale suivant la technique utilisée pour le malade que nous vous avions présenté l'an dernier avec le Dr Brun (Tunisie Médicale 1937).

Voici en résumé le protocole opératoire :

— Incision de Dufourmentel c'est-à-dire lambeau triangulaire à base supérieure et dont le sommet inférieur ne dépasse pas l'horizontale passant par le milieu du conduit auditif externe.

— Après rugination, on récline le lambeau vers le haut, la glande parotide vers le bas, mettant ainsi à l'abri le nerf facial et le paquet vasculaire.

— Toute la région articulaire est ainsi mise à nu. On aperçoit la cavité glénoide déshabitée. Mais le condyle n'est ni visible ni accessible au doigt. Il semble très loin et très haut, au dessus du zygoma en dedans duquel il a glissé. Nons n'hésitons pas à réséquer l'extrémité postérieure du zygoma. Cette manœuvre nous permet d'apercevoir parfaitement bien le ménisque articulaire masquant le condyle situé en avant de lui.

Nous réséquons ce ménisque et quelques fibres appartenant au ligament latéral externe. Le condyle est alors nettement visible. Il est néanmoins difficile de le remettre à sa place. La pince de Kocher ne permet pas une bonne prise. Le davier de Farabeuf est trop gros pour pénétrer dans la plaie opératoire. Nous utilisons alors un écarteur de Farabeuf qui nous permet de cravater et d'accrocher le col du condyle. Cette fois la prise est bonne, et aidé par un assistant qui par une manœuvre intrabucale abaisse fortement le maxillaire, on arrive peu à peu a remettre le condyle en place.

— Suture aux crins.

— Suites opératoires normales.

Ce protocole opératoire nous permet de conclure :

1° que l'incision de Dufourmentel est parfaite; elle donne un jour très suffisant et met à l'abri la parotide et le facial.

2° que le ménisque est la cause principale de l'irréductibilité et que son ablation est nécessaire.

3° que la résection de l'extrémité postérieure de l'arcade zygomatique facilite la préhension du condyle et sa remise en place.

Permettez-moi avant de terminer de féliciter M. Lévy pour la réussite parfaite de son traitement et permettez-moi aussi d'insister après lui sur l'utilité, dans l'intérêt de nos malades, de la collaboration entre les différentes spécialités de notre profession.

Symphyse du Péricarde; sérite pleuro-pulmonaire Opération. - Méningite terminale

par les Docteurs R. BROC, J. DEMIRLEAU, A. CALO et M. CARUANA

Nous vous présentons les pièces et l'observation d'un cas de symphyse du péricarde qui nous paraît intéressante par sa symptomatologie clinique, ses signes électro et phonocardiographiques et surtout par son évolution. Très favorablement influencée par une thoracectomie précordiale, une complication extra-cardiaque est survenue, entraînant rapidement la mort.

Le malade Tahar ben H., âgé de 18 ans, s'était présenté à notre consultation de l'Hôpital Sadiki, en pleine asystolie, (dyspnée, œdème des membres inférieurs, ascite), le 5 Août 1937. Le lendemain matin, vu l'urgence, on pratique une paracentèse qui débarrasse le malade de sept litres environ d'un liquide d'aspect banal, ascite libre;

Quelle était l'origine de cette ascite ? Paludéenne ? Tuberculeuse ? Ce sont celles que nous rencontrons le plus fréquemment dans notre clientèle hospitalière. Elle ne paraîssait pas paludéenne, le malade déclarant n'avoir jamais eu de paludisme, et d'ailleurs l'ascite paludéenne s'accompagne rarement d'œdème des membres inférieurs et de dyspnée marquée; la rate après ponction se révélait de volume normal, ce qui n'est pas non plus en faveur du paludisme. Il ne s'agit pas non plus d'une péritonite tuberculeuse de l'enfance, dont l'ascite évolue lentement, sans troubles cardiaques, reste d'intensité moyenne, ou se montre cloisonnée dans les formes adhésives.

L'interrogatoire du malade nous apprend que le début de la maladie remontait à plus de trois ans, marquée au début par de la dyspnée d'effort et depuis le mois de janvier dernier par des

accès de toux avec expectoration muqueuse, enfin deux mois avant l'hospitalisation, par une augmentation progressive du volume de l'abdomen, de la fièvre et des troubles digestifs, (inappétence et légères coliques abdominales).

L'examen du thorax nous mettait sur la voie du diagnostic. Bien qu'il n'existe aucun signe physique pleuro pulmonaire anormal, nous constatons l'absence de l'expansion inspiratoire de la partie inférieure du thorax et, parallèlement aux révolutions cardiaques, une rétraction systolique punctiforme antérieure et surtout une dépression systolique latérale et postérieure. Ce signe de Broadbent nous oriente immédiatement vers le diagnostic de symphyse péricardique.

La palpation décèle la fixité de la pointe dans toutes les positions, répérage d'ailleurs difficile car le choc systolique est étalé et diffus et certains jours imperceptible.

La percussion met en évidence une énorme matité précordiale, matité symmétrique par rapport au bord gauche du sternum, ayant la forme d'un cœur de carte à jouer et dont la dimension transversale maxima est de 24 cm. et la plus grande hauteur de 16 cm. Les bruits du cœur sont normaux et nous n'avons pas décelé de bruits surajoutés. Le pouls, petit, bat à 90 et présente le phénomène paradoxal de Kussmaul (affaiblissement et ralentissement inspiratoire); la tension artérielle est à 10-7 au Vaquez-Laubry.

L'examen somatique ne fournit aucun autre renseignement.

Les *Recherches Complémentaires* pratiquées ultérieurement nous ont donné les résultats suivants :

Laboratoire: Urines rares ne contenant ni sucre ni albumine.

Sang : recherche des hématozoaires : négative.

réaction de Henry et de Villain : positives.

Wassermann, Hecht et Kahn : négatives.

Cutiréaction à la tuberculine : sub-positive.

Examen radiologique (v. fig. I.) *Cœur* Très importante dilatation totale; bords très flous, surtout à droite; pulsations presque imperceptibles; fixité de la pointe. *Aorte* dilatée, non visible dans sa portion descendante. *Hiles* chargés. *Poumons* : traînées opaques à la partie inférieure de l'hemithorax droit.

Electrocardiogramme (fig. 2.) Tachycardie sinusale à 100. A-

nomalies des complexes ventriculaires consistant en un aplatissement général des déflections dans les trois dérivations et en l'inversion de T. en D. et D. II.

Sphygmogramme : retard du début du remplissage artériel aux différents segments explorés.

Phonocardiogramme. Mitrale : bruits normaux; *pulmonaire* existence de deux bruits surajoutés pathologiques rapides, de périodicité élevée occupant l'un la moitié de la systole et l'autre la

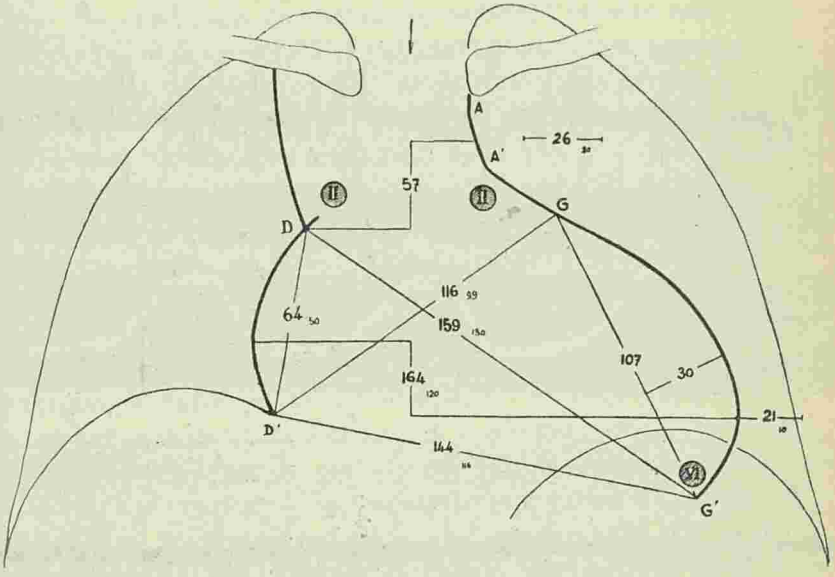


Fig. 1. — Orthodiagramme

moitié de la diastole bien qu'étant un peu plus rapproché du 2e bruit que du 1ier. *Aorte* : assourdissement du 1ier bruit.

Tous ces résultats ne faisaient que confirmer le diagnostic clinique. L'énorme augmentation de l'ombre cardiaque, sa fixité dans les changements de position et l'affaiblissement de ses pulsations sont bien les signes radiologiques de la symphyse du péricarde. Le bas voltage des complexes ventriculaires et l'inversion de T a souvent été signalée au cours des affections de la séreuse cardiaque. Le retard des pulsations artérielles par rapport au début des complexes ventriculaires est une manifestation de l'insuffisance cardiaque. Le double bruit enrégistré par le phonocar-

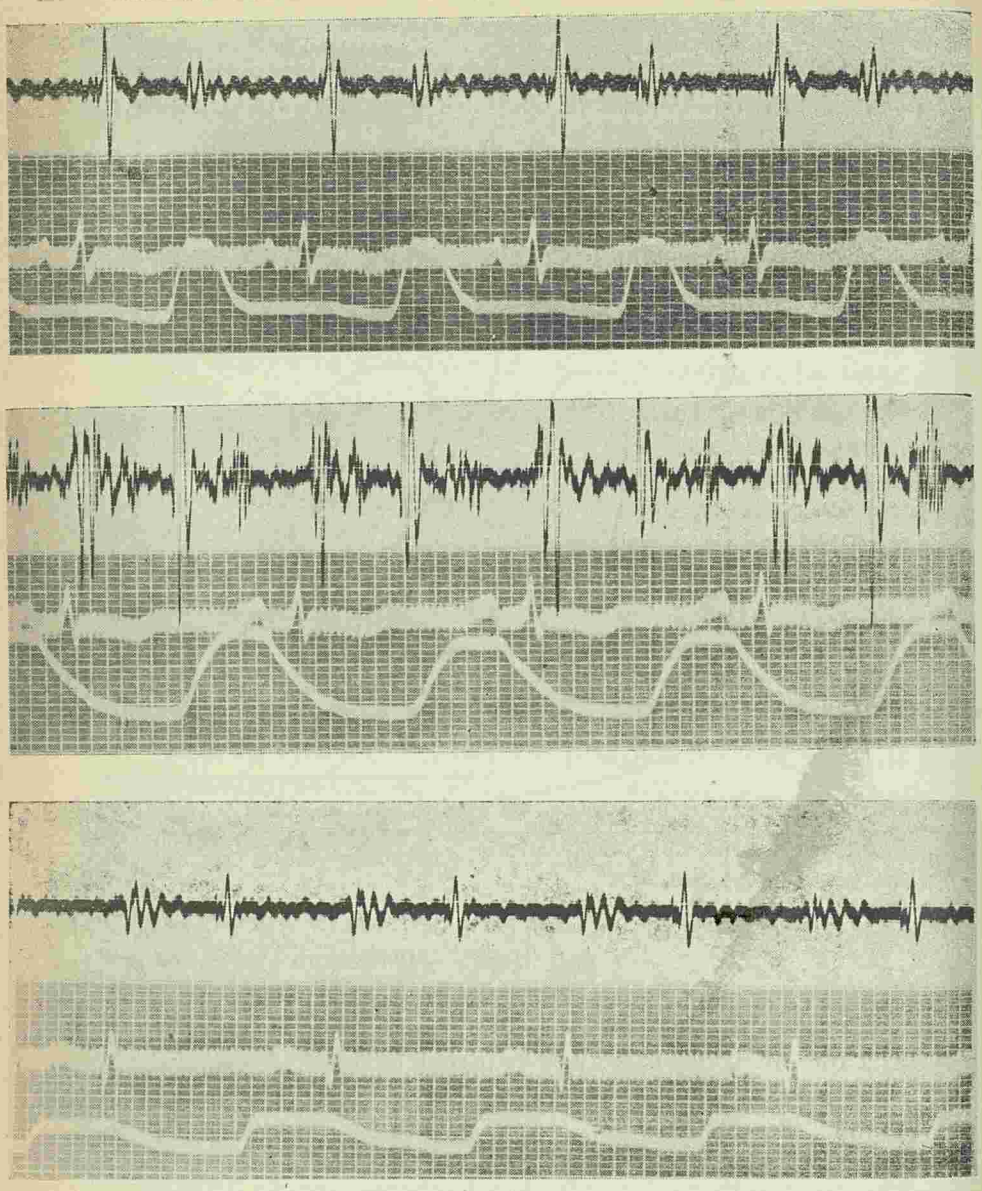


Fig. 2. — Tracés supérieurs : *électro-cardiogramme en* 1re *dérivation, Iphygmogramme de l'artère humérale droite et phonocardiogramme de la mitrale.* — Tracés du milieu : *D. II, a. fémorale droite et bruits du foyer pulmonaire.* — Tracés inférieurs : *D. III, artères tibiales droites et bruits aortiques.*

diogramme ne pouvait être interprété que comme la traduction graphique d'un frottement dû à des adhérences siégeant dans la partie la plus haute du sac péricardique; leur existence, en effet, n'avait été constatée que dans le tracé enregistré au niveau de l'extrémité sternale du 2e espace intercostal gauche.

Evolution. Malgré l'application d'un traitement tonicardiaque répété et l'évacuation de 7 litres d'un liquide ascitique ayant tous les caractères d'un exsudat, évacuation qui permit de palper un foie dur, irrégulier, indolore et débordant l'arcade costale de 7 cm., les conditions du malade ne subirent aucune amélioration. La dyspnée et les œdèmes persistèrent, l'abdomen reprit en deux semaines son volume primitif, l'atteinte de l'état général s'installa progressivement.

Devant cet échec du traitement médical, échec que le diagnostic par lui-même faisait prévoir et qui annonçait déjà une issue fatale plus ou moins proche, la nécessité d'une intervention s'imposait, car une large costectomie précordiale et la libération du cœur de la gangue fibreuse qui l'enserrait, pouvaient seules restituer à l'organe la liberté dont il avait besoin. Cette intervention devait, d'ailleurs, être faite d'urgence, avant que l'insuffisance cardiaque et l'atteinte de l'état général n'eussent augmenté ses risques immédiats et compromis les résultats qu'on pouvait en espérer. Acceptée par le malade elle fût pratiquée le 7 octobre, après voir été précédée d'une nouvelle évacuation du liquide ascitique et d'un traitement tonicardiaque préparatoire.

Intervention. Incision de la région parasternale gauche en volet à charnière externe; découverte des III, IV, V et VI cartilages costaux et des côtes correspondantes, et leur résection sous-périostée depuis le bord sternal jusqu'à la ligne axillaire antérieure. La plèvre n'est pas épaissie; après avoir ligaturé les vaisseaux mammaires on la recline en dehors, en la libérant de nombreuses adhérences qui l'unissent au péricarde et qui doivent être presque sculptées, on coupe le ligament triangulaire et on découvre la séreuse cardiaque. Une ponction de celle-ci décèle un léger épanchement; on y fait au bistouri une longue incision verticale qui montre un péricarde très épaissi, dur, criant sous la lame et dont les deux feuillets sont recouverts de granulations et présentent de nombreuses adhérences. Un fragment de la séreuse est enlevé pour l'examen histologique.

Fermeture du volet cutané sur drainage d'un faisceau de crins.

Examen histologique (Nous remercions très vivement le Dr Cain de l'Hôpital Saint Antoine de Paris, qui a bien voulu nous donner le compte rendu suivant). A la coupe on note au milieu d une nappe anhiste de collagène pauvre en cellules, un petit foyer d'infiltration cellulaire; réaction épithélioïde avec quelques amas plasmodiaux. Aspect probable de tuberculose.

Suites Opératoires normales, bonne cicatrisation. Le 16 octobre ablation du drainage filiforme et passage en médecine où malgré la formation d'un épanchement pleural droit de volume moyen, l'on assiste progressivement à une importante amélioration. En effet la dyspnée disparaît presque complètement, l'appétit revient, l'état général remonte, la faciés se recolore et l'ascite ne s'installe que lentement et en quantité modérée au bout d'un mois, sans nécessiter de ponctions.

Cette amélioration qui laissait espérer une évolution favorable de l'insuffisance cardiaque fut malheureusement arrêtée par l'éclosion de nouveaux symptômes qui ne tardèrent pas à donner le tableau classique de la méningite bacillaire aigüe; celle-ci fut d'ailleurs confirmée par le répérage des bacilles tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien et eut son issue fatale le 4 novembre.

Autopsie (résumée). Nombreuses granulations sur les méninges (base et convexité), les plèvres et la péritoïne. Epanchements pleuraux et péritonéal. Poumons sains. Foie muscade.

La libération du cœur et de son enveloppe des feuillets pleuraux est très difficile du fait d'adhérences étendues qui, dans certaines régions, laissent à peine deviner la limite des deux séreuses. Le feuillet péricardique externe a une surface très irrégulière et une épaisseur qui atteint 2 cm; son incision conduit sur une cavité péricardique libre en sa partie antérieure mais comblée latéralement et postérieurement par de nombreuses adhérences soudant les deux feuillets péricardiques. Le cœur est énormément dilaté, flasque, il n'existe pas trace de lésions valvulaires.

Les autres organes présentent des signes banaux de stase circulatoire.

Diagnostic anatomique : péricardite adhésive interne et externe, méningite, péritonite et pleurésie bilatérale bacillaires. Dilatation cardiaque. Stase viscérale.

En somme il s'agit d'un cas de polysérite bacillaire avec prédominance sur le péricarde, symphyse péricardique, et signes d'insuffisance cardiaque légers qui ont marqué le début clinique de la maladie. Le traitement médical, s'étant montré inopérant, nous avons eu recours au traitement chirurgical, qui s'est montré efficace, et a considérablement soulagé le malade.

Le traitement chirurgical de la symphyse du péricarde ne date pas d'hier puisqu'il fut préconisé par Delorme en 1898 et exécuté pour la première fois par Brauer en 1902. Trois types d'opérations ont été proposés.

1° La phrénicectomie; facile sans gravité elle a été faite par Sauerbruch, Brechit, Picot, Proust et Welti ; elle ne donne pas des résultats très constants.

2° La thoracectomie précordiale ou opération de Brauer; elle consiste à enlever au moins les 5 cartilages costaux et l'extrémité osseuse des côtes précordiales, de la 3me à la 6me. C'est une opération bénigne, puisque sur une statistique de 112 cas, Lenormant a trouvé seulement 5% de morts. Donc pronostic immédiat excellent. Malheureusement il n'en est pas de même du pronostic éloigné, sur 65 malades, 22 étaient morts de la première année.

Aussi malgré sa gravité beaucoup plus considérable de nombreux chirurgiens préfèrent :

3° La péricardectomie. Elle est en effet beaucoup plus logique puisqu'elle vise à décortiquer le cœur de l'enveloppe fibreuse qui l'enserre et qui empêche son libre mouvement. Mais elle est évidemment d'exécution très délicate, à cause des risques d'ouverture de la plèvre, d'hémorragie, d'ouverture des oreillettes ou d'un gros vaisseau. Elle a 25 % de mortalité, mais les résultats éloignés sont excellents.

Notre cas est très spécial puisqu'il s'agissait d'une péricardite tuberculeuse.

Peu d'interventions ont été pratiquées dans de cas semblables. Cependant si le drainage est illogique en cas d'épanchement non localisé, la péricardotomie avec résection péricardique surtout en cas de symphyse semble indiquée. Cutler a fait avec succès une péricardectomie pour tuberculose.

Les Américains Blalock et Lévy ont fait paraître récemment dans le Journal of Thoracic Surgery une excellente étude sur les

péricardites tuberculeuses où ils se montrent partisans dans certains cas bien définis d'intervention chirurgicale.

Malheureusement le diagnostic de cette affection n'est pas facile, et bien souvent on ne peut se contenter que d'une suspicion.

Dans notre cas le diagnostic fut fait; du point de vue chirurgical, nous ferons remarquer qu'il fut pratiqué d'abord une thoracectomie précordiale avec formolage du périoste pour éviter sa régénération. Puis, réclinant soigneusement la plèvre après section du triangulaire du sternum, le cœur fut découvert; le péricarde était adhérent précisément à la plèvre et au triangulaire.

Après dissection la plèvre se montra intacte; nous incisons prudemment le péricarde et trouvons une cavité péricardique cloisonnée en logettes et contenant un liquide citrin. L'épaisseur du péricarde pariétal était de 1 cm et on voyait des granulations disséminées sur sa surface ainsi que sur le feuillet séreux.

Dans ces conditions nous enlevames une partie de la face antérieure du péricarde, et l'incision thoracique fut refermée en laissant dans l'angle inférieur un petit faisceau de crins.

La méningite terminale étant survenue plus de vingt jours après l'opération, nous pouvons admettre que l'intervention pratiquée n'a eu aucune action sur l'apparition de cette complication. C'est d'ailleurs un risque commun à toute la chirurgie de la tuberculose, viscérale osseuse, articulaire. Dans un cas pareil, nous n'hésiterions pas à recourir à nouveau au traitement chirurgical, après échec du traitement médical.

Réfection d'une narine par le procédé d'Ombrédanne

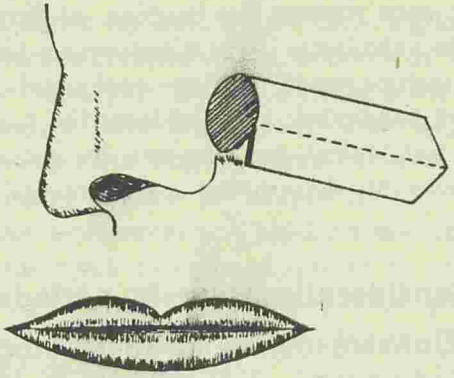
par le Docteur DEMIRLEAU

Chirurgien des Hôpitaux

Présentation d'une petite fille de 7 ans, à laquelle on a refait l'aile droite du nez détruite par l'ablation diathermique d'un nævi-carcinome.

Le procédé utilisé était celui d'Ombrédanne par lambeau pédiculé prélevé sur la joue du même côté. La difficulté est d'obtenir, 1° un lambeau épidermisé sur les deux faces, et, 2°, une aile du nez suffisamment rigide pour ne pas faire clapet à l'inspiration.

Ces deux conditions sont parfaitement réalisées chez ma malade, et le résultat esthétique est vraiment satisfaisant.



Réparation de l'aile du nez détruite par l'ablation d'un noeuvicarcinome — Procédé d'Ombrédanne

La seule question qu'on peut se poser est de savoir si la nouvelle narine subira la croissance normale ou si elle restera à la dimension qu'elle a actuellement, ce qui compromettrait evidemment plus tard le résultat esthétique.

Endocardite végétante

par le Docteur M. SLIM

Il y a un mois environ à la consultation du mercredi de l'Hôpital Sadiki, nous avons admis, un homme d'une quarantaïne d'années qui présentait pour tous signes de la dyspnée sans point de côté, de la pâleur, de l'asthénie.

Aucun souffle cardiaque, aucun signe pulmonaire, si ce n'est une submatité de la base droite, qui à la ponction révèle la présence d'une petite lame de liquide superficiel séro-fébrineux. Admis dans le service du Docteur Bonan cet homme devient moins dyspneique; il fait pourtant quelques oscillations fébriles entre 37°5 et 38°, et meurt subitement quelques jours après son admission; l'interrogatoire n'avait permis de rien découvrir dans son passé.

A l'autopsie, on trouve un gros cœur qui sectionné, montre

une belle endocardite végétante au niveau de l'orifice aortique. Les valvules presque inexistantes, sont necrosées et infiltrées de végétations calcifiées. C'est une endocardite purement végétante, sans ulcérations, sans rupture des tendons, ni perforations au niveau des attaches valvulaires ; pas d'anévrysme intracardiaque ni de suppuration comme on le constate quelquefois dans les endocardites malignes subaigües. Cette endocardite a occasionné plusieurs infarctus notamment au niveau des poumons et surtout au niveau des reins aux deux pôles et à la zone périphérique.

Considérations sur la période dite de Convalescence de la Mélitococcie (1)

par le Docteur I. E. HAYAT

Il est difficile de parler de convalescence quand il s'agit d'une maladie infectieuse aussi irrégulière et aussi interminable que la Mélitococcie.

Aucune délimitation, aucun fait ne marque la convalescence de cette maladie. Entre la période septicémique proprement dite et la guérison, il n'y a pas ce stade intercalaire aux limites et aux caractères bien définis, qui existe si nettement à la fin des autres maladies infectieuses aigües. il n'y a pas dans la Mélitococcie cette démarcation, cette coupure qui marque partout ailleurs, d'une part, la disparition du microbe infectant et d'autre part, la victoire qui se prépare de l'organisme triomphant. En d'autres termes, il n'existe pas dans la Mélitococcie cet état biologique intermédiaire entre l'état pathologique et le retour à l'équilibre humoral normal et à l'état physiologique antérieur.

Ainsi dans la Fièvre Typhoïde, la convalescence est marquée par la chute définitive de la température qui se maintient en hypothermie permanente, si le malade doit guérir. Et il est prouvé que l'état d'immunité ne survient qu'après le délai classiquement établi de onze jours d'hypothermie, correspondant en somme, à la durée réelle de la convalescence de cette maladie.

---

(1) — Communication faite à la Société Internationale des Sciences Médicales de Tunis, février 1938.

Il n'en est pas ainsi dans la Mélitococcie. Ici, il n'y a, à aucun moment, ni crise de quelque nature que ce soit, — comme dans la pneumonie ou le typhus, — ni chûte définitive de la fièvre, comme dans toutes les autres infections aigues. Sans transition, sans période intercalaire, tout doucement et sans éclat, l'état septicémique aigu, pur, fébrile, cède la place à un état de déséquilibre général, à peine marqué, avec une symptomatologie fort réduite et une évolution longue et languissante que les auteurs ont jusqu'ici considéré comme un simple état de convalescence traînante et à durée indéterminée. A cette période de la Mélitococcie, celui que nous avons coutume d'appeler le convalescent de Mélitococcique a une physionomie toute spéciale qu'il est intéressant de fixer. C'est ce type clinique que je vais vous présenter. Pour la commodité de ma description, désignons le par l'expression de « Post mélitococcique ».

∴

Ce post-mélitococcique est un convalescent qui ne ressemble guère aux autres. C'est un être sans ressort, sans ce dynamisme physiologique qui fait de chaque convalescent un être remis à neuf et toujours impatient de reprendre son poste dans la Vie: c'est un *asthénique*, dont l'asthénie profonde contraste quelquefois avec la conservation remarquable des forces chez certains mélitococcique fébricitants qui, durant la période aigue, ne gardent pas toujours le lit et continuent à se livrer plus ou moins régulièrement à leur travail habituel.

Le P.M. (1), est un homme pâle dont la pâleur n'est guère en rapport avec le degré d'une *anémie* en somme peu marquée et surtout d'ordre hémoglobinurique. Le P.M. a un faciès qui, aux yeux d'un médecin averti trahit la nature de sa maladie passée, il est mât, il est bistré, quelquefois terreux, véritable patine qui rappelle le teint des Morphinomanes. Et c'est le même mécanisme chez tous les deux, car il s'agit d'une vasoconstriction tégumentaire généralisée. Et ce qui le prouve, c'est qu'une observation minutieuse répétée a révélé à un de nos jeunes confrères, observateur minutieux, des changements dans le ton de cette pâleur au cours d'une même journée. Sur ce fond mat,

(1) P. M. = abbréviation du mot composé Post-Mélitococcique.
(2) M. = abbréviation du mot Mélitococcie.

si distinctif, apparaissent quelquefois des tâches plus ou moins foncées qui, chez la femme évoquent le masque de la grossesse et, chez l'homme, l'aspect de certains tuberculeux.

Le P.M. est un *anxieux* qui encombre les cabinets des médecins. Et cet état d'esprit le différencie des convalescents d'autres infections aigues, chez qui l'euphorie, la bonne humeur et la joie de revivre se manifestent d'une façon si agréable pour l'entourage et le médecin. Or, l'état anxieux comme l'ont si bien démontré Dupré et Logre est conditionné par les troubles du G.S. et nous savons que le P.M. est sujet à des troubles nerveux fonctinnels très variés dont l'origine sympathique est démontrée par leurs allures particulières leur mobilité, et leurs caractères si spéciaux: aérophagie, palpitation, alges, frigidité génitale, spasmes divers, etc.

Le P.M. est un homme qui *maigrit*. Mais il ne maigrit pas à la façon du typhique convalescent, lequel maigrit rapidement, très rapidement pour reprendre ensuite son poids normal et quelquefois un certain degré d'embonpoint. Le P.M. maigrit lentement, continuellement et pendant longtemps après la fin de l'état septicémique de la Mélitococcie, comme si son organisme, — au lieu de subir cette réaction générale bienfaisante propre au retour à un état de santé parfait — se trouve dans l'impossibilité de se débarrasser de ces déchets organiques ou toxiques qui accélèrent son métabolisme général.

Cet *état d'intoxication continue* qui caractérise le P.M. se manifeste encore chez lui par deux symptômes fort connus dont l'importance ne doit pas vous échapper : le P.M. conserve le pouls rapide et il est subfébrile.

La rapidité du pouls après la disparition de l'état septicémique aigu est un fait qui a fait l'objet d'intéressantes remarques publiées par deux de nos devanciers, nos regrettés confrères de Tunis, les Drs. Funaro et Morpurgo : Ce pouls indique que chez le P.M. la circulation n'est pas redevenue calme et normale, comme pour les autres convalescents, chez qui se prépare la rentrée dans la vie. La disparition de cette tachycardie toxique a toujours été pour les médecins de ma génération le signal le plus sûr de la guérison définitive du post-mélitococcique.

L'état *subfébrile* se traduit par une élévation constante de la

température de quelques dixièmes de degrés seulement, évoluant pendant des mois et des mois, au grand désespoir du malade et de son médecin. Cet état subfébrile se distingue de la fièvre de la période infectieuse aigue par l'absence absolue de toute tendance au retour, même momentané, aux températures plus ou moins élevées du stade mélitococcique primaire proprement dit. La guérison rapide de cette « fébbricola » par le changement d'air, par le changement de climat ou même de milieu est en faveur de l'hypothèse qui fait de ce déséquilibre thermique un trouble endocrino-sympathique, à prédominance dysthyroïdien.

En somme, le P.M. est un *asthénique, un anémique, un anxieux, un subfébrile, un amaigri, un tachycardique, un être en proie à des troubles fonctionnels toxiques.* Trouvez-vous dans ce tableau les traits caractéristiques d'un vrai convalescent, c'est-à-dire d'un être dont l'organisme reprenant ses forces et son équilibre humoral, tend, après une maladie infectieuse, à revenir à l'état normal ? Et tous ces troubles ne sont-ils pas en opposition avec tout ce que nous savons de la convalescence des autres maladies, période calme, silencieuse et pour ainsi dire, muette, caractérisée par un syndrome indicatif d'un véritable redressement total et en rapport avec des modifications biologiques intimes annonçant la guérison, la guérison définitive et prochaine du malade ? En d'autres termes, ce post-mélitococcique, n'est-il pas un pseudo-convalescent ?

Et ce pseudo-convalescent n'est-il pas tout simplement un malade chronique, un mélitococcique tout court ? A voir de près les choses, il en a tous les caractères.

∴

En effet, si nous nous reportons aux notions classiques de la pathologie générale, nous voyons que ce qui caractérise la chronicité d'une maladie, en dehors de sa longue durée, c'est :

1°) L'absence, l'insuffisance ou la lenteur des réactions générales de l'organisme et leur bénignité, contrastant avec les modifications constantes rapides, répétées et souvent graves de l'état aigu.

2°) L'intermittence plus ou moins éloignée des localisations qui se font dans les organes, dans les tissus.

« Le microbe envahisseur, — nous dit Mr. Le Doyen Roger (1) « — devient, à la période chronique d'une maladie, moins entrepre- « nant, moins actif qu'à la période aigüe et le malade se soumet au « joug de cet agent pathogène sans protestations, sans réactions, « comme s'il n'avait plus d'autre ambition que de vivre en bons « termes avec lui. C'est ce pacte tacite entre le microbe et l'orga- « nisme qui caractérise la maladie chronique ».

Nous retrouvons tous ces éléments là réunis dans la période dite de convalescence de la Fièvre de Malte.

1°) Evolution presque silencieuse, avec symptômatologie réduite à des troubles toxiques ou fonctionnels peu marqués.

2°) Durée, longue durée qui va dans le cas qui nous occupe de trois mois à deux ans et quelquefois plus.

3°) Existence de localisations spécifiques, intermittentes, qui apparaissant, dans le cas qui nous occupe, dans les organes, dans les plus divers sous forme d'épidydimites, arthrites, névrites, ostéites, abcès froids, et plus rarement lésions du névraxe cérébro-spinal et de ses méninges.

Pendant longtemps on a considéré comme « accidents de la convalescence » ces localisations dans les tissus. Et on leur a donné la valeur de « complications » véritables, en les attribuant à des affections secondaires, résultant de l'action surajoutée d'autres microbes, différents du Brucella mélitensis.

Des constatations bactériologiques indiscutables et récentes viennent de démontrer qu'il s'agit de localisations « spécifiques », dues à ce même Brucella mélitensis, germe infectant primitif.

En effet le microbe maltais a été retrouvé par culture et à l'état de pureté, dans toutes ces localisations organiques secondaires de la Mélitococcie, même lorsqu'elles apparaîssent très tardivement !

En 1921 Lambert et Beguet, de l'Institut Pasteur d'Alger, l'ont retrouvé dans les orchi-épididimites. En 1928, Gilmer et Kennedy dans les arthrites. En 1932, c'est Burnet qui le découvre dans les abcès froids et les ostéo-périostites. Enfin dernièrement en 1937, c'est Henry Roger, de Marseille qui met en évidence pour la 1re fois le microbe maltais dans le liquide céphalo-rachidien d'un mélitococcique chronique atteint de méningo-névraxite.

(1) H. Roger : Introduction à l'Etude de la Médecine.

Ainsi ces démonstrations bactériologiques permettent d'assigner à ces localisations organiques de la Mélitococcie, les caractères de véritables « métastases », au sens étymologique du mot, c'est à dire transport de germes à distance d'un point de l'organisme à un autre au cours d'une affection chronique. Ainsi apparaît dans la Mélitococcie la continuité d'un même processus infectant et évoluant sans transition sous la forme chronique, après un début à forme aigue. Le cas, certes, est banal en médecine, du passage de l'état aigu à l'état chronique quand il s'agit d'une maladie localisée à un organe. Nous l'observons moins couramment dans ces syndromes infectieux généralisés plus ou moins cycliques qu'on réunit sous la dénomination générale de « Pyrexies », et la Fièvre Ondulante a toujours passé pour une pyrexie !

∴

Cette chronicité qui nous apparaît aujourd'hui comme une acquisition nosographique nouvelle dans la M. de l'homme est de règle dans la M. naturelle de la chèvre, et cette chronicité fondamentale de la maladie chez cet animal, principal vecteur de l'infection mélitococcique, va jusqu'à l'incurabilité. En effet, Zammit, de Malte — dont on connaît l'autorité en la matière — répondant à une observation du professeur Vincent, de Paris, a dit: « Le lait de « cet animal reste toujours riche en mélitensis, et à l'autopsie on re« trouve toujours le microbe maltais caché en un quelconque de « ses ganglions lymphatiques et cela malgré tous les tests de gué« rison qui semblent les mieux établis. »

Cette chronicité se retrouve par ailleurs. Elle constitue la caractéristique essentielle de la M. expérimentale des animaux habituels de laboratoires : lapins et cobayes. Nous devons à notre distingué confrère, le professeur Burnet, une étude magistrale, parfaite et originale sur cette M. expérimentale du cobaye, réactif par excellence du mélitensis. Il apparaît à nos yeux que la forme chronique de la M. naturelle de l'homme est fidèlement reproduite par cette infection expérimentale du cobaye : les deux maladies sont presque calquées l'une sur l'autre. Les points suivants, qui sont à peu près communs, le prouvent suffisamment, ainsi qu'il ressort du beau travail de M. Burnet (1922).

a) Absence de fièvre ou légère réaction thermique.

b) Evolution à durée indéterminée, avec symptomatologie presque nulle, à la manière des maladies inapparentes.

c) Constance des deux localisations classiques dans les articulations et dans le testicule

d) Mortalité infime, presque inexistante

e) Bacteriurie intermittente, sous forme de chasses urinaires d'élimination microbienne constituant un des modes de propagation de la maladie

f) Enfin rareté extrême dans le sang du mélitensis qui ne s'y trouve qu'à titre de « rares individus de passage », à la manière du bacille de Koch dans la tuberculose.

Ainsi, comme l'avaient déjà préssenti Nicolle et Conseil, dès 1910, *Mélitococcie animale et M. humaine se rejoignent par leur chronicité*. Cette chronicité et ces localisations à distance s'expliquent par la persistance dans l'organisme infecté de véritables gites microbiens, lieux de refuge du mélitocoque. Ce sont : les ganglions lymphatiques, la moelle osseuse et la rate.

Il est facile de s'imaginer, qu'après la disparition de l'état septicémique, des décharges microbiennes partent de ces gites et, ne trouvant pas dans le sang un milieu humoral favorable à leur existence et à leur développement, ces décharges sont entraînées vers les organes pour lesquels le microbe maltais a une prédilection, conformément au « génie » de chaque germe infectant.

∴

Cette notion de *chronicité* de la M., que je vous présente aujourd'hui comme une acquisition clinique nouvelle, par suite d'une interprétation plus exacte de la période dite de convalescence, cette notion là, dis-je, a toujours été un peu dans l'esprit des cliniciens éprouvés par une expérience suffisante de cette maladie. Mais aucun praticien, aucun auteur ne lui a donné corps par une description bien établie. Aucun chapitre, aucun paragraphe ne la mentionne dans les traités et les monographies: aucune mention n'en est faite dans les publications les plus récentes. Je n'en trouve même pas trace dans cet excellent « Journal Médical Français » qui a consacré dernièrement au mois d'Août 1936, un N° spécial aux Brucelloses. Cette notion est donc ignorée, même par les médecins qui se disent les plus qualifiés, puisqu'on n'en parle même pas à Montpellier, où existe pourtant une fondation Rockfeller, Centre

d'études de la M. C'est qu'en France dans les milieux Médicaux où la M. est encore une nouveauté, on semble surtout préoccupé de multiplier à plaisir, dans la confusion la plus regrettable, le nombre des symptomes et les anomalies de cette maladie, et on oublie d'assoir sur des bases solides les notions qui pour nous, semblent le mieux établies. C'est à nous Médecins de Tunis, Centre d'études non subventionné de la M., à faire les révisions nécessaires et les mises au point qui s'imposent, en vue de mettre de la clarté dans un domaine clinique où la Nature a fait les choses dans l'ordre et la simplicité.

En effet, cette question de la Période dite de convalescence étant ainsi revisée, la M. nous apparaît aujourd'hui suivant un schéma simple et ordonné.

Deux périodes bien distinctes caractérisent son évolution et se succèdent l'une à l'autre sans transition, sans ce stade intercalaire qui correspond à la convalescence dans d'autres maladies aigues.

1°) *Période Primaire* : aigue, fébrile, septicémique, généralisée et de longue durée, évoluant par cycles, par ondes, période quelquefois grave et pouvant être mortelle dans des proportions, il est vrai, très limitées. Par cette période aigue la M. s'apparente au groupe des maladies typhoïdiques.

2°) *Période secondaire* : apyrétique, chronique, toujours bénigne, localisée, tissutaire par ses métastases plus ou moins éloignées souvent fugaces, toujours curables. Par cette période à durée indéterminée la M. pourrait s'apparenter avec certaines maladies infectieuses parasitaires chroniques, tel que le paludisme qui, par ses localisations viscérales intermittentes se manifeste, comme on l'a dit, par une série d'actes et d'entr'actes sans limites bien définies.

Du point de vue symptomatique, la *période primaire* de la M. est caractérisée essentiellement par un trepied — devenu classique — de troubles fonctionnels : de la Fièvre, toujours de la Fièvre et rien que la Fièvre, avec ses satellites bien connues, les sueurs et l'asthénie. Cette période aigue correspond à la M. expérimentale du singe, pure septicémie de durée relativement courte, souvent très grave, parfois mortelle.

La *période secondaire* se caractérise, au contraire, par l'effacement des signes fonctionnels et par l'importance des signes phy-

siques dûs à ses localisations organiques. Ce stade correspond à la M. expérimentale du cobaye.

Le champ de cette période chronique semble s'étendre dans le temps puisqu'on a retrouvé dernièrement des métastases mélicocciques survenues 4 et 5 ans après la période aigue. Et ce champ semble aussi s'étendre pour ainsi dire dans l'espace c'est à dire dans l'organisme, puisque nous constatons l'atteinte d'un nombre de plus en plus élevé d'organes jusqu'ici insoupçonnés. Après les orchites et les arthrites déjà connues depuis très longtemps, nous avons vu apparaître les osteïtes et les abcès froids, puis les névrites, les spondylites, les pseudo-coxalgies. Et quand nous avons cru que les méningo-myélites, les névraxites étaient les dernières nées de la série, nous voyons apparaitre des hépatites, des néphrites que des auteurs autorisés viennent de découvrir chez les mélicoques chroniques avérés.

La M. semble s'enrichir chaque jour d'une localisation nouvelle et nous avons publié nous-même, dans la Tunisie Médicale, il y à 6 ans, un cas mortel de néphrite azotématique, survenue au cours d'une Fièvre de Malte bien établie.

∴

Comme vous le voyez, la M. ne doit plus être considérée comme une Pyrexie, une simple « Fièvre » à la façon de nos anciens Maîtres de Montpellier qui, au début de ce siècle, en faisaient, cliniquement, une simple variante de la « fièvre typhoide sudorale de Jaccoud ».

La M. ne doit pas être présentée — non plus, — ainsi que tendent à le faire en France les médeins du Midi, comme une affection à symptomotologie nébuleuse, à évolution anarchique, et dans laquelle — suivant une phrase souvent répétée d'un grand clinicien italien — « il est de règle que tout n'est soumis à aucune règle ».

Aujourd'hui, la M. doit, — aux yeux des générations montantes des médecins qui nous suivent, — apparaître, au contraire, comme une maladie dont l'évolution générale est régulière et ordonnée, à tel point que nous pourrions lui appliquer le fameux schéma de Besançon relatif aux maladies tuberculeuses, et la diviser en deux stades successifs, tels que nous venons de les établir, de Mélitococcie-Infection et de Mélitococcie-Maladie.

Discussion

Docteur **HABABOU-SALA** : Je voudrais rappeler à propos de l'intéressante communication du Docteur Hayat un travail que j'ai publié à l'Académie de Médecine à la séance du 10 janvier 1933, travail qui a été présenté par mon regretté maître le Professeur Roux sur la vaccinothérapie de la fièvre ondulante par la voie buccale.

La seconde phase de l'évolution de cette maladie dont nous parle notre confrère Hayat, fait tout à fait défaut dès le traitement « per os ». Sur 15 cas 13 malades ont vu leur température retomber pour toujours la pluspart à la normale. Nous écrivions à cette date qu'en dehors deq à la normale. Nous écrivions à cette date qu'en dehors de cette déferverscence brusque et définitive de la température nous avons constaté chez la plupart des malades, et cela dès la première ingestion de vaccin, une euphorie, une joie de vivre et une sensation de bien-être qui contraste étonnament avec l'allure lamentable qu'ils avaient la veille. Ce bien-être général, avec reprise de l'appétit, suivi d'une cessation des vomissements et des sueurs abondantes, donnait l'impression, que le malade ressent d'ailleurs, d'un retour rapide et intégral de sa santé.

Je demanderais à nos confrères, en particulier aux docteurs Hayat et Masselot, s'ils ont depuis notre publication, une opinion personnelle sur notre méthode de traitement où cette phase secondaire sur laquelle insiste Hayat ne se rencontre pas.

L'appendicite aigüe est une maladie chirurgicale

par le Docteur BRUN

Membre Associé de l'Accadémie de Chirurgie de Paris

Chirurgien Chef de l'Hôpital Sadiki

L'appendicite aigüe est une maladie chirurgicale au même titre que la hernie étranglée, l'occlusion intestinale, la grossesse tubaire, car il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite aigüe. C'est là la conclusion péremptoire des discussions très nombreuses qui ont eu lieu à l'Académie de Chirurgie l'année dernière. L'idée n'est pas nouvelle, puisqu'elle est vieille d'un demi-siècle, et qu'elle a été proclamée par un des médecins les plus éminents, le Professeur Dieulafoy.

Et, cette notion admise, il était naturel qu'une autre conclusion

s'imposât, à savoir, que le médecin qui est appelé auprès d'un malade et qui fait le diagnostic d'appendicite aigüe, doit immédiatement appeler le chirurgien, s'il ne veut pas commettre une faute professionnelle engageant très sérieusement sa responsabilité.

Il m'est agréable ici de rendre hommage aux médecins de Tunisie, qui, à une très forte majorité, n'hésitent pas, dès qu'ils ont fait le diagnostic d'appendicite aigüe, à réclamer la présence du chirurgien, et, ce faisant, ils ont sauvé la vie de très nombreux malades, car cette collaboration médico-chirurgicale s'est avérée des plus efficaces.

Les chiffres qui vont suivre en sont la démonstration incontestable.

A la clinique de Montfleury, pendant la période qui s'étend de 1932 à 1937, en cinq ans, 124 appendicites ont été opérées dans les 36 premières heures, et on n'a pas eu de décès à déplorer : Pourcentage de guérison, 100%. 27 opérations pour appendicite aigüe ont été effectuées de la 48e heure après le début de la crise, jusqu'au 5e jour, et ont donné 4 décès, soit 6,75% de mortalité.

A l'Hôpital Sadiki les résultats sont les mêmes, avec cette différence que beaucoup trop de malades sont envoyés après la 48e heure, et que dans ces conditions il y a un pourcentage global de morts plus considérable que dans la clientèle privée.

Ceci tient à l'ignorance de cette clientèle qui attend souvent plusieurs jours avant de consulter un médecin. Il reste bien entendu que les résultats de l'opération sont d'autant meilleurs que l'opération a été pratiquée plus près du début de la crise, mais ajoutons tout de suite que l'opération n'est pas grave parce qu'elle a eu lieu après 48 heures, mais bien plutôt c'est parce que la crise d'appendicite s'est considérablement aggravée qu'on est amené à opérer l'appendicite après 48 heures. Il s'agit trop souvent, dans ces cas-là, non plus d'appendicite mais de péritonite généralisée consécutive à cette dernière, et les résultats qu'on obtient même dans ces conditions peuvent être qualifiés de magnifiques, puisque les chirurgiens sauvent d'une mort certaine 70 à 80% de ces malheureux.

Nous restons persuadés que si les médecins, au lieu de discuter sur les cas, de les suivre matin et soir, prêts à faire opérer au premier symptôme réellement alarmant, considéraient l'appendicite aigüe chaude comme une maladie à opérer immédiatement, si

cette notion pouvait pénétrer dans la masse des médecins imbus de cette idée fausse qu'il faut être opportuniste, s'ils faisaient pratiquer l'opération au moment où les lésions sont encore limitées à l'appendice et aux parties immédiatement avoisinantes, on n'aurait plus à enrégistrer une mortalité aussi considérable que celle que nous voyons encore aujourd'hui, à la suite du retard apporté à l'intervention.

En présence d'une appendicite qui évolue, le plus savant d'entre nous est encore incapable de prévoir ce qui va se passer demain. Aussi j'avoue ne pas bien comprendre pourquoi certains médecins s'acharnent encore à tenter le refroidissement de l'appendicite aigüe et à ne pas appeler le chirurgien. Si, chez tous les malades qui nous consultent, il nous était possible pour chaque cas d'avoir une règle de conduite aussi simple qu'en cas d'appendicite aigüe, combien notre part serait facile : En cas d'appendicite aigüe, appeler le chirurgien.

Qu'on ne vienne pas nous reprocher de venir ainsi enlever aux médecins le légitime droit que leur confère leur diplôme : le droit de traiter et de soigner les malades. En vérité, l'acte médical important en matière d'appendicite aigüe, c'est de faire un bon diagnostic; c'est ce qu'l y a quelquefois de plus difficile et de plus important, c'est ce qui exige les plus grandes qualités médicales. Mais une fois ce dagnostic établi en matière d'appendicite, la direction du traitement revient désormais au chirurgien. Il y va de l'intérêt des malades, il y va aussi de l'intérêt et de la réputation des médecins comme des chirurgiens. Il ne faut pas que le client puisse un jour, devant un désastre, se retourner contre les médecins en leur faisant le reproche de n'avoir pas agi au moment réellement opportun.

Le diagnostic d'appendicite aigüe posé, le chirurgien appelé, c'est à lui de décider de l'heure de l'intervention, et c'est à lui d'en prendre l'entière responsabilité. Et nous restons persuadés après une expérience qui porte sur plusieurs centaines de cas d'appendicite aigüe et sur plusieurs milliers de cas d'appendicite à froid que sa ligne de conduite est aussi simple que celle du médecin : Il doit toujours opérer, sauf dans le cas où il se trouve devant une appendicite dont le début remonte déjà à quelques jours, lorsqu'il trouve déjà un plastron plus ou moins large dans la fosse iliaque,

alors que le reste du ventre est souple, et que l'ensemble des autres symptômes indique nettement que la crise tend à se calmer. Dans ces conditions, mieux vaut attendre la disparition complète du plastron avant d'opérer, à moins qu'il ne se forme un abcès ou que quelque complication grave ne survienne, dont la plus redoutable serait la rupture intra-péritonéale d'un abcès avec apparition de la péritonite.

Puisque le plus savant d'entre nous, devant une crise d'appendicite aigüe est incapable de savoir ce qui va se passer demain, mieux vaut opérer, opérer toujours, et tout de suite; mieux vaut, en matière d'appendicite aigüe, une formule unique et toujours applicable :

« L'intervention systématique précoce », que de laisser au praticien le choix de différentes méthodes contradictoires. Dans le doute, ne s'abstenir jamais.

Si un chirurgien peut sans déshonneur perdre une appendicite à chaud, une mort pour appendicite à froid charge lourdement sa responsabilité. Dans l'appendicite à chaud, le danger est là; dans l'appendicite à froid, le danger est passé. On peut affirmer que l'opération précoce n'entraîne aucune mortalité et que ses résultats sont infiniment supérieurs à ceux de la temporisation.

Les avantages de cette méthode sont considérables : Suppression de toutes les complications liées à l'évolution de l'appendicite aigüe, complications que nous savons innombrables et graves. Plus de ces malades qui refroidissent pendant des mois et qui seraient guéris depuis longtemps; plus de ces suppurations interminables; plus d'éventrations nécessitant des opérations secondaires et graves; plus de ces opérations à froid ou soi-disant telles, où malgré une attente de plusieurs mois, on trouve un appendice tellement fusionné avec les organes voisins qu'on se trouve pris entre deux alternatives : refermer sans rien enlever, ou faire une extirpation laborieuse des plus dangereuses.

Si la méthode de temporisation était toujours bénigne elle conserverait un argument en sa faveur. Mais il est loin d'en être ainsi, dans les crises qui ont été de véritables crises graves d'appendicite aigüe. Danger pour danger, ne vaut-il pas mieux faire courir le risque au malade au moment où son existence est le plus sérieusement menacée. Le danger passé, on peut avoir un scrupu-

le à proposer une opération d'autant plus difficile que la crise aura été plus grave.

L'opération sera rapidement menée, avec le minimum d'anesthésie tant en durée qu'en quantité.

Entrer le plus rapidement possible dans le ventre, en sortir plus vite encore, par une incision unique, petite, siégeant immédiatement en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Supprimer l'appendice toutes les fois que la chose est possible. Fermer sans drainer si l'appendice n'est pas perforé, et s'il n'y a pas de pus trop fétide. Dans le cas contraire, un seul drain plongeant jusque dans le Douglas. Ce drainage sera aussi court que possible. Suturer en un seul plan au double crin de Florence, pour fermer la paroi.

C'est en suivant ces principes que nous avons obtenu les résultats que nous vous avons communiqués, et nous pouvons affirmer que si tous les chirurgiens avaient la chance d'opérer dans les toutes premières heures après le début de la crise, on ne perdrait jamais un malade.

Le Docteur Témoin, de Bourges, en 1913, à l'Académie de Médecine pouvait affirmer qu'on ne mourrait plus d'appendicite dans son département, et que ces résultats avaient été obtenus grâce au concours de tous les médecins conquis à la méthode de l'intervention d'urgence, dans le cas d'appendicite aigüe.

Je pense sans être taxé de trop d'optimisme, que devant les progrès qui ont été réalisés en Tunisie par les médecins, par la clientèle elle-même, nous pourrons un jour prochain affirmer qu'on ne meurt plus d'appendicite aigüe en Tunisie.

ANALYSE

Les Helminthiases humaines et leur fréquence en Tunisie
(Thèse de Paris)

Sous ce titre notre concitoyen le Docteur Tahar Hamadi Mehaoued a publié une intéressante thèse de Doctorat, qui a été présidé par le Prof. Tanon.

Ce travail fort documenté et riche en bibliographie aboutit aux conclusions suivantes :

« En Tunisie, la question des Helminthiases reste encore passablement obscure malgré les études dont elle fait l'objet et les discussions qu'elle soulève continuellement.

Notre travail n'a eu d'autre but que d'attirer l'attention sur des maladies très fréquentes, mais trop souvent méconnues à cause de leur symptomatologie polymorphe et de signaler leur fréquence en Tunisie.

Ces maladies nécessitent le plus souvent pour la confirmation du diagnostic clinique un examen des selles. Malheureusement, cette recherche est pratiquement quasi-impossible dans la clientèle civile; elle se heurte à de très grandes difficultés à un double point de vue d'inégale importance :

1°) l'état de fortune souvent précaire du malade,

2°) la répugnance qu'il éprouve d'envoyer ou de faire porter ses selles au laboratoire.

Pour grandes qu'elles soient, les difficultés ne sont pas insurmontables. C'est une question de temps et d'éducation. Une fois l'esprit éveillé sur le danger des parasitoses, les cas paraîtront plus fréquents et seront signalés à tout moment de chaque coin du pays. Il sera possible alors de localiser certains points d'infestation particulièrement importants concordant bien avec ceux des animaux et des hôtes intermédiaires.

En attendant une telle évolution, on peut soupçonner une maladie vermineuse par la coexistence d'une anémie très accentuée accompagnée généralement d'une bouffissure de la face rappelant le masque du myxœdémateux et enfin d'une absence de splénomégalie (exception faite pour les kystes hydatiques de la rate).

Nous avons déjà indiqué, à propos de chaque cas, les moyens appropriés de l'éviter.

Il convient d'ajouter quelques conseils :

1°) Faciliter par tous les moyens la vulgarisation des règles d'hygiène dont l'importance est capitale en la matière;

a) par l'enseignement obligatoire de l'hygiène à l'école (après l'avoir exigé dans la formation des instituteurs),

b) par des conférences populaires d'hygiène,

c) par des projections cinématographiques,

d) par des affiches symboliques, des brochures, des tracts ingénieux, des images attrayantes des pubblications succinctes, claires et explicatives dans la presse, etc.;

2°) Dépister les porteurs de germes.

Le médecin devrait exiger du malade en même temps que l'analyse des urines ou du sang, la recherche des œufs de parasites dans les selles ».

Le traitement des traumatismes tibio-tarsiens, tarso-métatarsiens et des plaies contuses œdématiées

par la méthode de marche du Docteur CHEYROU-LAGRÈZE

Médecin Breveté de la Marine Marchande

Lors d'une mer houleuse en Méditerranée, au moment où de violents paquets de mer ininterrompus réduisirent en morceaux un caisson à brassières de sauvetage, il nous fut donné d'observer un double traumatisme bimalléolaire avec attrition de la région tarso-métatarsienne droite à la suite des projections répétées des éclats. De fortes tuméfactions et de larges ecchymoses s'étendent sur les champs tibio-tarsiens. La douleur perçue dans ces régions, est réveillée par la mobilisation et au toucher. Il est mis en œuvre la méthode de la marche rationnelle, graduée, précédée et suivie d'applications syntholées.

A côté des traumatismes, des plaies multiples, anfractueuses, contuses, œdématiées de la crête tibiale droite sont constatées. Elles sont soigneusement nettoyées, épluchées, désinfectées au synthol. Les lèvres de chaque plaie ont une réunion par première intention au moyen de minces bandelettes de sparaplast Fournier imbriquées.

Elles sont recouvertes d'un pansement à la solution au nestosyl. Il a l'avantage de juguler de suite l'élément douleur et d'activer la cicatrisation. Le troisième jour, lorsque le processus de cicatrisation est en bonne voie, les bandelettes sont enlevées au moyen d'essence minérale.

Afin de parfaire la guérison, les applications de nestosyl sont continuées. Elles sont suivies de poudrage au talc Floréine. L'élimination des déchets se produit sous l'action de la marche. Les tissus reprennent leur teinte normale et récupèrent leur complète vitalité. Les mêmes résultats encourageants sont observés pour les traumatismes. Grâce à la méthode de marche, les symptômes d'inflammation régressent, la teinte ecchymotique disparaît, les articulations reprennent leur ancien volume et leur souplesse.

Pour permettre de tonifier les muscles, d'enrayer toute névralgie ostéoarticulaire, toute douleur rhumatismale, la thérapeutique des bains d'eau de mer tunisienne est mise en jeu. Bientôt les heureux résultats salutaires sont constatés.

Les doublages peuvent être pratiqués ainsi que les manœuvres du 15e Corps d'Armée sans une période d'indisponibilité. Les mouvements et les jeux articulaires s'effectuent normalement. Il ne subsiste aucune séquelle.

Aussi, dans les traumatismes et dans les plaies contuses des membres, parmi les premiers adjuvants de la méthode de marche préconisons-nous l'emploi du synthol, du sparaplast, du nestosyl, du talc Floréine.

La Maladie Hypertensive et son traitement

On parle beaucoup d'hypertension en ce moment, dans les publications scientifiques et aussi à la quatrième page de grands quotidiens. Tout le monde s'intéresse à cette question. On « prend la tension » dans les grands magasins et sur les boulevards. C'est, si l'on peut dire, une maladie à la mode.

Que faut-il en penser ?

Il ne s'agit pas de l'hypertension symptôme, de cause si diverse et souvent passagère, ni de l'hypertension des jeunes, d'origine spéciale, toujours très grave du reste mais de l'hypertension permanente chronique, de la « maladie hypertensive ».

Cette dernière est, en effet, excessivement fréquente et semble le devenir de plus en plus. Son extension, vraiment inquiétante, est sans doute due à l'agitation de la vie moderne.

On a pu dire que la maladie hypertensive devenait une maladie « normale » de la cinquantaine. Elle est, comme on l'a dit, la « rançon de l'âge mûr », la résultante de la « rouille de la vie » de « l'encrassement général de l'organisme ».

Il ne s'agit plus d'un simple symptôme mais d'une véritable maladie générale, un trouble de la nutrition analogue à la goutte, au diabète, à l'arthritisme. Réaction de défense d'abord contre le sang « toxique », « agressif » (spasmes vasculaires), l'hypertension conduit fatalement à l'altération chronique des vaisseaux et des organes. Si une thérapeutique rationnelle n'intervient pas le plus tôt possible c'est l'acheminement fatal vers l'artériosclérose avec toutes ses graves conséquences.

Il n'y a pas de conception univoque de la pathogénie de l'hypertension chronique. Bien des facteurs sont mis en cause. On parle du rôle du système nerveux, du sympathique, des perturbations humorales. Ces dernières, notamment, paraissent très importantes. « L'étude du sang des hypertendus permet d'insister sur les troubles profonds de la nutrition de ces malades ». (Carrière et Herviez). Il paraît démontré par des recherches récentes que le dysfonctionnement des glandes endocrines aurait une action capitale sur la genèse des troubles humoraux. En somme, c'est la théorie neuro-humorale qui paraît la mieux admise.

L'hypertension évolue sournoisement. C'est souvent par hasard que l'on aperçoit de l'élévation du chiffre tensionnel.

Cette élévation est permanente et progressive. Il est donc très important de la déceler le plus tôt possible : d'où la nécessité de « prendre la tension » chez tous les malades.

D'après ce que nous venons de dire très brièvement de la pathogénie

de la maladie hypertensive, on voit que la thérapeutique devra avoir pour but non seulement l'abaissement du chiffre tensionnel, qui ne doit pas être l'objectif unique, mais le traitement général de la diathèse, traitement qui devra être institué dès le diagnostic établi et même avant, dirons-nous, dans un but préventif, chez les sujets qui atteignent l'âge redoutable de la cinquantaine.

En dehors des mesures d'hygiène générale, du régime qui, disons-le en passant ne devra pas être d'un rigorisme excessif, du repos indispensable, on a proposé de nombreuses médications. Aucune n'est spécifique : elles tendent toutes à combattre l'intoxication, régulariser l'équilibre humoral, lutter contre les spasmes et enfin modifier le terrain endocrinien. C'est ainsi qu'on emploie tour à tour ensemble ou successivement :

— les modifications ou réducteurs de la masse sanguine, comme le citrate de soude ;

— les antisclérosants, comme les silicates ;

— les vasodilateurs : dérivés nitrés, nitrite d'amyle, trinitrine, nitrite de soude ;

— l'acétylcholine.

Faisons une place à part à l'« iode » qui a donné les meilleurs résultats. C'est à la fois un hypovisqueux, un hypotenseur et un hyposcléreux, et à l'« aminophylline », nouveau corps xantique qui s'est révélé très actif à ses propriétés vasodilatatrices des systèmes coronariens et rénaux. C'est un puissant diurétique.

Pour s'opposer à l'hypertonie du sympathique tous les antispasmodiques sont utilisées : benzoate de benzyle, chloral, papaverine, gardénal.

L'association de ces deux derniers s'est montrée particulièrement heureuse comme sédative du système vago-sympathique.

Enfin, pour obéir aux conceptions nouvelles du terrain endocrinien dans l'hypertension, on a recours à des extraits opothérapiques. On emploiesurtout le pancréas, dans lequel Santenoise a découvert une hormone hypotensive; le rein, les glandes génitales qui, en dehors de leur rôle utile à l'âge de leur déficience, régularisent l'équilibre endocrinien.

Voici bien des médicaments divers qui ont tous leur utilité. Comment les administrer ? Il est difficile de soumettre les malades à de si nombreuses influences thérapeutiques, et le praticien est souvent embarrassé.

Il est intéressant pour lui de pouvoir s'adresser à un complexe, d'administration facile, pouvant convenir à la plupart des cas, et qui renferme des proportions judicieusement étudiées les éléments principaux de cette thérapeutique toujours délicate et de longue haleine.

Dr. PESTRE

L'Urodonal

Ses propriétés et ses indications

L'Urodonal possède des propriétés antiseptiques et microbicides puissantes dues notamment à l'hexaméthylènetétramine qu'il contient. Cette action antiseptique se fait sentir, d'une façon très nette, d'abord sur la vessie, de telle sorte que l'Urodonal se montre le plus puissant médicament pour prévenir ou pour guérir l'infection des voies urinaires par des microbes (colibacillose, syndrome entéro-rénal, blennorragie chronique, urétrite, prostatite, cystite, etc., avec leurs complications.

Elle se manifeste ensuite sur la bile et sur la vésicule biliaire, qui sont envahies par des microbes nocifs dans des circonstances très diverses, Enfin, elle s'étend aux germes qui sont la cause d'un grand nombre de formes de rhumatismes, comme les recherches modernes et entre autres celles du savant américain Rosenow l'ont établi d'une façon définitive.

L'Urodonal a également la propriété de dissoudre et de solubiliser les concrétions et les dépôts d'acide urique, d'acide oxalique et de cholestérine qui se forment, soit dans les cartilages ou les os (goutte, rhumatisme goutteux) soit dans les voies urinaires, (lithiase rénale) soit, dans les voies biliaires (lithiase hépatique). Cette action remarquable de l'Urodonal est due à la présence, dans sa formule, de citrate de sodium, de methylglyoxalidine et de diéthylénediamine.

L'Urodonal fait mieux encore que de faciliter la dissolution des concrétions de diverses natures : il en prévient l'apparition car il active les combustions. En même temps il empêche les déchets de produire de l'encrassement des tissus, par exemple, des parois des vaisseaux par la cholestérine (artériosclérose), des os par l'acide oxalique (rhumatisme déformant et déminéralisation), des cartilages et des articulations par l'acide urique (goutte).

Effectivement l'Urodonal favorise non seulement l'élimination mais encore, grâce surtout à la diéthylénediamine et à l'acide quinique qu'il contient, la destruction des déchets nocifs.

A ce titre, l'Urodonal est un médicament physiologiquement rajeunissant.

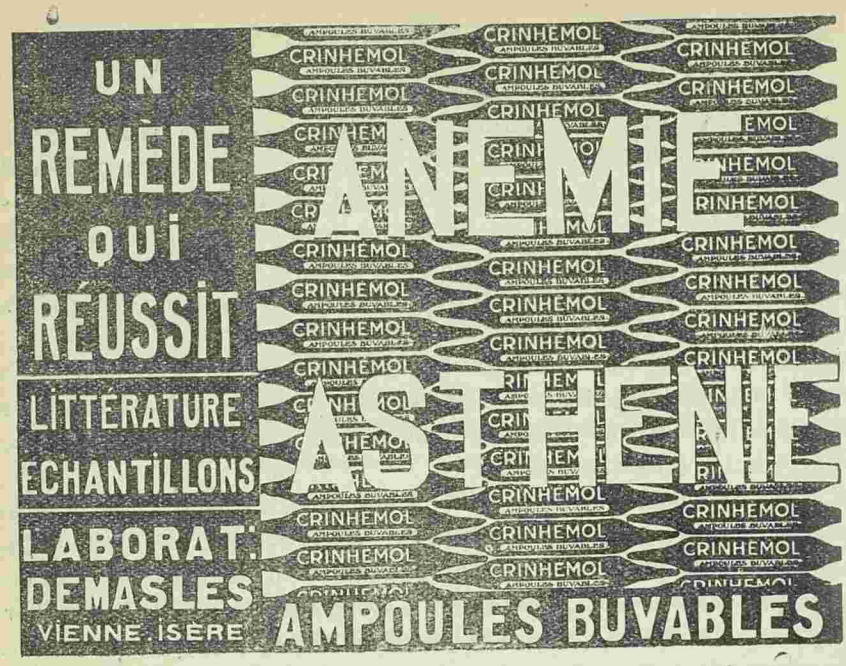
Son rôle dans l'excès de viscosité exagérée du sang, si fréquente chez les sujets obèses et pléthoriques, est dû au citrate de sodium qui figure dans sa formule.

Il représente aussi un reminéralisant précieux pour les os qui s'appauvrissent en calcium et surtout en phosphate, et grâce aussi au phosphate d'hexaméthylénetétramine qu'il contient, il agit remarquablement dans tous les cas où le système nerveux est déséquilibré ou présente des troubles divers. Du fait de cet élément, il mérite aussi bien que l'acide phosphorique le nom de « Limonade psychologique », car il se montre très actif contre les asthénies, les paralysies, les névrites, les névralgies, la neurasthénie et le neuro-arthritisme.

De plus, par les alcalins et cristalloïdes divers qu'il renferme l'Urodonal est capable de diminuer cette sensibilité maladive des arthritiques à l'égard de certaines substances, notamment alimentaires, c'est-à-dire de guérir les états allergiques.

On se rend ainsi compte jusqu'à quel point l'Urodonal peut-être un préventif très précieux pour l'arthritique dont le foie ou les reins, insuffisants dans leurs fonctions, sont constamment encrassés par des déchets incomplètement brûlés. L'Urodonal, pris systématiquement, désinfecte l'organisme, lave le foie et les reins, empêche les organes de se fatiguer ou de s'user d'une manière précoce, bref, évite de vieillir prématurément. J'ai d'ailleurs présenté à l'Académie de Médecine, le 22 Octobre 1935, un important travail dû au Professeur Pancier, Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine d'Amiens, sur l'arthritisme et les excellents résultats qui ont été obtenus avec ce produit dont chacun des composants a été étudié en détail.

PROFESSEUR G. POUCHET
Ancien Professeur de Pharmacologie
et de matière Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.



PHARMACIE FRANÇAISE DE L'AVENUE DE LONDRES

Téléphone : 9.16 (Angle Rue Bab-El-Khadra) Téléphone : 9.16

CH. CASANOVA, Pharmacien de 1re Classe

Se recommande au Corps Médical de Tunis pour l'exécution scrupuleuse des ordonnances

INERTYL CHARVOZ

COMPRIMÉS
CACHETS · GRANULÉS

INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

La Tunisie Médicale

JUIN 1938

TRAVAUX ORIGINAUX ET FAITS CLINIQUES

Myosite suppurée subaigüe traitée par incision, excision et suture

par le Médecin Capitaine DU BOURGUET

Chirurgien des Hôpitaux Militaires

Nous avons l'honneur de présenter une observation de myosite suppurée subaigüe survenue chez un indigène Sénégalais. Cette observation présente quelque intérêt par le problème diagnostique posé et par le traitement que nous avons adopté.

Voici cette observation :

Le tirailleur D.... T... du 5° R. T. S. est évacué le 18 janvier 1936 sur l'Hôpital Militaire de Gabès pour abcès froid thoracique.

C'est à la fin du mois de décembre 1935, qu'est apparue à bas bruits, sans température notable, sans phénomènes infectieux marqués, une tuméfaction diffuse située sous le mamelon gauche non douloureuse et n'entraînant aucun trouble fonctionnel.

Elle a grossi peu à peu, s'est légèrement étendue, et se présente à notre examen sous la forme d'une tuméfaction chaude et en certains points semble un peu douloureuse, on met facilement en en évidence une fluctuation superficielle: en certains points la poche semble proche de se fistuliser à la peau, en d'autres, elle parait profonde dans l'épaisseur du muscle grand pectoral; certaines zônes sont dures. La contraction musculaire ne modifie pas les caractères physiques de la tuméfaction, il existe une adénopathie axillaire nette. La température rectale varie entre 37° et 38°.

Il semble en effet qu'on soit en présence d'un abcès froid thoracique, typique avec ses zônes fluctuantes, ses points indurés, son début insidieux, son évolution torpide.

Une radiographie complétant un examen clinique soigneux, ne permet pas d'incriminer les côtes voisines qui ne présentent aucun point suspect. Il n'existe pas non plus de lésions pulmonaires

Le 20 janvier, une ponction pratiquée à distance donne issue à un pu franc bien lié, ayant davantage l'aspect du pus louable des abcès chauds, que l'allure filante du pus tuberculeux. L'examen d'un étalement de ce pus montre des hématies, des polynucléaires altérés, des lymphocytes, des germes banaux, mais pas de bacilles de Koch.

On pense à la possibilité d'un abcès froid surinfecté ou à une collection musculaire subaigüe toujours possible chez les noirs d'Afrique; bien que rien dans les antécédents ou les commémoratifs ne permet de trouver une porte d'entrée. Le diagnostic de la gomme syphilitique ne se défend pas en raison de la négativité des B. W. et du Meinicke.

Le 27 janvier, la région est moins chaude, moins douloureuse, la collection ne parait pas s'être reformée complètement; cependant, on aperçoit à la palpation, des zônes indurées de la taille de noix disposées dans l'épaisseur du muscle pectoral sous le mamelon; il persiste une petite zône fluctuante. On la ponctionne; issue d'un liquide séro-hématique stérile à l'examen direct (il n'a pas été fait de culture).

Le 29 janvier, la collection s'est reformée, les zônes indurées persistent dans l'épaisseur et au niveau du bord inférieur du grand pectoral. Les côtes sont perçues au-dessous et on ne trouve pas de point douloureux.

On pratique donc une nouvelle ponction qui permet de retirer encore quelques centimètres cubes de liquide séro-hématique et on injecte dans la poche quelques centimètres cubes de la solution de bleu de méthylène à 1 %.

Le 4 février, pensant qu'il s'agit véritablement d'une myosite suppurée subaigüe, nous décidons d'intervenir sous anesthésie générale au Schléich : incision arciforme sous-mammaire remontant du côté externe vers le creux axillaire, mais sans l'atteindre on découvre largement la région; on vide au passage et on curette un petit abcès situé au dedans du mamelon, et dont les parois sont d'apparence fougueuse. On incise aux ciseaux courbes toutes les zônes indurées, les nodules scléreux et durs jusqu'à ce qu'on se

trouve dans du muscle sain. Aucun trajet n'est trouvé menant au flanc costal, hémostase soignée; attouchement au chlorure de zinc, suture aux crins sur drain très fin. La température n'a pas atteint 38° le soir de l'intervention, ablation du drain le 2° jour. Cicatrisation par primain dans les délais normaux.

Le problème diagnostic, en effet, était délicat : à première vue, il s'agissait d'un abcès froid et ce sont les caractères physiques microscopiques du pus qui nous ont fait penser à la possibilité d'un abcès chaud. La présence des zônes indurées dans le grand pectoral et notamment sur son bord inférieur devait faire penser surtout à la gomme syphilitique : ici l'absence d'antécédents, le B. W. négatif, le Meinicke négatif, permettaient d'éliminer ce diagnostic.

En somme, seul le diagnostic de myosite suppurée du muscle grand pectoral s'imposait.

Les myosites sont connues depuis bien longtemps : Chassaignac dans son livre sur les suppurations cite des exemples d'abcès des muscles; plus récemment, citons les travaux de Mauclaire: (abcès des muscles. Bulletin et Mém. Sté Nle de Chirurgie du 15 Février 1933, page 272 — discussion Métivet) de Huard. (Myosite staphylococcique du quadriceps fémoral à évolution froide. Bull. et Mém. Sté Natle de Chirurgie 9 nov. 1932, page 1321, rapport Lenormand), également le travail de Huard sur les myosites infectieuses (journées médicales coloniales).

C'est sur le sujet noir surtout, que ces collections évoluent le plus volontiers.

Lorsque la myosite n'est pas encore suppurée, c'est avec le sarcome musculaire, avec la gomme que le diagnostic doit se poser; lorsque la myosite est suppurée le diagnostic est à faire avec tous les abcès chauds ou froids selon l'évolution clinique. C'était le cas, pour le malade sujet de cette observation.

L'évolution est aigüe, subaigue et torpide (Abrami et Worms) mais la forme chronique, froide, évoluant dans du muscle en partie sclérosé induré est une forme très rare.

Certes, nous n'avons pu pratiquer, pour des raisons d'organisation locale, la culture du pus, et nous n'avons pu ainsi que nos devanciers mettre en évidence la présence habituelle du staphylocoque; nous n'avons pas pratiqué non plus l'inoculation au cobaye,

ni les coupes histologiques des zônes indurées et ce sont des lacunes importantes de notre observation.

Cependant, elle nous semble présenter un certain intérêt.

Au point de vue thérapeutique, après quelques ponctions et une injection modificatrice au bleu de méthylène — antiseptique léger — la simple incision avec évacuation, l'excision des tissus pathologiques et la suture immédiate pure et simple sur un drainage aussi réduit que possible nous a permis d'obtenir la guérison dans un délai minimum.

C'est une technique un peu plus audacieuse que celle proposée par Huard, qui propose après évacuation et excision une espèce de suture primitive retardée.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 18 Février 1938

—«0»—

La séance est ouverte à 18 heures sous la présidence d'honneur de M Cheffaud, Directeur de l'Instruction et des Beaux Arts.

Présents : M. Cheffaud, Directeur de l'Instruction et des Beaux Arts, Méd. Colonel Saulnier, Drs Disegni, Lamarche, Perez, Spezzafumo, Hayat, Masselot, Barouch, Cohen-Boulakia, Benmussa, Guez, Bardou, Scemla, Cohen Hadria, Moatty, Marouani, Sfez, Caruana, Slim, Almanza Demirleau, Brun Di Vittorio, A Debbasch, Bellaiche, Bonan, Tremsal Mme Raymond De Gentile, Mlle Berthézène, Méd. Commandant Coulon, Broc, Méd. Lieutenant Garnier, Chauvin, Mazères, Lalloum, Uzan Sanon, Méd. Commandant Martin, Henry, Balozet, Ruggiero, Deleuil, Buchler, Attal, Brandebourg, Méd. Capitaine Tanguy, Coursières, Laclavetine, Diratz, Cherouvier, A Calò, Minguet, Coupin, Chemla.

ORDRE DU JOUR :

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

M. Cheffaud, Président d'Honneur, rappelle tout l'intérêt qu'il a toujours porté au cours de sa carrière, aux sciences médicales, en particulier à Tananarive au cours des épidemies de peste.

Allocution du Médecin Lieut-Colonel Saulnier, Président annuel

MM. et Chers Confrères,

J'ai le très agréable devoir, en ouvrant cette séance, de souhaiter, en votre nom, une respectueuse et cordiale bienvenue à M. le Directeur Général de l'Instruction Publique, M. Cheffaud, qui a bien voulu accepter, avec une spontanéité et une affabilité auxquelles mes collègues du Bureau et moi-même avons été particulièrement sensibles, la Présidence d'Honneur de notre Société.

Pour nous donner une marque tangible de ses bienveillantes dispositions à l'égard de nos efforts, il a bien voulu se détourner un instant des ses lourdes et multiples obligations pour venir, au milieu de nous, présider cette séance.

Je suis certain d'être l'interprète de votre pensée unanime, en lui disant combien nous sommes heureux de l'accueillir et en l'assurant de nos sentiments de très vive et très respectueuse gratitude.

Absent de Tunis lors de la séance d'ouverture de l'Année 1938, je n'ai pu, à mon très vif et très sincère regret, me conformer à la tradition, et répondre aussitôt aux paroles aimables prononcées, à l'adresse des Membres du nouveau Bureau, par notre Président sortant, notre très sympathique confrère M. le Docteur Ruggiero. Vous avez bien voulu agréer les excuses qu'il vous a présentées de ma part. Je vous en remercie très vivement.

Je vous dois, mes Chers Confrères, de vous exprimer les sentiments de très sincère gratitude que m'inspire la confiance que vous avez bien voulu me manifester, en m'appelant à assurer, pour l'année qui vient de s'ouvrir, la présidence de vos délibérations. C'est pour moi un très grand honneur, dont je suis extrêmement touché. Mais je manquerais à mes devoirs et à mes sentiments si je ne m'empressais de reporter cet honneur sur les mérites de mes camarades, anciens et actuels, du Corps de Santé Militaire de Tunisie, à la fidèle et loyale collaboration desquels, par delà ma personne, vous avez voulu rendre hommage.

Je m'efforcerai, mes chers confrères, de répondre à la confiance que vous m'avez ainsi témoignée. En appelant, aux fonctions de Président, un militaire, par définition même désintéressé et indépendant vis-à-vis des questions d'Ecole ou de personne, vous avez voulu manifester votre désir de maintenir à vos réunions cette ambiance de haute, sereine et impartiale objectivité qui les caractérise. On ne saurait, certes, exclure l'ardeur, parfois passionnée, des discussions. Voit-on souvent deux Médecins d'accord ? Le développement de l'esprit critique n'est-il pas à la base même de la formation médicale ? Il est du moins nécessaire que les idées puissent s'affronter librement, courtoisement, allant au-devant de la bienfaisante et féconde controverse, avec le seul souci d'apporter une part contributive à l'effort de recherche scientifique contemporain. Il n'est que juste, à cet égard, de rendre pleinement hommage aux efforts de nos confrères.

Nouveau-venu parmi vous, et, de par mes fonctions, entièrement indépendant, je puis, sans courrir le risque d'être

taxé de partialité ou de flatterie, vous dire la très réelle et très sincère admiration que j'ai éprouvée, dès ma prise de contact avec votre société, à constater la belle tenue de vos séances la richesse de documentation des communications présentées, le caractère judicieux et pondéré de la plupart des interventions, et la verve étincelante de certaines d'entre elles, — toutes conditions qui valent à la Société des Sciences Médicales de Tunis, parmi les diverses Sociétés savantes de France et de l'Etranger, une place privilégiée.

Cette renommée est, incontestablement, le fruit de cette ancienne et constante tradition d'entente qui unit, dans une même pensée de collaboration confraternelle, tous les membres du corps médical de Tunisie, quelle que soit leur nationalité et quelle que soit leur religion, et il convient de les en féliciter hautement.

Le prochain congrès des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord, qui tiendra ses assises à Tunis en Avril prochain, va apporter une nouvelle consécration Officielle à la valeur des travaux de notre Société. Il importe que ce congrès représente, pour la Société des Sciences Médicales de Tunis, tout le succès que nous sommes en droit d'en attendre. Votre Bureau, mes chers confrères, s'y emploiera de toute son activité et de toute son ardeur. Mais il ne faut pas se dissimuler que nos efforts seraient vains, si chacun de nous, dans sa sphère, ne savait s'imposer d'accomplir l'action de propagande, mieux encore, d'apostolat, nécessaire. Sachons nous unir étroitement dans ce but commun. Serrons-nous autour du Président élu du Congrès, notre sympathique et vénéré confrère M. le Docteur Burnet, Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, à qui je tiens à exprimer ici, au nom de tous, notre désolation profonde de l'accident navrant qui le tient actuellement immobilisé, et nos souhaits les plus cordiaux et les plus ardents de rapide et complet rétablissement.

Puisse notre union apparaître, à cette occasion, comme le vivant symbole de notre esprit de collaboration scientifique, et, en prouvant l'intensité de notre vitalité, témoigner de notre attachement passionné à l'idée de progrès, pour le plus grand bien de l'humanité.

Sommaire des Communications

Page

Drs Bonan et Slim : Leucémie et tuberculose 218

Drs Raymond De Gentile et Cohen Boulakia. — Un cas de décollement de la rétine guéri (présent. de malade) *Drs Demirleau et Médecins Capitaines Ratte et Tanguy* — Réfection des ligaments croisés du genou 224

Drs Brun et Benmussa — Volumineux calcul appendiculaire (prés. de pièces et radiographies)

Drs Benmussa et Duverger — Fracture spontanée du fémur par métastase osseuse par tumeur du rachis (présent. de pièces et de radiographies)

Dr H. Bonan — Enterroragie — Ictus — Hypérazotémie 228

Pages

Dr Maruani. — A propos du traitement par la radiothérapie de la sudation exagérée des mains et des pieds 231

Dr Sicart. — Paludisme larvé — Paludisme à forme pseudo-tuberculeuse 234

Drs Benmussa et Tavernié. — Un cas de néphrose lipoidique chez un enfant de deux ans (Paraîtra dans un prochain numéro)

Drs Broc et Caruana — Syphilis et tuberculose pulmonaire chez le musulman tunisien. (Paraîtra dans un prochain numéro)

Drs Brun et Scemla. — Césarienne basse, avec incision transversale du segment inférieur. (Paru dans le dernier numéro)

Leucémie myéloïde et Tuberculose

par les Docteurs

BONAN et **SLIM**

Médecin des Hôpitaux — Interne Hôpital E. Conseil

Ayant eu l'occasion d'observer, un cas de leucémie myéloïde avec tuberculose, nous désirons poser devant vous la question si intéressante du rapport entre ces deux maladies.

Histoire de la maladie :

Mohammend ben Salah, ouvrier âgé de 55 ans entre dans le service du Dr Bonan à l'hôpital E. Conseil, le 6 janvier 1937 parce que vers la fin décembre 1936, il a vu son abdomen augmenter peu à peu de volume et son visage devenir plus pâle.

Dans ses antécédents on ne découvre rien de précis ou de caractéristique.

A l'examen, deux signes attirent l'attention :

1° la pâleur siégeant à la face et aux mains, assez marquée au niveau des ongles et aux conjonctives.

2° l'ascite : un ventre tendu en obusier avec déplissement de l'ombilic, circulation veineuse collatérale en tête de méduse, matité des deux flancs, à limite supérieure convexe passant au dessus de l'ombilic, une peau lisse et luisante. Cette tension abdominale empêchait de palper le foie et la rate au sujet desquels la per-

cussion ne donnait aucun renseignement; pas un signe du glaçon non plus. Mais foie et rate, après ponction de l'ascite apparaîtront très augmentés de volume. Le foie est alors percutable du 7e espace intercostal jusqu'à 4 traverses de doigts au dessous du rebord costal. Il n'est ni dur ni douloureux. La rate, énorme, mobile, sans être très dure descend jusqu'au crêtes iliaques et son bord antérieur,, échancré, dépasse la ligne blanche.

Par ailleurs quelques ganglions inguinaux anciens et mobiles. On note aussi l'existence d'un lipome de la grosseur d'une noix, évoluant peu, siègeant au dessous et en arrière de l'oreille gauche.

Le malade n'a jamais beaucoup toussé ni craché. A l'auscultation des poumons, on trouve quelques râles ronflants et sibilants disséminés. La percussion révèle une matité aux 2 bases plus nettes à droite qu'à gauche. L'existence d'épanchement bilatéral est confirmé par la ponction qui permet de retirer un liquide jaune citrin.

Au point de vue cardiaque, on note seulement un asssourdissement des bruits du cœur; la tension artérielle est de 11-6 au Pachon avec indice oscillatoire normal.

L'examen neurologique n'apporte aucun élément important.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. On note un léger œdème des membres inférieurs et plus tard on verra apparaître un lèger œdème des paupières.

La température oscillant entre 36°5 et 38° conservera ce rythme pendant toute la durée de la maladie, dépassant rarement 38°5. Mais l'état général du malade, par ailleurs dyspnéique est loin d'être satisfaisant.

En résumé, pâleur, grosse rate, gros foie, ascite épanchement pleural bilatéral, mauvais état général, tel est les le tableau clinique présenté par notre sujet, et cliniquement il était difficile de poser un dagnostic complet et précis.

Recherches de Laboratoire :

Aussi plusieurs examens de laboratoires furent faits. Un dosage d'urée donnera le chiffre de 0.342. L'examen des crachats fut négatif quant à la recherche des B. K. La réaction de Henry douteuse et celle de Villain négative le 15 janvier 1937 devinrent la 1re faiblment positive et la 2e positive un mois et dix jours plus tard. Ici, nous nous permettons d'ouvrir une parenthèse au sujet

de ces réactions. Notre expérience personnelle nous permet d'affirmer que toute réaction de Henry négative élimine l'existence d'un passé paludéen, mais que les réactions positives peuvent se rencontrer au cours d'autres affections assez nombreuses. C'est ce qui explique les variations de ces réactions au cours de l'évolution de la maladie.

Par ailleurs, chez notre malade, absence d'hématozoaires.

Une numération globulaire donna les résultats suivants :

Dosage de l'hémoglobine: 60 %
Valeur globulaires: 1
Globules rouges: 2.790.000
Globules blancs: 248.000
se répartissant ainsi :
Polynucléaires neutrophiles: 43 %
Polynucléaires basophyles: 1 %
Lymphocytes: 2 %
avec présence de :
Cellules primordiales: 17 %
Promyélocytes : 30 %
Myélocytes neutrophyles: 7 %

A la suite de cette constatation le diagnostic de leucémie myéloïde fut posé et le malade subit six séances de radiothérapie profonde de la région splénique le 5, 8, 10, 12, 15 et 17 février 1937.

Des numérations globulaires successives furent faites, nous en donnons les résultats respectifs dans le tableau suivant :

	29-1-37	12-2-37	20-2-37	5-3-37	12-3-37
Hémoglobine	60 %	60 %		60 %	60 %
Valeur globulaire	1	1,3		1,3	0,9
Globules rouges	2.790.000	2.170.000	3.782.000	2.480.000	3.269.000
Globules blancs	248.000	96.100	155.000	37.200	7.750
Poly neutrophiles	43 %	62 %	42 %	58 %	72 %
» éosinophiles			1		
» basophiles	1		1		1
Mononucléaires (grands, moyens, petits)		7	52	12	13
Lymphocytes	2	13	1		
Myélocytes	7			19	9
Promyélocytes	30			3	
Cellules primordiales	17	18		19	9
Globules rouges nucléés		1	1		

Nous en extrayons les principales caractéristiques :

le nombre des globules rouges est passé de 2 à 3 millions environs, celui des globules blancs de 248.000 à 7.750; l'absence de éosinophylie, la présence constante de myélococytes variant de 7 à 19 éléments; celle également de promyélocytes, de cellules primordiales et même la présence d'un globule rouge nucléé.

Il est à remaquer que cette formule sanguine, au cours de son évolution a tendu vers la normale.

Quant au liquide péritonéal — la 1re ponction en a retiré 14 litres — il était jaune citrin, de nature exudative, séro fibrineux, à réaction lymphocytaire et où l'examen cythologique n'a rélevé ni pus ni B. K. ni d'autres microbles. Ce liquide d'ascite tarit peu à peu sous l'influence de la radiothérapie. L'inoculation au cobaye en a été faite le 16 et le 18 février 1937 aux doses respectives de 10 te 15 cc. Le cobaye reste en excellente santé; il est sacrifié 50 jours après l'inoculation et son autopsie montre le résultat suivant:

Pas de péritonite; quelques adhérences hépatiques en plusieurs endroits; un des lobes présente une petite érosion à sa périphérie; ce minuscule nodule est écrasé entre deux lames qui sont colorées au Ziebel Nielsen. Leur exament microscopique montre la présence de bacilles de Koch flexueux groupés par 2 et 5 éléments.

Le liquide pleural à réaction lymphocytaire avec forte proportion de mononucléaires a été également inoculé au cobaye le 16 et 18 février 1937. Celui ci sacrifié 50 jours plus tard n'était pas tuberculisé.

Ces différents examens nous ont permis d'affirmer chez ce malade la coexistence de leucémie myéloïde et de bacillose sérique

Evolution :

L'état général du malade nous alarma de plus en plus et le 13 mars nous avons noté l'apparition de gingivorragies, de 3 ou 4 épistaxis peu abondantes et de plusieurs tâches ecchymotiques de dimensions variant de celles d'une pièce de 50 centimes à celles d'un franc, siègeant à la face postérieure des avant-bras.

Le signe du lacet était négatif et le temps de saignement normal.

Notre malade devint plus dyspnéique le 15 et le 16 mars. Il succomba le 17 mars 1937 et avons pu en faire l'autopsie.

Anatomie pathologique

Les poumons étaient tuméfiés et spumeux, avec de fortes adhérences de voisinage sur toutes leurs faces. Aucune trace de granulations ou de lésions cavitaires ou calcifiées.

Le cœur était petit et sans lésions valvulaires.

L'estomac présentait quelques taches hémorragiques et de fortes adhérences péritonéales; il en était de même et surtout pour le colon dont la paroi très développée pouvait mesurer 2 cm d'épaisseur environ.

Le foie et la rate étaient énormes, de couleur normale, non congestionnés, mous et sans traces de sclérose ni de granulations; le foie pesait 3 kg 200 et la rate 1 k 500.

Des fragments de ces divers organes ont été confiés à l'examen anatomo-pathologique qui y a décélé des lésions d'inflammation chronique avec présence de nombreuses cellules géantes.

Le diagnostic de leucémie myéloïde avec association de bacillose sérique pleuro péritonéale et des organes hémato-poïetiques entrevue par l'examen clinique, précisé par les recherches de laboratoire était confirmé par l'anatomie pathologique. Leucémie et bacillose se sont donc associés pour former l'entité morbide que présentait notre sujet. Cette association est moins rarement observée depuis les travaux de Nauta, Rietti et Emile Weill. Neuta et Ritti ont pu en retrouver jusqu'à 90 cas dans la littérature médicale Mais si cette coexistence est facile à établir du point de vue clinique et biologique, la question est plus difficile à résoudre du point de vue pathogénique. En effet, la léucémie est-elle une des multiples formes sous lesquelles se manifeste la bacillose dans les différents systèmes organiques comme le seraient l'érithème noueux des jeunes filles, le lupus érythémateux, le rhumatisme articulaire, ou bien la leucémie est-elle un état morbide qui favorise l'éclosion et l'évolution rapide de la bacillose dans des organes leucémiques débilités? En d'autres termes la leucémie est-elle d'origine tuberculeuse ou est-elle une cause de la bacillose des organes hématopoïétiques, une maladie énregetique ?

Deux thèses s'affrontent à ce sujet :

La thèse classique soutient l'antagonisme entre léucémie et tuberculose; elle s'appuie sur la rareté de leur coexistence; sur le fait que l'atteinte des organes lymphohématopoïetiques ne serait

que secondaire comme dans le cas des ganglions néoplasiques fistulisés; sur le fait que la tuberculose, d'essence nécrotique, ne peut engendrer un syndrome néoplasique générateur tel que la leucémie; sur la régression de la formule leucémique et sa tendance vers la normale à mesure que progresse le syndrome bacillaire vers l'issue fatale, et enfin sur le fait que la preuve par l'inoculation au cobaye a été rarement fournie.

La thèse opposée soutenue par Nauta prétend que la leucémie myéloïde est d'origine tuberculeuse. Elle s'appuie sur le fait que leur coexistence est assez fréquente au point qu'on peu en faire une entité clinique évoluant presque toujours d'après le même schéma et se vérifiant à l'autopsie; sur le fait que les leucémies lymphoïde et aigüe elles aussi fournissent des données analogues sur l'apparition d'épanchements péritonéal et pleuraux à formule leucémique, et enfin sur la superposition topographique des lésions tuberculeuses et leucémiques dans le cas de généralisation terminale.

A la lumière de notre cas, il nous est difficile de conclure en faveur de l'une ou de l'autre thèse car nous n'avons pas pu préciser l'ordre chronologique d'apparition de l'atteinte splénique ou de l'atteinte séreuse bacillaire. Mais un fait certain c'est que l épanchement péritonéal, à formule leucémique, a tuberculisé le cobaye.

Nous pouvons cependant être enclin à conclure avec Emile Weill et Coste (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, — 1 juillet 1921 et 6 février 1925) qu'il est possible que certaines leucémies soient déclanchées par la tuberculose, mais il est possible aussi que le système hématopoïetique leucémique, devenu si fragile, se laisse envahir par la bacillose, comme par toute autre infection, bacillose caséeuse ou séreuse celle-ci très fréquente chez les Tunisiens musulmans et évoluant rapidement vers la mort.

Réfection des ligaments croisés du genou par l'opération de Hey Groves

par le Docteur Jean DEMIRLEAU
Chirurgien Chef de l'Hôpital E. Conseil
et les Médecins Capitaines RATTE et TANGUY
Chirurgien et Radiographe de l'Hôpital Louis Vaillard

En Août dernier, quand l'un de nous faisant une période, eut l'honneur de remplacer le Médecin Commandant Debrie ,entra à l'hôpital militaire du Belvédère le tirailleur Larbi ben Hassen avec une dislocation complète du genou déjà ancienne puisqu'elle datait de trois mois.

C'est un garçon solide, qui en faisant du saut en hauteur, est mal tombé sur ses jambes et s'est fait une entorse du genou gauche.

A son entrée à l'hôpital il marche avec des cannes et difficilement. Il boite, son genou oscille sous lui. La station sur la jambe atteinte est impossible.

L'articulation contient peu de liquide, mais on constate d'importants mouvements de latéralité, ainsi qu'un mouvement de tiroir considérable. Quoique moins marqué, il existe aussi à droite.

Le traitement par le repos ayant échoué, le blessé entre dans la catégorie de l'entorse grave ancienne, l'indication à intervenir nous paraît formelle, et seule capable de permettre à ce soldat de rester dans l'armée.

Rappelons à ce propos les conclusions de Padovani, d'une revue générale sur les entorses du genou, parue en Janvier 1934 dans la Gazette des Hôpitaux.

« En présence d'une entorse grave ancienne avec persistance de gros mouvements anormaux gênant considérablment la marche, il faut de toute nécessité intervenir sauf si l'état général du malade contr'indique l'acte chirurgical.

Si dans les entorses graves récentes les plasties ligamenteuses présentent relativement peu d'indications, au contraire dans les entorses anciennes on devra y avoir plus souvent recours. »

Quelle intervention doit-on faire ? Les avis sont extrêmement partagés. Voilà ce qu'en dit Padovani : « Certains auteurs se con-

tentent de pratiquer la simple ablation d'un ligament croisé rompu, suivie de suture exacte des ligaments périarticulaires.

Toutefois un assez grand nombre de chirurgiens jugent que la simple suture des ligaments latéraux dont les lésions sont depuis longtemps cicatrisées est peut-être bien insuffisante et qu'il est préférable d'avoir recours à l'opération de Hey Groves.

Il semble que l'on puisse ainsi résumer les indications en cas d'entorse ancienne :

S'il y a des troubles douloureux sans mouvements de latéralité marqués, dûs à une fracture de l'épine tibiale, on devra faire la simple ablation du fragment osseux et du ligament qui s'y attache. Si au contraire il existe des mouvements anormaux étendus, il faut avoir recours à l'opération de Hey Groves qui a donné entre les mains de nombreux auteurs d'excellents résultats. »

Trouvant l'opération de Hey Groves particulièrement indiquée dans notre cas, et l'un de nous l'ayant déjà pratiquée plusieurs fois avec succès, nous décidâmes d'intervenir.

Bien qu'ayant à deux reprises ouvert l'articulation en enlevant la tubérosité antérieure du tibia en queue d'aronde ce qui est fort séduisant, nous avons trouvé plus simple de prendre la voie transrotulienne, ce qui est très rapidement fait et permet une reconstitution excellente.

L'articulation était explorée, elle montrait des lésions d'arthrite traumatique et des croisés en mauvais état, mais non rompus.

Prolongeant l'incision cutanée en dehors, haut vers la cuisse, nous prélevâmes de bas en haut une bandelette de fascia lata pédiculée en bas. (Elle doit avoir au moins 25 cm.)

A l'aide d'une chignolle et d'une mèche de 8 mm un trou fut percé à travers le condyle externe, l'entrée au-dessus et en dehors du condyle, la sortie dans l'échancrure intercondylienne, d'arrière en avant.

Un deuxième trou perforait ensuite le tibia au niveau de l'épine pour ressortir au niveau du plateau tibial interne très en avant.

La bandelette de fascia est alors passée dans le tunnel osseux, reconstituant exactement le ligament croisé postero interne.

Un point délicat est le degré de tension qu'on doit donner à ce nouveau ligament. Il doi têtre très tendu au point de rendre la

flexion du genou un peu difficile, mais tout de même un certain degré de flexion doit être possible.

Ensuite il faut fixer ce ligament. Pour cela nous plaçons une pince sur le ligament juste à sa sortie de façon à maintenir la tension, puis on perce un troisième trou intra-osseux en séton dans le condyle fémoral interne.

Passant de nouveau le ligament dans son intérieur, on le rabat sur le tibia et on le fixe par quelques points de fil de lin solide au niveau de la capsule.

Ayant ainsi complété la reconstitution du croisé par un double ligament latéral interne bien tendu, l'articulation est ensuite reconstituée plan par plan. La synoviale au catgut fin, la capsule au fil de lin. De plus elle est ressérrée latéralement très forlemnt.

Le malade fut mis dans une attelle de Boeckel pendant dix jours au bout desquels on commença la mobilisation, les suites ayant été particulièrement simples.

Après une phase de rééducation, nous vous présentons le blessé dont la récupération est à ce point satisfaisante qu'il est maintenu dans le service armé.

Son genou a presque repris sa forme, son quadriceps est presque normal. La marche se fait sans difficulté, et la station sur le pied malade est possible.

Quant aux mouvements anormaux, vous pouvez constater qu'il n'y a pas de mouvement de latéralité en extension complète.

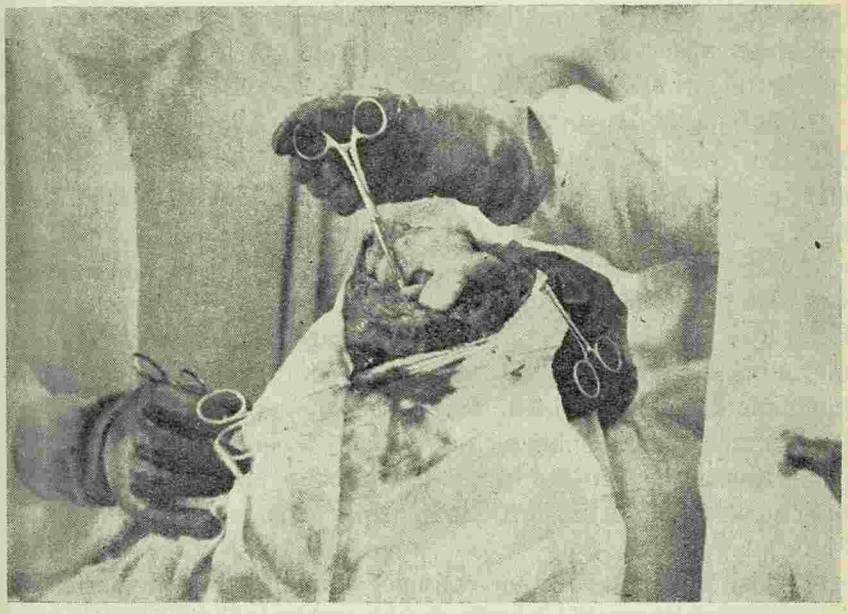
Seul existe le mouvement de tiroir mais il n'est pas plus marqué que du côté sain.

Ceci prouve une fois de plus que les ligaments croisés ne sont pour rien dans le mouvemnt de tiroir.

Ayant fait il y a deux ans une opération de Hey Groves à un malade qui présentait un mouvement de tiroir qu'il provoquait spontainément en contractant son biceps, nous eûmes la surprise de constater la persistance de ce mouvement malgré une intervention de Hey Groves très satisfaisante. Finalement on reitervint et on constata la parfaite reconstitution du ligament croisé qui n'empêchait pourtant pas le mouvement de tiroir.

L'articulation était en très bon état, la section transrotulienne ne se voyait même plus. Nous avons pris des photographies qui montrent bien le ligament croisé.

Néanmoins nous pensons que la reconstitution du ligament croisé suivant cette technique est une excellente opération et qu'elle permet mieux que n'importe quel procédé de reconstituer en plus du ligament croisé le ligament latéral interne.



Pour terminer nous voulons rendre hommage à l'hôpital Militaire où il nous a été possible de pratiquer avec succès une intervention articulaire de cette envergure. Il ne faut pas oublier que le succès de l'opération de Hey Groves dépend avant tout de l'asepsie, et que l'asepsie doit être plus que rigoureuse pour obtenir la cicatrisation par première intention d'une intervention qui comporte un champ opératoire aussi vaste, qui demande des évolution aussi étendues et dans laquelle la moindre faute peut causer une catastrophe.

Notre intervention a duré 1 h. 30 et la stérilisation du matériel fut si parfaite qu'il n'y a pas eu le plus petit incident post-opératoire.

Bientôt entièrement modernisé grâce à l'initiative du Médecin Colonel Baur, le service de chirurgie de l'hôpital Militaire, d'excellent qu'il était va devenir un centre chirurgical moderne.

Enterroragie - Ictus - Hypérazotémie

par le Docteur Hector BONAN

Médecin des Hôpitaux de Tunis

Enterroragie, Ictus, hyperazotémie, ces 3 ordres de fait se trouvent rassemblés dans l'observation que j'ai l'honneur de vous présenter, observation d'une grande rareté, qui permet d'amorcer l'étude de problèmes pathologiques et thérapeutiques importants.

Madame C... âgée de 55 ans nous fait appeler d'urgence le 25 Mai 1937, parce qu'elle vient d'émettre une selle abondante, noire marc de café. Son entourage averti affirme l'hémorragie intestinale.

Nous apprenons en effet que déjà à 2 reprises différentes à 4 années d'intervalle la malade a eu des mœlœnas impressionnants On aurait parlé après contrôle radiographique d'ulcus duodénal qui aurait été traité par le Bismth et amélioré. L'exament systématique montre un abdomen souple sans aucun point douloureux, les organes sont indemnes cliniquement, le pouls est à 92, la décoloration de la peau et des muqueuses peu prononcée, on relève seulement un clangor aortique marqué et une hypertension de 22/12 au Vaquez.

Ainsi on se trouve en présence d'une malade hypertendue faisant une hémorragie intestinale et ayant un passé digestif caractérisé par des périodes douloureuses à type de brûlures survenant 3 à 4 heures après les repas, brûlures calmées immédiatement par les alcalins.

Dans la journée du 25 Mai, 3 selles sanglantes sont émises de 300 gr environ chacune.

Le 26, la malade fait 2 mœlœnas. Le pouls est à 120 la tension 19/9.

Le 27, un seul; le pouls est à 120, la tension 16/9; à partir de ce jour et pendant une semaine il y aura arrêt complet des matières.

La malade a une pâleur cireuse avec décoloration des muqueuses, l'état général est très atteint, le pouls est rapide à 120, la température à 37.8, la tension artérielle tombe à 15/8.

Le 28 Mai l'attention est attirée par une légère déviation de la face la malade, accusant des fourmillements de l'extrémité des doigts de la main gauche et une légère parésie du côté gauche; on

met en évidence un babinski net, une exagération des reflexes et de la trépidation épileptoide du pied et de la rotule.

Un ictus se trouve constitué, qui en quelques heures va se caractériser de plus en plus. On pratique un examen du sang qui révèle un chiffre d'urée très marqué 1.40; la glycémie est de 1.50, le chiffre des chlorures est légèrement diminué; le rapport étant de 0.43.

Il y a une anémie hypochrome avec 2.300 gl. rouges un taux hémoglobine à 60 % et une valeur globulaire à 0.70.

Les urines indiquent la présence de 3 gr de glucose, une albuminurie discrète à 0.10, mais pas de cylindres.

Le 1 Juin, l'ictus commence à se dissiper, la force musculaire revient au mebre supérieur d'abord puis au membre inférieur, les signes neurologiques vont durer encore une dizaine de jours, seuls persisteront pendant des semaines les fourmillements à l'extrémité des doigts et la sensibilité tactile restera longtemps encore diminée.

Le 2 Juin l'urée dans le sang est de 0.90 la Tension étant à 18

Le 4 Juin l'urée dans le sang est de 0.75 la Tension étant à 20

Le 6 Juin l'urée dans le sang est de 0.60 la Tension étant à 21

Le 8 Juin l'urée dans le sang est de 0.40 la Tension étant à 21

A cette date la malade est considérée comme guérie. Enterroragie, Ictus hyperazotémie ayant disparu totalement. Il y a lieu de penser que l'hémorragie intestinale est bien la première en date, qu'elle a duré 3 jours, que l'ictus n'est apparu qu'à la fin de l'émorragie et que l'hypérazotémie qui a été décélée à la même période a disparu en l'espace de 8 jours.

L'Ictus est-il secondaire à l'Hémorragie Intestinale ?

L'Hypérazotémie est-elle rénale ou extra rénale ?

Quel est son pronostic ?

Hémorragie, Ictus, Hypérazotémie ?

Y a-t-il corrélation entre ces 3ordres de fait ?

Telles sont les questions qui se posent.

En 1931 Worms dans sa thèse étudie bien les accords nerveux consécutifs aux pertes de sang et il conclut ainsi :

Les accidents nerveux que l'on peut voir sont d'une grande variété; tantôt des signes d'une lésion en foyer; tantôt des signes de destruction corticale diffuse ou d'atteinte du seul faisceau pyramidal d'où l'intérêt qu'il y a, chez tous les sujets ayant perdu du

sang en abondance de rechercher le signe de Babinski. Pour que l'accident nerveux se produise il faut en plus de l'hémorragie un facteur local (lésions cérébrale chronique) ou général (surtout affection hépatique). L'examen anatomique est dans ces cas tout à fait négatif l'autopsie n'ayant jamais montré aucune lésion. Le traitement essentiel est la transfusion du sang.

Quant à l'hyperazotémie, elle n'a été étudiée en France et tout récemment que par Cain et R. Cattan, à l'étranger les principaux travaux sont ceux de Sanguinetti en Argentine, de Christiansen, Ingigno, Beyler, Brdst et Alsted; leurs conclusions sont à peu près les mêmes. Il existe indiscutablement une azotémie post-hémorragique dont la plupart des auteur fait une azotémie extra rénale. En général elle est cliniquement latente et disparaît rapidement. Cette azotémie s'accompagne d'un trouble important de l'excrétion des chlorures, achlorémie pour certains et Bordst hyperchlorémie. Mais ce qui importe le plus, c'est l'élément pronostic. Trop souvent on attribue à ces azotémies une gravité qu'elles n'ont jamais, (on a vu rétrocéder des azotémies de 2.40). Il s'agit toujours d'un surmenage rénal du à la digestion des protéines du sang : un rein tant soit peu insuffisant fait de l'azotémie très facilement qui disparaît par le régime auquel on soumet ces malades.

Aussi nous pouvons conclure d'après les travaux précédents qu'une Hemorragie abondante peut déclancher soit un ictus (Worms) soit de l'hyperazotémie (auteurs étrangers) soit comme dans notre observation, ictus et hyperazotémie associés.

Les conséquences thérapeutiques sont les suivantes :

1°) Dans les cas de post-hémorragie il y a lieu de rechercher attentivement le Babinski et dès son apparition de pratiquer une transfusion sanguine susceptible de faire régresser les troubles nerveux.

2°) Il y a lieu de rehercher également l'urémie et dans le cas de chiffre d'urée élevé de maintenir ces malades malgré leur forte anémie à un régime hypoazoté de manière à éviter le surmenage rénal.

Ces considérations pathogéniques et thérapeutiques m'ont paru suffisament intéressantes pour être mises en relief devant vous.

A propos du traitement par la radiothérapie de la sudation exagérée des mains et des pieds

par le Docteur MARUANI

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous entretenir d'une affection relativement fréquente et qui constitue, pour ainsi dire, une infirmité : l'hyperhidrose

L'hyperhidrose, consiste, dans la secrétion excessive des glandes sudoripares; cette secrétion quand elle est localisée, elle s'appelle éphidrose, elle peut donc être palmaire, plantaire ou axillaire. L'éphidrose plantaire, devient l'objet d'une gêne terrible pour tout le voisinage du malade à cause des fermentations qui se produisent dans la chaussure.

L'éphidrose palmaire, rend la main moite, humide et désagréable au toucher. La sueur est secrétée constamment et se renouvelle au fur et à mesure qu'on l'esssuie. Elle s'accentue énormément pendant l'été. Elle s'exagère ausi sous l'influence des émotions.

Au surplus, ceux qui en sont atteints, craignent, en serrant la main, de montrer leur infirmité et de ce fait deviennent des émotifs.

Au mois de juin dernier, j'ai eu à m'occuper d'un malade atteint d'éphidrose palmaire. Son état était particulièrement marqué, puisqu'il m'écrivait ceci : « quand la température est un peu élevée, je perds presque totalement mes capacités de travail; je constate avec désespoir que par contre, les autres personnes restent dans leur état normal. La sueur coule de mes doigts et mouille tous les papiers que je remets aux clients du bureau dans lequel je travaille. »

J'ai soigné ce malade, en lui faisant une application de rayons X, sur les deux mains, il a reçu 200 r, bien filtrés à 55 cm de distance. Je l'ai revu ces jours-ci à mon cabinet, où il est venu me remercier, ayant passé un été convenable, avec des mains à peu près sèches.

J'avais auparavant, soigné de nombreux cas, d'éphidrose, par les produits chimiques comme le formol ou le permanganate; la

prise orale d'atropine associée à l'ionisation de sulfate d'atropine, sans obtenir de résultats sensibles. Plusieurs fois, j'avais fait de la radiothérapie sur la colonne vertébrale; avec résultats moyens; mais cette fois-ci, les résultats sont nets, et probants. Il faut donner une dose d'environ 200 r.. bien filtrés et à grande distance, pour obtenir sans brûlure une atrophie moyenne des glandes sudoripares.

J'avais toujours hésité à le faire, mais depuis que j'ai modifié mon installation de radiothérapie et surtout depuis que j'ai un excellent appareil de dosage, je me sens le courage d'entreprendre des traitements pareils.

Cette observation est interessante pour trois raisons; parce qu'elle montre : 1° qu'on peut tout de même soigner des malades que souvent on voit de loin et auxquels on prescrit négligeamment, de l'atropine ou des badijeonnages de formol; 2° qu'avec une technique précise, on peut, sans crainte, soigner ces malades et leur donner une dose de rayons convenable; 3° de gens émotifs, effacés, on peut en faire, par le simple jeu, d'une séance de radiothérapie, des personnes bien posées et qui ne craignent pas de tendre une main franche et loyale.

Messieurs,

Je voudrais vous dire encore deux mots, excusez-moi d'abuser encore de vos moments.

Il y a deux ans, Madame Armand Guillon, avait eu l'idée très heureuse de visiter toutes les œuvres privées et publiques où l'on soigne les malades indigents. J'avais eu l'honneur, avec mes camarades de la Fondation St Vincent de Paul, de recevoir Madame la Résidente, et prenant la parole, je lui avais tracé toute l'utilité qu'il y a à créer d'une manière assez urgente un centre anti-cancéreux dans notre pays. Madame Guillon m'avait assuré qu'elle ferait de son mieux.

Entre temps, j'ai acheté une installation de radiothérapie et une quantité suffisante de radium pour le traitement du cancer localisé, soit par radiumpuncture, soit par appareil plat.

Dernièrement, Mr Brun, a pris la parole dans une enceinte extra-médicale, et a dit tout ce qu'il pense de la lutte anti-cancé-

reuse; je le remercie ici, d'avoir appuyé de son autorité ce que j'avais dit à Madame Guillon.

Tout ceci, pour vous demander, si vous voulez bien, Monsieur le Président, et mes chers Confrères, me permettre de vous dire en deux ou trois séances, à nos prochaines réunions, ce qu'est le radium, ce qu'est la radiothérapie et ce qu'est la dernière arrivée dans ce domaine des agents physiques, la diathermo-coagulation.

Je voudrais, vous en parler, non pas que je me crois plus renseigné à ce sujet que d'autres camarades, mais pour montrer à nos confrères présents aux séances de la Société et à ceux qui liront la revue, ce que sont ces méthodes thérapeutiques, la manière de les appliquer convenablement, sans brûlures et sans danger pour le patient, et enfin quelle en sont les indications précises. Ces méthodes, sont trop récentes pour que chacun de nous, pris dans sa clientèle, puisse les connaitre complètement, les prescrire à ses malades dans les cas où ceux-ci en ont besoin.

J'ai cru de mon devoir, d'en faire le point, dans l'enceinte privée de notre Société et de dire, sans ambition, et le plus simplement possible ce que j'ai appris pendant de longs mois, à la Fondation Curie et après de mon maître Roux-Berger, remarquable chirurgien, absolument spécialisé dans la chirurgie du cancer.

Discussion :

Dr Disegni. — On traite ces affections par des générateurs qui datent depuis longtemps et surtout par les appareils de Roentgenthérapie (Rayons limites.

Paludisme larvé
Paludisme à forme pseudo tuberculeuse

par le Docteur SICART

Si les différents auteurs discutent sur le mécanisme spécifique du pneumo-paludisme, ils sont tous d'accord pour constater cliniquement son existence. Mais ils n'ont eu toujours en vue que les formes de la pneumonie paludéenne, ou les congestions pulmonaires dans les accès pernicieux ainsi que les lésions bronchiques à allures aïgües.

Il est évident que les deux infections peuvent se trouver réunies chez un même malade, nous laisserons de côté ces formes mixtes, pour nous occuper de celles où les symptomes cliniques orientent le diagnostic vers la tuberculose pulmonaire, alors que la maladie est provoquée exclusivement par l'hématozoaire.

A notre connaissance une seule observation a été publiée touchant cette forme de paludisme larvé par Mesnard, Stéfani et Le Meillour, dans le bulletin de la Société de Pathologique Exotique de 1927, et pouvant se résumer ainsi : Une femme de Malabar, âgée de 30 ans, présentant des signes stéthacoustiques, une expectoration abondante, parfois teintée de sang, accompagnée de fièvre vespérale, avec mauvais état général. Un tel tableau clinique faisait penser à une évolution tuberculeuse, surtout que l'examen radioscopique montrait à la partie moyenne du poumon droit, une zône pommelée triangulaire avec une image de cavité discutable. Absence de B. K. dans les crachats, mais schizontes de PL. Falciparum dans le sang. Grâce à un traitement quinique intensif. les signes plumonaires disparaissent, et l'état général se relève rapidement. Parallèlement on note l'atténuation de l'image radioscopique. Les auteurs concluent « qu'il est permis de penser que l'hématozoaire de Laveran n'était pas étranger à l'apparition des lésions pulmonaires si rapidement influencées par la quinine ».

J'ai pu réunir deux observations rentrant dans ce cadre, observation préfacées pour ainsi dire par une autre, qui trop incomplète pour être retenue, a servi à attirer mon attention sur ces formes. En 1925 : Un Khamés de l'Henchir Beni-Ghézin près de Kélibia se présenta à la culsultation de Menzel-Temime pour crachements de sang. Son histoire peut se résumer ainsi : Malade depuis deux mois, fièvre presque quotidienne, nocturne, avec

sueurs, toux émétisante, amaigrissement. A l'auscultation râles fins du sommet gauche. Son aspect amaigri et les constations cliniques faisaient penser à une tuberculose. J'avais commencé à le soigner symptomatiquement sans grand espoir du reste, car chez la population de la campagne, vierge de tout contact avec le B.K., la tuberculose évolue fatalement en quelques mois. N'ayant pas de cryogénine à ma disposition et malgré l'hémoptisie je lui donnais de la quinine à petites doses, lorsqu'au marché suivant il se présenta guéri. J'avoue mon étonnement, et pensant à une localisation de l'hématozoaire sur le parenchyme pulmonaire, j'instituais un traitement quinique plus actif, ce qui confirma pleinement mes vues J'eus l'occasion de revoir pendant plusieurs années mon ex-malade et j'ai pu constater qu'il jouissait depuis d'une santé excellente.

Je n'avais malheureusement pas pratiqué l'exament du sang; ni la recherche du B.K. dans les crachats. Il me manquait donc les éléments pour un diagnostic de certitude. Néanmoins cette constatation m'avait mis en éveil.

Ce n'est que quelques années plus tard qu'il me fut donné de revoir un cas rentrant dans le cadre de la forme pseudo-tuberculeuse (décembre 1932).

Braïk Oune 30 ans Khamès à l'Henchir Goubba (Kélibia) malade depuis six mois. La quinine prise pendant l'été a arrêté quelques jours la fièvre. Mais depuis trois mois il ne peut plus travailler, et son patron me l'amène à l'hôpital pour qu'il y termine ses jours. Le malade ne plus marcher, il est amaigri cachectique, il tousse continuellement, présente chaque soir de la fièvre et des sueurs profuses après minuit. Expectoration muqueuse, appétit nul, pas de vomissements, àl'auscultation bronchite diffuse. Les premiers jours est soigné symptomatiquement; mais une analyse des crachats n'ayant pas rélévé de B.K. et de plus ayant constaté une légère splénomègalie (rate I) l'examen de sang pratiqué révèla la présence de PL Malariaé (gamétes et schizontes). Traité par l'atébrine per os, il guérit en quatre jours, voit disparaitre la toux, les signes pulmonaires, et sort sur ses jambes 15 jours après le début du traitement (atébrine-arsenic) avec un état général satisfaisant. Revu un an après il était toujours en bonne santé.

Zohra bent Hattab (Mai 1934) 13 ans mais en paraissant 10 habitant Saint-Michel près de Tébourba, amenée sans grand espoir par le père qui me raconte que depuis 3 mois sa fille a de la fièvre

toutes les nuits avec sueurs vers le matin. Toux sèche pénible, expectoration à peu près nulle. La malade est très amaigrie; peau réche, lèvres décolorées, teint pâle. A l'auscultation on entend des râles fins sur toute la hauteur du poumon gauche. Le diagnostic clinique est celui de tuberculose diffuse évolutive. Mais en cours d'examen ayant trouvé une splénomégalie marquée (Rate 2) je pensais à du paludisme et pratiquais un examen de sang. Le PL Malariaé y fut décélé. J'instituais le jour même un traitement par injections de quinacrine (0 gr. 10) par jour. La fièvre disparut dès le lendemain, et en quelques jours avec un traitement par les pilules de Guiart l'état général se trouve amélioré, les signes stéthascoustiques disparurent et l'enfant eut une poussée de croissance avec augmentation de poids parallèle. A l'heure qu'il est, elle est mariée et son état général est excellent. Il faut donc écarter l'hypothèse d une tuberculose.

Voici donc deux observations de paludisme incontestable (car à la première, celle qui m'avait mis en éveil il manque la confirmation du Laboratoire) qui semblent calquées l'une sur l'autre. Il est évident que la cachexie palustre et la tuberculose à évolutive rapide offrent extérieurement de nombreux points de ressemblance La radiographie pourrait apporter une aide efficace au diagnostic différentiel, bien que dans le cas de Mesnard, Stéphani et Le Meillour elle ne semble n'avoir donné aucune indication. La conduite à tenir est donc en présence d'un malade cliniquement tuberculeux et qui présente une splénomégalie de rechercher systématiquement l'hématozoaire et même en son absence d'instituer un traitement par la quinacrine, traitement n'offrant aucun danger d'aggravation des lésions pulmonaires.

Dans les deux observations le PL Malariaé est en cause. Sa présence s'explique par la bénignité relative de ses manifestations L'accès quarte permet au malade un repos de deux jours. L'indifférence de la population indigène envers nos médications, l'apathie des malades pour entreprendre un voyage parfois assez long jusqu'au médecin, explique l'état cachectique dans lequel ils se présentent. Avec les autres Plasmodiés par contre, la gravité des accès commande une thérapeutique plus prompte et l'évolution de la maladie tend plus rapidement vers la cachexie, d'où plus d'empressement des malades et caractéristique plus nette de la cachexie

Une remarque encore c'est le peu de développement de la rate dans ces deux cas, ce qui ne correspond pas au tableau habituel de l'infection à Pl. Malariaé.

BIBLIOGRAPHIE

Armand Delille ; Paisseau, Abrami, Lemaire : Paludisme macédonien au cours de la guerre 1914-1918.

Brun (de) Beyrouth : Etude sur le pneumo paludisme du sommet *Rev. médic.* 1895

Cassade et Tardieu : 1926.

Depasse : Thèse de Boreaux 1889.

Enriquez : *Traité de Path. Interne.*

Freimann : Malaria and Tub (*J Trop Med and Hyg Juillet* 1927).

Grall et Clarac : *Traité de Pathologie exotique* 1910.

Grall et Marchoux :*Traité de Pathologie exotique*

Grasset : Thèse Montepllier 1873.

Hamelin : Thèse de Paris 1896. Etude sur le pneumo paludisme.

Kelsch et Kiener *Traité des maladies des pays chauds* 1889.

Kirilis : *Leutch Med Woch* 15 *juin* 1930.

Laveran : *Traité du paludisme* 1891 et 1907.

Letulle et Nattan Larrier 1909.

Levi-Valensi A. La tuberculose pulmonaire chez l'indigène musulman algérien adulte. *Algérie Médicale* Juin 1933.

Libéro : Malaria et Tub. *La Riforma Medica* (N°46 p. 1740).

Marchoux : In-paludisme *Traité de Patholo. Exot.*

Mazzolani : Rapport congrès Paludisme Alger 1930.

Meersseman et Rouvier : *Revue Coloniale de Médecine et de Chirurgie.* Avril 1937.

Mesnard, Stéphani et Le Meillour: *Société pathologique exotique* 1927

Mourandieu : 1932.

Niclot, Baur, Monier, Vinard et Beguet : *Commission du paludisme en Orient* 1914-1918.

Pena di Azevedo : *C. R. Soc. Biol.* 1928 T. 2 p. 888.

Raymon : Thèse de Montpellier 1910.

Tricoir : 1924.

Uzan : Thèse de Montpellier 1910.

Vincet H. et Rieux J. :*Le Paludisme. Nouveau traité de Médecine* de Roger Widal et Teissiet Tome V°.

Zimine : *Soci. path. Exot.* 1936.

Les Réactions hépato biliaires dans les Colites

par le Docteur René SCHNAEBELÉ
Médecin-Consultant à Plombières-les-Bains

Les réactions hepato-biliaires d'origine intestinale ont été longtemps méconnues, leur fréquence est actuellement démontrée.

La colite en effet est une affection essentiellement toxique tant par la viciation des sécretions intestinales que par les modifications de la flore microbienne. Un intestin irrité, par réaction de défense, secrète davantage, ouvre en quelque sorte la muqueuse à des substances qui toutes, de ce fait sont resorbées au lieu d'être éliminées et ainsi sans avoir subi de modifications, pénètrent dans le sang de la veine porte chargée de toxines dont la destruction incombera au foie. Cet organe est par conséquent soumis à un travail excessif. Serat-il capable de résister à l'afflux de produits nocifs ? fléchira-t-il ?

Le fléchissement du foie dans les colites se montre très fréquemment. Nous savons maintenant depuis les travaux de MM. Brulé et Garban (1) toute l'importance du syndrome entero-hepatique que ces auteurs ont décrit avec tant de précision. Frappés de rencontrer souvent des complications hepato-biliaires chez des sujets présentant des colopathies anciennes ils ont attiré l'attention sur cette question : « Nous pensons, ont-ils écrit, que ces faits représentent un gros chapitre de pathologie et que leur importance pratique est considérable. »

Nous croyons que la stase stercorale, que les colites chroniques sont très souvent la seule cause de troubles plus ou moins graves de l'appareil hepato-biliaire, troubles allant de la retention biliaire légère à la congestion hépatique durable et à la cholecystite aigüe ou chronique. (2)

Eclairé par les nombreux travaux de M. le Prof. Brulé, par les enseignements reçus dans son service à l'Hôpital Tenon, il nous

(1) Le Retentissement hépato-biliaire des infections d'origine intestinale — Marcel Brulé — Garban 1935.

(2) Syndromes et Diagnostic des Cholecystites d'origine intestinale — Marcel Brulé — Garban 1936.

a été permis de déceler chez grand nombre de nos malades les diverses manifestations hépato-biliaires dont l'origine intestinale est actuellemnt bien démontrée.

Nous avons constaté fréquemment chez des jeunes femmes nevropathes, amaigries, des troubles intestinaux plus ou moins graves avec des accidents hépatiques intermittents. La plupart de ces malades attirent notre attention sur des douleurs dans la région du foie mais sans faire aucunement mention de troubles intestinaux décélés seulement par un interrogatoire précis: selles irrégulières, quelquefois pâteuses suivies de vertiges.

Bien souvent nous avons découvert chez quelques malades une colopathie ancienne avec stase dans le cœcum et le colon droit — parmi ceux ci se trouvent quelques femmes et plusieurs enfants, chez ces derniers les congestions hépatiques d'origine intestinale sont particulièrement fréquentes.

C'est aussi parmi d'anciens coloniaux, au Maroc tout spécialement qu'il nous a été permis de constater un grand nombre de congestions hépatiques d'origine intestinale. L'influence du séjour dans les pays chauds, les multiples causes d'infection, de fatigue, favorisent l'apparition d'affections intestinales et de lésions hépato-biliaires consécutives. Les germes ou leurs toxines provenant de l'intestin, comme nous l'avons dit, transportés par la veine porte ou les voies lymphatiques peuvent arriver au foie et sont éliminés par les voies biliaires après avoir causé des lésions inflammatoires plus ou moins durables.

Ces congestions hépatiques dites coloniales sont améliorées ou guéries par un traitement intestinal.

Il en est de même des cholecystites chroniques qui tiennent une place prédominante parmi les complications hépato-biliaires d'origine intestinale.

Cette lésion vesiculaire est infiniment plus fréquente chez la femme que chez l'homme, elle est non calculeuse d'après Brulé.

Les malades qui présentent ces cholecystites non lithiasiques ont depuis longtemps une colopathie chronique nerveuse appelée autrefois entéro-colite muco-membraneuse, elles constituent la clientèle de Plombières en grande partie, beaucoup se plaignent

de troubles intestinaux, de crampes d'estomac, de nausées, de céphalées par cellulite de la nuque (1) et présentent le signe de Murphy Quand l'état de l'intestin a été amélioré, l'état de la vésicule ne tarde pas à être amélioré à son tour et par un traitement prolongé la cholcystite disparait.

A ces quelques réflexions concernant les rapports de l'intestin avec le foie et la vésicule, nous croyons devoir en ajouter deux autres dont l'importance n'échappera pas au clinicien.

Tout d'abord il est évident que les syndromes entéro-hépatiques si fréquents, sont très souvent méconnus quand on n'est pas rompu à l'examen de l'intestin, de la vésicule biliaire et du foie.

Enfin quand on a trouvé simultanément des troubls intestinaux et une douleur sous-hépatique il ne faut pas se hâter de conclure à une cholecystite; il peut s'agir d'une crise enteralgique avec aerocolie droite, d'une lambliase, d'un ulcus du duodenum (plus fréquent chez l'homme). Enfin l'épreuve thérapeutique aidera souvent à trancher le diagnostic.

La Thérapeutique du syndrome entéro-hépatique pour être efficace doit s'attaquer aux troubles intestinaux.

La conduite du traitement intestinal varie selon les malades et selon les périodes de la maladie. Un bon régime alimentaire, celui des hépatiques en est un élément essentiel mais il importe de ne pas oublier que dans ces cas le lait est très mal supporté.

Il convient aussi d'être excessivement prudent dans le choix des médicaments, de se rappeler que certains sont mal tolérés tels que les extraits biliaires, le calomel, les purgatifs salins, les laxatifs brutaux, les grands lavements. Par contre on peut utiliser avec avantage le bismuth, le kaolin, l'huile de paraffine, les mucilages, le soufre, pour combattre la stase intestinale, les ferments lactiques liquides, les vaccins intestinaux par voie buccale pour modifier la flore intestinale, la belladone, le gardenal, comme calmants à petites doses refractées. Pour traiter la cholecystite chronique la même prudenc est indiquée; il est convenable d'employer de la peptone du lacto sérum pour drainer la vésicule; l'oxyquinoleine l'hexaméthylène tétramine, l'huile de Harlem comme antiseptique.

(1) La Cellulite de Nuque par Marcel Brulé. — Presse Médicale 6 janvier 1937.

Enfin la plupart de ces malades tirent un sérieux bénéfice des cures thermales bien dirigées et répétées à Chatel Guyon, Vichy, Brides et tout spécialement à Plombières dont les eaux hyperhermales, radio-actives, oligo-métalliques, agissent d'une manière remarquable chez les malades atteints de colopathie dite muco-membraneuse avec syndrome entro-hépatique douloureux.

Ainsi en soignant l'intestin des colitiques présentant des complications hépato-biliaires on obtient la guerison ou tout au moins une sérieuse amélioration tandis que toutes les médications antérieures basées sur le seul diagnostic des lésions hépatiques étaient restées inéfficaces.

Droguerie Générale de la Tunisie

CHABERT & Cie, Pharmaciens-Droguistes

Téléphone : 0.64 — 6-10, rue de Strasbourg, TUNIS — Téléphone : 0.64

GROS ET DETAIL GROS ET DETAIL

Droguerie — Produits chimiques et pharmaceutiques — Herboristerie — Spécialités françaises et étrangères — Eaux minérales — Accessoires de Pharmacie — Articles de pansements — Produits stérilisés — Fournitures pour Laboratoires médicaux et industriels — Appareils — Verrerie ordinaire — Verrerie soufflée et graduée — Porcelaines, Terres et Grès pour laboratoires — Produits œnologiques et pour le traitement des maladies de la vigne.

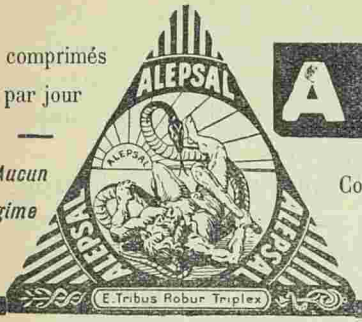
Produits pour la Peinture, la Photographie, la Teinture, l'Industrie, le Commerce, l'Agriculture et les Arts.

Nouveau Traitement Sûr, Simple, Sans Danger, de l'**ÉPILEPSIE**

2 comprimés par jour

—

Aucun Régime



ALEPSAL

PHÉNYLÉTHYLMALONYLURÉE combinée

Communication à la Société Médico Psychologique
Paris, Août 1921.

Laborat. A. GÉNÉVRIER, 33, Bd du Chateau, Neuilly, Paris

Représentant-Dépositaire : **H. BONAN** 34, Rue de Marseille — TUNIS

BINOXOL

Bismutho-8-Oxyquinoléine

DESINFECTANT GASTRO-INTESTINAL

particulièrement actif dans les diarrhées des Tuberculeux les entérites dysentériformes, les diarrhées infantiles, l'oxyurose

Le BINOXOL étend son action antiseptique aux voies biliaires et au foie lui même, si souvent frappés au cours des entérites.

FORMULER : pour adultes : tube de 15 comprimés à 0 gr. 50 de Binoxol
pour enfants : tube de 15 comprimés à 0 gr. 25 de Binoxol

Echantillons et Littérature :

Ets. **KUHLMANN**, Service R. A. L., **145, Brd Haussmann, PARIS 8e**

Société Anonyme au Capital de 316.500.000 francs

Agent dépositaire : M. HENRY BONAN, 34, Rue de Marseille - TUNIS

La Tunisie Médicale

JUILLET 1938

Etude sur la Tuberculose Pulmonaire et la Syphilis chez les Indigènes Musulmans Tunisiens (1)

par les Docteurs BROC et CARUANA

Quoique l'association (syphilis et tuberculose pulmonaire) soit très fréquemment rencontrée chez les indigènes musulmans tunisiens, l'étude de ces deux maladies réunies sur un même individu, n'a pas jusqu'à présent, donné lieu à de nombreux travaux (voir le rapport de Masselot et Bloch sur la tuberculose (2). En Algérie, Levy-Valensi qui s'est occupé de la question, dit que : « les tuberculeux indigènes, chez lesquels la proportion de syphilis est considérable, réalisent surtout des formes aigues et ce n'est qu'exceptionnellement, que nous avons pu observer chez ces malades les aspects radiologique de cette tuberculose fibro-calcaire qui caracté rise si fréquemment pour Sergent la tuberculose des syphilitiques» Lemaire d'Alger, parlant de la tuberculose fibreuse chez les syphilitiques conclut : «ces cas sont plutôt rares en comparaison des formes évolutives ».

Nous essaierons dans cette étude surtout clinique de combler cette lacune au point de vue tunisien et de déterminer si la syphilis imprime à la tuberculose une physionomie particulière, un type clinique spécial, une évolution différente de la tuberculose pulmonaire observée chez des individus indemnes de syphilis.

LES CARACTERES DE LA SYPHILIS NORD AFRICAINE

Nous insisterons peu sur les caractères propres à la syphilis

(1) Communication faite à la Société des Sciences Médicales du 18 février 1938.

(2) Masselot et Bloch. — Algérie Médicale : *Congrès de l'Afrique du Nord* 1933.

Nord-Africaine. Elle a donné lieu, tant en Algérie qu'au Maroc, à de nombreux travaux: la monographie de Lacapère consacrée à la syphilis arabe, en a donné une bonne description, confirmant les travaux de l'Ecole d'Alger, Brault, etc... Les travaux de Jamain, Cassar et de l'un de nous, ont montré que la syphilis chez les indigènes musulmans tunisiens, ne diffère en rien de la syphilis algérienne ou marocaine.

La particularité de cette syphilis, c'est d'une part sa large diffusion, d'autre part la très grande fréquence des lésions cutanées tertiaires, et le peu d'affinité du tréponème pour les viscères. Une statistique faite par l'un de nous pour la Tunisie, a démontré que 70 % environ de la population était atteinte par la syphilis. L'hérédo-syphilis, est très fréquente, et beaucoup d'adultes en apparence sains, sont porteurs d'une syphilis latente, humorale. C'est pourquoi la plupart de nos observations ont trait à la tuberculose pulmonaire survenant au cours d'une syphilis tertiaire. Il nous a fallu plus de 18 mois pour avoir 2 cas de tuberculose sur syphilis secondaire, et deux cas de syphilis survenant chez des tuberculeux, l'un de nous a pourtant suivi régulièrement les consultations au dispensaire antisyphilitique qui draîne plus de 10 mille syphilitiques par an.

En somme, la syphilis chez les indigènes est relativement bénigne, et dans la majorité des cas, la tuberculose pulmonaire survient chez l'indigène musulman sur un terrain syphilitique ancien, non traité ou insuffisamment traité.

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE EN TUNISIE

En opposition avec la syphilis qui atteint depuis si longtemps la population indigène, il semble que la tuberculose pulmonaire y est beaucoup plus récente, et qu'elle s'est très rapidement diffusée ce qui s'explique aisément quand on considère le terrain sur lequel elle évolue. Le adolescents font souvent des formes rapides granuliques, broncho-pneumoniques, ulcéro-caséeuses, les adultes des

(1) Pour la classification des formes de la tuberculose pulmonaire nous nous sommes reportés sur les données fournies par les livres suivants :

F. Sergent. — *Explorat. radiol. de l'app. respiratoire*

Burnand : *L'auscultation dans le diagnostic de la tub. pleuro-pul.*

formes ulcéro-caséeuses, rapidement bilatérales, fréquemment pluri-cavitaires.

TUBERCULOSE FIBREUSE

La tuberculose fibreuse pure est très rare, les tubercules calcifiés se trouvent très rarement aux autopsies; il n'y a guère que la pleurésie qui ait, chez un certain nombre d'adolescents la tendance à la symphyse, et leur confère une certaine immunité, s'ils se trouvent ensuite dans ds conditions de vie favorables.

Faut-il mettre sur le compte de la tuberculose fibreuse, les cas d'emphysème, bronchite chronique, sclérose, que l'on observe assez fréquemment chez l'indigène. Certains auteurs admettent que ces maladies peuvent être les seules manifestations d'une tuberculose larvée. Pour l'affirmer, il nous semble qu'il faudrait dans ces cas, mettre au moins en évidence le bacille de Koch dans les crachats. C'est ce que nous avons cherché à faire dans tous les cas de ce genre, que nous avons pu suivre à l'hôpital à propos d'un épisode aigu. Les examens bacilloscopiques que nous avons pratiqué chez tous ces malades nous ont jusqu'à présent donné des résultats négatifs. Il faudrait pouvoir suivre ces malades pendant de longues périodes (plusieurs années), et répéter fréquemment les examens pour pouvoir affirmer que la tuberculose n'y est pour rien. Malheureusement dès que les épisodes aigus, qui ont décidé le malade à entrer à l'hopital, se sont améliorés, il disparaît et ne revient plus. C'est une grosse objection que l'on peut faire, à ceux qui pensent que l'âge, les bronchites chroniques banales, l'emphysème, la syphilis peuvent provoquer ces pneumopathies. En réalité, il s'agit de faits cliniquement bien décrits, mais dont la pathogénie ne nous paraît pas résolue. L'étude en est très difficile à faire, en raison de l'instabilité du milieu tunisien, et si rien ne nous permet de les classer sûrement dans la tuberculose rien ne nous permet de dire que la tuberculose n'y est pour rien.

Déjà Masselot (1) en 1920, étudiant le cas de militaires indigènes étiquetés tuberculeux et pensionnés comme tels, a trouvé beaucoup de malades atteints de sclérose localisée ou diffuse, et n'a

(1) F. Masselot. — *Tuberculose et pseudo-tuberculose chez le militaire indigène* «Tunisie Médicale» juin 1920.

jamais pu, chez eux, faire la preuve de la tuberculose, aussi pense-t-il que ces cas semblables aux nôtres, malgré les apparences cliniques, relèvent probablement de la syphilis ou du paludisme.

L'ASSOCIATION TUBERCULOSE PULMONAIRE ET SYPHILIS

Statistiques

Sur 399 cas de tuberculose pulmonaire recueillis chez des hommes (en grande majorité), nous en avons trouvé 53 syphilitiques, ce qui donne une proportion de 15,78 %. Cette statistique comprend le tuberculeux syphilisé et le syphilitique tuberculisé ce qui est de loin le cas le plus fréquent. Lévy-Valensi trouve 18,15 pour cent chez l'indigène musulman algérien. Nous pensons, qu'en Tunisie, le chiffre de 15,78 pour cent est plutôt au-dessous de la réalité.

1°. — LA SYPHILIS SURVENANT CHEZ UN TUBERCULEUX

La syphilis survenant chez un tuberculeux se rencontre rarement. Sur nos 53 cas observés, nous n'en avons recueilli que deux cas. Le tuberculeux devient rarement syphilitique, sans doute parce que son état de santé, l'impécuniosité qui en résulte, le mettent à l'abri de la contagion. D'autre part, le grand nombre d'hérédo-spécifiques, la précocité de l'atteinte syphilitique, qui remonte souvent à la première enfance, expliquent que de pareils cas soient peu fréquents.

Voici les deux observations que nous avons pu recueillir :

OBSERVATION N° 1

Aïcha bent H..., 28 ans, est suivie par le dispensaire anti-tuberculeux de l'hôpital Sadiki depuis le mois de janvier 1936. Elle présente une tuberculose discrète, apyrétique du type fibreux. L'état général est conservé. Le poids : 44 kgs.

Dans la région sous-claviculaire on note des râles ronflants, et en arrière des deux côtés des râles sibilants et ronflants, en somme des signes de bronchite diffuse. La radiographie montre un empâtement hilaire à droite, à gauche une accentuation du hile avec des traînées broncho-

vasculaires sillonnant le parenchyme, de tâches et marbrures dans la région sous-claviculaire.

L'examen des crachats décèle des bacilles de koch, seulement après homogénéïsation.

Au mois de septembre de la même année, elle consulte au dispensaire anti-vénérien pour des plaques muqueuses de la lèvre inférieure avec adénopathie sous mentonnière. Elle reçoit deux injections de novar après lesquelles la malade disparaît du dispensaire.

Nous la voyons au mois de décembre. Les signes pulmonaires se sont aggravés depuis peu. La fièvre est aux environs de 38,5, 39°. Le poids : 33 k 800. La malade se plaint de dyspnée, de douleurs thoraciques passagères, de toux opiniâtre. L'expectoration est abondante et muco-purulente, avec quelques crachats hémoptoïques.

On note aux deux tiers supérieurs du poumon gauche des râles humides et à la radioscopie une infiltration du poumon gauche. La bacilloscopie est toujours positive.

Cette malade était donc atteinte d'une tuberculose torpide, apyrétique, avec bon état général; elle fait des accidents secondaires de syphilis qu'elle ne soigne que très imparfaitement, et à la suite desquels sa tuberculose s'agrave et pernd le type caséeux.

OBSERVATION N° 2

Ahmed ben R.... 25 ans, est suivi depuis plusieurs mois au dispensaire anti-tuberculeux pour une tuberculose cavitaire du côté droit. L'état général est bon, la fièvre modérée, l'appétit conservé.

Au mois de juin 1929 il vient consulter pous des syphilides papulo-ulcéreuses disséminées sur le corps. Le Wassermann sanguin est positif à +++. On entreprend un traitement au bivatol.

Deux mois après, il revient consulter pour des hémoptysies féquentes. L'état général est médiocre, la fièvre continue. On constate des signes de ramollissement du côté gauche. En outre, sont réapparues depuis peu des papules syphilitiques.

Voici donc un malade atteint d'une tuberculose cavitaire du côté droit. Son organisme semble résister. Il se syphilise et deux mois après, malgré un traitement entrepris, on assiste à une poussée tuberculeuse contro-latérale qui semble avoir donné un coup de fouet à son infection syphilitique. Les deux maladies retentissent fâcheusement l'une sur l'autre.

Ce mode d'association nous paraît d'un pronostic sévère. La syphilis surtout à la période scondaire, atteint l'état général du malade, le traitement de la syphilis est rendu très difficile par suite de l'association tuberculeuse.

2°).LA TUBERCULOSE SURVIENT CHEZ UN SYPHILITIQUE

a) la syphilis est récente.

Beaucoup plus fréquents sont les cas de tuberculose pulmonaire survenant chez un syphilitique, et la plupart du temps la tubrculose pulmonaire apparaît chez un syphilitique ancien, période tertiaire, période latente. Cependant nous avons pu réunir deux cas *de tuberculose pulmonaire survenant chez un syphilitique contaminé depuis peu* (secondaire). Ce sont des cas comme les précédent, donnant une forme rapide et sévère de tuberculose, le traitemnt des deux affections étant en quelque sorte incompatible. Le pronostic est sombre, la tuberculose prend le plus souvent le type de phtisie galopante, granulie, ulcéro-caséeux rapide à terminaison fatale.

OBSERVATION N° 1

Béchir ben A. B., 54 ans est vu au mois de juillet 1935 pour des syphilides et des papules ulcéreuses du thorax et des membres supérieurs et pour une angine syphilitique.

Le Wassermann sanguin est positif, ainsi que celui du liquide céphalo-rachidien.

C'est un homme bien portant qui dit n'avoir jamais été malade et notamment n'avoir eu aucun antécédent pulmonaire. L'exament somatique complet ne montre rien d'anormal.

Il quitte le service sur sa demande après quelques injections de novarsenobenzol.

Nous le revoyons au mois de janvier de l'année suivante. Il tousse et crache depuis un mois, et trois jours avant son entrée dans le service il fait une hémoptysie.

Depuis son dernier séjour à l'hôpital il n'a pas suivi de traitement antispécifique.

On constate à l'examen des signes de tuberculose cavitaire très évolutive. Infiltration et caverne du sommet droit, opacités broncho-pneumo-

nique à gauche. On note par ailleurs à la face et à la main droite des papules syphilitiques que le malade dit être d'apparition récente. Le Wassermann sanguin est fortement positif. On entreprend un traitement au novar; bien qu'à doses modérées, il est bientôt interrompu du fait de l'apparition de nouvelles hémoptysies. On lui substitue des injections de cyanure de mercure. Après cinq injections, le malade fait une stomatite à la suite de laquele il demande à sortir. Une seconde radiographie montrait l'extension des images broncho-pneumoniques à gauche.

OBSERVATION N° 2.

Ahmed ben M....., 30 ans, vient consulter pour des tâches pigmentaires.

A l'examen, nous découvrons une roséole et des plaques muqueuses de l'anus. Le malade est dirigé sur la consultation de dermatologie de l'hôpital Sadiki.

Trois mois après nous le revoyons à la consultation de médecine. Il tousse et crache depuis quinze jours; il a beaucoup maigri et il se plaint d'une fièvre quotidienne.

Nous notons dans les régions sous et sus épineuses gauche de la submatité, avec une exagération des vibrations vocales et des râles humides.

La pigmentation roséolique a disparu, les plaques muqueuses anales persistent. Le malade n'a suivi aucun traitement antispécifique.

Il se refuse à l'hospitalisation. Nous demandons : une radiographie qui montre: une infiltration au tiers supérieur du poumon gauche, et un examen des crachats qui est positif.

Un mois après il revient consulter. Il a fait à deux reprises des hémoptysies. Son travail, celui de portefaix, lui est de plus en plus pénible.

Nous constatons à l'examen, l'extension de râles humides à la moitié supérieure de l'hémithorax gauche; sous la clavicule, un souffle cavitaire; à la partie moyenne à droite, quelques râles humides, perceptibles surtout après la toux. Le malade refuse toujours l'hospitalisation. Nous ne l'avons plus revu depuis.

b). la syphlis est tardive.

La seconde forme, tuberculose survenant sur une syphilis tardive tertiaire et vieille, est la forme la plus fréquemment rencontrée. De l'ensemble de nos observations il nous paraît qu le syphilitique tertiaire, faisant de la tuberculose pulmonaire fait des

formes de tuberculose qui ne diffèrent en rien des tuberculoses pulmonaires observées chez des non syphilitiques. On ne peut préjuger du terrain syphilitique, en notant telle ou telle forme de tuberculose, ni cliniquement ni évolutivement. Une de nos statistiques nous a donné :

sur 265 tuberculeux — 21 formes fibreuses, soit 7,92 %

sur 53 syphilitiques tertiaires — 5 formes fibreuses, soit 9,43 %

Une différence aussi peu marquée portant sur un petit nombre de cas, ne peut à notre avis être retenue en faveur du rôle sclérosant de la syphilis.

Et si, suivant certains auteurs, la tuberculose fibreuse doit toujours faire penser à la syphilis, il est bien difficile ici de donner une description particulière de la tuberculose. Ce que nous avons rencontré dans la très grande majorité des cas, ce sont des formes subaigues, ou bien chroniques, mais avec lésions avancées; elles correspondent radiologiquement à des images cavitaires ou pluricavitaires en mie de pain avec le plus souvent un essaimage d'opacités nodulaires.

A l'autopsie, les lésions constatées ont été le plus souvent bilatérales faites de cavités, de parenchyme caséifié environné de lésions broncho-pneumoniques; dans certains cas, à ces lésions s'ajoutaient des lésions de pneumonie caséeuse terminale. Nous n'avons jamais trouvé ces tubercules crétacés dont parle Sergent.

Quant aux lésions syphilitiques, il s'agit le plus souvent de syphilis latente décelée uniquement par un examen sérologique, examen que nous avons pratiqué systématiquement chez tous nos tuberculeux; d'autres fois c'est une forme cutanée, une ostéo-périostite, des douleurs ostéocopes, extrêmement fréquentes, une perforation vélo-palatine, de larges cicatrices cutanées qui nous ont aiguillé vers le diagnostic de syphilis.

En conclusion, la majorité de nos observations comprend des tuberculoses pulmonaires graves à tendance évolutive marquée, nécrosantes, sur terrain syphilitique le plus souvent latent, vieilli, très faiblement évolutif. « Une sorte d'état humoral procédant d'une syphilis ancienne et éteinte, transmissible à la descendance»(1)

(1) Sergent. *Syphilis et Tuberculose*, 1907.

Voci quelques observations :

OBSERVATION N° 1

Tuberculose ulcéro-caseuse, syphilis latente.

Mohamed ben M..... ben A...., âgé de 55 ans, tousse depuis six mois. Il a de la fièvre le soir et des sueurs nocturnes. L'anorexie est à peu près complète ; il a maigri de près de 16 kilogs. Ces derniers jours l'apparition d'une toux émétisante le décide àse faire hospitaliser.

C'est un éthylique. Il nie tout antécédent syphilitique. Marié, il n'a pas d'enfants. Sa femme n'aurait jamais fait de fausse couches.

A l'examen on note à droite, et à la partie supérieure des signes broncho-pneumoniques, à gauche sous la clavicule des signes cavitaires, avec à la base de la submatité et de nombreux râles humides fins.

L'expectoration muco-purulente fourmille de bacilles de Koch. La cuti réaction à la tuberculine est négative.

Comme signes de syphilis, une cicatrice pigmentaire au niveau du pubis qui remonterait à 20 ans.

Le Wassermann et le Kahn sont positifs à +++

Radiographie :

A gauche : opacité absolue de tout le lobe inférieur avec à la partie supérieure, sous la clavicule, images de spélonque.

A droite : images submodulaires disséminées dans la partie supérieure du poumon.

Après 15 jours de fièvre hectique, le malade meurt.

Autopsie : Au lobe inférieur gauche, lésion de pneumonie caséeuse au lobe supérieur caverne de la grosseur d'une pièce de 2 francs.

A droite : nodules broncho-pneumoniques disséminés dans les deux lobes supérieurs.

Conclusions : tuberculose ulcéro-caséeuse avec poussées broncho-pneumonique et pneumonie terminale. Chancre 20 ans auparavant; syphilis latente.

OBSERVATION N° 2.

Syphilis latente; Tuberculose broncho-pneumonique et ulcéro-caséeuse

Chedlia bent H....., 25 ans est suivie depuis l'année 1931. A cette date à l'occasion d'un avortement spontané, on lui fit une prise de sang; le Wassermann fut trouvé positif à ++++. On entreprit un traitement au Quinby puis au bivatol, traitement qu'elle semble avoir suivi assez régulièrement.

Au mois de mai 1936, elle consulte au dispensaire anti-tuberculeux de l'hôpital Sadiki. Depuis deux mois elle tousse et crache, elle aurait eu trois hémoptysies. Son mari serait mort il y a trois ans, d'une tuberculose pulmonaire.

L'état général est assez médiocre, le poids : 43 kgs. la malade se plaint de douleurs thoraciques diffuses et de toux fréquente. Comme signes physiques, on note : à gauche, dans la région sous-épineuse de la submatité et des râles humides. A droite, sous la clavicule, de la matité avec abolition de vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire un souffle, des râles humides de voisinage.

La bacilloscopie est positive à l'examen direct.

La radiographie montre des pommelures à gauche, une caverne à droite, sous la clavicule, avec un infiltrat péri-cavitaire.

Les signes cliniques de syphilis sont absents, la sérologie est cette fois négative.

OBSERVATION N° 3

Syphilis latente. Tuberculose nodulaire.

Ali ben M...., 25 ans, travailleur agricole, entre dans le service au mois d'avril 1936.

En 1930, il fait une hémoptysie pour laquelle il est hospitalisé pendant une quinzaine de jours. Puis il reprend son travail, ne se plaignant, par moment, que d'un peu de toux.

Un mois avant sa seconde hospitalisation, il se remet à tousser puis dans ses crachats apparaissent quelques filets de sang. Cette deuxième hémoptysie le décide à consulter.

Lorsque nous le voyons, son état général conservé, le malade accusant seulement de la lassitude générale; l'appetit est légèrement diminué la toux ramène quelques crachats muco-purulents, la température est à 37°, et les jours suivants on note des fébricules vespéraux à 37°5, 38°.

Aucun antécédent pathologique personnel. Un frère mort de phtisie galopante en 1926. Un autre frère tuberculeux, et traité en 1925, par le pneumothorax.

Les signes physiques sont assez discrets. A droite, dans la région sous-claviculaire et dans la fosse sous-épineuse la respiration est rude. Dans la région sous-épineuse le murmure vésiculaire est diminué. Quelques sous-crépitants après la toux. Rien à gauche.

Radiologiquement, on note des hiles empâtés, et à droite à la partie moyenne cinq à six opacités nodulaires isolées.

A gauche le poumon paraît sain.

L'examen des crachats est positif.

Les signes cliniques de syphilis sont absents, le Wassermann et le Kahn à + + +.

La malade sort sur sa demande quinze jours après son hospitalisation

OBSERVATION N° 4

Syphilis tertiaire. Tuberculose ulcéro-caséeuse, et broncho-pneumonique

Jalloul ben B....., 50 ans, journalier, est vu au mois d'avril 1936. Depuis deux ans, il tousse et crache, il a beaucoup maigri, surtout ces deux derniers mois où il a eu deux hémoptysies et pendant lesquels la fièvre a été quotidienne.

Aucun antécédent ni personnel ni collatéral qui mérite d'être signalé.

C'est un malade fatigué, fébrile, presque cachectique l'expectoration est nummulaire et contient de nombreux bacilles.

L'examen décèle des signes de ramollissement étendus des deux côtés avec au sommet gauche des signes d'une caverne à timbre amphorique.

Sur le cliché on note, des deux côtés, des images nodulaires, et en mie de pain, surtout à droite; à gauche et sous la clavicule une image cavitaire de la grandeur d'une pièce de cinq francs.

Par ailleurs on découvre, de larges cicatrices de syphilis cutanée, au thorax, à la jambe droite, syphilides qui dateraient d'une vingtaine d'années.

Le Wassermann est négatif à un premier examen, après réactivation il est positif à + + + ainsi que le Kahn.

On entreprend un traitement au muthanol; après 8 injections, l'état général paraît stationnaire, par contre une seconde radiographie montre l'extension des lésions dans le reste du parenchyme qui paraissait sain au premier cliché.

Le malade sort sur sa demande après un mois d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 5.

Syphilis tertiaire. Tuberculose ulcéro-caseuse; poussée broncho-pneumonique terminale.

Tijani ben A....., 30 ans, travailleur agricole, tousse et crache depuis

novembre 1935. Nous le voyons cinq mois après le début de sa maladie. Il se plaint de dyspnée de sueurs nocturnes et de fièvre quotidienne. Il a beaucoup maigri. Il n'a jamais fait d'hémoptysie.

On relève dans ses antécédents des troubles de la marche qui dateraient de deux mois, ces troubles sont caractérisés surtout par des claudications intermittentes.

Il a eu, il y a 10 ans un chancre de la verge dont on voit la cicatrice. Le traitement aurait consisté en 5 à 6 injections intramusculaires.

A l'examen, on note chez ce malade, fortement amaigri des signes de ramollissement étendus.

A droite des râles humides dans tout l'hémithorax avec sous la clavicule un bruit de pôt félé, correspondant à un souffle de timbre amphorique.

A gauche, la région sus-épineuse est submate, on y perçoit des craquements après la toux.

L'expectoration est nummulaire et contient des bacilles. La cutiréaction subpositive : une papule à peine saillante au toucher.

Les clichés radiographiques présentent : à droite, une grande caverne du sommet, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, dans le reste du parenchyme des opacités diffuses; à gauche, un infiltrat du sommet.

L'examen neurologique décèle une paraplegie spasmodique type Erb.

Le Wassermann sanguin est ++++, le Kahn à +++.

Dans le liquide céphalo rachidien, trois lymphocytes et 0, gr 30 d'albumine. Le Wassermann est négatif.

On institue un traitement antispécifique consistant en 12 injections de cyanure de mercure.

L'évolution se fait vers l'aggravation. La fièvre décrit de larges oscillations à 38°,5 39° le soir. Les craquements à gauche font place à des râles humides. Une seconde radiographie montre un mois après l'entrée du malade : des opacités plus nombreuses à droite, l'extension de l'infiltration à gauche, avec une petite caverne sous la clavicule.

Le malade se cachectise et meurt un mois et demi après son hospitalisation au cours d'un syndrome méningé.

A l'autopsie, le poumon droit est fortement adhérent au sommet, une caverne du lobe supérieur, une plus petite du lobe inférieur, des nodules broncho-pneumoniques, dans le reste du parenchyme; à gauche nom-

breuses petites cavernules, avec dans le lobe supérieur aspect de fromage de gruyère.

OBSERVATION N° 6

Syphilis tertiaire. Tuberculose Fibreuse puis broncho-pneumonique terminale.

Hassouna ben A....., 42 ans, journalier, entre dans le service au mois de juillet 1935. Quatre jours avant une hémoptysie l'a surpris en plein travail. Il reste huit jours à l'hôpital et sort une fois l'hémoptysie terminée, pour reprendre ses occupations.

Nous le voyons au mois de septembre de la même année, il entre de nouveau à l'hôpital, prece qu'il a fait une seconde hémoptysie, toujours dans les mêmes conditions, en bonne santé apparente, et sans que l'interrogatoire puisse retrouver les signes dits d'imprégnation tuberculose

Lorsque nous l'examinons, à ce moment, l'état général est bien conservé; les signes physiques sont discrets, la base droite est submate, les vibrations thoraciques sont augmentées, le murmure vésiculaire altéré la respiration rude.

L'expectoration d'abord hémoptoïque est, dans les jours qui suivent, muqueuse, liquide; l'apyrexie est totale.

La tension artérielle est à 12 1/2,9 Vaquez; la cuti-réaction positive.

La radiographie montre, à la base droite, une image de caverne sèche. Le reste du poumon et le côté opposé sont sains.

La bacilloscopie est positive, après homogénéisation.

Du côté de la syphilis, nous notons un chancre de l'amygdale en 1918; de l'ozène syphilitique.

Le Wassermann est négatif

Le Hecht à ++. Le Kahn à +++.

Nous essayons un pneumothorax qui est abandonné après trois tentatives d'insufflation. Comme nous avions institué en même temps un traitement antisyphilitique le malade refuse d'autres interventions collapsothérapiques.

Après deux injections de muthanol, à raison de deux par semaine le malade fait une stomatite. Le bismuth est abondonné pour du novar à des doses modérées, et à injections espacées; ce traitement est également interrompu par la survenance d'une hémoptysie.

Fin décembre, après 6 mois d'hospitalisation le malade sort.

Le dernier examen donne comme résultats :

— examen des crachats toujours positif

— Wassermann négatif

— Kahn + (au lieu de + + + primitivement)

— hecht = + +

— aucun signenouveau au point de vue pulmonaire ni cliniquement, ni radiologiquement.

Au mois d'août 1936, le malade entre de nouveau pour une nouvelle hémoptysie.

Même état général, signes physiques identiques, bacilloscopie toujours positive.

Les images radiologiques se sont toutefois légèrement modifiées, outre la caverne de la base, nous notons sur plusieurs négatifs : une accentuation de la trame vasculaire des deux côtés, surtout visible à droite

Nous faisons une série complète de Quinby qui, elle, est bien supportée.

Après deux mois d'hospitalisation, le malade quitte le service pour reprendre ses occupations.

La sérologie, à ce moment, était la suivante :

Wassermann = 0

Kahn = 0

Hecht = +

Nous le perdons de vue pendant plus d'un an, jusqu'en août 1937, où nous le revoyons à notre consultation.

Le tableau clinique s'est totalement modifié. Nous retrouvons un malade très amaigri, dyspnéique, fébrile. Les signes cliniques et radiologiques traduisent une poussée broncho-pneumonique bilatérale.

La mort survient deux mois après.

La sérologie était complètement négative.

De cette longue observation il faut retenir : une syphilis très imparfaitement traitée et encore évolutive au moment de l'éclosion d'une tuberculose qui prend le type fibreux et hémoptoique. A la faveur d'hospitalisations répétées on parvient à négativer la sérologie, tout en restant impuissante sur la lésion pulmonaire.

La cure hygièno-diététique n'étant pas suivie, et le malade reprenant ses occupations l'évolution se fait vers une broncho-pneu

monie qui emporte le malade malgré une thérapeutique antispécifique suffisamment active pour qu'elle ait neutralisée la syphilis.

OBSERVATION N° 7

Syphilis tertaire ou peut-être herédo syphilis, pneumothorax total spontané, sans lésions parenchymateuses apparentes, évolutions vers la guérison.

Larbi ben M....., 20 ans, est pris la veille de son hospitalisation, au mois de novembre 1936, d'une douleur brusque en coup de poignard, au niveau de l'hémithorax gauche, s'accompagnant d'accès de toux, et de dyspnée vive.

Il dit tousser depuis 2 mois et avoir eu à deux reprises des filets de sang.

L'examen constate des signes de pneumothorax de la grande cavité, sans lésions suspectes du côté droit.

Son pneumothorax se résorbe au bout de trois semaines, après une phase d'épanchement.

Plusieurs clichés, fait à intervalles réguliers n'ont montré aucune lésion parenchymateuse; le poids est d'ailleurs allé en croissant, le malade gagnant 11 kgs. en un mois; ses crachats sanguinolents n'étaient probablement que des gingivorragies.

Au cours de son séjour à l'hôpital, il a accusé des douleurs ostéocopes, et s'est plaint d'une tuméfaction douloureuse au niveau de la crête tibiale inférieure droite. Une radiographie a décèlé des images d'ostéopériostite du tibia.

Ces manifestations osseuses ont disparu après administration de iodure de potassium et deux injections de muthanol, à la suite desquelles le malade est sorti.

La sérologie était négative.

OBSERVATION N° 8

Syphilis tertiarie latente. Tuberculose ulcéro-caséeuse et broncho-pneumonique. Ethylisme.

Ahmed ben Y...., 48 ans, coiffeur, est malade depuis trois ans. Le début de sa maladie a été progressif et marqué par de l'amaigrissement, de la fièvre, des sueurs nocturnes, de la toux avec expectoration.

En 1934, il s'est fait hospitaliser pendant une vingtaine de jours, puis

il a repris ses occupations, d'ailleurs irrégulièrement en raison de l'altération de son état général.

En avril 1936, il fait une hémoptyisie. Nous le voyons un mois plus tard.

C'est un éthylique. Il aurait contracté la syphilis en 1914. Il ne s'est jamais fait traiter. On ne note rien d'autre dans ses antécédents.

L'apyrexie à peu près complète, contraste avec l'état général qui est moyen. La toux est fréquente, l'expectoration muco-purulente contient des bacilles.

La base gauche est submate; les vibrations thoraciques augmentées; les râles humides.

A droite le parenchyme paraît sain à l'examen clinique.

La radiographie montre :

à gauche, une opacité du tiers inférieur, inégale, avec au-dessus des tâches subnodulaires;

à droite, près du hile une image pseudo-fausse caverne probable, que dessine l'accentuation des tractus vasculo-bronchiques.

La syphilis est latente; le Wassermann et le Kahn sont très fortement positifs .

On entreprend un traitement antisyphilitique au cyanure de mercure qui est bien supporté. Après une série complète le malade quitte le service.

Radiologiquement, les images de sclérose étaient les mêmes à droite; à gauche, les images subnodulaires étaient comparativement, avec le cliché précédent, plus nombreuses et plus étendues en haut. L'image de condensation plus claire au centre donnait l'impression d'une perte de substance.

Le Wassermann et le Kahn étaient à + + + au lieu de + + + +.

OBSERVATION N° 9

Syphilis latente. Lobite excavée phrénicectomie, poussée broncho-pneumonique quatre ans après.

Hellal ben B....., 45 ans, journalier a été phrenicectomisé, en 1932, pour une lobite supérieure droite excavée. Il a mené une activité normale jusqu'en juin 1936, date ou nous le voyons pour la première fois. Quinze jours avant il a fait une hémoptysie, accompagnée de toux, de fièvre et d. douleurs thoraciques diffuses.

On ne note rien de spécial dans ses antécédents.

L'état général est médiocre: la fièvre hectique, l'expectoration hémoptoique pendant 5 jours, puis nummulaire.

On constate à l'examen physique, du gargouillement dans la partie supérieure de l'hemithorax droit, des râles humides sous-jacents; à gauche, la partie moyenne est submate, les vibrations sont augmentées, l'auscultation décèle de petits râles humides.

La radiographie montre : une énorme caverne du lobe supérieur droit limitée en bas par une large bande de scissurité au dessous des images floconneuses. Le diaphragme est surélevé de 4 cm par rapport au côté opposé.

A guache, localisée à la partie moyenne des opacités irrégulières dans lesquelles on distingue deux à trois cavernules.

La bacilloscopie est positive. Le malade aurait eu un chancre de la lèvre il y a 18 ans non traité. Acutellement les signes cliniques de syphilis sont absents. La sérologie est fortement positive.

Le Wassermann à ++++

Le Hecht à +++

Le Kahn à +++

On institue un traitement au muthanol.

Le malade meurt deux mois après son hospitalisation.

OBSERVATION N° 10

Syphilis tertiaire. Lobite, puis broncho-pneumonie terminale.

Sahah ben B....., 30 ans, est malade depuis 4 ans environ. L'interrogatoire révèle une histoire banale de tuberculose ulcéro-caséeuse, avec fièvre, expectoration muco-purulente, amaigrissement, histoire enrichie par moment de périodes hémoptoiques.

Quinze jours avant son hospitalisation, son état s'est sensiblement aggravé, les hémoptysies sont devenues plus fréquentes, des douleurs abdominales sont apparues.

Lorsque nous le voyons, nous nous trouvons en présence d'un cachectique, à la voix nasonnée, et chez lequel on découvre une perforation palatine.

On note de gros râles humides dans le poumon droit avec dans la région sous-claviculaire un bruit de pôt félé; à gauche des râles humides plus fins, dans toute la moitié supérieure correspondant à une zone submate et aux vibrations vocales augmentées.

La radiographie objective ces données cliniques : à droite condensation de la partie supérieure du poumon affectant le type de lobite, avec caverne centrale; de l'autre côté pommelures étendues à tout l'hémithorax.

La bacilloscopie est fortement positive; la sérologie négative.

L'examen découvre par ailleurs des signes de péritonite fibro-adhésive, avec ventre retracté en bateau.

Le malade meurt dix jours après son hospitalisation.

A l'autopsie : liquide citrin des cavités péritonéales et pleurales. Les poumons sont très difficiles à décoller du fait d'adhérences étendues. On ne peut les enlever qu'en laissant un peu de parenchyme qui est friable. La trachée est remplie de pus.

A la coupe, lésions broncho-pneumoniques étendues aux deux poumons, avec caverne de la grosseur d'une pièce de 5 francs du lobe supérieur droit et cavernules multiples du lobe inférieur gauche.

On ne trouve pas de tubercules crétacés malgré une investigation soigneuse.

L'incision du péricarde laisse s'écouler du liquide citrin la séreuse est dépolie. Le foie est énorme très friable, mou et présente macroscopiquement des lésions de dégénérescence graisseuse.

Les masses intestinales sont agglutinées, fortement adhérentes entre elles. Leurs séreuses sont parsemées de petites granulations blanchâtres.

Les capsules surrénales sont intactes.

La rate est grosse.

En résumé, il s'agit d'un vieux syphilitique (perforation palatine) qui a fait 4 ans auparavant une lobite supérieure droite excavée, et non traitée, et qui est venu mourir dans le service des suites d'une dissémination broncho-pneumonique et d'une tuberculose des séreuses.

Son histoire rappelle celle de la plupart des tuberculoses indigènes laissées à elle-même.

3° TUBERCULOSE SUR HEREDO SYPHILIS

Outre l'association tuberculose et syphilis acquise il convient d'envisager des cas presque aussi fréquents que les précé-

dents, nous voulons parler des *pneumopathies tuberculeuses sur terrain hérédo-syphilitique.*

L'on sait combien il est souvent malaisé de distinguer chez l'indigène la syphilis tertiaire, de l'hérédo-syphilis. Il s'agit le plus souvent d'adolescents ou d'adultes jeunes chez qui on découvre à un examen systématique une sérologie positive, ou qui présentent des lésions impossibles à différencier, et dont il n'est pas possible de dire si elles sont dues à une infection héréditaire ou acquise, étant donné la fréquence de la contagion dans l'enfance chez l'indigène musulman.

Pour nous, que les stigmates d'hérédo-syphilis soient apparents ou non, les données sont les mêmes, car il résulte de nos observations que le musulman adolescent ou adulte hérédo-syphilitique se trouve dans les mêmes conditions que le syphilitique tertiaire et comme ce dernier il fait des tubrculoses graves à tendance caséeuse. L'hérédo-syphilis chez l'adulte pas plus que la syphilis acquise ne joue un rôle dans l'évolution de sa tuberculose. Les éléments pronostiques et les problèmes thérapeutiques sont identiques.

Voici quelques observations :

OBSERVATION N° 1

Hérédo-syphilis avec sérologie positive. Tuberculose broncho-pneumonique; pneumonie caséeuse terminale.

T. bent L...., 26 ans entre dans le pavillons des tuberculeux de l'hôpital Ernest Conseil, le 15 juillet 1937. Elle tousse depuis cinq mois, et a fait à plusieurs reprises des hémoptysies. Son père serait mort de tuberculose. Elle-même n'avait jamais été malade jusque là. lorsqu'on l'examine l'état général est médiocre, la fièvre est élevée avec des oscillations de 37° à 39°5. L'expectoration est muco-purulente. Du côté pulmonaire, on note à gauche, en arrière, à la partie moyenne, de gros râles humides, un souffle cavitaire; au centre du tympanisme, en avant sur toute l'étendue de l'hémithorax, de très gros râles humides.

A droite, l'inspiration en arrière est rude et l'expiration est légèrement soufflante; en avant et dans l'aiselle, le thorax est submat et le siège de râles bulleux.

L'expectoration fourmille de bacilles de Koch. Le cliché radiographique montre :

à droite, des hiles marqués avec quelques signes de calcification perihilaire; une dissémination subnodulaire dans le reste du parenchyme.

à gauche, un gros foyer périhilaire du type caséeux, avec 3 à 4 images claires au centre.

Donc, une tuberculose ulcéro-caséeuse et broncho-pneumonique à marche rapide (5 mois) chez une malade qui présente par ailleurs des tibias en lame de sabre très prononcés, un souffle systolique de la base avec clangor; la sérologie est légèrement positive:

Wassermann +

Kahn + +

Hecht +

La malade meurt deux mois après son entré à l'hôpital. Elle avait eu un traitement mixte novar- bismuth.

A l'autopsie, on avait noté : une pneumonie caséeuse du lobe supérieur droit, des lésions pluri-cavitaires à gauche avec des nodules parsemés dans les deux poumons.

OBSERVATION N° 2

Hérédo-syphilis avec sérologie positive. Tuberculose ulcéro-caséeuse et broncho-pneumonique.

M. ben B...., 30 ans environ, sourd-muet, est vu au mois de mars 1936. Il aurait fait une hémoptysie. Son état général est conservé et pendant tout son séjour à l'hôpital la température ne s'est pas élevée au-dessus de 37°. L'expectoration est muqueuse avec 1 à 2 crachats purulents.

Au point de vue pleuro-pulmonaire, on constate à la partie inférieure de l'hémithorax droit, quelques râles fins après la toux, avec une respiration légèrement soufflante. Au tiers inférieur, de la submatité et une diminution des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire.

A gauche la respiration est normale.

Radiologiquement, à droite aspect de symphyse à la base; au-dessus une dizaine d'images nodulaires. Rien à gauche.

La bacilloscopie est négative, à l'examen direct et après homogénéisation.

Au point de vue syphilis, voute en ogive, dent en tournevis. Tibia en légère lame de sabre. Wassermann à + +, Kahn à + + +.

On entreprend un pneumothorax. Le décollement s'avère impossible. On institue un traitement anti-syphilitique au cyanure de mercure, puis au muthanol.

Après un séjour de deux mois dans le service, le malade sort sur sa demande. L'augmentation de poids avait été de 3 kilogs.

On le revoit au mois de décembre après sept mois. L'état général est assez médiocre, la perte de poids s'étant chiffrée par 4 kgs, l'expectoration est franchement muco-purulente et contient, cette fois, des bacilles; la fièvre à 38°, 38°,5 le soir. Cette poussée se traduit radiologiquement par une image d'infiltrat des 2/3 supérieurs du poumon droit, au milieu de laquelle se voient trois cavernes de grandeur inégale.

Les nodules au-dessus de la symphyse que l'on voyait dans les radiographies précédentes sont plus conglomérés.

Après quinze jours, le malade disparaît du service. Le Wassermann et le Kahn étaient à + +.

Nous avons eu l'occasion de le voir récemment. L'issue prochaine ne laissant aucun doute.

OBSERVATION N° 3.

Hérédo-syphilis, sérologie positive ou peut être syphilis du jeune âge Tuberculose ulcéro-caséeuse et broncho-pneumonique.

M. bent M...., 12 ans, entre au pavillon des tuberculeux de la Rabta, au début du mois de janvier 1937. Elle tousse et crache depuis un an. Elle se plaint de douleurs thoraciques diffuses, d'essoufflement, et de fièvre.

Son père serait mort de tuberculose il y a 2 ans. Sa mère a fait deux avortements. Elle est fille unique. Elle n'a jamais été malade jusque là; elle n'a jamais eu d'hémoptysie.

L'état général est assez médiocre, l'expectoration muqueuse avec quelques amas purulents.

On constate à droite des signes de ramollissement très étendus, des râles humides s'entendant dans tout l'hémithorax.

A gauche, la base est submate; la respiration est rude; quelques craquements apparaissent après la toux.

Radiologiquement, on note; des images floconneuses étendues à tout le poumon gauche, parsemées de de cavernules.

A droite, une image cavitaire du tiers inférieur du poumon de la grosseur d'une pièce de deux francs.

L'examen des crachats décèle des bacilles. Cuti-réaction est positive Les signes cliniques de syphilis sont absents. Le Wassermann est positif à + +; le Kahn à + + + +.

Un traitment anti-syphilitique n'a pu être entrepris, le malade quittant le service une semaine après son hospitalisation.

CONCLUSIONS D'ORDRE CLINIQUE

A considérer l'ensemble de nos observations dont nous n'avons pu donner dans cet article qu'un nombre forcément restreint, il nous est impossible d'isoler une forme de tuberculose qui ferait plus spécialement penser à l'action de la syphilis. Suivant certains auteurs, Sergent en particulier, la syphilis imprimerait à la tuberculose une évolulon torpide, bénigne, à tendance fibreuse. Nous ne voulons considérer ici que le tuberculeux indigène, et nous ne pouvons que constater que la tuberculose fibreuse est rare chez l'indigène chez qui la syphilis est cependant très fréquente. Nous n'avons pas remarqué dans l'évolution générale ni dans les symptômes locaux un signe particulier différenciant la tuberculose évoluant chez un syphilitique, de la tuberculos banale évoluant sur un autre terrain. Certains ont signalé la fréquence des hémoptysies. Nous ne pouvons donner de statistiques à ce sujet, mais notre impression est que les hémoptysies s'observent comme chez les européens, et pas plus fréquemment chez les musulmans syphilitiques que chez les tuberculeux indemnes de cette maladie. L'hémoptysie est un symptôme qui frappe l'indigène et qui, le sortant de son indifférence habituelle l'amène à consulter le Médecin. Il serait à souhaiter qu'elle soit plus fréquente parce qu'elle permet de voir le malade plus tôt et de le soigner alors que les lésions ne sont pas encore bilatérales. Les hémorragies foudroyantes par Anévrysme de Rasmüssen sont extrêmement rares. L'un de nous n'en a trouvé qu'un ou deux cas constatés à l'autopsie en une vingtaine d'années.

Un cas de tuberculose du lobe azygos, chez un alcoolique, s'est accompagné d'hémoptysies, formidables et répétées, chaque fois que le malade s'adonnait à son intempérance. D'autres causes

les variations atmosphériques, chute brusque de pression, saisons, ont très probablement une influence sur l'apparition des hémoptysies; on les voit souvent survenir en série sur plusieurs malades aussi bien européens que musulmans: l'un de nous, après une observation de 2 ou 3 ans pensait que les hémoptysies survenaient plus fréquemment en mars. Une observation étendue sur une plus longue période n'a pas confirmé cette opinion.

Tant de causes peuvent provoquer des hémoptysies qu'il est vraiment difficile de donner un rôle prédominant au terrain syphilitique.

LE PROBLEME ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Les travaux anatomo-pathologiques sur cette association morbide sont peu nombreux, tout au moins en Afrique du Nord. Il semble que les premiers entrepris soient ceux des auteurs algériens Montpellier, Lévy-Valensi, François et Laffargue. (1)

Les constations anatomiques qui reposent sur deux cas feraient ressortir l'action de la syphilis sur le poumon tuberculeux. Il existerait un hybride syphilo-tuberculeux comme le laissent entrevoir les lésions décrites ci-dessous :

la caséification d'emblée, non précédée du processus exsudatif habituel frappant des zones sclérosées,

la vascularité intense, oblitérante, en dehors des foyers exsudatifs et caséeux.

le délabrement de conduits aériens tantôt béants à tendance ectasiante, tantôt atrésiés avec hyperplasie végétante des parois.

la sclérose fortement mutilante.

la fréquence des zones de pneumonie interstitielle élastigène ou anélastigène avec étouffements des lumières alvéolaires, et revêtement du type fœtal.

Toutes ces lésions seraient donc spéciales au poumon du syphilitique tuberculeux.

Lorsque nous avons commencé ce travail clinique nous avons demandé à Mr. Anderson de poursuivre parallélement des études

(1) Montpellier, Levy-Valensi, François et Laffargue. — *Les formes de la tuberculose pulmonaire chez l'indigène algérien musulman*, «Algérie-Médicale» août 1933.

anatomiques. Nous n'avons pu pratiquer que quatre autopsies de syphilitiques tuberculeux : Trois malades étaient atteints de syphilis-tertiaire, une d'hérédo-syphilis. Les lésions macroscopiques observées ne présentaient rien que de très banal; il s'agissait de lésions broncho-pneumoniques et pluri-cavitaire, avec dans un cas, une pneumonie caséeuse surajoutée. Dans aucun cas, nous n'avons trouvé les tubercules crétacés dont fait état Sergent.

Les études microscopiques ont été faites par M. Anderson, que nous tenons à remercier. Voici les lésions qui ont été observées:

Les examens histologiques révèlent tous des lésions décrites classiquement comme des lésions tuberculeuses : ces images sont dans l'ensemble, complexes, certaines prédominant sur telle ou telle coupe, mais rendant impossible dans l'ensemble une classification systématique même schématique. On peut dire néanmoins que d'une façon générale il s'agit de tuberculose ulcéro-caséeuse et broncho-pneumnique

Dans chaque cas le bacille de Koch est mis facilement en évidence, le tréponéme dans aucun. Dans un cas, l'alvéolite macrophagique est très marquée. Dans tous, les bronches participent à l'infection. Sur une coupe intéressant un fragment de bronche dilatée on note l'existence d'altérations bronchiques, mais par trop discrètes cependant pour en faire état comme le voudrait Tripier et son école qui voient dans la bronchectasie la signature de la syphilis.

De même, nous n'avons pas observé ce retour à l'état cubique des revêtments alvéolaires qui fait partie du cortège anatomique de la syphilis pneumonique (Roussy).

Par ailleurs, s'il semble vraiment établi qu'au sein du parenchyme pulmoaire l'association de spirochète de Shaudinn et de B. K. produit des altérations scléreuses remarquables par la multiplicité, la diversité, l'étendue et la fréquente calcification de leurs foyers (Letulle), nous n'avons pas, quant à nous, à la suite de notre travail, la même impression. Si nos observations en effet, ont pu nous montrer des lésions de sclérose, celles-ci pouvaient être rapportées à la sclérose dite systématisée, classique, des auteurs (sans tendance toutefois à s'infiltrer de charbon), sans caractéristique propre et s'adaptant en tous points aux images histologiques

où les auteurs sont d'accord pour voir la signature tuberculeuse pure et simple.

On voit les différences profondes qui nous séparent des auteurs algériens.

Il faut, toutefois, souligner que les auteurs algériens, pour reconnaître l'existence de l'hybride tuberculo-syphilitique, se basent, pour employer leurs propres termes sur « un ensemble de nuances », et leurs études ne peuvent que laisser place à la discussion.

Nous nous sommes particulièrement intéressés à leurs publications, parce que leurs observations semblent avoir été faites dans les mêmes conditions que les nôtres, sur des sujets a priori analogues. Nos résultats tendent à laisser entier pour nous le problème que ces auteurs n'ont d'ailleurs fait que poser.

LE PROBLEME THERAPEUTIQUE

L'étude de la tuberculose pulmonaire et de la syphilis coexistante sur un même individu pose au point de vue thérapeutique toute une série de problèmes.

Comment traiter de pareils malades ? Faut-il traiter l'une de ces maladies sans s'inquiéter de l'autre ? Les traiter toutes les deux simultanément ou l'une après l'autre ?

On ne peut donc avoir une ligne de conduite commune. Il faut encore ici envisager successivement les différents cas rencontrés.

LE TRAITEMENT

1°) AU COURS DE LA SYPHILIS RECENTE

Au cours des *syphilis récentes*, il nous parait nécessaire d'instituer un traitement urgent pour atténuer les effets nocifs de ce « branle-bas » de la période secondaire. Ce traitement doit être prudent et utilisr le novarsénobenzol à doses modérées et répétées, ou mieux le cyanure de mercure. Pour ne pas être d'une efficacité absolue sur l'association morbide, étant donné les formes graves de tuberculose pulmonaire sur syphilis secondaire, ce traitement doit être toujours essayé, bien qu'il ne soit pas exempt de dangers. Nos préférences se portent sur le cyanure de mercure, l'emploi des novar faisant trop courir au malade le risque d'hémoptysie.

2) AU COURS DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

Au cours de la syphilis tertiaire, les problèmes thérapeutiques sont loin d'être aussi délicats.

La littérature, à ce sujet, est aussi abondante que diverse dans ses conclusions. Pour certains, le traitement anti-syphilitique est inopérant sur l'état tuberculeux; pour d'autres, il est au contraire dangereux, d'autres encore le conseillent, et leurs préférences vont à tel ou tel médicament.

C'est dire que nous-mêmes, dans notre étude nous avons essayé tous les composants de l'arsenal thérapeutique que nous possédons contre la syphilis. Peu d'observations nous ont permis des conclusions fermes, l'indigène musulman étant un être réfractaire aux traitements de longue durée. Beaucoup de traitements institués ne furent pas terminés. Nous possédons une dizaine d'observations complètes sur lesquelles notre opinion est ferme. Pour les autres nous ne pouvons qu'avoir une impression générale.

Il résulte de nos constatations que le traitement antispécifique d'un indigène musulman tunisien tuberculeux et vieux syphilitique est sans action favorable sur l'évolution de la tuberculose, et dans nombre de cas dangereux.

Dangereux quant à l'iodure et à l'arsenic chez ces malades atteints la plupart d'une tuberculose subaigue, et sujets aux hémoptysies, au foie déjà altéré, recemment par la tuberculose, depuis longtemps par le paludisme. Inefficace quant au mercure et au bismuth.

Une de nos observations est assez suggestive. Il s'agit d'un malade qui a séjourné près d'un an dans notre service. Il présentait à son entrée une infiltration de son poumon droit avec une caverne à la base. A gauche, des opacités diffuses de la partie moyenne du parenchyme. Comme syphilis, un chancre de la verge, dix ans auparavant, chancre dont on voyait la cicatrice, sans aucun autre stigmate clinique. Le Wassermann et le Hecht étaient positifs à + + + Les épreuves de laboratoire ayant montré une fonction hépatique normale, l'état général étant conservé, nous instituons un traitement novarsénobenzolique à doses progressives et espacées. A une injection de 0 gr 60 il fait un hémoptysie assez inquiétante par son abondance. Nous interrompons le novar, et prescrivons du cyanure

de mercure : 1cc tous les deux jours. Au bout de deux séries complètes, le Wassermann est négatif.

Une seconde radiographie montre à ce moment : aucun changement au niveau de son poumon droit, une accentuation des opacités diffuses du poumon gauche atteignant la corticalité du poumon

Trois semaines après le malade se plaint d'une violente douleur au côté gauche, sa respiration est faible et saccadée et l'on constate des signes d'un pneumothorax de la grande cavité.

Une fois les phénomènes dyspnéiques amendés, nous prescrivons des sels de bismuth. Le malade meurt subitement deux mois après.

Cette observation est intéressante à rappeler parce qu'elle montre que malgré la diversité des médicaments employés, la négativité du Wassermann, la tuberculose évolue indépendante. Elle montre aussi l'action nocive de l'arsenic.

Est-ce à dire que le pronostic reste aussi sombre qu'il y ait syphilis ou non ?

Nous pensons, en guise de conclusion, que dans le cas de syphilis tertiaire il faut envisager l'une et l'autre maladie, considérer la tuberculose comme indépendante, nous estimons qu'on peut essayer de traiter la syphilis parce que la syphilis est souvent la cause de l'état général misérable du musulman tunisien, et qu'en relevant son état général on lui donne une arme de plus pour lutter contre son infection bacillaire.

Le médicament le plus propice nous a paru le bismuth aux doses habituelles.

L'emploi du traitement anti syphilitique, sera d'autant plus facilité qu'on se trouvera en présence d'un organisme résistant. Ici, à l'opposé de syphilis récente, ce traitement n'a rien d'urgent. Il faut avant tout lutter contre la tuberculose, par tous les moyens mis à notre disposition, la cure hygiéno-diététique, le repos, le pneumothorax surtout. Ce dernier en neutralisant la tuberculose permettra le traitement antispécifique dans de meilleures conditions

Discussion :

Dr **Masselot.** — La très intéressante communication des Drs Broc et Caruana apporte une contribution positive à la question des rapports de la Syphilis et de la tuberculose chez les indigènes nord-africains. Les auteurs

Algériens et nous mêmes avions tablé sur des impressions cliniques. Les conclusions des auteurs précités sont basées sur un grand nombre d'observations soigneusement recueillies.

Cette question avait retenue notre attention depuis longtemps. Nous possédons pour l'étudier de façon scientifique deux criteriums : la réaction de Wassermann et la méthode anatomopathologique.

La réaction de Wassermann que Broc a trouvé positive chez 15 % de ses tuberculeux, présente l'inconvénient de nous donner un matériel clinique composé de Syphilitiques encore en activité. Ce ne sont pas eux que visait Sergent dans ses travaux. Il n'avait en vue que les Syphilis vieilles et inactives. Par conséquent ce sont les malades qui ne sont pas dépistés par le Bordet-Wassermann qui sont justement les plus intéressants à étudier. Nous ne pouvons malheureusement pas les atteindre.

La méthode anatomopathologique ne peut qu'assez rarement être utilisée, les tuberculeux fibreux étant la plupart du temps des malades valides. Bezançon insiste sur ses difficulté et ses incertitudes en l'absence de la constatation du tréponème qui n'est pas habituelle.

La Syphilis plumonaire nous parait cliniquement assez rare. Nous n'avons jamais observé même dans les grands services de tuberculeux de Laennec ces cas de malades pseudo-cavitaires qu'un traitement antisyphilitique guérit, cas classiquement connus depuis Dieulafoy et Sergent.

En revanche ce qui nous parait assez fréquent en milieu militaire musulman · c'est la bronchite arabe qui se rapproche des cas de Syphilis bronchiques décrits par Sergent et Benda. Celle-ci que l'on constate également dans certains corps Européens fortement atteints par la Syphylis, les bataillonaires et les légionnaires par exemple, ne conduit pas habituellement les malades à la tuberculose, nos constatations cliniques nous permettent de rattacher cet état morbide à la Syphilis.

L'Heure de la Décision en Phtisiologie (1)

par Félix MASSELOT

Il existe une heure de la décision en phtisiologie. Pour être moins brutale que l'heure décisive en chirurgie, elle n'en est pas moins capitale. La vie ou la mort d'un tuberculeux peut être la rançon d'une temporisation inopportune. Sans doute, l'échéance en est lointaine; il est possible d'en discuter les causes, de se ménager d'habiles retraites; mais si l'on veut être franc avec soi même, force est de convenir que le drame provient de ce que l'on a laissé passer l'heure de la décision.

Mais dira-t-on, il est possible de parler d'heure décisive pour une diphtérie, pour une appendicite etc... N'est ce pas forcer les mots et défigurer les faits, que de parler d'heure décisive en matière de tuberculose. C'est peut-être en effet forcer les mots, car il ne s'agit pas d'heures mais de jours; mais ce n'est sûrement pas dénaturer les faits, car, faute d'avoir agi à temps, le traitement ne pourra être que partiellement efficace voire même inefficace. Est-il nécessaire de rappeler qu'il y a des observations de cavernes formées en trois semaines, qu'une bilatéralisation se manifeste parfois en quelques jours, que des symphyses partielles rendant impossible un pneumothorax efficace peuvent s'organiser en très peu de temps, qu'une hémoptysie malencontreuse peut disséminer une affection jusque là localisée, qu'une maladie intercurrente est susceptible de donner un coup de fouet redoutable à la moins méchante des Tuberculoses.

Toutes ces éventualités ne peuvent être niées, chacun de nous a pu les voir survenir. Il y a donc bien une heure de la décision, en phtisiologie.

Heure pour quoi demanderont les sceptiques ?... Mais, pour une action thérapeutique dont il ne faut pas méconnaître la puissance. Personne, pensons nous, ne doute des guérisons dues au Pneumothorax thérapeutique, voire même pour des cas, bien choisis, à la chirurgie pulmonaire. Beaucoup par contre sous estiment l'efficacité de la cure de repos, base de tous les traitements, qui constitue à elle seule un traitement de premier plan. Mais la cure de repos n'opère pas de miracles. Elle ne peut rien pour les formes

(1) Communication faite à la Séance de la Société des Sciences Médicales du 4 mars 1938.

trop avancées. Si l'on songe que l'immense majorité des malades s'y résigne trop tard, pour de multiples raisons dont la responsabilité d'ailleurs ne lui incombe pas toujours, si l'on pense qu'un grand nombre de tuberculeux, même de ceux qui sont traités en sanatorium, ne s'astreint qu'à un repos partiel, ou manque de persévérance, on est étonné de constater que, cette cure, en dépit des erreurs commises, sauve encore de nombreux malades. Il ne faut pas juger ses effets, sur ce que l'on observe en pratique de ville, où elle ne peut avoir sa pleine efficacité que dans une minorité des cas; on ne peut avoir une opinion saine sur elle, que si on l'a vu appliquée en milieu sanatorial, par des Médecins compétents et consciencieux. Là s'acquière la certitude, indispensable à qui s'occupe de Phtisiologie, que le repos, à lui seul, peut guérir la maladie, pourvu que le terrain du malade soit capable de fournir l'effort qui lui est demandé.

L'Heure de la Décision, s'impose souvent avec évidence en Phtisiologie. Lorsqu'un malade, s'inquiétant d'une toux rebelle, d'une déficience de l'état général vient consulter et que les examens cliniques, radioscopiques et bactériologiques démontrent qu'il s'agit bien de tuberculose, il n'y a aucun mérite à conclure en faveur d'une action immédiate, qui comporte en premier lieu le repos absolu (chaque fois qu'il est réalisable). Il n'y a aucun mérite à conclure, mais il arrive que la conclusion ne soit pas celle qui s'impose, parce que l'examen a été incomplet, parcequ'un symptome bruyant, une laryngite, par exemple, a été mal interprété, parcequ'une dyspepsie hyperacide douloureuse a retenu toute l'attention de l'observateur, parceque le malade n'a pas de fièvre et que l'on vit avec cette idée, quelquefois fausse, qu'une tuberculose évolutive est toujours fébrile, et surtout parcequ'une oreille, qui se croit infaillible n'a rien entendu de suspect. Dans toutes ces éventualités, l'examen bactériologique a été négligé, ou bien l'on s'est contenté d'un examen direct négatif.

Ces notions sont banales sans doute, mais il s'agit de pièges dangereux pour le clinicien et n'y tombent pas seulement les ignorants ou les gens trop pressés. Qui peut d'ailleurs affirmer n'y être jamais tombé ?

Heure décisive et diagnostic précoce sont synonymes. Or un diagnostic de tuberculose comporte de si graves conséquences ma-

térielles et morales pour le malade, qu'en aucun cas celui ci ne devrait être victime d'une erreur. Pourtant, il y a quelques 10 % des malades frappant à la porte des sanatoriums qui ne sont pas des tuberculeux. Songe-t-on à la rancoeur légitime de ceux qui ont subi un pareil préjudice ?

La meilleure façon de se mettre à l'abri de cette faute, est de n'envoyer, sauf exception, en sanatorium que des malades bacillifères. Sans doute, il y a bien encore la question des bacilles tuberculeux de sortie qui peut troubler notre quiétude. Néanmoins, une constatation positive, faite dans un laboratoire compétent, équivaut à une quasi certitude de maladie. Seulement chez les malades à faible expectoration, il faut savoir que les crachats doivent être recueilli plusieurs jours de suite avant d'envoyer le produit à l'analyse, il faut savoir persuader la famille, torp heureuse d'un examen négatif, que plusieurs examens avec homogénéisation sont nécessaires pour conclure avec quelque sécurité. Seulement, il y a des malades, des femmes particulièrement et surtout les enfants qui ne crachent pas. Le tubage gastrique à jeun, qui est couramment pratiqué aujourd'hui supplée à l'absence d'expectoration spontanée. Le pourcentage des examens positifs, surtout s'ils sont répétés en est élevé. C'est une méthode dont on ne peut plus aujourd'hui se passer.

Bien entendu, il va sans dire que tous les crachurs de bacilles ne doivent pas être immédiatement arrêtés et si possible mis en cure sanatoriale ou même au simple repos. Il y a les tuberculeux fibreux, il y a les vieux cavitaires, les catarrhes tuberculeux séniles etc. qui se soignent fort bien au coin de leur feu, à condition qu'il n'y ait pas d'enfants dans la maison. Il y a d'autre part le plus grand nombre des tuberculeux aigus qu'on ne peut que laisser mourir dans leur lit. Les autres tuberculeux par contre seront arrêtés dans leur vie professionnelle et mis au repos si celui ci est possible matériellement. A certains d'entre eux on conseillera le départ en sanatorium, à d'autres les thérapeutiques chirurgicales immédiates.

De tous les critériums, la bacilloscopie trop souvent négligée d'ailleurs, est le seul qui donne au médecin une sécurité presqu'entière car lui seul permet d'affirmer l'existence de la maladie tuberculeuse.

Il est quelque fois en défaut, même dans certains cas évolutifs et graves pour lesquels, trop tardivement et sans qu'on puisse l'expliquer ou le prévoir, le bacille de Koch est décelé. Il faut alors savoir s'en passer, car on n'a pas toujours six semaines devant soi pour attendre les résultats d'une inoculation. Mais quelle prudence ne doit-on pas avoir dans ces cas pour conclure. Il n'y a aucune image radiologique, même l'image de caverne, même l'image de granulie qui permette à elle seule d'affirmer en toute sécurité la tuberculose. Que de fois, ne se demande-t-on pas, pendant des semaines devant un pulmonaire dont l'exament bacilloscopique est négatif, s'agit-il de cancer ou de tuberculose ? Les affections les plus variées, parfois les plus inattendues peuvent avoir une image radiologique pouvant faire penser à la tuberculose : les mycoses les pneumonioses l'abcès avant sa vomique et avant l'apparition de son image caractéristique, certains cas de dilatation des bronches si on néglige de les explorer au lipiodol, voire certains kystes hydatiques et pas seulement ceux qui donnent des hémoptysies, la maladie de Hodgkin etc...

Dans quelques uns de ces cas, une bronchoscopie pourrait donner d'utiles renseignements et en tout cas permettre un prélèvement de mucosité bronchique pour examen bactériologique quelquefois même une biopsie. En citant ces fait bien connus qui demeurent pourtant des exceptions, notre intention n'est pas de mettre en doute l'appoint capital d'une radiographie précédée de radioscopie sous différentes incidences, dans le diagnostic de la tuberculose, mais la radiographie n'a de valeur qu'en fonction d'autres signes et ne doit être interprétée qu'à la lumière de tous les autres renseignements cliniques. Le diagnostic posé, elle reprend la première place pour la surveillance du traitement, avec les renseignements tirés de l'état général.

Bien que notre but soit de parler de l'Heure de la décision et non de la décision elle même, on nous permettra une courte digression sur ce sujet. La décision en matière de tuberculose, doit obéir à certaines règles, pour l'établissement desquelles on ne peut tenir compte des exceptions. Ces règles consistent d'abord à porter un diagnostic précoce par une synthèse clinique, qui en aucun cas, ne peut être un total, mais bien plutot suggérer une impression d'ensemble. Il existe des tuberculoses sans aucun signe qu'une fébricu-

le persistante (formes monosymptomatiques de Burnand) on en rencontre qui ne présentent aucun signe radiologique décelable. Il y en a sans bacilles dans les expectorations, on en voit qui demeurent sans signes fonctionnels mais chez qui on note des signes radiologiques et sthétacoustiques indubitables. Il est regrettable qu'aucune méthode sérologique ou photométrique ne puisse donner le fil 'Ariane, permettant de se guider dans le dédale de la symptomatologie de la Tuberculose pulmonaire incipiente.

Les règles de la décision doivent ensuite avoir pour but d'apprécier si le tuberculeux est ou n'est pas évolutif, puis de déterminer, aussi exactement que possible la résistance générale du malade et particulièrement son équilibre neuro endocrinien, elles doivent enfin permettre de le classer dans l'une des grandes catégories suivantes : 1° Malade justiciable des méthodes collapsothérapiques ou chirurgicales; 2° malade justiciable de la seule cure hygiéno diététique; 3° malade dont l'état rend inutile toute tentative thérapeutique.

Ainsi donc il appartient au seul clinicien, par effort de synthès de reconnaître cette heure de la décision en phtisiologie. Nous avons sans en faire l'étude mentionné certains pièges dans lesquels il peut tomber. Nous voudrions dire deux mots des raisons qui peuvent fausser son jugement.

C'est d'abord d'accorder une trop grande confiance au malade. Rist, à juste titre, décrit minutieusement l'interrogatoire en phtisiologie. Il est difficile à conduire, car le malade ne s'analyse pas toujours exactement, de plus, inconsciemment, il cherche à amenuiser les symptomes les plus caractéristiques de son affection enfin, il attache à crtains signes une valeur considérable, aux douleurs par exemple, et en méconnait d'autres beaucoup plus importants tels que la température. Que de fois à l'interrogation, toussez vous, il est répondu par la négative, alors que le malade racle son pharynx, ce qui revient au même quand au résultat, que de fois à la question crachez vous le malade n'avoue qu'une expectoration salivaire alors que celle ci recueillie, présente des particules gommeuse contenant du bacille de Koch. Si l'on ne croit que ce que l'on voit, aussi bien en cette matière, qu'en ce qui concerne la fièvre, voire même le poids, on s'évitera d'immanquables erreurs d'appréciation. Celle-ci seront encore plus fréquentes, si l'on prend

pour argent comptant, les litanies des tuberculophobes dont l'état anxieux est souvent plus inquiétant au premier aspect que celui d'un tuberculeux véritable.

Il faut ensuite se répéter inlassablement que nul, quelque soit son âge, son aspect physique, sa condition sociale n'est à l'abri de la tuberculose. Tel athlète y sera plus sensible que tel avorton que l'on juge candidat au mal, mais qui restera candidat perpétuel. Il ne faut pas se laisser impressionner par une puissante musculature, pas plus que par une longue vie sans passé pathologique. Ceci ne veut pas dire qu'il ne faille pas tenir le plus grand compte des antécédent directs et familiaux. Chacun en connait l'importance primordiale. Il ne s'en suit pas pour cela que le malade sans histoire pathologique, doive jouir d'un préjugé favorable, que l'on est d'autant plus prêt à lui accorder qu'il est de votre famille ou de vos amis. Ici l'esprit qui animait l'immortel Knock est de mise pour diriger les recherches. Il ne suffit pas bien entendu pour conclure.

Enfin comme on l'a déjà répété à satiété, il ne faut pas qu'une foi injustifiée dans des traitements secondaires, tels que l'aurothérapie ou la calcithérapie fasse reculer l'heure de la décision, particulièrement celle du traitement collapsothérapie. Celui ci qui est de beaucoup notre arme la plus efficace contre la maladie, ne doit jamais être différé lorsqu'il est indiqué, dans l'hypothétique espoir qu'une temporisation pourrait le rendre inutile. Sans doute, dans des cas exceptionnels pourrait-on avoir à se féliciter de cette politique d'attente car il est des tuberculeux qui guérissent seuls, même parfois en dépit de multiples imprudences. Mais par contre, combien souvent, faudrait-il s'accuser d'avoir irrémédiablement compromis la partie, alors que le malade avait tous les atouts en main. Chez un jeune ce n'est qu'exceptionnellement, lorsque l'évolution tuberculeuse tourne court et que le sujet est placé dans des conditions matérielles très favorables, que l'on pourra se décider à une expectative armée s'il s'agit d'une lésion évolutive ; ceci n'implique pas, bien entendu, qu'il faille indistinctement faire un pneumothorax à tout cracheur de bacilles et surtout aux tuberculeux qui présentent de simples formes fluxionnaires.

Une fois de plus, il faut reconnaitre que la décision appropriée est fonction de l'expérience clinique et qu'il est impossible d'en bien schématiser les règles, car la notion d'évolution en matière de

tuberculose, capitale pour la décision, est complexe. Si dans de nombreux cas, l'évolution s'accuse cliniquement par la fièvre, l'amaigrissement, l'anorexie, signes révélateurs au premier chef, et radiologiquement par l'extension des lésions, elle peut se voir chez des malades qui ne perdent pas de poids ou qui ont une température normale. L'examen sthétacoustique en ce qui concerne le diagnostic d'évolution est de peu d'importance, surtout pour les lésions récentes, quant à l'examen radiologique, en dehors des cas où il décèle l'envahissement de nouveaux territoires ce qui est habituellement tardif, il ne peut trop souvent aider à conclure en faveur d'une évolution. Le remaniement d'une lésion est bien difficile à déceler, sauf si une ulcération se creuse. Signalons à ce point de vue le progrès que constituent les examens en lordose ou les radiographie faites l'ampoule haute, qui permettent de déceler des cavernes invisibles aux examens couramment pratiqués. Nous ne parlons que pour mémoire de la tomographie qui n'est pas encore au point. C'est dans ces cas d'appréciation difficile que la sédimentation et le Verne résorcine peuvent rendre de signalés services, en permettant de reconnaître la malignité de certaines formes à évolution sournoise. Disons en passant, que les formes malignes larvées sont probablement fonction du terrain. Ainsi s'explique qu'elles se reproduisent quelquesfois en série dans la même famille. Nous avons encore dans l'esprit l'histoire navrante de trois sœurs qui on fait, à peu près au même âge, des formes bilatérales d'emblée et mortelles, malgré qu'elles n'aient présenté pendant les premiers mois de leur tuberculose que des signes généraux insignifiants et en tout cas une température à peu près normale.

Nous avons intitulé cet exposé l'heure de la décision, pour appuyer sur l'idée qu'il est capital de poser à temps le diagnostic de tuberculose et d'en tirer immédiatement les conséquences qui s'imposent si cruelles et si excessives qu'elles puissent paraitre à des yeux non avertis. Il ne s'ensuit pas qu'il n'y ait pour un tuberculeux qu'une heure décisive dans sa longue carrière de malade. Il est à souhaiter qu'il n'y en ait qu'une et nos efforts doivent tendre à diffuser la notion de la possibilté et de l'impérieuse nécessité d'un diagnostic précoce qui appartient au médecin praticien; lui seul permet l'institution de thérapeutiques pleinement efficaces. Pour le tuberculeux venu trop tardivement au traitement, il existe plu-

sieurs heures de la décision, qui survient successivemnt, après l'échec des premières tentatives de traitement. La décision dans ces cas est particulièrement délicate à prendre, le risque à courir par le malade devenant chaque jour plus sérieux. Nous n'avons pas ici à parler d'indications thérapeutiques mais des problèmes généraux qui se posent au moment de les formuler.

Le Médecin est trop facilement enclin à penser : Voici un tuberculeux gravement touché, l'évolution de sa maladie ne peut être que fatale, je suis donc autorisé à tout tenter puisque, si je ne fais rien ,il est perdu.A notre sens, ce raisonnement ne peut couvrir les audaces thérapeutiques inconsidérées. D'une part, un tuberculeux condamné peut voir son affection s'arrêter et il lui est possible ensuite, de vivre une vie, diminuée sans doute, mais une vie, à laquelle lui et les siens attachent du prix. D'autre part, les audaces thérapeutiques, particulièrement celles de la chirurgie, ne se justifient que si le patient a de sérieuses chances d'en tirer profit. Les risques de décès post opératoire ne sont pas négligeables et surtout le malade souffre dans sa chair. Beaucoup d'interventions de chirurgie pulmonaire se font à l'anesthésie locale, elles durent plus d'une heure; quand on propose une intervention il faut penser à cette heure de souffrance à l'anéantissement qui la suit et également aux douleurs de la période post opératoire. Ce n'est pas en vain qu'il faut exiger un tel sacrifice. La chirurgie n'est pas la dernière planche de salut du tuberculeux.

Malgré l'étude la plus approfondie du malade, il est souvent difficile, parfois même impossible, de prendre une décision ainsi en est-il par exemple, dans les cas ou l'on constate une hémoptysie isolée, sans aucun autre signe clinique ou radiologique, ou bien lorsque en présence d'un tableau fonctionnel en faveur de la tuberculose, la radiographie ne montre que des hiles indéchiffrables ou une image dite de tramite qui peut- être aussi bien début que séquelle d'une infection tuberculeuse. Dans ces cas les examens radiographiques en série s'imposent et dans des délais très courts Ils confirmeront ou infirmeront des présomptions qui ne permettent en aucun cas de bouleverser la vie d'un malade.

Par contre l'abstention ne sera pas de mise, devant un cas de pleurésie. Même si le médecin est victime de sa franchise, la famille doit savoir que la pleurésie est tuberculose, que dans 1/4 des

cas elle aboutit chez l'adulte, à la tuberculose pulmonaire et que la seule façon d'éviter cette menaçante éventualité, c'est d'arrêter un pleurétique pendant six mois et de le surveiller pendant trois ans. La tuberculose post pleurétique est particulièrement grave, puisque le pneumothorax thérapeutique ne peut habituellement être institué et que le malade est ainsi privé de sa meilleure chance de salut. Et ceci explique et justifie la sévérité d'une cure prolongée après la guérison de la pleurésie, même de celle qui a le moins touché en apparence l'état général du malade. La méthode de la pneumosé-reuse n'en dispense pas, malgré les garanties supplémentaires de guérison qu'elle apporte.

Sans toutefois conseiller les mêmes mesures de rigueur après l'apparition d'un érythème noueux, il est prudent de prescrire un repos assez prolongé dans la convalescence de la maladie et une surveillance radiographique dans les mois qui la suivent.

On voit donc par ce court exposé l'importance et la grande variété d'aspect de l'heure de la décision en phtisiologie. Nous ne doutons pas qu'un jour, par suite de l'éducation du public et de la vulgarisation de la phtisiologie dans le milieu médical, cette heure de la décision fasse une place de plus en plus grande à l'heure de la prévention. Ainsi évitera-t-on au malade et à sa famille, l'inévitable cortège de chagrins et de souffrances qui suit un diagnostic de tuberculose et l'angoisse d'un avenir que l'on ne peut jamais exactement prévoir, même dans les cas en apparence les moins inquiétants.

"Prix-Médical" du Rotary Français (Valeur 10.000 fr.)

Le Rotary français, dans le but de stimuler et de favoriser les recherches d'ordre médical susceptibles d'apporter quelque progrès dans la lutte contre la maladie, a créé un prix dit « Prix médical du Rotary français» destiné à récompenser l'auteur français du meilleur travail présenté sur le sujet chaque fois proposé.

La valeur de ce prix est de 10.000 francs.

Le sujet proposépour le concours actuel est :

LE TRAITEMENT SEROTHERAPIQUE DE LA POLIOMYELITE

Ce sujet étant envisagé à la lumière des connaissances actuelles et des acquisitions nouvelles qu'il peut comporter.

La Commission est composée de Messieurs les Docteurs : A. Aynaud d'Aix-en-Provence, E. Bardier, Doyen de la Faculté de Médecine de Toulouse, L. Devraigne, Accoucheur des hôpitaux de Paris, E. Marquis, Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes, G. Mouriquand, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, F. Papin, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, J. Ramadier, Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. Elle a decidé que les travaux présentés en devront pas être de simples compilations, de pures revues générales plus ou moins critiques, mais présenter un caractères original avec recherches personnelles, épidémiologiques, cliniques ou expérimentales.

Les mémoires, sous peine de forclusion, devront être remis en 6 exemplaires à Monsieur le Docteur J. Ramadier, 22 rue Clément-Marot, Paris avant le 31 décembre 1938.

INERTYL CHARVOZ
COMPRIMÉS CACHETS · GRANULÉS
INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

La Tunisie Médicale

AOUT 1938

L'hémostase d'extrême urgence sur le champ de bataille

par le Médecin Capitaine de Réserve CHEYROU-LAGRÈZE

Une des plus grandes préoccupations des chirurgiens a toujours été d'arrêter les hémorragies, de pratiquer l'hémostase. Elle permet d'éviter les accidents mortels, d'arracher à la mort les blessés considérés comme perdus. Les exemples du Président Doumer et du Président Barthou en sont la preuve. Le premier arrive exsangue, pâle, froid, sans pouls à la clinique, parce que la compression du creux axillaire n'a pas été faite; le deuxième y parvient prêt à expirer dans le même état, parce que le garrot au-dessus de la plaie artérielle n'a pas été appliqué. Il est d'une impérieuse nécessité d'arrêter le sang giclant des plaies artérielles. Il est capital d'instituer un traitement hémostatique de première urgence pour les blessés qui saignent, d'empêcher les conséquences de l'hémorragie.

En présence d'une plaie qui saigne abondamment, il faut immédiatement, avant de panser la plaie, comprimer au-dessus de la plaie au moyen des deux mains, d'un lien, d'une serviette roulée et sous le nœud glisser une tige de fortune pour réaliser le garrot, permettant au moyen de la torsion de serrer davantage. Ainsi sera réalisée l'hémostase provisoire. Devant une plaie artérielle, la compression sera effectuée au-dessus; compression digitale d'attente ou compression par bande élastique, manœuvre de salut, notamment pour la compression de l'aorte dans les hémorragies profuses du bassin. Le Chirurgien pratiquera l'hémostase définitive par la ligature dans la plaie des deux bout de l'artère blessée. Au cas où les lésions des vaisseaux sont multiples, il est indispensable de pincer avec la pince à forcipressure et de lier séparément tout ce qui saigne.

Il sera nécessaire de passer un fil double sous chacun des bouts de l'artère, de nouer le premier fil après striction progressive et de nouer le second au-dessus de lui. Dans l'hémorragie veineuse où le sang, au lieu de s'écouler en jet saccadés, se répand en nappe diffuse, il faudra passer un double fil sous la veine la lier au-dessus et au-dessous et sectionner le fil entre les deux ligatures.

La contusion artérielle expose à la thrombose et à la gangrène. Pour éviter l'infection et le sphacèle de la plaie artérielle, il est indispensable de l'aseptiser, de la déterger, de la débrider de l'explorer complètement pour intervenir à temps. L'artère a une tendance à s'oblitérer par la formation d'un caillot. Il faut empêcher le blessé d'être exposé à l'embolie et à la gangrène. Toute plaie artérielle doit être opérée, après avoir été explorée. Il est de première nécessité de découvrir l'artère lésée. L'oblitération de l'artère est signalée par l'absence de pouls dans la zone sous jacente au foyer de la plaie, par la pâleur d'albâtre, par le refroidissement du membre, par l'insensibilité. Une tuméfaction allongée montre l'hématome et la rupture vasculaire se traduit par un épanchement sanguin pulsatile, l'anévrisme diffus, qui exige de suite la compression digitale du tronc artériel au-dessus de la rupture. Il est capital d'aller immédiatement à la découverte de l'artère, au-dessus de l'anévrisme et de la lier. Si la collection de sang s'accroît, il faut ouvrir la poche et pratiquer la ligature des deux bouts. Dans tout les cas l'asepsie des plaies vasculaires devra être réalisée, afin d'éviter les infections, les hémorragies secondaires et les gangrènes.

Lorsque l'artère sectionnée n'est pas bien importante, l'application du pansement individuel compressif sera suffisante. Dès qu'elle sera plus importante, il sera nécessaire de mettre un large garrot au-dessus de la plaie artérielle et d'évacuer le blessé le plus rapidement possible sur la formation sanitaire la plus proche.

Il faudra tenir compte des caillots obturants, des hémorragies secondaires, de la gangrène par ischémie, de la gangrène septique, afin de les enrayer.

Le médecin de bataillon pratiquera l'hémostase par le tamponnement, par la compression, par l'application de garrot. S'il n'a pas sous la main le garrot, tube de caoutchouc avec plaque métal-

lique, il utilisera le garrot de fortune, improvisé avec des lacets de souliers, des fils téléphoniques. Lorsque le sang gicle par saccades, la plaie est artérielle, le garrot sera placé au-dessus de la plaie. Si le sang sort sans jet, cas de la plaies veineuse, le garrot sera appliqué au-dssus et au-dessous de la plaie.

Le garrot favorise la stase veineuse. Au moment où le garrot est enlevé, il a été observé des toxémies mortelles. Un bon garrot doit être large, élastique d'application facile. Il existe un excellent modèle de garrot de Monsieur le Professeur Lardennois. Il est à préconiser. Il a l'avantage d'être stérilisable, métallique, léger, réglable à volonté, facile à enlever, à mettre en place, de conservation pratique, de modicité de prix.

Il est fait acte de chirurgie par la compression digitale dans la plaie en plaçant le bout du doigt dans la plaie qui saigne, en exerçant une pression du doigt sur le vaisseau qui saigne et en le recouvrant d'un tampon aseptique.

Il reste capital de pratiquer la ligature de l'artère déchirée. Les anciens se servaient du fer rouge pour arrêter le sang, pour cautériser le vaisseau blessé. Au fer rouge, nous avons substitué le thermo-cautère et le galvano-cautère.

En dehors de l'hémostase des plaies des membres, les plus fréquentes sur le champ de bataille, le chirurgien du front aura à pratiquer l'hémostase des plaies du crâne. Le tamponnement aseptique sera d'une précieuse ressource. Le nécessaire devra être fait pour arrêter l'hémorragie, pour désinfecter le foyer de la plaie et pour parer aux complications de l'épanchement sanguin, consécutif à la rupture de la méningée moyenne. Lorsque la dure-mère est tendue, immobile, proéminente, revélatrice d'un hématome intra-cérébral, il faut ouvrir la poche hématique, la vider, la tamponner.

Dans les plaies du cuir chevelu, l'hémostase sera faite au moyen de bande élastique serrée fortement, entourant la tête au-dessus des oreilles et exerçant une égale compression.

Pour les plaies de la face où l'hémorragie en nappe est toujours abondante, il est nécessaire de pincer les vaisseaux, de les lier et de tamponner le foyer bien désinfecté à l'eau bouillie, ainsi que les orifices de la face. L'hémorragie dans les plaies du cou lorsqu'elle est artérielle donne un flot saccadé, abondant, rouge, lors-

qu'elle est veineuse, le sang s'écoule en nappe, parfois bouillonnante. La compression directe avec l'index ou les deux index au fond de la plaie sur le vaisseau, la carotide ou la veine jugulaire qui saigne empêchera une mort foudroyante. L'hémostase sera faite par la compression, par la mise en place de pinces de Pozzi à demeure et par la ligature des vaisseaux suivie de la désinfection du foyer traumatique, du tamponnement à la gaze aseptique.

Dans les plaies du thorax, les hémoptysies sont dues aux projectiles de guerre et ne sont pas d'origine bacillaire. Les hémorragies externes, pariétales, laissant présumer que le sang est fourni par les vaisseaux de la parois, font voir couler le sang en nappe épaisse, jaillissant par saccades au moment de l'expiration. L'hémostase d'attente sera effectuée par le tamponnement à la Mickulicz

Il peut arriver que le pansement soit sur le point d'être traversé, il sera nécessaire pour pratiquer l'hémostase d'ouvrir la plaie, d'aller rechercher les vaisseaux qui saignent et de les ligaturer. Dans d'autres cas, l'hémorragie est pleuro-pulmonaire, le blessé est pâle, profondément angoissé, les extrémités froides, le pouls à peine perceptible; il présente les signes d'une réplétion rapide de la cavité pleurale, d'un hémo-pneumothorax croissant, la matité gagne, la respiration est anhélante, le cœur est refoulé, la menace de syncope est imminente, l'asphyxie va se manifester. L'hémostase pulmonaire commandera d'inciser la plaie, de la débrider, de la désinfecter, d'appliquer un bandage compressif. En dehors de ces urgences, il ne faut pas faire d'exploration des plaies de poitrine. Le blessé doit être immobilisé par un bandage de corps, sa plaie thoracique désinfectée.

Dans les plaies du cœur, il ne faut pas faire d'exploration au poste de secours, ni de tentatives d'ablation de projectile inclus ou d'arme plantée dans la plaie. Il se produirait à l'extraction du corps métallique, le déplacement du caillot qui entraînerait une hémorragie mortelle et la mort par asphyxie. Lorsque le pouls est misérable, d'extrême fréquence, lorsque l'angoisse, la cyanose traduisent la compression des oreillettes, que les battements du cœur deviennent imperceptibles, que l'hémo-péricarde accroit sa distension, il y a urgence à ouvrir le péricarde, à le vider et à faire l'hémostase par le tamponnement avec de la gaze aseptique de la cavité périordique, par les applications de glace, par l'immo-

bilisation du blessé. Il existe des plaies du cœur où il se produit un jet de sang à chaque systole, la seule chance de salut sera de pratiquer la suture du cœur au moyen d'une fine aiguille à intestin.

Sur le champ de bataille, les plaies abdominales des gros vaisseaux font courir le plus grand risque au blessé. A l'exemple des plaies du cœur, elles sont presque toujours mortelles. La seule ressource de l'hémostase sera le tamponnement aseptique, porté au fond du foyer qui saigne, tamponnement à la Mickulicz, pour arrêter l'hémorragie des vaisseaux et l'application de glace sur le ventre, une fois le bandage abdominal mis en place. Lorsque l'hémorragie interne augmente, décélée par la matité abdominale révélant l'épanchement de sang, par l'altération plus grande des traits du blessé, par l'affaissement de son pouls, par l'abaissement de sa température, par l'augmentation de sa dyspnée, il est de toute urgence d'intervenir, de pratiquer la laparatomie pour découvrir de l'œil et du doigt les foyers de l'hémorragie, pour faire la ligature des artères déchirées, pour faire la suture des organes rompus. Les plaies vésico-rénales-uréthrales donnent des hématuries, différenciées à la miction; lorsque le blessé présente l'urine sanglante au début de la miction, l'hémorragie est d'origine urethrale larsqu'elle apparaît à la fin de la miction, elle est d'origine vésicale: lorsque l'urine est foncée et que le sang apparaît et disaparaît brusquement, elle est d'origine rénale. L'hémostase sera effectuée par l'application de glace sur le bas-ventre, par l'application d'un bandage lombaire, par la prise de chlorure de calcium en potion, par le sondage, par l'injection d'ergotine avant de procéder à la ligature ds vaisseaux lesés.

Tous ces moyens hémostatiques exercent une action efficace pour enrayer les hémorragies, pour permettre d'obtenir une évolution favorable des blessures de guerre et une récupération rapide des blessés, ainsi que la guerre de 1914-1918 l'a démontré. Par trois cent mille blessés revenus quatre fois au front et plus d'un milion et demi de blessés revenus deux fois au front, le Service de Santé a été un des premiers artisans de la victoire.

Le pronostic des hémorragies dépend de l'état de shock du blessé, de l'infection et de la valeur de la pression artérielle.

Vous pouvez vous représenter l'état de scock par le blessé qui vient d'être atteint d'une plaie contuse de l'abdomen. Vous le trou-

verez très pâle, le regard angoissé, la voix entrecoupée, le pouls filiforme, la respiration courte, dyspnéique, la face et les extrémités couvertes d'une sueur froide. Il est en état de shock abdominal. Il est primordial de combattre cet état alarmant par l'immobilité complète du blessé dans la position horizontale, la tête basse, les membres enveloppés d'ouate, de bouillottes bien chaudes, de le faire revivre par les injections répétées de toni-cardiaques et de sérum de Normet, méthode décrite dans « La Tunisie Médicale » de décembre 1937 page 410.

Au cours de la Grande Guerre nous nous sommes efforcés de lutter le plus possible contre le shock des blessés, afin de leur permettre de meilleures évacuations. De 1914 à 1918, nous avons attaché la plus grande importance à la pratique de la désinfection des plaies de guerre, mentionnée dans « Le Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest » du 25 mars 1917, le «Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques » du 20 février 1917, « Le Caducée » du 15 juin 1918. Le pronostic des hémorragies est facteur des complications des plaies : tétanos, gangrène septique, gangrène gazeuse, infection microbienne, hémorragies secondaires. Aussi, le devoir impérieux du Médecin de bataillon aux tranchées est d'apporter toute son attention aux premiers soins des évacués. De la valeur de la tension artérielle dépend le pronostic de l'hémorragie. Si la pression maxima atteint 7, la minima arrive à être au-dessous de 4 et a une tendance à se rapprocher de zéro, il y a hypotension inquiétante, le collapsus hémorragique est à redouter.

C'est le moment de faire intervenir la transfusion sanguine signalée dans « Marseille Médical » du 25 janvier 1936 de la page 119 à la page 125. A défaut de la transfusion sanguine, il importe d'avoir recours à la transfusion du sérum citraté de Normet, utilisé en injection intraveineuse de 20 cc. Sa formule est une des plus belles découvertes de la Science Médicale :

Citrate de manganèse	1 gr
Tartrate ferrico-potassique	3 gr
Citrate de magnésie	20 gr
Citrate de soude	52 gr
eau distillée q. s. p.	1.000 cc

Le sérum de Normet a permis de régénérer les grands blessés hémorragiques et de les faire renaître à la vie. La transfusion de

sang, étant contre indiquée dans les hémorragies avec shock, la transfusion du sérum de Normet sera du secours le plus précieux. De plus en plus, elle est appelée à rendre des services inéstimables. Il faut ajouter les bienfaits du sérum artificiel, du sérum marin avec l'eau de mer captée au large, du sérum frais de cheval, mis en ampoules au moment de la régénération globulaire, de l'Hémostyl à la vogue grandissante des Laboratoire du Docteur Roussel, du sérum adrénaliné et du sérum glucosé injecté en goutte à goutte rectal.

Il existe des contre indications à l'emploi de la sérothérapie artificielle chez les artério-scléreux, chez les hypertendus, chez les brightiques.

Dans les cas de néphrite, le chlorure de sodium n'est pas éliminé, l'injection de sérum produit alors des accidents : de la pâleur hyperthermique, de l'oligurie, de la sécheresse de la gorge de l'acidose. Dans les shocks thérapeutiques, l'injection d'éphédrine rendra des services, ainsi que l'auto-transfusion. Dans le but de stimuler l'organisme, de le protéger contre les complications infectieuses post-opératoirs les chirurgiens ont recours à l'autohémothérapie préventive par les réinjections d'autosang, préalablement hémolysé. Cette méthode ne créerait pas de shock Son rôle anti-infectieux serait manifeste pour les streptococcies Il y aurait excitation dans le sang de la fonction de coagulation ce qui permettrait d'arrêter les hémorragies en nappe.

Contre l'état de shock qui peut apparaître d'emblée après le traumatisme ou contre l'état de shock secondaire, il est indispensable d'employer largement les tonicardiaques : injections de caféine, d'éther, d'huile camphrée, de coramine, de sparto-camphre, afin d'être paré contre le collapsus. Il importe de réchauffer le blessé de lui envelopper les membres inférieurs de bottes d'ouate ou de flanelle, d'appliquer des bouteilles chaudes aux extrémités, de donner des boissons chaudes stimulantes de thé sucré.

Au front, le combattant veut avoir la certitude qu'il sera relevé, pansé et évacué le plus vite possible pendant les phases de la bataille. Au cours de la grande guerre de 1914-1918 ce vœux des combattants, nous avons mis toutes nos énergies à

chaque attaque pour le réaliser de notre mieux dans les opérations de la Somme et de Verdun.

Citations de La Somme :

Ordre de la 51me Brigade d'Infanterie du 3 novembre 1916 : « Médecin d'une conscience et d'un dévouement absolus, n'a cessé, au cours des combats des 4, 5, 7 et 9 septembre 1916 d'apporter aux blessés avec le plus grans sang froid, les soins les plus complets et à assurer leur évacuation dans les meilleures conditions ».

Ordre de la 26me Division d'Infanterie du 5 mai 1917 N° 144 : « Médecin d'un dévouement à toute épreuve, qui fait l'admiration des combattants par sa bravoure, son abnégation et son sang-froid. A installé le 13 avril 1917 son poste de secours de Bataillon à proximité des lignes ennemies et a pu assurer les pansements et les évacuation de tous les blessés de son unité dans des conditions de précarité exceptionnelles ».

Citations de Verdun :

Ordre du 13me Corps d'Armée du 4 septembre 1917 N° 173 : « A assuré le fonctionnement du Service de Santé du Bataillon pendant la bataille du 20 août 1917 avec un rare dévouement, venant lui même jusque sur la ligne de feu pour assurer les soins aux blessés », qui nous valut l'inscription sur le « Livre d'Or de Verdun.

Cette sécurité sanitaire sur le champ de bataille est un des éléments de la Victoire. Aussi, les bataillons d'élite ave lesquels nous avons fait les attaques sont toujours sortis vainqueurs. C'est ainsi que dans La Somme ils enlèvent la ligne allemande des bétons inexpugnables, qu'ils s'y organisent; c'est ainsi qu'à Verdun, ils arrachent aux Allemands les parcelles de la Terre Sacrée, couverte d'entonnoirs d'obus explosifs.

Cette tactique sanitaire, appliquée aux Colonies et aux T.O.E., a eu une part dans le succès des Troupes Françaises : En Indo-Chine, au Cinquième Territoire Militaire, elles remportent la Victoire sur les Méos. Au Maroc elles triomphent des derniers dissidents, elles prennent Taous, la Ville Sainte, la Capitale Musulmane du Sud Marocain, elles font la conquête du Tafilalet et des Grands Lacs. Au Levant, elles sont victorieuses, sans avoir à livrer de combats, tant elles s'imposent par leur mo-

ral, par leur allant, par leur force. Nous les accompagnons pour ouvrir d'Antioche à Latlagnié, la plus belle route stratégique de montagne. Nous sommes avec elles à leur entrée à Antioche où après des marches de jour et de nuit, bien qu'harassées de fatigue, elles se présentent fraîches, sans indisponibles montrant un allant admirable, enthousiasmant toutes les tribus, toutes les populations et les gagnant à la France.

A l'issue de notre campagne volontaire dans le Kosséir nous recevons sur le terrain des opérations les félicitations de l'Etat Major de l'Armée du Levant et l'inscription au Tableau de Concours de la Légion d'Honneur. A l'issue de notre campagne du Cinquième Territoire Militaire, nous sommes le premier Médecin décoré de l'ordre Royal du Laos et inscrit au Tableau d'Avancement pour le grade supérieur. Au cours de notre campagne du Maroc, nous recevons la Croix de la Légion d'Honneur et ultérieurement la rosette d'officier du Ouissam Alaouite.

S'il est capital d'assurer l'hémostase sur le champ de bataille, il est indispensable de donner confiance au combattant, de le réconforter, afin qu'il soit dans le meilleur état pour lutter, pour accomplir des actions d'éclat, pour obtenir la victoire. Les Médecins aux Armées ont eu cette mission. Ils l'ont remplie en surmontant tous les obstacles. Premiers collaborateurs du Commandement, ils ont été les meilleurs artisans de la victoire de la Grande Guerre.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 4 Mars 1938

—«0»—

La séance est ouverte à 18 h. 10 sous la présidence du Médecin Lieutenant Colonel Saulnier, Président annuel.

Sont présent : Médecin Colonel Saulnier, Docteurs Lamarche, Perez, E. Calo, A. Calo, N. Triolo, J. Barouch, Bellaïche, Domela, Tremsal, Reynal, Masselot, Guarnieri, Spezzafumo, Santillana, Demirleau, Brun, Salvo, Hayat, Ghouila-Houri, Bouquet, Jahan, Delastre, Balozet, Maruani, Guez, Dana, Boulakia, A. Di Vittorio, Coupin, Uzan, Moatti, Scemla, Buchler, Saffar, Benmussa, Minguet, G. Levy, Bembaron, Guttieres etc.

ORDRE DU JOUR :

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté à l'unanimité : Communication du Bureau à propos du prochain Congrès Médical de Pâques.

Sommaire des Communications

Pages

Dr *Demirleau:* Abcès pyostercoral par calcul stercoral de la terminaison de l'iléon. Hemicolectomie. Guerison.

Dr *Reynal:* Etat épidémiologique de la peste à Tunis. Présentation de lames de bacilles pesteux.

Dr *Triolo N.* Pneumothorax spontané lors d'une première insufflation de pneumothorax artificiel. page 291

Pages

Dr *Hayat:* Note sur la regression de la Melitococcie.
(Paraitra dans un prochain numéro)

Dr *Masselot:* L'heure de la décision en pthisiologie.
(Paru dans le dernier numéro)

Dr *Maruani :* Radium, radiographithérapie et diathermo-coagulation (1re partie). Quelques principes directeurs de radio physiologie.
(Paraitra dans un prochain numéro)

Hôpital Italien " G. Garibaldi " de Tunis
Service des tuberculeux: Dr RUGGERO, Chef de Service

Le pneumo-thorax spontané en première insufflation de pneumo-thorax artificiel

par le Docteur Nicolo' TRIOLO
Assistant phtysiologue

La formation d'un pnx. spontané lors d'une instauration d'un pnx. artificiel est un fait si intimement lié à l'histoire du pnx. que les premiers cas de la litérature remontent à Forlanini même, qui en nota 8 sur 134 cas.

Ainsi, d'autres AA. en retrouvèrent dans leur pratique, entre autres Bard, Burnand, Cantani, Schoeder, Cicconardi, et plus récemment Zucoli, Sartori, Fici, Cricchio, Gualdi, etc.

Sur l'étiologie de cette complication, les opinions ont été et sont assez divergentes.

Théoriquement en premier lieu est incriminée la déchirure du poumon par l'aiguille qui cherche l'espace interpleural. On comprend facilment comme au plus habile opérateur puisse arriver que la pointe du troquart de Küss ou de l'aiguille *quelconque qu'il a employée* lèse la plèvre viscerale et le poumon sousjacent en provoquant de ce fait le pnx. dit spontané.

Dans d'autres cas la formation de cette complication est attribuée à la rupture d'une adhérence pleurale.

Mais cette éventualité me semble ne pas pouvoir soutenir une analyse attentive.

Par la thoracoscopie, à l'Ecole de Phtysiologie de Milan, nous avons pu nous rendre compte de la variété des adhérences pleurales qui doivent ainsi être classées (Cova, Redaelli) selon le siège : apicales, latérales, antérieures, postérieures, selon le type : à corde, à tente membraneuse et à plat.

Dans cet argument on peut laisser de coté les adhérences relâchées constituées par des travées de fibrines qu'on trouve dans les pleurésies sérofibrineuses totales et dans les simples plaques de pleurite (Cova).

Celles-ci cèdent dès que la bulle pneumothoracique les rejoint.

De même ne présentent pas d'intérêt pour nous les adhérences plates parce qu'elles sont solides et résistent à la rétractibilité du poumon et à l'iperpression pneumothoracique constante et temporaire sans céder.

Restent alors les adhérences à corde qui deviennent telles sous l'action du pnx.

Celles-ci résultent (Scalabrino) constituées par un tissus de granulation qui a une très lente tendance à la fibrose et par un stroma conjonctif inégalement distribué.

Das le trait proximal du cordon adhéranciel existe une zone de tissus alvéolaire pour une longueur très limitée.

Dans la zone de passage entre poumon et moignon adhérenciel existe une sorte de démarcation faite aux dépens du stroma conjonctif élastique de l'endothélium visceral de la plèvre.

C'est à dire qu'on trouve à la base de l'adhérence un épaississement de la plèvre qui envoie des tractus intraparenchimateux, en formant presque une capsule au tissus pulmonaire suos-jacent.

Pour cela il me semble assez difficile de supposer que la traction du poumon à peine libéré de la paroi thoracique par la première introduction puisse se déchirer en ce point.

Parce que s'il est vrai qu'au dessous des adhérences nous retrouvons souvent des lésions ulcératives, nous devons aussi penser que l'adhérence même est une séquelle de pleurite et que les lesions que nous retrouvons à l'autopsie sous les adhérences ont eu une continuelle évolution, parce qu'elles ont dû supporter toutes les conséquences néfastes de l'adhérence en pnx partiel.

On dira donc que les cavernes effleurent sous l'adhérence successivement au pnx. et pour cela au moment de la première introduction elles se trouvent séparées de l'espace pleurale par cette barrière de tissus conjonctif fibreux déjà décrit; institué le pnx, la zone environnant l'adhérence se trouve avoir une tension plus grande qu'avant, elle se trouve dans les conditions mécaniques qui favorisent la progression de l'ulcération.

Du reste, la grande fréquence d'adhérences à corde est la preuve la meilleure qui nous démontre que le tissus adhérenciel cède plus facilement du parenchime plus ou moins lésé.

Donc, ce n'est pas non plus la rupture d'adhérences la cause du pnx. spontané.

Une autre pathogénèse du phénomène est donnée par Gualdi : qui invoque l'éclat d'un tubercule subpleural en voie de caséification, éclat survenu à la suite des conditions modifiées de tension consécutive au pnx.

Premier argument contre cette pathogénèse est l'absence de piopnx. qui serait indispensable en ces cas pour l'arrivée de matériel caséux dans la cavité pleurale.

Secundo à l'institution d'un pnx. la quantité de gaz introduite pourrait être en tension expiratoire supérieure à zéro ou bien inférieure. Le premier cas est exceptionnel. Le second cas, c'est à dire que la tension expiratoire de la bulle aérienne soit négative est de règle.

Or, le but et l'effet du pnx. est de détendre les zones onfiltrées, de diminuer, de compenser l'augmentation de tension dont elles souffrent par le fait de se trouver à contact de la paroi thoracique. La bulle aérienne que nous insufflons ne peut que diminuer cette augmentation de tension et par ce fait diminue aussi la force qui tend à déchirer un parenchime qui n'est plus élastique.

Et, s'il est vrai que les valeurs manométriques du pnx nous donnent un index de la tension du parenchime pulmonaire, par les données manométriques précédentes et suivantes, l'insufflation du gaz nous aurons la précise démonstration de la diminution de la tension pulmonaire.

Et alors si le pnx. artificiel provoque une diminution du facteur tensionel, de quelle façon pourroit-on l'incriminer d'être la cause de la déchirure d'un point du poumon qui, auparavant, résistait à une distension plus grande ?

Cette même demande pourrait être adressée aux AA. qui expliquent le phénomène comme conséquence des brusques variations de pression itrapulmonaires et infrapleurales et successives déchirures du poumon dans le point de moindre résistance.

Nous rappellerons simplement que les variations de tension dans un poumon assujetti au pnx. sont plus petites que celles que subit le même poumon sans pnx.

En effet, plus la pression de la bulle aérienne sera voisine au zéro expiratoire, autant la pression intrapulmonaire et intrapleu-

rale s'indentifieront, diminuant de telle façon l'ampleur des variations de tension.

Il me semble donc que la pathogénèse plus vraisemblable doit être celle de la rupture du poumon par l'aiguille et cela indépendamment de la technique opératoire mais en rapport avec les conditions anatomo-pathologiques du poumon subjacent.

On connait l'inocuité des ponctions exploratives thoraciques ainsi dites blanches, mais qui en réalité sont rouges du sang du poumon.

Nous avons pu constater quelquefois que l'aiguille qui va à la recherche de la cavité pleurale peut pénétrer dans le poumon et cela est dénoncé par le caillot bouchant l'aiguille et surtout par le crachat émophtoique que le malade émet quelques fois immédiatement, mais en tous ces cas il n'y a pas de conséquences.

Les cas de la littérature que j'ai eu occasion de voir sont arrivés le plus souvent à une classe de malades : à des bilatéraux qui avaient du côté opposé un fibrothorax ou qui avaient déjà fait un pnx. abandonné ou actuel.

On sait que le poumon qui subit par altération parenchimateuse ou par un pnx. une diminution sensible de sa surface alvéolaire dans un ou plusieurs lobes, présente dans le reste un emphisème vicariant qui fut noté depuis 1886 par Forlanini dans ses travaux sur la compensation fonctionnelle dans les cas de modification de l'ampleur de la surface respiratoire. Il résulta de cette étude poursuivie par l'école du Maitre cette loi : que le volume de l'air respiratoire du poumon dans les diverses conditions qui apportent des modifications d'empleur à la surface respiratoire est à peu près constante (Forlanini — Rivarocci — Cavallaro).

U. Carpi dans ses originales études poursuivies avec l'application de l'émesothorax pneumatique de Scarpa démontra que nonobstant l'immobilisation d'un émithorax et quel que soit le degré de réduction de l'air respiratoire, la ventilation pulmonaire ne présente pas de variations notables et qu'au contraire l'air de ventilation peut, dans quelques cas, résulter légèrement augmenté en comparaison des valeurs obtenues sur des sujets normaux.

D'autres AA. parviennent par d'autres voies aux mêmes résultats, c'est-à-dire qu'il existe un mécanisme de compensation fontionnel dans l'appareil respiratoire, en vertu duquel, lorsqu'une

partie de sa surface vient à être privée d'activité, la restante aire normale peut suffire de façon complète à la fonction abolie de la portion compromise.

A ces études physiologiques s'en ajoutent d'autres anatomo-pathologiques.

Ainsi, Laennec retrouva dans ces cas une augmentation des dimensions et du poids des parties du poumon saines, concluant pour une véritable ipertrophie pulmonaire.

Celle-ci est admise aussi par Pepere qui limite cette ipertrophie musculaire du poumon seulement à ces as dans lesquels le tissus élastique et cartilagineux ne fut pas suffisant à subvenir à la diminution du parenchime respiratoire.

A des conclusions analogues arrivent Tripier, Dumarest, Chiari, tandis que Ascoli, Parodi et Chini jugent qu'on peut avoir compensation fonctionnelle sans qu'on ait une plus ample distension des alvéoles, mais au contraire une diminution de la distension.

Une étude de cet argument plus récente et complète est celle d'Antonini de l'Ecole de Pepere qui démontre que l'état du poumonen porteur de pnx. varie selon la période pendant laquelle le pnx. a agi.

Dans une première période d'environ un mois on a un véritable enphisème aigu. Dans une seconde période dite de compensation relative, le poumon cherche à rétablir son propre équilibre fonctionnel grâce à l'élasticité normale de son tissu.

Dans une troisième période de l'équilibre stable on arrive à l'ipertrophie du poumon par la prolifération et l'ipertrophie du tissu musculaire élastique et des éléments histiocytaires (Antonini)

Des notes d'enphisème persistent quand même et d'autant plus étendues que les processus inflammatoires qui empêchent le tissu pulmonaire environnant de s'ipertrophier, sont plus diffus. Il résulte par là un stimulus à la prolifération histiocytaïre, conduisant à la sclérose.

Donc seul dans cette catégorie de malades on aura un emphisème étendu, tandis que dans les autres cas on aura l'ipertrophie pulmonaire vicariante.

Voilà, selon nous, la raison pour laquelle les pnx spontanés en première ponction se retrouvent moins rarement dans les porteurs de pnx. ou de frénico-controlatérale (Fici). Voir les cas de Giuffrida

dans lesquels le pnx. controlatéral existait depuis un mois et dans lequel selon la classification de Antonini existait un emphisème aïgu; les cas de Cricchio, etc.

Tandis que lorsque le pnx. spontané intervient sans qu'il ait une précédente collassotérapie controlatérale il faut admettre que l'extension des lésions ait réduit la surface respiratoire de telle façon que les parties saines aient réagi non par l'ipertrophie mais, par le stimulus inflammatoire, avec l'emphisème. Il ne varie donc que la cause pour laquelle est diminué l'aire respiratoire, mais l'effet est le même.

On connait les caractéristiques soit macro que microscopiques du poumon en emphisème.

Dans l'emphisème aigu on a un organe augmenté de volume, pâle, blanc-grisâtre, de consistanc diminuée qui maintient l'empreinte du doigt.

Histologiquement on trouve une distension marquée des alvéoles avec amincissement des septum interalvéolaires qui deviennent tellement minces qu'ils se cassent ça et là.

Dans l'autre cas, c'est-à-dire, dans l'emphisème avec sclérose (Tripier) le poumon présente des caractéristiqus particulières ayant une surface mamellonnée par des vescicules, divisées par ds cicatrices rétractées.

Dans ces conditions de tissu enflammé ou sclérosé la résistance et l'élasticité sont nettement diminuées tandis que la distension alvéolaire est très nette.

Microscopiquement on note un amincissement des alvéoles avec un abaissement des sépiments qui, à lésion avancée, tendent à disparaître. Le tissu élastique est fortement distendu et raréfié, se déchirant et se fragmentant (Aschof). On comprend comme la ponction d'un alvéole dans ces conditions de distension et d'élasticité diminuée peut permettre la formation du pnx. dit spontané tandis que la normale conformation du parenchine peut la subir impunément. Pour cela nous voudrions affirmer que la formation d'un pnx. spontané en première ponction soit une caractéristique d'une classe déterminée de malades, sans toutefois vouloir en faire une règle générale.

A ce groupe de malade appartiennent les deux cas de pnx. spontané que nous avons eu dans nos services.

1° — G. C., 28 ans électricien.

Une tante est morte de Tub. pulm.

A 18 ans il s'est engagé dans la marine de guerre et c'est pendant un voyage en Orient (1921) qu'il a eu la première manifestation de sa maladie localisée au poumon droit.

Envoyé en sana. (1932) on lui institua en 1933 un pnx dr., qui fut maintenu pendant deux ans sans aucune complication. En 1936 il rechute et pour cela il entre à l'hôpital.

Le malade est apirettique, toussait et crachant peu.

Il présente un fibrothorax cavitaire droit, une infiltration para-hilaire gauche avec emphisème du même poumon et déplacement du médiastin (destrocardie), Graphie N. 1.

On décide, après avoir tenté sans réussir un pnx droit, de faire un pnx controlatéral gauche.

Le 9 novembre 1936 on ponctionne ayant facilement les données manométriques suivantes : pression initiale — 18; — 12; on laisse absorber 350 cc. d'air filtré, pression finale : — 14, — 8; après environ deux heures le malade se plaint d'une douleur à l'émithorax g. et présente une dispnée croissante, cyanose aux extrémités.

On trouve une pression expiratoire de + 9.

On laisse pour cela sortir du gaz.

Cette manoeuvre est répétée après trois heures.

Après cela le malade améliore lentement tout en présentant de la tachicardie.

Après 9 jours a tension ayant rejoint des valeurs — 10, — 2 on a continué régulièrement les insufflations.

2° cas : V. G., 38 ans agriculteur.

La mère est morte à la suite d'une probable tub. pulm.

Une soeur est morte de méningite.

Depuis 1916 le m. tousse et crache.

En 1935 on lui institua un pnx. g. qui fut interrompu après un an à la suite d'une pleurésie adhésive.

Il se porta bien jusqu'en août 1937 époque à laquelle il présenta à nouveau de la fièvre, une accentuation de la toux et de l'expectoration.

Fibrothorax cavitaire gauche. Infiltration cavitaire sous-claviaire droite et emphisème droit.

Nonobstant les assez graves conditions générales du malade on décide d'instituer un pnx droit, le gauche étant impossible. A peine on introduit le troquart de Kuss on obtient les données manométriques suivantes : — 10; — 2. On laisse aspirr 300 cc. arrivant à — 6 0.

Vers 7 heures du soir le m. présente un peu de dispnée plus accentuée que d'habitude et qui augmente pendant la nuit de telle façon que vers les sept heures du matin on décide d'introduire une aiguille par laquelle le gaz sort avec brut.

Comme conlusion nous pouvons dire que les deux seuls cas de pnx spontané en première introdution que nous avons obtenus à l'hôpital italien en 1937 sont arrivés sur des malades qui présentaient des lésions bilatérales avc emphisème et fibrothorax du côté opposé sequelle de pnx. thérapeutique. Dans les deux cas il s'agissait d'instituer un pnx controlatéral pour chercher d'équilibrer la force de rétraction de la sclérose qui avait déplacé le médiastin et rétracté les côtes.

Dans les deux cas l'aiguille doit avoir lésé une bulle de cet emphisème dans lequel consiste, selon nous, la pathogénie du phénomène pnx spontané en première introduction.

BIBLIOGRAPHIE

Ascoli M. — *Rivista Sanitaria Siciliana* N° 15. — 1930

Campani. — Pnx. spontaneo da prima introduzione. *Rivista di patologia e clinica della tbc.* Vol. I. — 1927.

Cicconardi. — Pnx spontaneo in coincidenza con la prima introduzione. *Rinascenza medica,* N° 18. — 1928.

Cricchio. — Sul pnx spontaneo etc. *Rivista di pat. e clinica della tbc.* 1931

Dumarest et Bonfé. — Sur quelques accidents rares du pnx art. *Revue de la tbc.* — 1925.

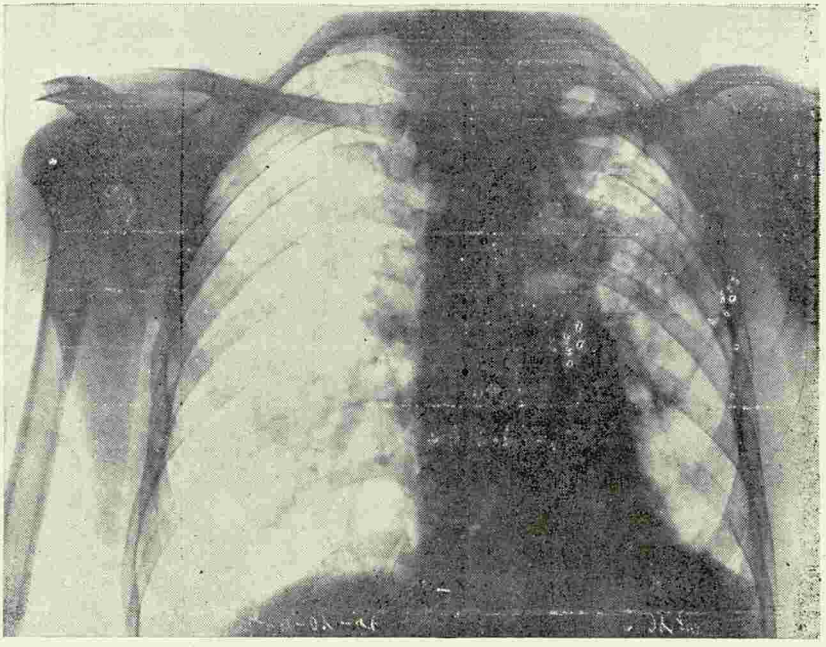
Dumarest et Murard. — La pratique du pnx. thérapeutique.

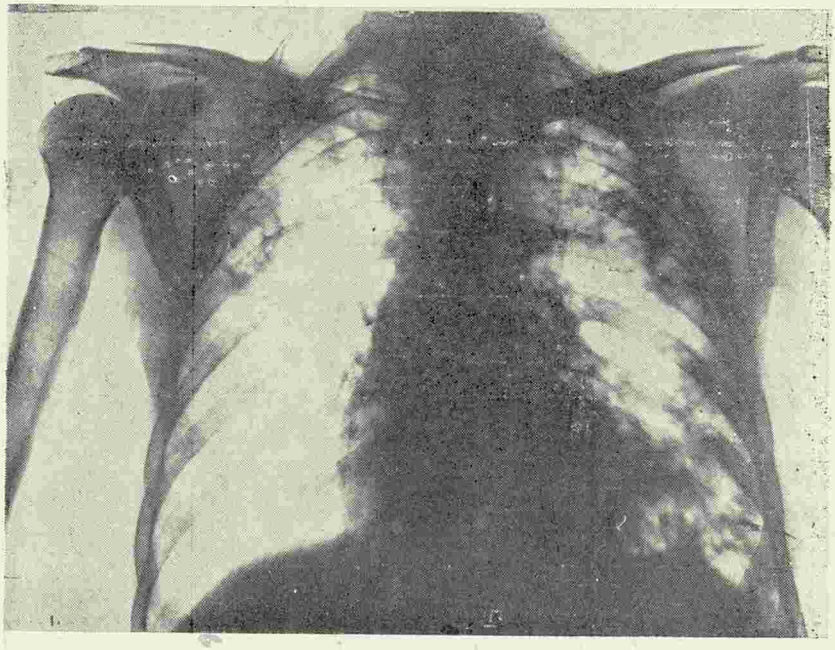
Fici V. — Sul pnx spontaneo in seguito a primi interventi per la istituzione del pnx terapeutico. *Giornale di tisiologia* N° 3 — 1930

Giuffrida — Contributo allo studio del pnx spontaneo durante i tentativi per la istituzione del pnx bilaterale simultaneo. *Tuberçolosi.* — 1920

Lucacer. — *Rivista Sanitaria* 1930 (Riportato da Cricchio).

Kinberg. — La collassothérapie de tbc pulmonaire. — Masson 1927.





Talia. — Pnx spontaneo da puntura esplorativa. *Rinascenza medica*, 1928

Zuccola. — Rottura del polmone in inizio di collassoterapia. *Riv. di patologia e clinica della tbc.* — 1928.

Zambianchi A. — Le varie forme di pnx spontaneo. *Riv. di pat. e cli. della tbc.* — 1930, N° 4.

Sur la réglementation spéciale des toxiques stupéfiants

Certains de nos collègues médecins m'ayant déclaré ne pas connaître très exactement les conditions légales de prescription et de délivrance des toxiques stupéfiants du tableau B., j'ai pensé qu'il serait profitable d'exposer à leur intention les exigences de la règlementation spéciale à ces substances.

I. — PRINCIPES GENERAUX :

a) nul ne peut, s'il ne se trouve dans les conditions légales, céder, à titre gratuit ou onéreux, l'une quelconque des substances réputées stupéfiantes.

b) toute délivrance ou circulation de substances stupéfiantes, effectuée hors de l'observation des règles légales se trouve prohibée d'une façon générale et absolue. Par corollaire, se trouve également interdite la détention sans motifs légitimes.

II. — PERSONNES HABILITEES LEGALEMENT A DELIVRER DANS UN BUT MEDICAL, DES STUPEFIANTS.

a). — *les Pharmaciens.* La loi n'autorise pas les pharmaciens à contrôler ou à modifier une prescription médicale, mais les autorise à refuser la délivrance ou à signaler les abus qui leur paraîtraient dangereux pour la Santé publique.

b). — *les Médecins.* Ils doivent se conformer à des règles spéciales dans la rédaction de leurs ordonnances;

c). — *les Médecins propharmaciens.* Le droit du propharmacien est double : médical d'une part, pharmaceutique de l'autre; il devra donc respecter les règlements imposés aux pharmaciens (par ex: tenir des registres de comptabilité entrées et sorties des stupéfiants), comme ceux imposés aux médecins;

d). — *les Chirurgiens dentistes.* La liste et la forme des stupéfiants qu'ils peuvent prescrire est limitée et inscrite au décret du 15 mars 1927.

III. — DELIVRANCE DES STUPEFIANTS AUX MEDECINS PRATICIENS.

Pour l'exercice direct de leur art, *dans les cas d'urgence,* les méde-

cins sont autorisés à se faire délivrer par les pharmaciens les toxiques stupéfiants nécessaires.

Mais il y a des restrictions :

a) — le médecin ne peut se fournir que chez un pharmacien *domicilié dans sa commune* ou dans une commune contigue à celle où il réside, mais seulement quand il n'y a pas de pharmacie dans sa résidence.

Conséquence : une fourniture d'ampoules de morphine, pour usage professionnel, faite à un médecin domicilié à Tunis par un pharmacien habitant Sousse, Sfax ou La Goulette est irrégulière.

b). — absolument sous aucun prétexte, le stupéfiant ne doit être délivré *en nature*.

Conséquence : le médecin qui réclame pour usage professionnel des paquets de Chl. de Cocaïne ou d'Heroïne en nature, c'est-à-dire sans addition d'autre substance dénaturante ou colorante, est en contravention avec les lois. Le pharmacien qui a délivré de telles substances s'expose à être poursuivi.

c). — le pharmacien doit exiger un bon de commande écrit *à l'encre*, daté, signé, portant lisiblement le nom et l'adresse du praticien, énonçant *en toutes lettres* la dose de substance vénéneuse. Le bon doit porter la mention : « *usage professionnel* » il est conservé par le pharmacien à l'appui de sa comptabilité.

d). — la cession de ces substances à titre onéreux ou gratuit demeure rigoureusement interdite aux médecins. L'administration en doit être faite par le médecin lui même à ses malades dans les seuls cas d'urgence

e). — *cas des médecins propharmaciens*. Le médecin propharmacien peut acheter les toxiques stupéfiants qu'il détient où bon lui semble, pourvu que la délivrance soit effectuée par un pharmacien diplômé et sur remise d'un bon spécial daté, signé, portant mention des quantités en toutes lettres. En somme, dans ce cas, le propharmacien est assimilé au pharmacien qui est libre d'acheter chez le grossiste à sa convenance.

IV. — DELIVRANCE DES TOXIQUES B AU PUBLIC POUR USAGE MEDICAL.

a). — le pharmacien est, dans tous les cas, *le seul agent légal* de distribution des stupéfiants à usage médical.

Si le médecin propharmacien est autorisé à délivrer ces substances, ce ne sera que dans des circonstances légalement restreintes restriction dont la rigueur sera plus sévère encore à l'égard du médecin en général,

du vétérinaire, du chirurgien dentiste, qui ne sont nullement assimilés au propharmacien.

b). — l'ordonnace médicale n'est régulière que si elle

mentionne lisiblement le nom et l'adresse de son auteur,

énonce en toutes lettres les doses des substances vénèneuses prescrites.

indique le mode d'emploi,

est datée et signée,

ne prescrit pas une dose totale de stupéfiant supérieure à 7 fois la dose journalière indiquée (règle dite des 7 jours).

Le pharmacien a le droit et le devoir de refuser l'exécution d'une ordonnance qui ne présente pas un caractère manifeste d'authenticité *et il doit toujours refuser d'exécuter une ordonnance écrite au crayon.*

REMARQUES.

Le papier à en-tête classique n'est pas obligatoire ; il constitue cependant un gage d'authenticité, gage de valeur incertaine il est vrai, mais qui peut permettre au pharmacien, le cas échéant, de faire admettre sa bonne foi.

L'énonciation de la *dose du stupéfiant en toutes lettres est essentielle* et ne doit pas être négligée.

Si la dose prescrite — (il n'y a aucune limite et le médecin traitant est absolument libre d'ordonner les doses qui lui paraissent nécessaires) — dépasse celle maxima du Codex, le médecin devra, *en toutes lettres*, répéter les doses inscrites, ajouter la mention : « *Je dis* » *telle dose*, et contresigner en regard de cette indication.

L'indication du *mode d'emploi est absolument indispensable;* le médecin doit même formuler le mode d'emploi de la façon la plus détaillée possible : c'est ainsi que l'indication d'une dose globale avec les mots « pour 7 jours »est insuffisante et irrégulière. En effet, seul le mode d'emploi détaillé permet de voir si la règle des 7 jours est observée.

V. — REGLE DES 7 JOURS

Le législateur a voulu qu'en aucun cas le malade n'ait à sa disposition une provision de stupéfiants pour une durée de plus d'une semaine.

Donc, toute prescription pour plus de 7 jours rend l'ordonnace irrégulière et inexécutable.

Ex : la prescription :

Ampoules de Ch. de Morphine de 1cc à 0 gr. 01 par cc N° 12

injecter une ampoule tous les soirs

est inexécutable, puisque non entièrement utilisée en 7 jours ; il ne faudrait ordonner que 7 ampoules.

Par contre, la prescription :

Ampoules de Chl. de Morphine de 1 cc à 0 gr. 01 par cc N° 12,
injecter une ampoule matin et soir.

est exécutable, la dose spécifiée étant utilisable en moins de 7 jours.

S'en souvenir lors de prescriptions de stupéfiants spécialisés tels que Sédol, Spasmaigine, Pantopon, Spasédol, et que les fabricants conditionnent en boites de 3, 6, 12 ampoules. Mieux vaux donc prescrire en indiquant le nombre d'ampoules que de se contenter d'ordonner «1 boite».

La même remarque joue pour les drogues stupéfiantes présentées sous la forme de comprimés ou de pilules.

S'il s'agit de prescriptions contenant des stupéfiants à prendre par gouttes, le médecin devra, — en règle générale — pour éviter des calculs oiseux et parfois compliqués, n'ordonner guère plus de 5 cc du produit; il restera ainsi dans la règle limite.

Ex : la solution :

Chl. de Morphine	0 gr. 05
Eau de lauriers cerise	10 gr.

V gouttes dans de l'eau sucrée 4 fois par jour,

est irrégulière et inexécutable : V gouttes 4 fois par jour = XX gouttes = sensiblement 1 gr. de la solution par 24 heures. Il ne faut donc pas prescrire plus de 7 grammes. En se contentant de 5 gr., on reste presque toujours au dessous de la limite et le malade n'a pas un approvisionnement dangereux à sa disposition.

Préparations pour l'usage externe. — Ces préparations ne sont pas actuellement soumises à la règle des 7 jours (à l'exception des poudre Cocaïnées à 1 %). Le médecin peut donc prescrire et le pharmacien délivrer collyres, pommades, ovules, suppositoires, collutoires, liniments renfermant des toxiques stupéfiants sans se soucier de la limitation de prescription à 7 jours. (1)

---

(1) La nouvelle loi française sur les stupéfiants, qui sera prochainement appliquée en Tunisie, ne reconnait comme médicaments externes que les liniments, pommades et onctions.

Collyres, suppositoires, collutoires, ovules, gargarismes ne pourront donc plus, s'ils contiennent des Stupéfiants, être renouvelés sans ordre du médecin.

Date et signature lisible du médecin. — Le pharmacien ne doit jamais exécuter d'ordonnance de date ancienne ou de signature illisible.

Chevauchement. — Il est interdit aux pharmaciens d'exécuter simultanément plusieurs ordonnances pour un même bénéficiaire, alors même que chacune d'elles serait régulière en la forme et prévoyant des besoins journaliers ou hebdomadaires normaux .

A noter que le médecin peut, en cours de traitement, pour des motifs de thérapeutique aisément justifiables, avoir besoin de modifier la dose de stupéfiants à administrer et se voit obligé de rédiger une nouvelle ordonnance. Le malade avait déjà une provision de stupéfiants prévue pour 7 jours: il recevrait donc, du fait de la nouvelle ordonnance et avant utilisation intégrale de sa provision, une nouvelle dose de toxique. Le mieux, dans ce cas, c'est que le médecin rédige sa nouvelle ordonnance de telle sorte que le malade n'ait pas en tout (ancienne et nouvelle prescription totalisées) une provision de stupéfiant, pour plus de 7 jours.

Ex.: Un médecin a prescrit 1 ampoule de 0 gr. 02 Chl. de Morphine par jour :soit 7 ampoules. L'ordonnance est du 1 ^{r} du mois. Le 5 au matin il reste encore 3 ampoules: le médecin juge que l'état aggravé du malade exige 3 ampoules par jour. Il pourrait donc en prescrire 21, s'il voulait prévoir une période d'utilisation de 7 jours. Comme il sait que son malade possède encore 3 ampoules, il ne devra prescrire que 18 ampoules au lieu de 21.

Par contre, si le pharmacien se rend compte, soit par le simple rapprochement des ordonnances — (sériesd'ordonnances prescrivant tou jours les mêmes doses de stupéfiants), — soit par quelques questions posées au malade que, loin de délivrer des toxiques à un individu dont l'état de santé justifie cette délivrance, il remet des stupéfiants à un toxicomane, son devoir le plus immédiat est de refuser toute délivrance et d'aviser aussitôt l'inspecteur des pharmacies qui informe le Directeur de l'Assistance et de la Santé publiques.

VI. — RENOUVELLEMENT DES ORDONNANCES DE STUPEFIANTS

Le non renouvellement est la règle, le renouvellement l'exception.

Est donc interdit tout renovellement des prescriptions médicales suivantes.

a). — ordonnances dont l'exécution permet d'obtenir des substances du tableau B en nature (Laudanum par ex.) ou sous forme de solutions destinées à des injections sous cutanées. Elles ne peuvent être renou-

vellées en aucun cas, même si le médecin y fait figurer la mention : « A renouveler » ;

b). — prescriptions de poudres cocaïnées dans une proportion égale égale ou supérieure au centième ;

c). — médications à absorber «per os» et contenant soit de l'héroïne (quelle qu'en soit la proportion), soit de la cocaïne à partir de 1 pour cent, soit de la morphine (ainsi que ses sels, dérivés et composés), en proportion dépassant 2 pour cent.

Par dérogation à ces dispositions, peuvent être renouvelées les ordonnances prescrivant des préparations destinées à être absorbées par la voie digestive et ne contenant pas plus de 12 cgr d'Extrait d'Opium, ni plus de 3 cgr de morphine, d'Héroïne ou de Cocaïne.

Actuellement, il reste entendu que les préparations pour usage externe (pommades, frictions, liniments, etc) ne pouvant être injectés ou ingérées, peuvent être renouveleées, *sauf avis contraire du médecin*, seul juge

Remarques : Le médecin ne saurait être trop circonspect dans les prescriptions de préparations centenant des stupéfiants.

Prenons un exemple : un médecin prescrit, pour un malade souffrant de quintes de toux violentes et répétées, une potion contenant 0 gr 12 d'extrait d'Opium et quelques cgr de Dionine. Légalement, cette prescription peut être renouvellée ad libitum. Ne serait il pas dangereux que le malade puisse la faire reouveler tant qu'il lui plaira, qu'il puisse prêter son ordonnance à un ami pour la faire exécuter à son usage, qu'il soit, dans son ignorance du danger de l'opium, libre de la faire préparer pour un de ses enfants malades, etc ? On voit aisément tous les danger que peut présenter la faculté de libre renouvellement, quand la formule comporte des toxiques. Dans les cas de ce genre, la méthode la plus recommandable pour le médecin prudent, c'est de limiter le nombre des renouvellements possibles. Il n'a qu'à mentionner, à côté de sa signature : « *A renouveler deux fois (ou n fois)* ».

A chaque renouvellement, le pharmacien inscrira sur l'ordonnance (ou sur sa copie conforme) un nouveau numéro d'inscription au registre d'ordonnances et la date du renouvellement. Après le deuxième (ou n^me) renouvellement, l'exécution de l'ordonnance devient interdite.

VII. — PROPRIETE DE L'ORDONNANCE MEDICALE.

L'ordonnance est toujours *la propriété du malade* : elle est, en quelque sorte, l'expression concrète d'une consultation rétribuée.

En ce qui concerne spécialement les ordonnances contenant des stupéfiants, il est admis que le pharmacien conserve l'original pendant 3 ans au moins, mais il doit toujours délivrer au client une copie *intégrale*, datée, signée et certifiée conforme, timbrée au cachet de son officine et mentionnant le numéro sous lequel la préparation est inscrite au registre d'ordonnances.

VIII: — INFRACTIONS AUX REGLEMENTS.

Le seul moyen légal permettant d'obtenir d'un pharmacien la délivrance de stupéfiants est la présentation d'une ordonnance médicale. Le toxicomane s'efforce donc d'en obtenir une authentique (ordonnances dites *de complaisance*). Il n'y parviendra pas toujours et sera tenté de commettre un faux (ordonnances dites *fictives*), grâce auquel il se procurera son indispensable poison.

Les tribunaux ne font actuellement plus de différence entre les deux types d'ordonnances et le médecin, qui a délivré une ordonnance de complaisance à un toxicomane est passible de l'art. 38 du décret du 10 mars 1927, aggravé par celui du 29 oct. 1936 :

«Seront enfin punis des mêmes peines ceux qui auront usé en société de l'une des substances énumérées au tableau B et *en auront facilité* à autrui l'usage *à titre onéreux ou à titre gratuit*, soit en procurant dans ce but un local, soit *par tout autre moyen*.»

J. BOUQUET
Inspecteur des Pharmacies de Tunisie.

La Tunisie Médicale

SEPTEMBRE 1938

L'Aviation Sanitaire en temps de Guerre

par le Médecin Lieutenant GARNIER

Janvier 1938

Monsieur le Commandant Pennes m'a fait l'honneur de me demander de vous entretenir de l'Aviation Sanitaire. Il a mis à ma disposition 2 films qui seront projetés devant vous dans un instant et qui je l'espère rendront plus vivants les détails que je pourrais vous donner. Qu'il me soit permis de lui exprimer ma gratitude.

Je tiens à m'excuser auprès de mes confrères civils et militaires pour le dérangement que je leur ai occasionné mais il m'était impossible de montrer, hors du camp, les appareils sanitaires actuellement en service.

Avant de commencer cet exposé je voudrais vous exprimer le regret que j'ai du départ de Monsieur le Médecin Capitaine Galaup qui fut le médecin de l'Aouina pendant plus de 6 ans et qui aurait pu nous faire profiter de sa grande compétence sur la question.

De tous temps l'évacuation des blessés sur l'arrière a été une grosse préoccupation pour le haut commandement. Celui-ci en effet, outre une question humanitaire, désire être débarassé le plus rapidement possible de tous les impédimenta qui peuvent gêner ses évolutions et agir sur le moral des troupes.

Les blessés d'autre part n'ont qu'un désir, être éloignés au plus vite de la zone de feu.

Enfin, du point de vue médical le traitement n'est guère possible à l'extrême avant. La chirurgie de guerre, en effet, si elle n'est quelquefois pas une chirurgie brillante est par contre toujours une chirurgie longue et minutieuse, qui demande à être

exécutée en zone calme et qui nécessite un matériel considérable qui bien des fois ne pourra être amené à pied d'œuvre sur des routes encombrées dans des terrains défoncés.

Il faut donc prévoir, organiser l'évacuation intensive. On y arrivera en s'inspirant des progrès réalisés sur route, sur fer ou dans les airs par les différents moyens de transport au cours des dernières années. Ils ont conduit les divers pays à modifier profondément les plans d'évacuation et d'hospitalisation des armées en campagne.

Nous n'étudierons ici que les rôles de l'Aviation Sanitaire en temps de guerre. Ce rôle est différent aux T. O. E. et sur un théâtre d'opérations européen. Il convient donc d'envisager séparément les services que l'on est en droit d'attendre de ce mode d'évacuation.

Auparavant je désire vous donner quelques précisions sur le mode de fonctionnement de l'évacuation sanitaire.

Je n'insisterai pas sur l'historique de la question. Qu'il me suffise de rappeler qu'en Janvier 1913 le médecin militaire Uzac envisageait déjà ce nouveau mode de locomotion pour le transport des blessés. Puis ce furent les pionniers dont je rappelle les noms : Raymond, Paulhan, Epaulard, enfin le médecin Colonel Robert Piqué, professeur au Val de Grâce et à la Faculté de médecine de Bordeaux, mort tragiquement en service au cours d'une évacuation sanitaire.

A la fin de la dernière guerre, le transport par avion n'a été essayé que sous forme de quelques tentatives isolées, mais il a fait depuis ses preuves à partir de 1921 au Maroc et au Levant, au point d'être entré dans l'outillage moderne du Service de Santé.

Je vous rappelerais d'abord brièvement la façon dont est conçue l'organisation et le fonctionnement de l'aviation sanitaire en temps de guerre. Ils sont régis par une instruction du 4 Avril 1932 subdivisée en 3 titres dont nous allons vous préciser les points principaux.

Le titre 1^{r} a trait à la *préparation*. L'Aviation Sanitaire est constituée à la mobilisation par les avions sanitaires existants et par des avions ou hydravions de réquisition susceptibles d'être transformés en avions sanitaires. L'instruction prévoit des avions gros porteurs (au moins 6 couchés) des moyens porteurs (2 couchés, 1 assis) et des petits porteurs (1 couché).

Le matériel du service de santé comprend des appareils de transport (cadres gouttières) placés sur des supports montés à l'intérieur de l'avion et du matériel technique (appareils inhalateurs d'oxygène, boite de secours etc...).

Le personnel convoyeur est naturellement fourni par le Service de Santé et nous disposons depuis quelques mois d'une pléiade d'infirmières diplomées de l'Air qui dans certaines circonstances pourraient être utilisées.

Le personnel pilote est fourni par le Ministre de l'Air. Il est en principe de classe ancienne. L'instruction prévoit même que les avions gros porteurs réquisitionnés seraient, initialement au moins, laissés entre les mains de leurs pilotes habituels.

Dès le temps de paix, le Ministre de l'Air en collaboration avec le Directeur du Service de Santé, met à l'étude les plans de transformation des appareils réquisitionnés. Il fixe les aérodromes ou auraient lieu ces transformations et ou sera stoké le matérie nécessaire. Il désigne les organes mobilisateurs chargés de former les sections d'aviation sanitaire.

Enfin les Ministères de la Guerre et de l'Air fixent d'après le plan de mobilisation, les aérodromes que doivent rejoindre les section d'A. S. lorsqu'elles sont constituées.

Le titre II de l'instruction concerne *l'utilisation de l'aviation sanitaire* en campagne.

L'A. S. est constituée en sections comprenant un nombre variable d'appareils appartenant tous à la même catégorie (2 gros, 3 moyens ou 4 petits porteurs).

Point capital : *Toute l'aviation sanitaire disponible est mise en réserve générale à la disposition de la direction du S. S. au G. Q. G.* mais elle reste à là charge des parcs aériens en ce qui concerne le ravitaillement, l'entretien des appareils ainsi que l'administration et le remplacement du personnel de l'Air.

C'est la direction du S. S. au G. Q. G. qui répartit un certain nombre de sections d'aviation sanitaire entre les armées, c'est elle également qui va règler la destinatiin des évacuations.

L'Armée garde à sa disposition l'A. S. qui lui est prêtée et en la répartit pas entre les C. A. Les Directeurs des Services de Santé de C. A. les demandent au fur et à mesure des besoins au Directeur du S. S. de l'Armée.

La circulaire précise qu'aucune évacuation par avion ne devra être faite sans triage chirurgical ou médical préalable et que l'aviation sanitaire sera utilisée concurremment avec les autres procédés d'évacuation pour les transports à grande distance lorsque l'exigerait les indications de technique médico-chirurgicale ou de tactique sanitaire.

Enfin le titre III traite de *l'aviation sanitaire et de la convention de Genève.*

Les avions sanitaires ne doivent pas survoler les lignes. Ils doivent être peints en blanc et porter sur et sous les ailes une croix rouge a coté des couleurs nationales. Le matériel spécialisé a des fins sanitaires, s'il tombe entre les mains de l'ennemi est rendu dans les conditions prévues par la convention de Genevé tandis que les appareils aériens militaires éventuellement utilisés pour des évacuation sanitaires sont considérés comme prise de guerre.

Le personnel sanitaire porteur de brassard de neutralité bénéficie actuellement de la convention de Genève mais le personnel de l'Aéronautique en cas de capture ne peut être rendu que s'il prend l'engagement de ne plus servir dans une unité combattante pendant toute la durée des hostilités.

Je m'excuse Messieurs de l'aridité de ces données mais je me devais cependant de vous les exposer.

Nous allons maintenant voir de quelle façon et dans quelle mesure l'aviation sanitaire pourrait remplir sa tache en cas de conflit. Comme je vous l'avais annoncé précédemment j'envisagerai l'aviation sanitaire dans un conflit armé continental d'une part et dans les T. O. E. d'autre part.

Les services que l'on attend de l'aviation sanitaire sur un théatre d'opération européens sont facilment compréhensibles en tenant compte du postulat que j'ai avancé tout à l'heure, a savoir que l'A. S. est toute entière en réserve générale à la disposition du G. Q. G. Elle doit donc agir groupée pour, par son action massive décongestionner un point de la bataille particulièrement éprouvé par les pertes.

Mais d'abord il convient d'être fixé sur les effectifs dont nous pourrions disposer. Hélas Messieurs, a l'heure actuelle il semble que nous soyons assez démunis et c'est là le point noir. Pour situer le problème tout de suite, quel est le nombre d'avions qui seraient

nécessaires? Le médecin Général Schikelé actuellement Directeur du Service de Santé de la 20me Région et dont nul ne peut contester l'Autorité et la compétence en la matière, estimait en 1932, alors qu'il était à cette époque médecin Colonel à la Base Aérienne du Bourget, que 80 avions sanitaires dont une forte proportion de gros porteurs étaient la dotation générale nécessaire pour exploiter très convenablement les évacautions par voie aérienne ».

Or, Messieurs quel est le chiffre dont le G. Q. G. pourrait disposer ?

A part quelques avions sanitaires existant en temps de paix, la masse de l'aviation sanitaire est donnée par la réquisition. Le nombre d'appareils utilisables ainsi que leur type sont données chaque année à la D. S. S. au Ministère de la guerre. Je ne puis vous donner les chiffres de l'année écoulée. Je vous dirais seulement que pour l'année 1936J nous aurions pu compter pour la métropole sur une quarantaine de moyens porteurs et une quinzaine de petits porteurs. Quant aux gros porteurs nous n'en avons pas et il est probable que le S. E. ne pourra pas en avoir a sa disposition de longtemps car de plus en plus il semble que les gros porteurs éventuels seraient utilisés pour le transport aérien des troupes qui comme vous le savez et une questiin à l'étude actuellement.

Donc en mettant les choses au mieux c. a. d. que tous les avions soient utilisables à la fois, ce qui est une chimère, le G. Q. G. disposerait de 55 avions sans un gros porteur ? C'est peu pour tout le front. Néammoins malgré ses moyens modestes le rôle de l'A. S. ne serait pas négligeable. Elle ne doit pas être considérée comme le moyen normal d'évacuation mais dans certaines cas elle pourrait étant concentrée en un point de la bataille suppléer à la déficience des autres moyens d'évacuation débordés par la quantité d'hommes hors de combat. Cette action massive a été utilisée une fois pendant la grande guerre sur le front de la 10me Armée. Alors que les autos et les trains sanitaires n'arrivaient pas à assurer l'évacuation des blessés graves les avions sanitaires transportèrent 388 blessés de 1re urgence en moins de 40 heures.

Autres excellente utilisation de l'aviation sanitaire : celle du transport d'urgence d'équipes chirurgicales et de leur matériel là où leur présence est réclamée pour doubler ou même tripler les chantiers d'opérations débordés, insuffisants ou peut être même décimés

Mais si le rôle de l'A. S. est important en cas de conflit européen c'est surtout au T. O. E. qu'il peut donner sa pleine mesure et exercer une action primordiale. La distance qui sépare les théâtres d'opérations des formations sanitaires, les difficultés de communications, tout semble indiquer que l'avion est le moyen normal d'évacuation des blessés vers l'arrière.

D'ailleurs les chiffres sont là pour prouver les services rendus. Pendant la campagne du Maroc l'avion sanitaire a sauvé des milliers de vies humaines. Je ne vous acclablerai pas sous les statistiques diverses publiées. Pour avoir une idée globale, je vous indiquerait seulement qu'à l'heure actuelle il a été procédé a plus de 7000 évacuations par avion sanitaire depuis 1921 sur les théatres d'opération extérieurs.

A coté du transport des malades ou des blessés il a été conçu d'autres utilisations qui elles aussi peuvent avoir une influence heureuse sur l'état sanitaire quelquefois compromis dans ces vastes régions. Au Levant par exemple il a été expérimenté un laboratoire de Bactériologie mobile, transportable par avion. Il permet en cas d'épidémie de procéder à pied d'œuvre à identifier la maladie, rechercher et isoler les suspects.

Je voudrais vous dire aussi Messieurs, un mot du parachute sanitaire. Pendant la guerre d'Ethiopie les Italiens ont employé sur une grande échelle et avec succés des parachutes lancés des avions pour fournir a leurs colonnes médicaments et pansements. Nul doute que nous aurions recours en cas de besoin à ce procédé qui s'il n'est pas nouveau n'avait pas été employé d'une façon systématique.

Je n'insisterai pas devant vous sur la question de la sécurité. L'expérience a prouvé en ne signalant que 4 accidents sur 6370 évacuations faites en 14 ans sur les T. O. E. français que la sécurité de l'avion sanitaire pouvait se comparer avec celle des autres moyens de transport. Il n'y a pas plus de dangers à voyager en avion sanitaire que par le train ou en automobile.

Je voudrais à propos de la sécurité en avion sanitaire, ouvrir une parenthèse. Vous avez pu lire dans les journax du mois dernier l'accident survenu lors d'une évacuation sanitaire entre Fort Flatters et Alger. L'appareil pris dans une tempête de neige à la hauteur ds portes de fer, près d'Ampère fut plaqué contre la

montagne. Cet accident couta la vie à 4 personnes. Il pose un problème extrèmement délicat à résoudre. A qui incombe le soin de décider si l'évacuation doit ou ne doit pas avoir lieu ? et un fois l'ordre donné le pilote a-t-il droit d'interpreter l'ordre même si comme dans le cas particulier il agit dans le but de sauver le malade et tente de passer a tout prix pour amener au chirurgien le blessé qui lui a été confié. Je vous pose le problème sans le résoudre.

On a parlé d'autre part des inconvénients que présentait l'évacuation par avion sanitaire. Ces inconvénients matériels sont réels. En dehors de la délicate question du choix des pilotes et des difficultés d'atterrissage, question que nous n'aborderons pas il faut signaler le vol quasi impossibile par mauvais temps ainsi que la nuit dans la zone des armées ou le balisage est interdit.

Enfin pour terminer, quelles sont les contres indications du transport en avion ou en hydravion sanitaire ?

Il est à croire que les craintes exprimées par les physiologistes sur les risques de l'altitude pour les blessés du poumon ou de l'abdomen répondaient plus à des considérations théoriques qu'expérimentales.

Les blessés atteints de plaie du cœur avec emplysème médiastinal, les moribonds, les grands shockés, les porteurs de hernie cerebrale forment une infime minorité reconnue non transportable en avion. Il importe de signaler que les shockés une fois traités et remontés peuvent être évacués en avion sanitaire pourvu que l'avion reste à une faible altitude.

Comme on le voit les contres indications au transport en avion sanitaire constituent l'exception. C'est néammoins au médecin qu'il appartient de juger en dernier ressort de l'opportunité d'une évacuation.

Messieurs, Francis de Croisset qui vient de mourir disait : Les conférences ont ceci de bon qu'elles apprenent quelque chose au conférencier. Cette réflexion sst certainement vraie mais je voudrais croire quelle est incomplète et que vous aussi Messieurs, vous aurez retiré quelque fruit de la causerie que je vous ai faite et surtout de la projection qui va avoir lieu à l'instant.

Séance du 20 Mai 1938

—«0»—

La séance est ouverte à 18 heures sous la présidence du Médecin Lieutenant Colonel Saulnier, Président annuel.

Sont présents : Drs Lamarche, Lehucher, Broc, Guez, N. Triolo, G. Triolo, A. Calo, Spezzafumo, Hayat, H. Bonan, Laclavetine, Farrugia, Dana, Hababou Sala, Bembaron, Bardou, Santillana, Slim, Domela, Biechler, Fleury, Barouch, Guttieres, Uzan, Bouquet, Nataf, Büchler, Di Vittorio, Boulakia, Cohen Boulakia, Belfort, Moatti, Lalloum, Saffar, Delastre.

ORDRE DU JOUR :

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

Les candidatures des Docteurs Marty, Médecin Capitaine Carrié, Médecin Commandant Chaigneau, Médecin Capitaine Ratte, Médecin Capitaine Mabille, Docteur Bonthas, sont admises à l'unanimité.

Le Président commémore le décès du regretté Docteur Cassar. Il rappelle ensuite, à propos du dernier Congrès de Médecine, l'activité des Docteurs Lamarche, secrétaire général et Perez, tresorier.

Sommaire des Communications

Pages

Dr *Lehucher* : Hypernéphrome rein droit 315

Drs *Broc et Slim :* Rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale 321

Drs *Broc et Slim :* Echynococcose généralisée echinococcose secondaire de la plèvre 323

Drs *Broc et Slim:* Angiocholecystite et kyste hydatiforme suppuré du foie. (Paraîtra dans un prochain numéro)

Dr Fleury: Traitement du Typhus Exanthématique par la Quinine 325

Dr *Fleury :* Sur l'étiologie du Cancer 329

Hypernéphrome rein droit

par le Docteur LEHUCHER

La malade que nous vous présentons Mme S... M.. âgée de 54 ans a été opérée par moi le 8 mars 38 pour tumeur solide du rein droit. Voici la pièce conservée dans le liquide de Kaiserling et que j'ai l'honneur de vous présenter. Il s'agit d'un hypernéphrome.

Pour ne pas tenir plus de temps qu'il n'est nécessaire la malade devant vous je vous montrerai, après vous avoir fait constater le bon état général et local de celle-ci 2 mois après l'opération, l'aspect de sa cicatrice qui vous donnera une idée à peu près exacte de la voie employée pour l'abord du rein malade. Je dis «à peu près» car sur le support de Pillet, la courbure inféro-antérieure remontait beaucoup plus haut que ne le fait l'incision classique, 4 travers de doigts au dessus de l'E. I. A. S. En position debout, la ptose agissant, la cicatrice paraît être celle de l'incision classique lombo-abdominale, j'ai ainsi modifié l'incision classique, en reportant la courbure antéro-inférieure notablement en haut pour avoir un abord plus facile sur le pédicule rénal. La ptose du rein tumoral et l'allongement du pédicule nous ont d'ailleurs rendu ce temps extrêmement facile.

Voici maintenant l'observation résumée de la malade : 54 ans. Antécédents héréditaires sans intérêt. 5 enfants en bonne santé. 4 avortements. Typhus ou affection du même type à 2 reprises à 12 ans et à 19 ans. Ménopause ' 42 ans. Malade vue pour la première fois le 6 janvier 1938 pour hématuries et tumeur de la fosse lombaire droite. La malade nous dit avoir constaté qu'elle avait commencé à uriner du sang au cours du mois de novembre 37. Les urines étaient rouge vif. Hématuries totales, indolores spontanées. Aucune douleur ni fatigue ne les précédaient. Elles auraient été plus fréquentes la nuit. Au début de décembre 1937, colique néphrétique de 20 h à 24 h traitée en ville par X par piqûres de morphine sans doute. A la suite hématurie constante de 3 jours avec caillots, indolore. Depuis cette crise les hématuries cessent en apparence du moins, car l'examen microscopique fera

reconnaître la présence d'hématies. Les douleurs ne se manifestent plus que sous forme d'un endolorissement sourd et peu marqué siégeant dans la région lombo-abdominale droite. Depuis le début des hématuries il existait de l'asthénie et un amaigrissement notable s'était produit.

A l'époque de nos examens, la malade ne pesait que 52 kilos, malheureusement auparavant la malade ne s'était pas pesée. A l'examen, on note dans la fosse lombaire et la partie basse du flanc droit une tumeur du volume de 2 gros poings, peu douloureuse, partiellement mobile. Les urines sont légèrement troubles, non pâls, non hématuriqus macroscopiquement.

Voici quels furent les examens urologiques pratiqués.

17 janvier 38 : Cystoscopie : Vessie saine, à colonnes nettes. Orifices urétéraux sains, symétriques à IV et VIII h. 1ʳ cathétérisme, à droite la sonde bute à 25, rein abaissé, la pyélographie montrera que la sonde arrive au rein. Rétention de 25 cmc. A gauche côté supposé sain on est gêné par des «spasmes» urétéraux. La malade est une grosse nerveuse, sympathicotonique au maximum et a de tout une appréhension qu'elle ne peut dominer C'est cet état qui nous fera à plusieurs reprise différer l'intervention; la sonde à bec de flûte bute à 13, une autre sonde à bout olivaire passe et monte au rein.

L'examen histocytobactériologique donne : Rein droit, globules de pus, quelques cellules non identifiées, quelques streptocoques en culture. Rein gauche, hématies, cellules, leucocytes peu nombreux, absence de microbes. Examen chimique : Urée, rein droit, concentartion au litre 10,25., rein gauche 15. Chlorures, rein droit 6.31, rein gauche 9,82, Albumine (une peu de sang) rein droit 0,50, rein gauche 0,25.

Pyélographie double ascendante au diagnorénol. Les Radios ne sont pas fameuses, mais ce n'est pas notre excellent Radiographe qu'il faut incriminer, la faute en est surtout à la malade très inquiète et agitée qu'on ne peut guère garder immobile. A droite un repère est collé sur la peau du flanc au centre de la tumeur palpable; son image se profile sur le bord externe du gros rein plosé à l'union de son 1/3 supérieur et de ses 2/3 inférieurs, cela approximativement car la partie inférieure du rein tumoral est masquée par l'os iliaque. Le bassinet bi-lobé, 2 cavités ovales sur

un même plan transversal, est traversé par la sonde dont l'image est dédoublée par suite du tremblement involontaire de la patiente. Sur une seconde Radio vous verrez, assez mal d'ailleurs, un bassinet normal; la courbe de la sonde droite sur cette épreuve montre bien par surplus la ptose du rein malade. On pose nécessairement le diagnostic de tumeur du rein droit; mais quelle tumeur ? la fonction reste bonne; nous la verrons meilleure encore le 31 janvier, quand l'opération décidée en principe, on fera une polyurie expérimentale d'Albarran, la seule sûre de toutes les épreuves destinées à juger de la valeur fonctionnelle des reins.

Voici les résultats de cette polyurie :

Examen chimique = Polyurie expérimentale d'Albarran.

	Rein droit	Rein gauche	Vessie (controle)
Eau en 2 heures	1° = 6 cc 2° = 38 cc 3° = 118 cc 4° = 100 cc Total = 262 cc	1° = 8 cc 2° = 51 cc 3° = 167 cc 4° = 142 cc Total = 368 cc	Eau : 0
Urée au litre (concentration).	C 1° = 20 gr. 76 C 2 + 3 + 4 = 2 gr. 56	C 1° = 16 gr 92 C 2 + 3 + 4 = 2 gr 82.	Urée au litre: 0
Urée en 2h (débit)	D 1° = 0 gr 124 D 2 + 3 + 4 = 0 gr 656 Total = 0 gr 780	D 1° = 0 gr 135 D 2 + 3 + 4 = 1 gr 009 Total = 1 gr 144	
Chlorures au litre	1 gr 17	1 gr 40	Chlorures au litre: 0
Chlorures en 2h	0 gr 306	0 gr 515	
Albumine au litre	0 gr 10	Traces	
Sang	++	+	

Examen histocytobactériologique : Rein droit, cette fois absence de pus, leucocytes rares, quelques hématies, absence de tous microbes à l'examen direct et en culture.

Rein gauche, leucocytes nombreux non altérés, absence de microbes.

Ainsi donc ce rein tumoral donne 262 cmc d'urine en deux heures (après ingestion de 500 cmc d'eau entre la 1re et la 2me 1/2 heure). Le rein sain donne 368. La concentration uréïque est de 20 gr du côté malade pour 16,92 du côté sain; le débit uréïque en deux heures est de 0,78 pour 1,44 côté sain; les chlorures presque équivalents en concentration.

Conclusion : la fonction rénale du côté malade a perdu à peine 1/3 de sa valeur, le rein gauche est intact. L'azotémie recherchée le 21 janvier donne 0,21 par litre de sérum sanguin, 1 gr 44 d'urée en 2 heures, polyurie uréïque positive, l'état parfait du rein gauche, confirmé par l'azotémie, nous autorisera à pratiquer s'il y a lieu, la néphectomie droite. Etat général médiocre mais acune autre tare organique n'est relevée. Tumeur du rein droit disions nous, mais quelle tumeur ? On pense d'abord à un de ces cancers du rein à marche lente, ne touchant que peu à peu la fonction. On envisage bien l'hypernéphrome, la masse tumorale paraissant plus développée en dehors des cavités naturelles agrandies. On pense aussi au kyste hydatique. Je ne trouve plus au dossier les résultats de l'œsénophilie, les réactions de Weinberg-Parvu n'ont pas été faites. Le fibrome pur du rein est d'une telle rareté qu'on ne veut s'y arrêter. Le sarcome serait plus gros encore et aurait marhé plus vite. Finalement on pose sans l'affirmer le diagnostic de cancer du rein à marche lente ou d'hypernéphrome.

Nous avons dit que la malade sympathicotonique au maximum, était d'une nervosité extrême. A 2 reprises l'opération décidée, nous devons la différer : la malade a vomi toute la nuit précédente et est légèrement hyperthermique 38° et quelques. Il est vrai que comme vous pouvez le voir sur la courbe de température, la malade est le plus souvent subfébrile. Néanmoins et pour plus de sécurité nous demandons au Docteur Masselot de bien vouloir prendre quelques jours notre malade en observation. Notre collègue que nous tenons à remercier, après un examen approfondi, nous renvoie la malade en nous assurant de l'intégrité des appareils autres que l'appareil urinaire.

Aussi le 8 mars 38, nous opérons sous anesthésie générale au gométher avec adjonction d'un peu de chloroforme; l'état sympa-

thicotonique faisait déconseiller la rachianesthésie à laquelle nous devons tant de succès dans les cas difficiles. Nous vous avons déjà décrit la voie d'accès : en somme incision classique lombo-abdominale, modifiée dans son tiers inférieur : la courbure terminale passant presque transversalement à 4 travers de doigts au dessus de l'E. I. A. S. Le rein cherché un peu bas est facilement trouvé et l'extériorisation de la partie tumorale, gondolée, prolabée dans le bas de la fosse iliaque droite se fait très facilement; il n'y a aucune adhérence du gros pôle inférieur. Le pédicule est long, souple et d'accès très facile. Comme nous avons l'habitude de le faire : ligature en masse redoublée, pince, section en aval de la pince, et celle-ci enlevée, ligature isolée des sections artérielles et veineuses. Pédicule lisse, répétons-nous, sans aucun ganglions, le long de la veine cave aucune formation ganglionnaire perceptible. Fermeture en 3 plans, un drain dans la loge rénale.

Examen macroscopique de la tumeur : la tumeur s'est développée aux dépens de la moitié inférieure du rein, très hypertrophiée, volume de 2 poings d'adulte. Elle a approximativement 15 cm de long sur 8 de large et 7 d'épaisseur. Superficiellement : nodules souscapulaires non ulcérés, 2 formations kystiques sous capsulaires non ulcérées grosses comme un bigarreau chacune.

A la coupe aspect tout à fait complexe : tumeur faite de tissu blanchâtre à aspect cérébriforme, et présentant des noyaux assez étendus 4 cm/2 cm ressemblant davantage à du tissu néoplasique avec points mélaniques, semblant dus à des dilatations de vaisseaux néoformés ayant éclaté leurs parois. En deux ou trois points on note des vacuoles kystiques dont une volumineuse admettant facilement la pulpe du pouce.

Resumé : tumeur à aspect polymorphe sans ulcérations vraies, aspect non réellement malin, d'ailleurs tumeur encapsulée, impression de bénignité relative confirmée par l'absence d'adhérence et de ganglions. La partie supérieure de la pièce représente ce qui reste du rein sain; à l'union des 2 zones, tumorale d'une part l'inférieure, reste du rein sain supérieure, on note la présence de 7 petits noyaux à aspect fibromateux.

Des fragments de la partie néoplasique ont été adressés à notre correspondant d'anatomie pathologique à l'Institut du can-

cer à Villejuif, Docteur Maurice Perrot, qui a bien voulu pratiquer l'examen histologique dont voici les conclusions :

« Sur le fragment soumis à l'examen on trouve uniquement « des formations tumorales présentant la structure caractéristi- « que d'un hypernéphrome avec des aspects endocriniens particu- « lièrement nets, très nombreuses mitoses, nombreuses figures « plasmodiales. On peut se demander ici, si la théorie pathogéni- « que de Grawitz n'est pas valable, et dans ce cas s'il ne s'agit « pas alors d'un para-gangliome ».

Conclusion : Hypernéphrome.

Si nous nous reportons aux classiques qui ne semblent s'intéresser à la question qu'au point de vue anatomo-pathologique, car les auteurs que j'ai consultés disent peu de chose du point de vue clinique et pronostic, nous voyons que l'on distingue deux types d'épithéliomas : l'épithélioma à cellules sombres ou à type rénal, et l'épithéliomas à cellules sombres ou à type rénal, et l'épithéliomas à cellules claires (type surrénal ou hypernéphrome). Les hypernéphromes ou épithéliomes à cellues claires du rein sont formées par des travées massives ou creuses, d'aspect canaliculaire, constitué par des cellules épithéliales à protoplasma clair, peu colorable et renfermant des goutelettes graisseuses. Un stroma délicat et riche en vaisseaux sanguins sépare ces formations épithéliomateuses.

D'après Grawitz, les épithéliomas à cellules claires dériveraient d'inclusions surrénales embryonnaires dans le rein, parce que leurs cellules renferment des graisses neutres et phosphorées comme les éléments de la surrénale. D'où le nom d'hypernéphromes ou d'épinéphromes qui a été donné à ces tumeurs du rein.

G. Roussy et Leroux pensent que la conception de l'hypernéphrome devrait être revisée, car les épithéliomas de la surrénale ne naîtraient pas des cellules spongiocytaires, mais des cellules non différenciées de la couche corticale, et ils sont à cellules foncées et non à cellules claires.

Les épithéliomes à cellules claires du rein correspondraient à 2 stades d'un même type.

Je n'insiste pas sur les suites opératoires qui furent des plus simples. La feuille de température porte la courbe se rapportant

à la sécrétion urinaire par 24 heures : 1 r jour 200 cmc, 2me jour 450 cmc; 3me jour 700 cmc, 4me jour 1500 cmc, 5m jour 1000 cmc 6me jou 1100 cmc, 7me jour 1500 cmc, puis 1800 et 1900

Urémie le 23 mars = 0,20.

Sortie guérie le 25 mars 38.

Nous avons pensé vous intéresser en rapportant cette observation pour le raisons suivantes :

1° l'hyper ou épinéphrome, ici on pourrait dire un hyponéphrome, est rare. Depuis 1919 nous faisons une grande quantité d'explorations rénales : pyélonéphrites, tuberculoses, uro ou hydronéphroses, calculs sont très fréquents, les tumeurs sont rares, nous avons eu 1 kyste hydatique, 2 cancers du rein, ce cas est le seul d'hypernéphrome.

2° On doit constater que la valeur fonctionnelle de tels reins reste considérable : c'est en plus de la difficulté technique et du risque qui s'ensuit, la crainte d'une propagation de la tumeur à la partie jugée saine du rein et que l'on essayerait de conserver qui fait décider l'exérèse radicale.

3° l'autre rein ayant donné les preuves de son intégrité le pronostic qui semble rester bénin, une fois l'exérèse pratiquée.

4° la discussion sur la nature de ces tumeurs et leur origine. D'après le Docteur Perrot, que nous tenons encore à remercier ici pour sa précieuse collaboration, la théorie de Grawitz trouverait dans le cas présent la démonstration de sa réelle valeur.

N. B. Nous tenons à remercier tout spécialement Mr Durand, pharmacien en chef de l'H. C. F., pour le soin qu'il a voulu apporter à la préparation de la pièce présentée.

Rupture d'anévrysme de l'aorte abdominale

par les Docteurs René BROC et Slim

Mahmoud ben Mohammed, journalier âgé de 55 ans environ, entre dans le service du Dr Broc à l'Hôpital E. Conseil, le 1er avril 1938, parce que depuis un an, il se plaint d'une douleur légère et continue au niveau de l'épigastre. Dès l'apparition de cette douleur, il avait remarqué l'existence d'une petite tumeur pulsa-

tile de la région ombilicale qui, depuis, s'est peu à peu développée.

Le malade ne signale pas de troubles digestifs notables: une légère constipation passagère; pas de diarrhée ni de selles sanglantes; pas de vomissements, conservation de l'appetit en particulier pour les graisses. A l'interrogatoire, on ne trouve aucun antécédent précis à signaler.

A l'examen : état général moyennement conservé; pas de température; pas d'anémie ni d'adénopathie; une rate percutable légèrement palpable. Dans la région abdominale, au dessus de l'ombilic et à gauche de la ligne blanche, la palpation montre une tumeur mobile grosse comme une petite mandarine, pulsatile, synchroniquement au pouls, peu expansive. L'auscultation, au moyen d'un sthétoscope qu'on appuie légèrment sur la tumeur, montre l'éxistence d'un souffle systolique; ce souffle existe également au niveau des fémorales. On note aussi quelques fibrillations dans la région épigastrique. Les bruits du cœur sont normaux et la recherche de la tension artérielle donne les chiffres suivants :

Bras droit : 23-11 indice oscillatoire : 5
Bras gauhe : 23-12 indice oscillatoire : 3
Jambe droite : 29-14 indice oscillatoire : 12
Jambe gauche : 27-14 indice oscillatoire : 7

On pense à un anevrysme de l'aorte, sans pouvoir l'affirmer, ou à une tumeur sou jacente à l'aorte et trasmettant les battements de celle-ci. Un examen électro radiologique avait été décidé, mais quatre jours après son entrée à l'Hôpital, le sujet présente une grande hémorragie intestinale et meurt cinq heures plus tard.

Nous n'avons pu faire une réaction de Bordet Wassermann.

A l'autopsie, on trouve un gros cœur avec lésion d'aortite au niveau de la crosse. La tumeur abdominale était formée par l'agglomération du jéjurnum et de l'aorte abdominale très difficile à dissocier. Après dissection on se rend compte qu'il s'agit d'un anévrysme ampullaire de l'aorte abdominale, ayant commencé à ronger les ligaments prévertébraux et le corps des vertèbres, et qui s'est rompu brutalement dans le jéjunum. Les adhérences et l'importance du caillot anévrysmal organisé, montrent l'ancienneté de cet anévrysme.

A signaler également l'existence d'un anévrysme de moindre

importance, de la grosseur d'une noisette, siègeant à la bifurcation de l'iliaque primitive droite, farci d'un caillot également, organisé et ancien.

Malgré la fréquence de la syphilis, l'anévrysme est rare chez les Tunisiens musulmans; l'anévrysme sacciforme de la crosse de l'aorte est excessivement rare, bien que le Docteur Bonan et l'un de nous en aient rapporté un cas associé au tabès; l'anévrysme de l'aorte abdominale est aussi très rare, quoique dernièrement, un de nos confrères en ait ici même rapporté un cas.

Echinococcose généralisée
Echinococcose secondaire de la plèvre

par les Docteurs René BROC, JAUBERT DE BEAUJEU et M. SLIM

Salem ben Rejeb, journalier âgé de 50 ans environ, entre dans le service du Dr Broc à l'Hôpital E. Conseil le 16 février 1938 parce qu'il tousse et parce qu'il présente un mauvais état général.

Dans ces antécédents, on retrouve, datant d'un an, un épisode fébrile accompagné de toux, d'un point de côté droit, d'expectorations muco purulente et parfois hémoptoïque, le tout ayant duré un mois environ. Cet épisode sera interprété par la suite comme étant un pneumothorax spontané.

A l'examen on se trouve en présence d'un malade dyspnéique, en proie à une toux quinteuse, non fébricitant, crachant peu, présentant un subictère des conjonctives et une décoloration de degré moyen des téguments. Son pouls petit et régulier et les bruits du cœur assourdis. Pas de souffle.

Le foie descend à 3 travers de doigts au dessous du rebord costal, il est douloureux; cette augmentation de volume qui s'est installée petit à petit, évoluera ensuite plus rapidement, et en l'espace de trois semaines le bord inférieur et antérieur du foie atteindra presque le pubis. La rate percutable est légèrement palpable. On note aussi l'existence d'un ganglion sus claviculaire gauche, semblable à celui de Troisier.

Quant aux poumons l'observation révèle une ampliation respi-

ratoire plus étendue à gauche qu'à droite; par contre le pourtour de l'hémithorax droit dépasse de 3 cm celui du côté gauche. Et si à gauche l'auscultation ne révèle qu'une diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire, à droite on trouve tous les signes cliniques d'un hydropneumothorax à pression négative (— 8) que le manomètre de Carpi nous a permis de mesurer.

La scopie a nettement confirmé la présence d'hydropneumothorax à droite, mais quel n'a été notre étonnement en voyant à gauche un grand nombre de masses sombres plus ou moins arrondies. Une radiographie faite à 4 m. par le Dr Jaubert de Beaujeu nous montre :

à droite : une masse de liquide sombre dont le niveau horizontal affleure le 7me espace intercostal; le poumon est refoulé en deux moignons hilaire et apical avec un ou deux longs tractus les reliant à la paroi costale :

à gauche : un sommet qui semble sain avec des traînées vasculo bronchiques très marquées; un grand nombre de masses sombres à contour plus ou moins régulier, chevauchant les unes sur les autres, de grosseur variant entre celle d'un pois chiche à celle d'une grosse mandarine. Dans la position de profil, ces masses sombres plus distinctes, rappellent l'image du « lâcher de ballons » décrite par Costantini.

Quel était la nature de ces masses ?

L'absence de crochets d'échinocoques dans le liquide pleural droit, la réaction de Casoni négative, l'état général du malade, la présence du ganglion de Troisier, le développement rapide du foie, en nous écartant momentanément du diagnostic d'échinococcose, nous ont fait penser qu'il s'agissait de tumeurs du foie et du poumon secondaire à un cancer de l'estomac que la palpation ne nous a pas révélé.

L'évolution de la maladie semble confirmer ce diagnostic; l'état général empire chaque jour et le sujet succombe 25 jours après son entrée dans le service en présentant, deux jours avant sa mort, un signe de Ch. Bell à gauche.

Son autopsie a été pratiquée le 9 mars 1938 : elle nous a montrés la véritable nature des masses observées. Le poumon gauche était bourré de kystes dont quelques uns étaient multilobés, bien

enchassés dans leurs capsules, non calcifiés ni suppurés, siégeant à la base et au niveau du hile.

A droite : présence de 3/4 de litre de liquide hydatique légèrement purulent, contenant trois grosses vésicules filles non ouvertes, tendues; le poumon droit avec ses deux moignons complètement ratatinés, était sain et ne renfermait aucune trace de kyste ou de lésion quelconque; le feuillet pleural viscéral qui lui était accolé, paraissait indemne.

Le foie renfermait quatre ou cinq kystes hydatiques non suppurés de dimension variable. Nous en avons trouvé un également dans le rein gauche et un autre jusque dans l'appendice.

Le cœur, le tube digestif et l'encéphale étaient indemnes.

Ce cas d'échinococcose généralisée est intéressant à plus d'un titre : d'abord par la multiplicité des kystes dans des organes différents; ensuite et surtout par l'existence d'une complication assez rarement observée et à laquelle Dévé a donné le nom d'hydatidopyopneumothorax. Comment cette complication s'est-elle produite ? Si nous nous reportons à l'historique de la maladie, nous constatons que le début a été marqué par un point de côté, une toux hémoptoïque, de la fièvre, épisode qui devait être assez sérieux puisque le malade s'en souvenait. Cela cadre assez bien avec un pneumothorax spontané par rupture, peut être, d'un kyste hydatique du poumon droit dans la plèvre. Nous ne trouvons plus aucune trace de ce kyste, mais nous savons avec quelle spontanéité le poumon reprend son aspect normal après l'extirpation chirurgicale des kystes. Ce qui rend notre hypothèse assez plausible, d'autant plus que les autres modes de production de l'hydatidopyopneumothorax donnés par Dévé dans l'étude magistrale qu'il en a faite au Journal de Chirurgie (1937 tome 1) ne se trouvent pas réalisés dans notre cas.

Traitement du Typhus Exanthématique par la Quinine

Docteur Jacques FLEURY

Si l'action du Rubiazol dans le Typhus Exanthématique a été prouvée par les expériences du médecin Lieutenant Michel (Zarzis) action que de mon coté j'ai pu contrôler dans de nombreux cas

la quinine ne semblait pas jusqu'alors, pouvoir faire partie de l'arsenal thérapeutique contre cette maladie contagieuse.

C'est je dois l'avouer, le pur hasard qui m'a fait découvrir les propriétés quasi spécifiques de ce médicament dans le typhus exanthématique.

Pendant le stage que j'ai fait au service des contagieux de l'Hôpital E. Conseil, j'avais été frappé de l'analogie existant entre les symptômes cliniques du paludisme grave et du Typhus (dans les deux cas on note souvent en effet une éruption identique, un Tuphos, une température très élevée, et seul le laboratoire permet de faire le diagnostic).

Le médecin du Bled doit dépister tous les cas de maladies contagieuses qui peuvent survnir dans son secteur médical. Le Paludisme et le Typhus sont les plus fréquentes. Mais si le premier n'est pas contagieux, le deuxième par contre met en action rapide tous les rouages de l'Administration de la Santé Publique. Depuis mon arrivée à Medjez El Bab, j'aï eu à lutter contre plusieurs petits foyers épidémiques de Typhus, tant à Medjez même, qu'à Toukabeur, et à Oued Zarga.

Lorsqu'un de mes infirmiers itinérants (chargé de la lutte contre le paludisme dans les 5 secteurs de la circoscription médicale) me signalait un cas qu'il jugeait très grave, Tierce maligne toujours, pour lui, déformation professionnelle sans doute) par précaution, je faisais toujours faire une prise de sang, désinfecter le linge du malade, et des contacts, mais toujours une injection de 1 gr de quinine chaque jour.

2 ou 3 jours après la réponse revenait de l'Institut Pasteur :

Weil Félix positif au tant.

Ces malades étaient alors aussitôt dirigés sur un camp d'isolement.

Or à ma grande surprise, ces malades que j'avais vus, il y avait à peine 2 ou 3 jours en très mauvais état et pour lesquels je dois le dire j'hésitais entre Paludisme grave et Typhus, arrivaient au camp à peu près convalescents, et ils avaient reçus en général 3 grammes de quinine.

4 à 5 jours de traitement quinine, à raison de 1 gr par jour et ils pouvaient être considérés comme guéris.

Dans les formes sévères le même résultat fut obtena pour chaque malade grâce à 8 injections, soit 8 grammes de quinine.

Voici en gros les observations cliniques :

N° 1 Weil Felix + 200 Tyhus à forme grave, reçoit 8 gr. Guérison 8 jours

N° 2 — — + 100 Typhus à forme sévère 8r Guérison 8° jour

N° 3 — — + 400 forme très sévère 10 gr. Guérison 11° jour

N° 4 — — + 200 8 gr. Guérison

N° 5 — — + 50 forme légère, 3 gr suffisent arrivent convalescents au camp d'isolement.

N° 6 — — + 400 forme grave 8 gr.

N° 7 — — + 400 forme grave 8 gr.

N° 8 — — + 400 forme grave 8 gr.

N° 6 — — + 400 forme grave 8 gr.

N° 10 — — + 400 forme grave 8 gr.

N° 11 — — + 200 6 gr. Guérison

N° 12 — — + 400 6 gr. Guérison

N° 13 — — + 100 5 gr. —

N° 14 — — + 100 5 gr. —

N° 15 — — + 200 5 gr. —

N° 16 — — + 200 5 gr. —

N° 17 — — + 200 5 gr. —

N° 18 — — + 400 8 gr. —

N° 19 — — + 400 8 gr. —

N° 20 — — + 200 6 gr. —

N° 21 — — + 400 8 gr. —

N° 22 — — + 400 8 gr. —

N° 23 — — + 400 8 gr. —

N° 24 — — + 400 8 gr. —

N° 25 — — + 200 4 gr. —

N° 26 — — + 50 3 gr. —

N° 27 — — + 50 — —

N° 28 — — + 50 — — arrivent conval. au camp

Voici donc 28 observations de Typhus, traités et guéris par des injections de quinine.

RESULTATS :

a) aucune mortalité

b) amélioration dès la 3° ou 4° injection; régression de tous les symptômes.

c) guérison dès la 8° injection.

La quinine me paraît à la suite de ces résultats, pouvoir être considérée comme spécifique du Typhus exanthématique. Expliquer son action ? Jusqu'à plus ample informé je crois que c'est parce que ce médicament est un puissant reconstituant de l'organisme, et je considère que le Typhus ravage surtout les misères physiologiques. Toute maladie à mon avis est une question de carence.

Redonnons à l'organisme la possibilité de lutter en mettant en œuvre les ressources dont il dispose, et nous aurons, je crois, de bien meilleurs résultats, que si nous suivons les idées de lutte spécifique.

Dans un organisme sain, la maladie ne prend pas. Ces idées sont d'ailleurs les idées de Lumière et de Carrel. Je crois fermement que dans un laps de temps très court, la spécificité cèdera le pas au terrain.

Monsieur le Docteur Dupoux, notre éminent Directeur de la Santé Publique, a d'ailleurs un jour, très justement dit : « Si Pasteur avait vécu, il serait venu au terrain ».

Discussion :

Dr **Belfort** : Je suis heureux de constater que dans une trentaine de cas de typhus exanthématique, le Dr Fleury ait pu constater une action constante et heureuse de la quinine. Mais son observation, pour être probante, aurait gagné à porter sur un plus grand nombre de cas et dans des foyers différents.

Certains foyers de typhus sont relativement anodins, quant à la terminaison des cas. Notre regretté Maître Charles Nicolle a démontré l'existence du typhus inapparent chez l'homme, après l'avoir établi chez l'animal. Contre cette extrême bénignité et la forme dite «typhus sidérans» qui tue la malade en deux ou trois jours existe toute une gamme de formes anodines. Il est difficile d'attribuer à la quinine seule les

terminaisons heureuses observées dans un seul foyer. Le pourcentage de décès dans le T. E. varie de 30 % à 4 % selon les localités.

La communication de notre jeune confrère ne peut être qu'un encouragement à des essais plus étendus et prudemment conduits.

Etiologie du Cancer

Dr Jacques FLEURY

De très nombreux cancérologues étudiant l'action des glandes endocrines et particulièrement de la secrétion sexuelle sur le cancer ont nettement établi que la castration empêchait la production du cancer.

Mais tous ont étudié la question au point de vue secrétion des hormones. Ils n'ont pas nettement dégagé le rapport entre cancer et sexualité, entre le pouvoir reproducteur proprement dit et la cancérisation.

C'est ce rapport que je me suis efforcé d'établir.

Le spermatozoïde peut-il à l'exemple de nombreuses substances chimiques provoquer le cancer ?

Peut-on grâce à des injections de sperme faites en un point quelconque de l'organisme déclancher les phènomènes de cancérisation ?

J'ai injecté du sperme à de nombreux animaux «Sains» (chiens, chats, lapins) je n'ai jamais pu arriver à provoquer au poin d'inoculation, le cancer.

J'eus alors l'idée d'injecter du sperme à un animal déjà cancéreux. Voici les résultats de l'expérience que je soumet à la Société : J'ai injecté du sperme à un chien atteint d'Epithélioma primitif du mamelon droit. Cette tumeur que j'ai pu suivre depuis son début, avait commencé il y a 4 mois environ.

Tumeur de la grosseur d'une noix.

Anatomo Pathologie : Epithélioma mammaire atypique.

J'ai fait 3 injections à 24 heures d'intervalle chacune, de quelques gouttes de sperme de chien de même race, dilué dans du sérum physiologique. Injction faite dans le derme de la cuisse.

5 jours après la première injection, on note une prolifération

intense de la tumeur droite qui évoluait jusque là d'une façon insensible. Formation de bourgeons charnus.

3 jours plus tard, la tumeur a doublé de volume.

Au mamelon gauche jusqu'alors intact apparition d'un petit nodule ulcéré de la grosseur d'une lentille.

Anatomo Pathologie : Epithélioma atypique

A l'endroit de l'injection du sperme à la cuisse se constitue une petite ulcération croutelleuse à base indurée.

Anatomo Pathologie : Réaction hyperplasique.

Quinze jours après la 1re injection, la mort du chien survenait A ce moment la tumeur droite avait triplé de volume. La tumeur gauche est de la taille d'un petit pois. L'ulcération n'est pas cicatrisée, alors que l'abcès provoqué par une injection de culture pure de staphylocoque faite en même temps que l'injection de sperme à l'autre cuisse, est depuis longtemps terminée, ne laissant qu'une cicatrice blanchâtre et tout à fait normale.

Voici donc un nouveau foyer cancéreux apparu en 5 jours à la suite des injections de sperme. Ce foyer est situé à l'autre mamelon, c'st-à-dire dans le même appareil, embryologiquement, biologiquement physiologiquement, identique.

Cela ne peut être qu'une métastase, mais une métastase apparue bien rapidement et surtout dans un organe identique. J'insiste sur ce dernir point.

De cette expérience qui me parait sinon concluante, du moins frappante, j'ai tiré une théorie que je vais soumettre à la Société.

Cette théorie me semble répondre aux multiples questions soulevées par le problème de la cancérisation.

J'ai lu de la première ligne à la dernière le livre de Roussy sur le cancer. J'ai appliqué ma théorie aux inconnues du cancer. Elle me parait les expliquer. Chacun de vous Messieurs pourra d'ailleurs le vérifier.

Je vais vous résumer ce que Roussy appelle les inconnues du cancer, et que jusqu'ici aucune théorie fut-elle chimique, irritative, parasitaire, microbienne, mitotique et embryonnaire n'est arrivée à résoudre.

1° Pourquoi à un moment donné une cellule, ou un groupe de cellules acquiert-il des propriétés de prolifération indéfine ?

2° de destruction ?

3° pourquoi la cellule cancéreuse est elle une monstruosité ?

4° pourquoi perd-t-elle à un moment donné son tropisme normal (Prolifération vers les couches sous épidermiques, prolifération en profondeur)

5° pourquoi possède-t-elle, et elle seule la propriété particulière d'employer les composants chimiques du milieu plasmatique et des cellules mortes du milieu ou elle s'accroit, aux synthèses necéssaires à ses division et à la réédification d'un protoplasma vivant ?

Pour moi le cancer est le résultat de la fécondation anormale d'une cellule quelconque de l'organisme par les spermatozoide ou l'ovule.

La biologie nous apprend que les cellules d'un être en croissance, possèdent la capacité de se diviser fréquemment, mais qu'au fur et à mesure du développement et sous l'influence des causes les plus diverses (externes, internes) cette faculté de réparation et de croissance se ralentit, les divisions cellulaires deviennent plus difficiles et plus rares.

C'est la loi de vie et de mort.

La fécondation se produit donc au stade de l'évolution, où sous l'influence de causes destructrices les plus variées, mais s'exerçant depuis longtemps, le potentiel de réparation local (émanation du potentiel vital général que l'embryon a en lui) potentiel que nos cellules possèdent à un degré plus ou moins grand, étant épuisé ces cellules qui sont à ce moment l'aboutissement terminal des séries de générations cellulaires, exercent un chimiotactisme positif sur l'élément sexuel, qui fécondant dans un but primitivement utile, le dépasse alors, puisqu'il crée une vie nouvelle, entière et indépendant dont rien n'arrêtera plus le développement.

Et le cancer se formera dans le tissus, dans l'organe le moins vital embryologiquement, et le plus attaqué durant son évolution (au point de moindre résistance); en un mot dans le tissu, dans l'organe dont *les cellules suivant la physiologie de l'ovogénèse, et de la spermatogénèse auront mûri.*

Les cancérologues sont affirmatifs : «Le cancer est une maladie à départ uni ou panci cellulaire». il disent «Si des causes mécaniques chimiques ou autres, viennent constamment détruire les cellules qui se forment pour reconstituer le tégument, le tissu matriciel générateur de cellules est ainsi entraîné à fournir de

nouveaux éléments. Dès la production d'une cellule, cette cellule est détruite, et il faut qu'il en fasse une autre».

Ils concluent: «L'exercice prolongé de cette fonction intensive, finit par conférer au tissu générateur la faculté de créer indéfiniment des éléments cytologiques et à un moment ces cellules auront des propriétés comparables à celles des jeunes cellules de l'embryon».

Il est illogique de penser qu'une destruction perpétuelle s'exerçant toujours au même point puisse conférer une capacité proliférative indéfinie.

C'est en contradiction formelle avec la loi biologique de vie et de mort.

Je crois tout au contraire qu'à un certain moment le facteur destructif arrête cette faculté de croissance et de réparation.

D'ailleurs l'étude anatomo pathologique du cancer expérimental va nous en fournir la preuve.

En effet si la première réaction consécutive au badigeonnage au goudron, est bien une exaltation du pouvoir prolifératif, la continuité de ce badigeonnage fait apparaître des cellules plus claires, plus riches en mitoses anormales qui indiquent les dernières réactions des cellules avant la mort (mitonécrose). Or c'est justement dans les confins de ces zones de cellules qui vont mourrir, dans ces territoires comportant des inégalités de volume, d'aspect mitotique, dans ces territoires ou les cellules subissent une métaplasie regréssive vers le type sexuel, que va naître le cancr.

A un moment donné la prolifération de ces cellules qui n'ont plus leur forme normale, et certainement plus leur physiologie normale s'oriente vers la profondeur, vers les tissus sous épidermiques La cellule a perdu son tropisme normal. C'est le moment ou mûre elle vient d'être fécondée. N'est-ce pas l'image frappante de l'œuf qui nide ?

Et les images vont se dérouler avec une parfaite ressemblance entre l'œuf et le cancer, au fur et à mesure du développement normal de l'œuf et de l'acroissement du nodule cancéreux (même prolifération indéfinie, destruction des milieux environnats, réaction de ces milieux, vascularisation à type embryonnaire, villosités placentaires comparables aux coulées protoplasmiques cancéreuses, édification du stroma, même vie biologique par synthèse des élé-

ments nutritifs environnants ,comparable aussi histologiquement et physiologiquement les images du décollement placentaire et celles de la guèrison spontanée du cancer du goudron chez la sourie

C'est donc la fécondation d'une cellule quelconque de l'organisme, mais cellule d'un tissu, d'un organe d'abord partie la moins vitale de l'embryon, puis la plus attaquée durant son évolution, cellule qui subit une métaplasie regréssive vers le type sexuel et non embryonnaire, les cellules à type embryonnaire étant crées une fois la cellule fécondée, fécondation par l'élément sexuel, par spermie ou polyspermie qui est à l'origine, qui est le «primum movens du cancer.

Le murissement de la cellule est la condition essentielle, et l'état précancéreux, le premier stade qui mènera au cancer. Et ce sont justement les causes destructrices qui agissent continuellement sur nous, qui vont permettre ce murissement.

La cause est en nous. Ce sont les éléments séxuels normaux. Voici pourquoi l'involution sénile, les irritations prolongées (chimiques, mécaniques, physiques) ls états hyperplasiques et cicatricels, les maladies de longue durée comme la syphilis, la tuberculose, le parasitisme, l'hérédité (en ce sens qu'elle apporte un terrain plus ou moins vital, plus ou moins résistant, plus ou moins apte à donner les générationsde cellules différenciées, voici pourquoi toutes les causes si diverses et non spécifiques prédisposent au cancer.

Il est probable que des substances autres que le spermatozoïde ou l'ovule peuvent provoquer les tumeurs. Les hormones, les substances chimiques, déclanchent la multipliation parthénogénétique de la cellule mûre. Mais je crois que seul l'élément séxuel peut donner la «malignité».

La fécondation à un autre résultat que de provoquer la prolifération. Elle apporte des propriétés nouvelles. L'œuf fécondé renferme en puissance les qualités de 2 organismes différents. Tandis que l'œuf parthénogénétique ne pourra reproduire servilement l'organisme dont il provient, l'œuf fécondé représente un être nouveau, un véritable parasite.

Mais tandis que dans la fécondation normale le parasite est externe, dans le cancer c'est du parasitisme intime. Nous pensons

que les tumeurs bénignes sont dues à la fécondation parthénogénétique de la cellule mûre.

Pendant longtemps Messieurs, les théories embryologiques du cancer ont eu la faveur des cancérologues, qui tous avaient été frappés de l'analogie existant entre le développement de l'œuf et l'accroissement du nodule cancéreux. Ils pensaient que le cancer était dû à l'inclusion d'un tissu embryonnaire dans le fœtus et que ce tissu embryonnaire évoluait à un moment donné de la vie. Le cancer expérimental a infirmé cette théorie. Il ne semble pas infirmer ma théorie embryologique vue sous cet angle nouveau. Il semble même la confirmer. La confirme également les expériences du biologiste américain Loeb qui a prouvé d'une façon irréfutable que :

1° La castration des animaux cancéreux, faisait regresser le cancer d'une façon sensible;

2° qu'il était d'autre part impossible de provoquer un cancer expérimental après la castration ches des souris de lignée cancéreuse, alors que tous les temoins de la même lignée, mais non castrés, contractaient le cancer.

Je poursuis à l'heure actuelle quelques expériences. Peut-être bientôt pourrai-je vous apporter les preuves suivantes :

1° que les cellules différenciées de la peau, par exemple, prises en tissu sain et mises en présence du spermatozoide sous le microscope ne sont pas fécondées;

2° qu'au contraire des cellules de la peau soumises à une irritation prolongée, cellules devenues métaplasiques, mises en présence du sprmatozoide sont fécondées.

3° que l'anaphylaxie au sperme mort, provoquée chez un animal cancéreux arrête le développement du cancer.

Les richesses thermales en Afrique : KORBOUS

par le Médecin Capitaine de Réserve CHEYROU-LAGRÈZE
de la 15e Région

Sur le golfe de Tunis, le plus attrayant du Monde, se développe Korbous, face à Carthage, souveraine de l'Univers. Au fond d'une des calanques les plus pittoresques du Cap Bon, puissante étrave de la Régence, aux beautés méconnues, d'une richesse touristique surprenante elle présente un paysage marin de rêve.

Orientée de la mer à la montagne, à l'abri du Djebel Korbous, élevé de 400 mètres, elle a l'avantage d'avoir un climat doux, tempéré, délicieux au moment de la saison thermale de novembre à mai, réputée du Maroc à l'Egypte. Par l'efficacité de ses sources thérapeutiques aux eaux chlorurées sodiques, sulfatées calciques, radioactives, les rhumatisants, les arthritiques, les asthmatiques, les bronchitiques, les asthéniques, les convalescents de maladies aiguës, de paludisme, les femmes anémiées par les affections gynécologiques voient leurs maux guérir rapidement.

Dès qu'ils ont le bonheur d'aller à Korbous, ils sont agréablement impressionnés par le confort, par l'hygiène des emménagements modernes de la station thermale la plus florissante de l'Afrique. Les cabines de luxe, les salles de douche d'Aix, les salles de douche de Vichy, les salles d'inhalations, les salles de douche ascendante, équipées en cabines gynécologiques sont le reflet des installations les plus perfectionnées de France. Les ex-voto de la Source de la Vierge demeurent la meilleure propagande en faveur des bienfaits de Korbous, génératrice de santé, de force, dispensatrice de joie saine, ambassadrice de la prestigieuse collaboration de la France et de la Tunisie.

Les eaux minérales fraîches diurétiques d'Aïn El Okteur vont faire l'objet de leur vente en bouteilles à un prix inférieur aux eaux minérales étrangères. L'eau de l'Aïn Sbia, prochainement mise en bouteilles, bien présentées, rendues très limpides, fera le plus grand bien aux malades et aux baigneurs. En buvant l'eau diurétique miraculeuse inspirée de la douce légende musulmane, Allah ayant fait jaillir l'Aïn Sbia à l'endroit même où étaient tombés les pleurs de la Vierge, les malades seront régéné

rés. Ils y puiseront la vigueur et la santé. Ils tiendront à associer l'action de la cure thermale à la cure marine par les promenades du bord de mer sur la Rivièra tunisienne, égayée des belles Villas de la Compagnie des Eaux Thermales, desservie par la route en corniche de Sidi Raïs à Korbous et à Hammam El Atrous, une des plus belles réalisations touristiques de la France d'Outre-Mer. Elle sera bientôt reliée à Tunis par un service régulier de cars et de Michelines les plus rapides du Monde sur voie étroite jusqu'à Soliman, avec cars rapides de correspondance de Soliman à Korbous et à Hammam-Lif par un service maritime de vedettes. Les deux stations thermales bénéficient du ravitaillement de la plaine des champs de primeurs de la Station uvale musulmane de Soliman au milieu d'elles. Sous les charmes de ces ravisantes excursions le long des rochers de la Corniche de Korbous, ils auront le plaisir de venir goûter les joies de la piscine de 200.000 litres, réalisation de plein air aux terrasses étagées, au bar renommé aux flots d'harmonie, qui leur feront apprécier la douceur de vivre sur les bords captivants de la Méditerranée. De là, ils regagnent les appartements modernes, mis à leur disposition par la Compagnie des Eaux Thermales et du Domaine de Korbous. Ils ont la satisfaction d'y trouver l'eau courante thermale, d'y avoir le bonheur de pratiquer la cure thermale à domicile, de bénéficier de l'eau douce courante, de l'eau chaude de l'eau froide à volonté, du tout à l'égout. Les appartements y sont équipés en salle de douches, en salle de bains; tous possédent l'éclairage électrique et la meilleure aération. Ils sont dotés de terrasses ouvertes sur la mer et sur le Djebel Korbous au parc forestier, riche en essences de santé. En 1939, les ressources grandissantes de la vie financière de la Compagnie des Eaux Thermales et du Domaine de Korbous, permettront d'organiser un camp de Colonies de Vacances et des Cures héliomarines. Prochainement, au début de la saison thermale, la source thermale de Aïn El Atrous, qui a l'avantage d'avoir le plus puissant débit 20 litres à la seconde, va être mise en valeur.

Sur son plateau, esplanade splendide de la Méditerranée, disposant de carrières bien exploitées, munies de Decauville, se développera un établissement thermal avec vaporium, modèle de Luchon réservé aux Européens; il sera agrémenté d'un hôtel thermal palace égayé d'un bar belvédère, d'un casino, doté d'une salle de jeux, de salons de lecture, de conversation, d'une salle des fêtes. A proximité il y aura un parc des sports, une piscine de plein air, entourée de courts de

tennis. Un parc nautique sera desservi par un port de plaisance, doté d'un embarcadère à l'usage des vedettes, des yachts, des barques de pêche. Il disposera d'une pêcherie et de viviers, qui assureront le ravitaillement en crustacés et en poissons vivants durant la saison thermale.

L'élevage sélectionné du mouton permettra d'avoir une viande de choix. L'élevage des vaches laitières, trésor de santé des enfants et des malades, sera d'une précieuse ressource. Il en sera de même de l'élevage de volailles et de l'utilisation des eaux thermales pour les couveuses artificielles. Bientôt, le Domaine de Korbous, produira à plein rendement et fera envisager avec confiance le développement intensif de la station thermale de Korbous, intimement liée à celui du Domaine de Korbous, où l'extension des primeurs, des plantations de figuiers, d'amandiers, de vignes, rendront des services inestimables pour la santé des baigneurs, développée par l'union de la cure de primeurs à la cure uvo-thermale et hélio-uvale.

De plus en plus, la Compagnie des Eaux Thermales et du Domaine de Korbous s'efforcera d'adapter les emménagements de Korbous aux nécessités des baigneurs, de perfectionner le matériel et la technique, d'augmenter la capacité locative de Korbous, de faciliter l'essor de la cité ouvrière d'Aïn Fakroun, réservée au personnel de Korbous et du développement de la cité tunisienne de Korbous, dotée d'un dispensaire et d'un hôpital, à l'exemple de celui de la station thermale d'Hammam-Lif. Les convalescents des formations sanitaires de la Tunisie viendront à Korbous pour être guéris par la cure thermale surveillée par les Médecins de la Régence.

L'organisation sanitaire de Korbous, élaborée par son fondateur M. Lecore-Carpentier, résolue par son Administrateur-Délégué dévoué M. Maillet, reste une œuvre d'hygiène thermale modèle. A sa base se trouvent l'adduction d'eau courante froide, d'eau courante chaude, d'eau courante bonne à boire, d'eau courante thermale, l'évacuation des eaux usées, le fonctionnement du tout à l'égout, les W. C. automatiques à eau courante, le chauffage central, l'éclairage électrique.

Les salles de bains avec baignoires individuelles, dotées d'eau thermale dans chaque appartement, équipé avec tout le confort moderne, ont l'avantage de permettre de pratiquer la cure thermale à domicile, très recherchée des musulmans. La station de pompage de Bir Djedid, située à 50 mètres au dessus du niveau de la Méditerranée, assure la distribution d'eau potable sous pression dans toute la Cité de Korbous, la pre-

mière station thermale dont l'essor apparaît de plus en plus indispensable en Afrique. Le développement technique et immobilier de Korbous, sans cesse grandissant, offre de belles perspectives avec la mise en valeur des eaux thermales d'Aïn El Atrous, avec l'exploitation des sels de Korbous en vue d'avoir des bains à domicile. Les projets d'avenir du Domaine de Korbous à la mise en rapport jumelée avec celle de la Cité thermale font espérer les résultats les plus encourageants.

En octobre 1936, Miss Europe, entourée de son essaim de reines de beauté, rayonnantes de fraîcheur de jeunesse, de santé vint visiter Korbous et offrir en hommage à la gracieuse station thermale, les bouquets de ses fleurs cosmopolites, devenues plus belles, dès le premier contact de l'air vivifiant de Korbous. Ce dernier a l'avantage d'être marin et d'altitude, de réunir les bienfaits de la mer et de la montagne à l'action tonique sédative des eaux thermales dans le cadre du Djebel Korbous au maquis et aux essences fortifiantes de l'Ile de Beauté.

Le poste de radio du Djebel Korbous viendra combler de ses trésors d'ondes délicieuses, les camps de vacances d'enfants, les camps de santé et de repos à l'usage des familles n'allant pas en France, démonstrations encourageantes de la vie de Korbous, de son activité, de son œuvre très méritante.

A l'occasion de la fête annuelle du Touring Club de France et de la Fédération des Syndicats d'Initiative de la Régence, la grande fête de Printemps d'avril 1938 à Korbous, rehaussée de belles manifestations artistiques, musicales, sportives, orientales, a été des plus appréciées des élites d'Afrique. Ces dernières se donnent rendez-vous à Korbous, la station thermale, hélio-marine, climatique et d'altitude qui accorde toute satisfaction aux baigneurs pour associer les cures les plus efficaces et les plus agréables. Avant de goûter les bienfaits de Korbous, la route de Tunis-Korbous, en 202 Peugeot, est un enchantement.

Découvrir Korbous par une journée lumineuse, ensoleillée, demeure une randonnée enviée des touristes. La sortie de Tunis sur l'autostrade bordée d'usines à rendement florissant et de cultures prospères, met en évidence le génie colonisateur français. A travers les beautés de la campagne tunisienne, le lac Sedjoumi montre des riantes perspectives, égayées des légions de flamants roses, en avant du blanc décor des pyramides de sel. Bientôt, le Djebel Bou-Kornine se profile à l'horizon. Il abrite la station thermale d'Hammam-Lif, sœur benjamine de Korbous. Appelée à avoir son bassin nautique, sa piscine, sa jetée, elle est fleurie

de cyclamens et possède sur les pentes du Djebl Bou-Kornine le maquis séduisant de la nouvelle Corse africaine. Une fois la traversée d'Hammam-Lif accomplie, la route oblique pour aller à Soliman, blanche cité arabe, nouvelle station uvale musulmane, ceinturée de champs de primeurs, préservées des intempéries par des raquettes de figuiers de barbarie. Les champs de primeurs s'ouvrent sur la forêt d'oliviers et de caroubiers qui laissent une impression délicieuse à la traversée des sous-bois longeant la route. A l'orée de la forêt surgit le Djebel Korbous entouré de sa corbeille verte où sont blotties de blanches villas au confort moderne, serties de rochers déchiquetés, de falaises abruptes.

Tandis que, suspendue, la route surplombe la Méditerranée qu'elle épouse les sinuosités des falaises, elle offre des panoramas ravissants. Elle borde, après cette belle échappée, l'oasis romaine de M'Raïssa, parée de vestiges romains, du temple des Eaux au sein d'un décor de palmiers, de figuiers. Elle s'ouvre sur la Grande Corniche, sur le Golfe de Tunis et sur la piscine de plein air de Korbous, la première à la fois médicale et olympique, aux jolies terrasses, au bar bien achalandé et au décor captivant de la Source de la Vierge. Le soir, les jeunes musulmanes, drapées dans leurs légers voiles blanc vaporeux, frissonnants, se rendent à l'Aïn Sbia pour se purifier, pour boire la «Medbach», Nectar de santé et de vigueur.

L'itinéraire de Tunis-Korbous en Michelines et en cars combinés n'est pas moins attirant. Il en est de même du trajet maritime en vedettes. Effectué de la Goulette-Quai de la Douane à Korbous-jetée, il est précédé du parcours Tunis-Casino à la Centrale Electrique en train électrique rapide, métropolitain tunisien à l'air libre. Effectué d'Hammam-Lif à Korbous-jetée, il est précédé du parcours en Micheline en car de Tunis à Hammam-Lif. Il suscite l'amour de la Méditerranée et du Golfe de Tunis éblouissant sous le bleu de son ciel transparent de sa lumière dorée, de ses vives couleurs, de son soleil d'Orient, introduction magique et féérique au pays touristique de la Tunisie, aux merveilles inconnues gagnant à chaque voyage de nouveaux adeptes et des baigneurs du Maroc à l'Egypte pour Korbous.

La Cité de Korbous, admirable synthèse de la collaboration française et tunisienne, perle de la Rivière tunisienne, apparaîtra la meilleure expression du thermalisme et du climatisme de la France d'Outre Mer. Tous les Africains des plus deshérités aux plus riches, seront heureux de trouver à Korbous dans les formations sanitaires, dans les apparte-

ments, dans les hôtels, au casino d'Aïn El Atrous, dans les camps d'enfants, les ressources intarissables de Korbous, la dispensatrice de bonheur, la Guérisseuse, à la vogue sans cesse accrue.

BIBLIOGRAPHIE

Marseille Médical du 5 février 1936 L'*Assistance, l'Hygiène, l'Education physique du Littoral Africain au Sahara.*

Archives de Médecine des Enfants : Juin 1934; *Centres d'hivernage et d'estivage en Afrique du Nord*

Revue Générale de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord de février 1936 : *Les enfants des Centres d'estivage au Centre d'hivernage sahariens.* Esquisses Africaines 1938, en vente Librairie Malome, 27, rue de l'Ecole de Médecine Paris 6e

Algéria de juin 1936 : *Centres d'estivage et d'hivernage Nord-Africains.* Tunisie d'avril 1937 : *La Tunisie thermale* ; de mai 1937 : *Les Camps d'enfants dans la Régence;* de juin 1938 : *Korbous ; la piscine thermale de plein air;*; de septembre 1938: *Regards sur Korbous.* Sport et Santé de mai de 1938 : *Les piscines en Afrique*

ANALYSE

Le Dr Maurice POROT
fils du Professeur A. POROT
fondateur de la *Tunisie Médicale*
a présenté
comme sujet de sa thèse inaugurale
Les intoxications arsenicales par le vin et les produits viticoles
(1 vol. 250 pages — V. HEINTS éditeur, 11, Rue Mogador, Alger)

Ce remarquable travail est de nature à intéresser vivement le corps médical de Tunisie, car des intoxications de même origine doivent certainement se produire dans la Régence.

L'auteur constate que depuis la promulgation en 1916 du décret autorisant l'emploi des arsenicaux en agriculture, les observations d'intoxications arsenicales par les produits viticoles se sont multipliées (il réunit près d'un millier d'observations, dont beaucoup inédites).

Le Dr M. Porot ne pose pas la question (actuellement assez discutée) de rechercher si les arsenicaux sont, ou non efficaces contre les insectes, phytophages; mais il estime que leur emploi présente un assez sérieux danger.

Voici les conclusions du Dr M. Porot :

I. — Le traitement de la vigne par les arsenicaux tolérés par la loi, est la source d'intoxications nombreuses, souvent graves, parfois mortelles.

II. — Ces intoxications se manifestent sous 2 formes, la forme subaïgue, accidentelle le plus souvent, et la forme chronique, rarement reconnue et qui a pour origine la consommation prolongée de vins renfermant des quantités d'arsenic de l'ordre du milligramme par litre.

III. — Les signes cutanés *hyperkératose palmo-plantaire* et *mélanodermie*, symptômes majeurs, permettant à eux seuls de faire le diagnostic.

Ils s'accompagnent en général des signes mineurs : asthénie, troubles nerveux, anaphrodisie, conjonctivite, laryngite, troubles digestifs et ascite. Cette dernière prend le type de l'ascite cirrhotique, mais s'en distingue par le fait qu'elle guérit souvent, sans laisser de traces, après de nombreuses ponctions, si l'absorption du vin est supprimée.

IV. — Le laboratoire peut confirmer le diagnostic en montrant la présence d'arsenic dans le vin, dans les cheveux, les urines, les squames

palmo-plantaires. Il y aurait lieu de rechercher également l'arsenic dans le liquide d'ascite.

V. — La présence d'arsenic dans le vin est parfois accidentelle (erreur de produit); les doses que l'on trouve alors sont très élevées.

Mais, dans de nombreux cas, les traitements arsenicaux de la vigne sont responsables du passage de l'arsenic dans le vin, même si ces traitements ont été faits avec des produits parfaitement licites et en périodes légales. Il est impossible de fixer la dose limite au delà de laquelle l'arsenic contenu dans le vin devient toxique pour le consommateur.

VI. — La législation ne suffit pas à empêcher les intoxications accidentelles. Elle ne peut rien contre le passage dans le vin de l'arsenic provenant de traitements viticoles parfaitement corrects.

VII. — Il faudrait donc interdire l'utilisation des arsenicaux pour la lutte contre les parasites de la vigne et les remplacer par des produits non toxiques pour l'homme.

J. B.

La Tunisie Médicale

OCTOBRE 1938

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS

Séance du 3 Juin 1938

—«o»—

La séance est ouverte à 18 h. 10 sous la présence du médecin lieutenant colonel Saulnier.

Sont présents : Drs Boulakia, Lamarche, Tremsal, Spezzafumo, Triolo G., Triolo V., A. Calò, Belaiche, Disegni, Maruani, Barouch Perez, Cattan, Chemla, Masselot, Tanguy, Bonan, Levy, Guez, Dana, Dolcemascolo, Cohen-Hadria, Hayat, Bouquet, Nataf, Biecheler, E. Calò, E. Lumbroso, Almanza, Guttieres, Domela.

ORDRE DU JOUR :

Le procès verbal de la dernière semaine est adopté à l'unanimité. Le Président félicite le Docteur Aldo Calò qui vient d'être nommé membre correspondant étranger de la Société Française de Cardiologie ; il souhaite la bienvenue au Docteur Roger Cattan médecin des Hôpitaux de Paris, membre correspondant de notre Société.

Sommaire des Communications

Pages

Drs *A. Calo, A. Santillana et F. Disegni* : Hypertrophie congénitale idiopatique du cœur
(Paraîtra dans un prochain numéro)

Dr *Triolo:* Conception nouvelle de la constitution du sang 344

Drs *Hayat, Bonan et A Calo* Sur l'infarctus du myocarde par thrombose coronarienne. Six observations personnelles - Six guérisons
(Paraîtra dans un prochain numéro)

Conception nouvelle de la constitution du sang

par le Docteur G. TRIOLO

J'ai exposé il y a quelque temps, les idées et les faits en faveur de la forme sphérique des globules rouges : j'ai attiré particulièrement l'attention sur l'examen du sang dans les vaisseaux du mésenthère du cobaye.

Aujourd'hui je présente des microphotographies de ce mésenthère.

Elles montrent des vaisseaux petits et des capillaires remplis de globules, qui ont tous la forme sphérique et sont addossés les uns aux autres ; aucun espace clair n'est visible, qui révèle la présence de liquide (Voir fig. I, II, III).

Ce fait a une grande importance, car il est en opposition avec les notions classiques sur la constitution du sang. Nous avons tous appris que le sang est formé de deux parties, une liquide : le plasma; l'autre solide : les globules rouges et blancs et les plaquettes Les figures que l'on trouve dans les traités d'Hématologie, celui de Jolly, par ex., montrent les vaisseaux avec des piles d'hématies au milieu d'espaces claires, que l'on suppose occupés par le plasma.

Le fait que les vaisseaux du mésenthère apparaissent à notre examen remplis complètement d'hématies nous fait penser que le sang n'a pas la structure que décrivent les AA classiques ; qu'il n'est pas le liquide qui tient en suspension ces globules, mais qu'il serait constitué d'éléments solides seulement, lesquels restent en contact réciproque entre eux ; et le plasma, puisque l'existence de ce liquide ne peut pas être mise en doute, serait contenu dans leur intérieur.

Cette manière nouvelle de considérer la structure du sang découle donc de l'observation directe du mésenthère, mais elle est aussi démontrée par plusieurs expériences.

Pour être bref je n'en rapporterai que trois seulement :

EXPERIENCE I

Si on recueille du sang dans un verre propre, il se produit d'abord la coagulation, et puis la séparation de la partie liquide.

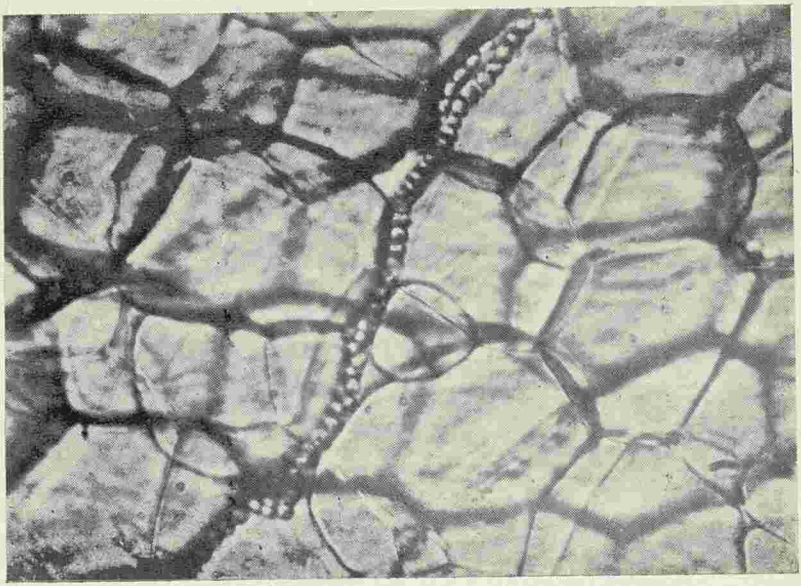


Fig. I

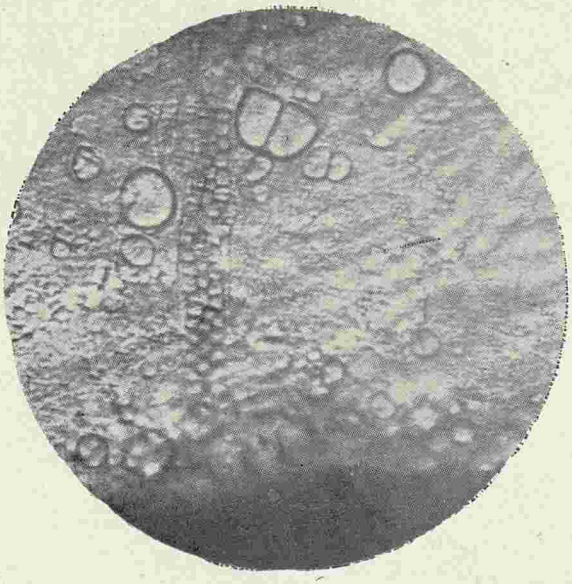


Fig. II
Vaisseau du mésenthère

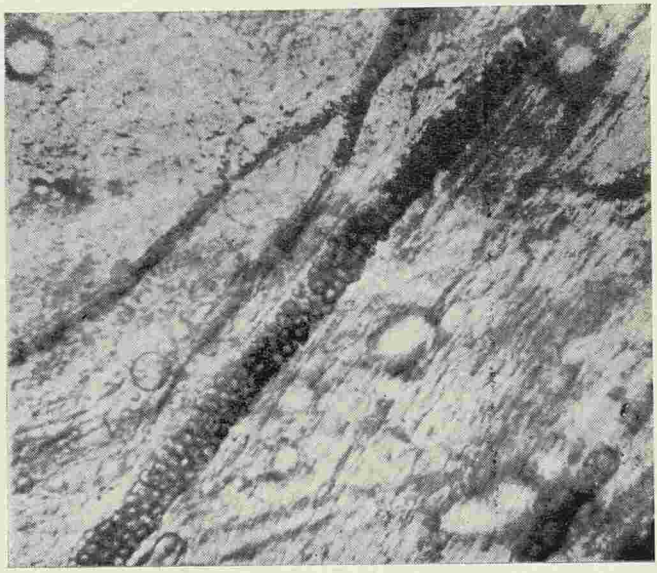


Fig. III
Vaisseau du mésenthère

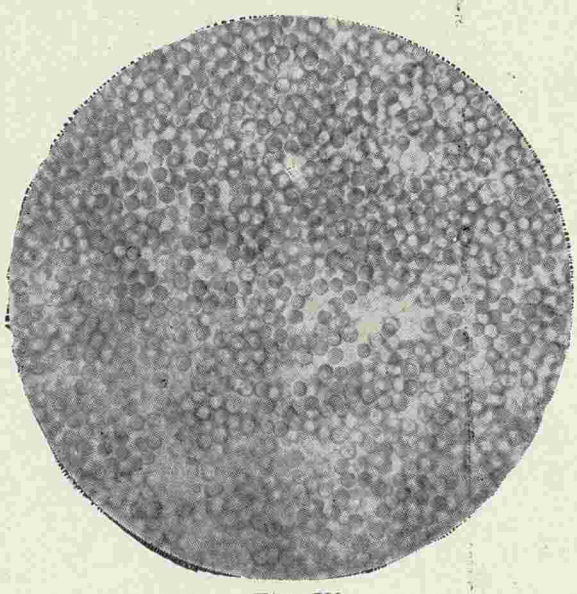


Fig. IV
Examen du sang dans une émulsion
de graisse animale

Cette séparation se fait dans l'espace d'une douzaine d'heures environ.

Si avant de recueillir le sang on enduit les parois du verre avec de la vaseline, la coagulation et partant la séparation est retardée ; et si on laisse le sang dans le cœur d'un animal, celui du chien, par ex. la coagulation ne se fait que après huit jours.

Pourquoi la séparation se fait-elle en temps différents ?

Si le sang était réellement un mélange de plasma et d'hématies, la séparation de la partie liquide devrait se faire toujours dans le même temps (ou à peu près), que le sang soit recueilli dans un verre propre ou dans un verre enduit de vaseline, ou qu'il reste dans le cœur ; obéissant à la loi de la gravitation, il devrait se produire tout simplement un phénomène de sédimentation.

S'il n'y a pas de sédimentation, c'est que le sang n'est pas formé de liquide où nagent les hématies.

Avec la théorie classique sur la structure du sang l'interprétation de ce phénomène devient donc impossible.

Pourtant l'explication est facile.

Si le sang dans le verre propre coagule et se sépare rapidement, c'est que le traumatisme qu'il subit en venant au contact avec les parois est brusque, dans le verre enduit de vaseline, au contraire le traumatisme est amorcé par la couche de cette graisse et la séparation se fait plus lentement.

Il paraît donc que la séparation soit en rapport avec l'altération physique du sang. Et puisque l'altération de la masse sanguine comporte l'altération de ses éléments, on peut conclure qu'il faut l'altération des G. R. pour que la séparation du liquide se produise.

Le plasma est donc un liquide intimement lié à la structure normale des hématies, il fait partie de leur constitution ; il ne devient libre qu'après leur altération.

EXPERIENCE II

Ceci établi, une demande se pose : est-il possible d'empêcher la séparation du liquide ?

Si on recueille une goutte de sang dans la solution composée de sublimé, d'acide picrique et d'acide osmique, les hématies sont fixées, et elles se présentent toutes de forme sphérique et réunies en grappes comme celles de raisin.

Me basant sur cette expérience, je recueille dans un tube dont les parois ont été enduites avec cette solution, un jet de sang provenant d'un animal égorgé, ou de la veine d'un homme au cours d'une saignée. On pourrait aussi retirer le sang d'une veine avec une grosse aiguille que l'on aurait fait bouillir dans l'huile de vaseline.

Une fois le sang recueilli dans le tube, je verse sur la surface quelques gouttes du liquide fixateur pour empêcher l'action altérante de l'air.

Le sang devient solide ; aucune séparation ne se produit pas. J'ai gardé un tube ainsi préparé pendant trois mois ; l'état physique du sang n'a pas changé.

Quelle est l'interprétation de ce phénomène ?

Quand le sang est introduit dans le verre propre ce sont d'abord les premiers globules qui sont traumatisés et altérés par le contact avec les parois ; l'altération des premiers globules amène à l'altération des plus proches et ainsi de suite pour toute la masse.

Dans l'expérience, que l'on vient de reporter, les premiers globules qui viennent en contact avec le verre sont au contraire fixés par la légère couche du liquide fixateur ; ils ne s'altèrent pas. Les globules qui suivent ne s'altèrent pas non plus, car ils n'ont pas subi de traumatisme, ni de contact de globules altérés ; et ainsi pour les autres. Les hématies restent telles qu'elles sont, sphériques et remplies de plasma ; aucune séparation ne se produit.

De sorte que quand on enduit les parois du verre avec la vaseline, on amorce simplement le traumatisme et la séparation du liquide est retardée ; quand au contraire on enduit les parois du verre avec le liquide fixateur on empêche toute altération et aucune séparation ne se produit.

Pourquoi alors le sang perd sa fluidité, pourquoi il devient solide, s'il n'y a pas eu aucune altération ?

Les éléments sanguins, comme du reste toute autre cellule, une fois détachés de l'organisme subissent des modifications biologiques.

Le sang sortant des vaisseaux, subit une première modification : la coagulation.

La coagulation, qui selon quelques auteurs, serait un phé-

nomène de floculation, se traduit par la solidification du plasma et se fait habituellement au dehors des G. R., car ces éléments ont été altérés et le plasma en était sorti. Dans cette expérience au contraire le plasma n'ayant pas encore été mis en liberté, la coagulation se fait dans leur intérieur. C'est ainsi qu'il deviennent rigides, qu'ils perdent leur plasticité ; et la masse sanguine devient solide ; il s'agirait donc d'un phénomène que l'on peut rapprocher à la rigidité cadavérique.

La déduction que l'on retire de cette expérience est identique à celle précédente : puisque en évitant l'altération traumatique des G. R. on a pu empêcher la séparation du plasma, c'est que cette partie du sang n'est pas libre, mais elle est liée intimement à la structure de ses éléments ; elle entre dans leur constitution normale, elle se met en liberté au moment de leur altération.

EXPERIENCE III

Je recueille une goutte de sang dans une émulsion de graisse animale avec l'huile d'amandes ; les hématies apparaissent toutes de forme sphérique et en contact réciproque les unes avec les autres ; aucune trace de liquide ne se voit à aucun endroit. (voir fig. IV)

Si le sang contenait une partie liquide libre, puisque celle-ci ne peut pas se mêler à la graisse, elle devrait se révéler par des petits îlots clairs au milieu de l'émulsion ; on ne voit rien que des éléments morphologiques. Je dépose alors sur la marge de la lamelle une gouttelette d'huile phéniquée, à 1%. Cette huile pénètre entre les G.R. et produit rapidement leur altération ; de sphériques qu'ils étaient, ils deviennent discoïdes et ratatinés ; du liquide paraît partout, dans lequel nagent les hématies.

Cette expérience est aussi bien probante ; elle montre que quand les G.R. sphériques s'altèrent, ils donnent lieu à une partie liquide et à des éléments discoïdes et ratatinés ; elle permet de conclure que le plasma sanguin se trouve dans les G.R. qu'il représente leur cytoplasme.

Le sang serait donc constitué d'une masse de cellules mobiles, qui procèdent par contact les unes avec les autres et qui par leur contenu liquide et leur enveloppe élastique, seraient douées d'une grande plasticité, d'où la fluidité. Poussée par l'im-

pulsion du cœur, cette masse de globules va se répandre partout dans l'organisme et va assurer les échanges entre le monde extérieur et le monde intérieur.

La conception du sang formé de seuls éléments morphologiques et qui découle soit de l'observation directe du mésenthère, soit de l'expérimentation est la plus logique; elle permet l'interprétation de nombreux phénomènes d'ordre physiopathologiques, qui jusqu'à présent sont restés inexpliqués.

Pour plus amples détails consulter le travail paru dans la *Revue Haematologica*, Vol. XIX — Fas. II. 1938 — Pavie.

Séance du 17 Juin 1938

La séance est ouverte à 18 h. 05 sous la présidence du Médecin Lieutenant Colonel Saulnier.

Sont présents : Mrs. Lamarche, Lehucher, Pery, A. Calo, Hayat, V. Cohen, Maruani, Büchler, Broc, Guez, Tremsal, Dana, Lalloum Nataf, Bembaron, Coupin, Slim, Jahan, Lévy, Boulakia, Spezzafumo, Salvo, Dolcemascolo, Delastre, Santillana, Di Vittorio, Guarnieri.

ORDRE DU JOUR

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

Sommaire des Communications

	Pages
Dr *Lehucher:* Un cas de grossesse extra-utérine péritonéale primitive	349
Dr *Lehucher:* Uronéphrome par calcul «en clou» du fonds du bassinet simulant un rein polykystique	352
Drs *Broc et Caruana :* Un cas de dilatation idiopathique de l'œsophage	355
Dr *Spezzafumo:* Les injections intratrachéales de médicaments dans le traitement des hémoptysies abondantes et incoercibles	356
Dr *Marouani:* Radium, radiothérapie et diatérmo-coagulation; quelques principes directeurs de radiophysiologie	362
Dr *Dana:* Syndrome gastrique et dolichocolon	371

Un cas de grossesse extra-utérine péritonéale primitive

par le Docteur LEHUCHER

J'ai l'honneur de vous présenter une pièce opératoire qui peut passer pour être rare ; il s'agit d'une grossesse extra-utérine péritonéale que je crois primitive. Vous connaissez come moi la distincton classique établie entre grossesse extra-utérine péritonéale primitive et secondaire à une rupture ou plus souvent à un avortement tubo-abdominal.

Voici d'abord l'observation et le protocole opératoire :

Clinique Saint Augustin,

Madame M.... M.... Porto-Farina, âgée de 27 ans, 4 enfants vivants, le dernier a 3 ans 1/2. VIIIème mort à 2 mois IX^{me} geste D.R. 12-15 février environ.

Accident dramatique vers le 15 avril à Porto-Farina.

De suite sang à la vulve peu abondant mais continu.

Entre à la clinique le 12 mai :

Examen sous anesthésie générale le 21 mai, le diagnostic restant hésitant entre salpingite avec cellulite périphérique et hématocèle. Au toucher la masse entoure l'utérus en haut et semble-t-il à gauche, volume total 2 poings.

On conclut à hématocèle.

Opération le 24 mai. Sédol. Gométher. Aide Docteur Jahan. A l'ouverture du péritoine sang noir = volumineuse hématocèle bloquée par l'épiploon, mais on est surpris de trouver les deux trompes intactes.

En regardant de près on s'aperçoit que l'hématocèle est en rapport avec le fonds utérin ; on pense d'abord à perforation ou tumeur perforante et que par la brèche l'œuf a été expulsé dans le ventre. On extrait à la main après décollement de l'épiploon infiltré, la masse ovulaire, comprenant, en plus des caillots, un petit fœtus hématique, cordon intact, reliant le fœtus au petit gâteau placentaire ; la « niche » utérine formée aux dépens du fonds utérin saigne très abondemment, en jet artériel à plusieurs endroits. On décide de pratiquer une « fundique » qui entraîne nécessairement le sacrifice des annexes droites. La trompe et l'ovaire gauches peuvent être conservés. Malheureusement les premiers points de la tranche utérine coupent ; on fait une reliaille en tronc

de cône pour trouver des tissus plus résistants et cette fois on peut suturer : ce tissu utérin est pâle, friable, mais ne présente aucun signe de dégénérescence.

Sutures en double cercle au taungut, puis surjet d'enfouissement séro-musculaire. Enfouisssement du pédicule tubo-ovarien droit. Réinsertion du ligament rond droit intéressé par l'exérèse. Toilette. Affrontement de la poche épiploïque ouverte au début pour pénétrer jusqu'à la tumeur ovulaire. Fermeture en trois plans sans drainage.

Pièce en main on constate que le fonds utérin n'est pas perforé, la cavité utérine ne communique pas avec la tumeur ovulaire. Il s'agit donc d'une grossesse extra-utérine péritonéale avec nidation sur la face péritonéale du fonds utérin et dans l'épiploon par extension en haut.

La pièce comprend :

a) fœtus hématique long de 0.10 ctmc. 7 à 9 semaines.

b) cordon le reliant à

c) placenta formant masse à peu près arrondie de 8ct/8ct

d) caillots

e) fonds utérin avec trompe et ovaire droits

f) recoupe modeste de l'utérus en tronc de cône

Suites opératoires normales :

petite T aux environs de 38° jusqu'au 12me jour, resorption hématique.

Lever au 13me jour.

Historique et caractéristiques de la grossesse extra-utérine abdominale.

Zimigrodsky en 1888 avait rassemblé plusieurs observations de ce genre mais Veit puis Richter se sont livrés à une critique sérieuse de ces observations et ont démontré que les causes d'errur étaint multiples quant à la différenciation des primitives et des secindaires. Veit résumait sa critique en ces termes : « On ne peut certifier la greffe primitive de l'œuf vivant dont le placenta est en union vivante avec le péritoine sans participation aucune des trompes et des ovaires ». Plus récemment Jacquin retient cinq cas seulemnt qui lui paraissent authentiques.

Je crois, pour ma part, que dans le cas présent, l'ovule fécondé a été expulsé dans la cavité péritonéale et s'est greffé sur le pe

ritoine du dôme utérin, couvé ou surplombé par l'épiploon protecteur. L'accident tragique survenu 2 mois après la date des dernières Règles, se rapporterait à une tentative d'avortement péritonéal avec peut-être arrêt de la grossesse et ouverture de l'œuf bloqué par l'épiploon protecteur. L'œuf, lors de l'opération, n'était plus vivant, il le fut au moins jusqu'à l'accident tragique; en tous cas il n'y a aucune participation des trompes et des ovaires à la masse ovulaire péritonéale: trompes et ovaires des deux côtés furent trouvés libres et indépendants sans aucune adhérence ni à l'œuf ni à la paroi pelvienne. il sera intéressant secondairement de rechercher histologiquement s'il existe au niveau de la nidation de l'œuf sur la séreuse du fonds utérin « la grosse réaction déciduale avec grosses cellules polygonales analogues à celles de la «décidua uteri» comme l'a noté Outerbridge. Pour Jacquin c'est là le test de la nidation physiologique.

J'ai voulu vous montrer la pièce opératoire intacte et ne ferai les coupes nécessaires à l'examen histologique qu'après cette présentation.

Ls auteurs classiques (P. Plessier in Encyclopédie médico-chirurgicale, grossesse extra-utérine) estiment que la grossesse abdominale est souvent interrompue au cours des premiers mois. par apoplexie ovulaire avec hémorragie abondante. Cette observation paraît bien se rapporter au cas qui nous intéresse : voyez l'état hématique du petit fœtus, rappelons l'infiltration hématique considérable de l'épiploon protecteur divisé en deux valves appliquées sur le toit de l'œuf.

Quel âge assumer à cet œuf péritonéal ?

Si nous nous en rapportons aux dimensions du fœtus et du placenta, données par le traité de Bar. Brindeau et Chambrelent. le diamètre du gâteau placentaire est de 5 à 6 ctm à 3 mois, de 9 à 10 à 4 mois ; le fœtus mesure à 3 mois de 7 à 9 ctm. Le développement de cet œuf serait celui d'un oeuf de plus de 3 mois ; l'accident tragique est survenu le 15 avril, les D. R. étaient du 12 au 15 février, on devrait logiquement conclure que l'œuf a continué à se développer après l'accident : il était donc encore vivant peu avant l'intervention.

Mais soyons prudents quant à ces conclusions : vous savez s'il est difficile chez les indigènes d'obtenir des dates précises :

l'interrogatoire le plus minutieux n'autorise pas des précisions absolues quant aux dates données par les intéressés. Mais les mensurations sur la pièce opératoire gardent leur valeur.

J'ai pensé que cette présentation de pièce vous intéresserait, ainsi que l'observation jointe. J'ai amorcé une discussion peut-être un peu longue mais les cas de grossesse extra-utérine péritonéale primitive sont des plus rares.

La technique employée n'a rien d'audacieux ; je pratiqu couramment des "fundiques" pour fibromes sur des femmes encore jeunes qui tiennent à conserver leurs règles et un espoir (très aléatoire et non sans risque d'avortement j'en conviens) de grossesse ultérieures. J'espère pouvoir vous apporter dans quelques mois une mystéro-salpingographie au Lipiodol de cet hémiotérus conservé avec sa trompe et son ovaire gauche.

La technique des sutures est celle que j'employe pour les Césariennes : points profonds en X au tanngut, surjet séromusculaire au catgut N° 2.

La friabilité des tissus utérins a nécessité une recoupe en tronc de cône. Si les fils avaient coupé à nouveau l'hystérectomie s'imposait.

Quand les sutures sont bien faites et quand la cavité utérine est saine, les raccommodages "utérins" se font avec la plus grande sûreté. Enfin notre malade a guéri très simplement : je crois inutile d'insister sur les inconvénients qu'aurait apportés un drainage inopportun.

Uronéphrome par calcul "en clou" du fonds du bassinet simulant un rein polykystique

par le Docteur LEHUCHER

J'ai l'honneur, Messieurs, de vous présenter ce Rein Kystique que j'ai enlevé ce matin même.

Madame S... israélite âgée de 40 ans adipose considérable, plus de cent kilos, est entrée dans le service pour douleur lombaire gauche et pyurie.

Cathétérisme urétéral et pyélographie bi-latéraux au diagnorénol ont permis d'établir :

1° intégrité du Rein droit avec très bonne polyurie expérimentale d'Albaran 2 gr 60 d'urée en 2 heures. Urine propre de ce côté sauf rare colibacilles sans pus.

2° tumeur rénale gauche : tumeur ou diagnorénol forment une ombre épaisse, volume de près de 2 poings, au dessus d'une ligne transversale représentant bassinet et calice moyen. Le palper est sans résultat du fait de l'adipose considérable.

Un premier cathérérisme urétéral avait permis d'obtenir un tube d'urine :

Rein gauche : L'urée était à 4 gr 86 de concentration au litre.

Présence de pus et de colibacilles.

Lors de la Polyurie expérimentale silence rénal gauche complet.

L'azotémie est à 0,42.

J'avoue que l'adipose énorme m'a fait hésiter... mais le courage raisonné reste une vertu chirurgicale indispensable. De plus l'examen de l'état général se montra par ailleurs excellent.

Rien à dire de l'intervention qui se trouva être beaucoup moins pénible que je ne l'eusse pensé, cela grâce à la modification de l'incision classique lombo-abdominale sur laquelle j'insistais l'autre jour au sujet de l'épinéphrome que j'ai eu l'honneur de vous présenter : la queue de l'incision passe très au dessus de E. I. A. S. et s'étend aussi loin qu'il est nécessaire dans ces cas d'énorme adipose de la paroi, vers la ligne médiane aux dépens des téguments et des muscles abdominaux. Au besoin j'aurais réséqué s'il l'eut fallu, la XII^me^ côte en cas d'adhérences anormales de la masse occupant le pôle supérieur; je n'eus pas besoin de recourir à cette résection. J'insiste cependant en cas de grosse paroi et de masse tumorale volumineuse, sur ce fait qu'il faut bien y voir pour traiter avec sûreté le pédicule vasculaire sur lequel il ne faut pas exercer de tractions exagérées.

Voici la pièce que j'ai eu la chance de pouvoir enlever sans l'abimer, je veux dire, sas la ponctionner: en dehors de ce fait que je voulais l'ouvrir devant vous, il y a de plus un gros intérêt à ne pas inoculer la loge rénale par le contenu septique de tels reins uronéphrotiques.

Vous voyez ce gros rein kystique qui mesure sur ces deux axes environ 28/15. Il est d'un jaune clair légèrement rosé; la masse

est bosselée, régulièrement divisée par les brides, résidus capsulaires, qui lui donnent l'aspect polykystique; enfin on obtient les signes de la fluctuation d'un bout à l'autre.

Rien ne rappelle le kyste hydatique auquel nous avions songé (réaction de Casoni tout à fait positive) éosinophilie 1/100.

On ne peut hésiter qu'entre uronéphrose et Rein polykystique. J'opine en faveur de l'uronéphrose: il n'y a rien du «bleuté» des reins polykystiques congénitaux; la fluctuation totale, la quasi absence de sécrétion, enfin l'unilatéralité, qui peut se voir, il est vrai, ne sont pas en faveur du second diagnostic.

Ouvrons et constatons : voyez le liquide lactescent d'urine septique en rétention, voyez ces ouvertures des poches au voisinage du bassinet central, établissant que ces poches ne sont que les calices dilatés ayant usé, à le faire disparaitre entièrement, le parenchyme rénal. Enfin regardons quel peut-être l'obstacle pyélique, le cathétérisme rétrograde a montré l'entière perméabilité de l'urétère, qui a pu déterminer l'obstruction de ce rein..... le voici..... voyez ce petit corps étranger noir et dur qui obstrue l'orifice pyélique inférieure où il s'est si bien engagé «en clou» que je ne puis le dégager avec mes doigts gantés; prenons cette pince de kocher, doucement pour ne pas le casser, saisissons le calcul car c'en est un..... il résiste, mais par petits mouvements de bascule il va venir, il vient, le voici : gros comme un gros clou de girofle, voyez il est tout érodé vers sa pointe, rongée, irrégulière, ce n'est sûrement pas un oxalate pur..... Notre excellent pharmacien chimiste nous fixera sur son identité.

Il s'agit donc bien d'une uronéphrose et d'une uronéphrose d'origine lithiasique.

(Au 3me jour, alors que nous rédigeons cette note, l'état de l'opérée est des plus satisfaisants; le rein droit ne peut se montrer que satisfait d'être débarassé d'un second, beaucoup plus gênant qu'utile; il le manifeste par une sécrétion abondante et limpide des plus rassurantes pour l'avenir).

Œsophage, estomac et intestin

Œsophage, profil

Œsophage, face

Un cas de dilatation idiopathique de l'œsophage

par les Docteurs BROC et CARUANA

Nous vous présentons les pièces d'autopsie du premier cas de dilatation idiopathique de l'œsophage que nous avons rencontré dernièrement sur un indigène musulman. Le malade âgé de 48 ans environ, Hadi Ben Hassen, entre le 5 novembre 1937, dans notre service pour des troubles digestifs datant de trois ans, constitués par des vomissements aqueux d'abord, et depuis deux mois, alimentaires, avec amaigrissement rapide, signes de déshydratation.

Le malade présentait une parakératose psoriasiforme de la paume des mains et de la plante des pieds, des ongles striés, qui avaient fait penser au premier abord à une spécificité ancienne. Le Docteur Cassar, ayant vu le malade, avait écarté le diagnostic de syphilis. Un examen radioscopique fait pour examiner l'estomac montra que celui-ci ne s'était pas rempli, et l'ingestion de baryte sous l'écran fit voir la dilatation de l'œsophage.

Le malade est passé au Docteur Moatti pour œsophagoscopie et traitement : œsophagoscopie le 19 nov. 1937; liquide très abondant dans l'œsophage, un litre environ, au niveau de la bouche de l'œsophage zone d'inflammation, rouge bourgeonnante au dessous de laquelle on trouve une vaste dilatation avec muqueuse rosée qui conduit au cardia spasmodiquement contracté. Le N° 27 passe facilement. Le 25 décembre 37 on passe le N° 29 le 31 décembre 37 on passe le N° 30. Le malade est soulagé, après un mois d'hospitalisation, il ne vomit plus.

En même temps était fait un traitement anti-syphilitique d'épreuve (novar 0.15, 0.30, 0.45,0.60)

Le malade qui se sentait mieux et avait pris du poids sort sur sa demande.

Rentré en février 38, très cachectisé est décédé le 16 mars 38.

Les injections intratrachéales de médicaments dans le traitement des hémoptysies abondantes et incoercibles

par C. SPEZZAFUMO

Beaucoup d'hémoptysies, mêmes importantes, peuvent s'arrêter spontanément et celà indépendamment de leur étiologie. Le repos, les opiacés et les diveses médications en usage actuellement, finissent souvent par avoir raison de celles qui sont plus tenaces.

Il en est d'autres qui,par leur abondance et leur répétition,constituent un facteur de gravité, qui met en danger les jours du malade et auquel il est urgent de remédier.D'autre part rien, n'est aussi affolant pour l'entourage, et démoralisant pour le malade, que d'assister à la répétition de ces hémorragies qui résistent aux médications habituelles.

C'est pourquoi l'on a proposé, dans les hémoptysies abbondantes et rebelles,des traitements d'exception, tels que le Pneumothorax d'urgence.Celui-ci n'est pas toujours facile à instituer,surtout si le malade est vu pour la première fois, à l'occasion de son hémorragie. Son état ne permet pas un examen approfondi, souvent on est dans l'impossibilité de faire un examen radiologique, et de localiser ainsi la lésion qui saigne.

On a cependant obtenu des résultats favorables, par des Pneumothorax indirects (Parodi et Bordet), par des phrénicectomies, et dernièrement par des pneumo-péritoines d'oxygène (Vayda, G. Ferrari).L'action favorable de ces derniers,pourrait être due, soit à la détente indirecte et donc au repos qu'elle procure au poumon qui saigne, soit à l'effet hémostatique vasoconstricteur réflexe des injections sous cutanées d'oxygène. (Ravina, Benzaquen et Bibas, Courcoux etc).

C'est à l'occasion d'un cas grave d'hémoptysie abondante et incoercible, observé en ville, que j'ai essayé un traitement, que son efficacité et sa simplicité, n'ont incité à vous exposer.

Le samedi 23 octobre 1937 dans la matinée, je suis appelé auprès d'un homme de 76 ans, qui crachait du sang en abondance depuis 6 jours Originaire d'Ebba-Ksour, il avait été transporta à Tunis par ces parents

affolés de voir que malgré le traitement mis en action dès le début : ergotine, anthéma, chlorure de calcium «per os», l'hémoptysie ne cessait pas et était toujours importante.

On me dit que le malade souffre, depuis plusieurs années, de bronchite chronique, avec recrudescence de la toux pendant la période hivernale, qu'il n'a jamais de fièvre, mais que depuis 2 ans il présente souvent des accès d'asthme bronchique. L'an dernier, il a eu une petite hémoptysie qui a cédé facilement au traitement médical. Des examens répétés des crachats ont été négatifs. On me montre aussi une radio vieille d'un an, qui présente des tractus sous claviculaires, des sommets gris, un cœur un peu gros, et une aorte dont la crosse déborde légèrement. Il faut noter, cependant, dans l'entourage immédiat du malade, le décès d'une nièce du à une méningite tuberculeuse et chez un de ses neveux, une pleurésie exsudative en Juni-Juillet 1937.

On m'apprend aussi, que le malade, examiné auparavant, avait été trouvé hypertendu et que sa maxima avait été chiffrée à 25. L'hémoptysie était survenue brusquement il y a 5 jours, alors qu'il était à Ebba-Ksour et depuis, le malade rejetait abondamment avec la toux, à 3 4 reprises dans les 24 heures, par la bouche et par le nez, du sang plutôt rutilant et de gros caillots.

L'état grave du malade et sa respiration superficielle et fréquente, empêchent, malgré un essai précédent, un examen utile des poumons, et du cœur. Le pouls est régulier, bat à 112, la radiale un peu dure roule sous les doigts. La pression au Vaquez est 22/12.

Je prescrit du chlorure de calcium per os, une potion opiacée(dionine codéine), une piqure de 1 centig de morphine et de 4 centig de chlorydrate d'émetine; le repos et le silence absolu. Je le revois vers 8 heures et l'on m'apprend que le malade a été calme jusqu'à 6 heures du soir, moment ou il a eu de nouveau un flot de sang qu'il a rejeté par la bouche et par le nez. On me montre en effet une cuvette contenant 150-200 grammes de sang en partie coagulé. Je lui refais de nouveau 4 centg d'émétine, un centg de morphine et lui prescris de l'Hémocoalugène à raison de 4 ampoules dans les 24 heures. De l'Anthéema, 2 ampoules avaient été faites à Ebba-Ksour, sans aucun résultat.

Le lendemain matin, dimanche 24 octobre, je revois le malade qui est moins angoissé, il a pu dormir un peu, a encore craché du sang mais quelques caillots.

Je fais, neanmoins, une piqure de 1 centg de morphine et conseille de

continuer le coagulène. Le soir on me rappelle parceque le malade a recommencé à cracher du sang en abondance. Je refais de l'émétine et de la morphine. La nuit se passe assez tranquillement, le matin du 25 vers 8 heures, nouvelle hémoptysie toujours à pleine bouche.

Je décide, alors, de lui faire faire une injection intratracheale d'adénaline, qui est pratiquée par le Docteur E. Lumbroso, par voie susglottique, vers 11 heures : 1 cc. d'adrénaline au millième et une ampoule de hémocoagulène. L'injection est bien tolérée par le malade. Dans la journée on me fait savoir que le malade va assez bien, qu'il ne crache plus de sang.

Vers 6 heures et demi du soir, on me rappelle à nouveau parce que depuis 6 heures il a recommencé à cracher abondamment.

J'arrive vers 7 heures, le malade est très pâle, sont pouls est fréquent, mou et présente des alternances.

Je me resous à lui refaire alors une injection intratrachéale, cette fois, ci par la voie intercricothyroidienne de 1 cc d'adrénaline au millième et 2 ampoules de coagulène.

L'injection est bien supportée, et le résultat est définitif. L'hémoptysie s'arrête, le malade a bien encore quelques crachats contenant des caillots qui sont de plus en plus noirs, les jours suivants, mais ne crache plus de sang rutilant.

Le 28 octobre, il va à St Henri pour faire sa convalescence.

Revu à plusieurs reprises depuis cette époque, il n'a plus eu d'hémoptysies.

Cet exposé appelle quelques considérations pour expliquer le choix de la thérapeutique à la quelle je me suis arrêté.

Pourquoi en effet, n'ai-je pas employé l'oxygène sous cutané, ou l'injection intraveineuse lente de post-hypophyse ?

Dans un article sur le «Traitement des hémoptysies tuberculeuses» (La Clinique) A. Courcoux, qui a employé sur large échelle le procédé des injections sous-cutanées d'oxygène, présenté pour la première fois en 1933 à la Société d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose par MM Ravina, Benzaquen et Bibas, écrit ceci :

«Quand on recherche dans les différentes observations celles où l'action hémostatique de l'oxygène a été la plus rapide et la plus continue, on constate que ce sont dans les hémoptysies qui précèdent ou accompagnent les poussées évolutives des lésions pulmo-

naires, assez jeunes en date. Les hémoptysies des lésions datant de plusieurs années, chez lesquelles le tissus plumonaire est remanié avec bandes cicatricielles et sclérose, de même que les hémoptysies des phtysies fibreuses, sont plus tenaces et résistent souvent à l'action de l'oxygène».

Dans notre cas, s'agissant d'un vieillad, vieux bronchiteux par probable tuberculose fibreuse, et l'importance des hémoptysies, obligeant à agir vite, je n'ai pas cru devoir essayer ce procédé dont l'effet est inconstant pour ce type de lésions.

L'hypertension, quoique diminuée, et l'état scléreux des artères du malade conte-indiquaient d'autre part, l'emploi de l'extrait d· lobe postérieur d'hypohyse, par voie intraveineuse.

J'ai donc eu recours au procédé des injections intratrachéales employé pour la première fois par Giuffrida. Celui-ci injecte 1/4 de mmgr d'adrénaline. Dans mon cas, j'ai injecté à deux reprises chez un vieillad hypertendu, un milligramme d'adrénaline sans inconvénient de sorte.

M. Ascoli, qui a injecté l'adrénaline par voie sus-glottique a obtenu des résultats favorable dans 90 % des cas. L'injection doit quelques fois être répétée toutes les 12 heures et même toutes lés 8 heures pendant deux et trois jours. La voie sus-glottique présente quelques fois des difficultés, c'est pourquoi Trepiccioni a préconisé la voie transglottique après anesthésie locale. C'est cependant une technique qui est délicate et on risque de blesser les cordes vocales; de toutes façon, ces deux modes d'introduction présentent l'inconvénient de ne pas être à la portée de tous les praticiens.

La voie intercrico-trachéale, proposée dans le but de rendre pratique la méthode n'est pas recommandable, à cause des rapports anatomiques que l'isthme de la thyroïde contracte avec les deux premiers cartilages de la trachée, et quelques fois même avec la cricoïde; et à cause de la présence d'un petit plexus veineux et de quelques artérioles au devant et au dessus de l'isthme thyroïdien.

Actuellement la voie d'accès préférée surtout par les praticiens n'ayant pas une grande pratique d'O.N.L. est la voie intercrico-thyroïdienne. Cette technique est recommandée surtout par Cottenot, et par Armand Delille qui n'hesite pas à la pratiquer chez des enfants.

Technique : L'espace intercrico-thyroïdien à travers le quel se fai l'injection, est facilement reconnaissable chez l'adulte, par l'exploration de la face antérieure du cou; à son niveau, sur la ligne médiane du cou, la lumière de la trachée n'est séparée de l'extérieur que par la peau, le fascia et la membrane crico-thyroïdienne.

Après avoir repéré, la tête étant en hyperextension, l'espace, intercrico-thyroïdien, et sans anesthésie préalable, on introduit sur la ligne médiane, dans l'espace intercrico-thyroïdien, en suivant l'index gauche qui a répéré le bord supérieur du cricoïde, l'aiguille montée sur la seringue, de 15 à 20 millimètres, selon l'épaisseur de la peau et du sous cutané en se maintenant dans le plan horizontal. Il est généralement recommandé d'employer une aiguille courbe pour ne pas blesser la paroi postérieure du larynx, (F. Galli, Rosenthal) mais avec un peu d'attention, on peut se servir d'une aiguille droite.

On saura que l'on aura rejoint la lumière trachéale, quand la pointe de l'aiguille jouera facilement et quand l'aspiration du piston ne rencontrera aucune difficulté mais ramènera de l'air. On injectera alors rapidement en recommandant au malade de respirer fort et amplement et on retirera vite l'aiguille avant que ne se manifeste la toux, qui est généralement de peu de durée, et peu intense.

La dose d'adrénaline à injecter peut varier de 1/4 de millig. à 1 millig. selon l'âge et l'état du sujet, on put la diluer dans du sérum physiologique ou glucosé, ou mieux encore associer à son action vasoconstrictrice, l'action coagulante d'hémocoagulène (Galli) ou autre préparation.

De l'avis des auteurs qui ont employé ce procédé il ne faut pas craindre de répéter l'injection après 8 ou 12 heures si l'effet hémostatique devait tarder, ou être incomplet.

Mécanisme : L'action favorable des injections intratrachéales d'adrénaline a été attribué en un premier temps à l'effet vasoconstricteur du médicament, que l'on a voulu renforcer par la suite en le diluant dans des milieux coagulants (coagulène proposé par Galli).

Cependant on a pu observer, Pennetti et Giannella, et par la suite D'Angelo, que des injections intratrachéales de sérum physiologique ou d'eau distillée suffisaient à faire cesser les hémoptysies. Il faut néanmoins remarquer que l'effet de l'injection de sérum ou

d'eau distillée n'est quelques fois pas aussi brillant que celui obtenu par l'adjonction d'adrénaline. En effet dans quelques hémoptysies importantes et réfractaires à l'injection d'eau ou de sérum, l'introduction d'adrénaline amena la cessation des hémorragies.

Il est vraisemblable donc d'expliquer l'action favorable des injections intratrachéales d'adrénaline, par un double mécanisme :

Vasoconstriction reflexe : seul mécanisme qui explique l'action hémostatique que l'on peut obtenir par des injections de sérum physiologique ou d'eau distillée.

Vasoconstriction locale : due à la présence de l'adrénaline, à moins que celle-ci, hypothèse plus plausible, n'agisse en renforçant la vasoconstriction pulmonaire reflèxe.

BIBLIOGRAPHIE

Ascoli. — *Riforma Medica* 30 1931

Giuffrida. — *Rif Medica* 18 1925; *Boll. Soc. Biol. Sperimentale* 1, 2 et 1926; *Münch. Med Woch* 1928

Cioffi. .. *Rif. Med.* 45 1925.

Grossi. — *Presse Méd. d'Egypte* 165 1926.

Lucacer. — *Policlinico Sez. Prat.* 1930; *La Med. Interna* 2 1933.

Agnello. — *Giorn. di Tisiologia.* 2 1931

Damaggio. — *Rif Med.* 1931

Bottino. — *Riv San. Siciliana* 11 1933.

Bruno. — *Die Tuberkulose* 4 1933.

Galli. — *Lotta contro la T. b. c.* 5 1931

Riv. di Pat. e Clin. della T. b. c. 2 1932

Trepiccioni. — *Lotta contro la T. b. c.* 8 1931

Guizzardi. — *Riv. di patolog. et Clin. della T. b. c.* 1933

Porsalino. — *Lotta contro la T. b. c.* 11 1933

D'Agostino. .. *Riv. San. Siciliana* 13 1932

Canella. — *Riv. Ital. di Terapia* 9 1933

Pennetti e Giannella. —*Rif. Med* 46 1933.

Spoto. — *Boll. Soc. Ital. Biol. Sperim. VI fox* 3 1933

Wassermann. — *La Tisiologia* (Pubblicazioni Wassermann Milano)

D'Angelo. — *Policlinico Sez. Pratica.* 15 1934.

Vaccarella. — *La Prensa Medica Argentina* 25 aprile 1934.

Capaldo. — *Policlinico Sez. Pratica* N° 34 1935

Cottenat. — *Arch. Med. Chir. de l'appareil respiratoire* N° 2 1934.

Amenille, Leroux, Rudelski et Bollard : *Revue de la Tuberculose* 1933.

Quelques principes directeurs de radiophysiologie

par le Docteur Félix MARUANI

Messieurs,

Nous entendons par radiophysiologie, l'étude des effets biologiques des radiations.

Nous allons, en quelques minutes, en étudier, quelques uns des principes directeurs.

Les rayons X, ont été découverts par *Roentgën* en 1895; la radioactivité a été découverte par Becquerel en 1896; le radium quelques temps après par M. et Madame *Curie*.

C'est le 26 décembre 1898, que dans une communication à l'Académie des Sciences, fut annoncée cette découverte.

La première radiodermite, c'est Becquerel qui l'avait eue, mais accidentellement ; alors que la 2me radiodermite a été produite volontairement par *Curie* sur lui-même.

C'est le Dr Danlos, médecin de St Louis, qui en 1902, songea le 1r à expérimenter cette action caustique du radium sur ses malades. C'est là le point de départ de la Radium-thérapie ou Curie-thérapie, par opposition à la rœntgenthérapie ou thérapeutique par les rayons X.

Sachez que le radium donne naissance d'une manière permanente et constante à une émanation dont la partie la plus importante de notre point de vue est le rayonnement *Gamma*.

Ce rayonnement s'apparente à quelques différences de longueur d'onde près aux rayons de Roenglen. Ces deux rayonnements, sont identiques, tous deux de nature *ondulatoire* et possédant les mêmes propriétés. Et cependant, il faut que vous sachiez qu'il n'est pas indifférent d'employer l'un à la place de l'autre et que chacun d'eux à des indications nettes et précises.

Pour bien comprendre, la radiophysiologie, il faut se rappeler l'image d'une coupe histologique de la peau. Prenons cet exler l'image d'une coupe histologique de la peau. Prenons cet exemple à dessein, vous verrez plus tard pour quelle raison.

La peau se divise en trois zones différentes :
l'épiderme, le derme et l'hypoderne.

Le derme et l'hypoderme sont formés de tissu conjonctif plus

ou moins lâche, de fibres élastiques, de nerfs et de vaisseaux sanguins; de glomérules graisseux; enfin c'est dans leur épaisseur que se trouvent les glandes cutanées et les follicules pileux qui eux, naissent aux dépens de bourgeons épidermiques.

L'épiderme, se compose de différentes couches de cellules; il est séparé du derme par la couche vitrée; de bas en haut, il est formé, par une assise de cellules cubiques, dite assise génératrice ou germinale, dont les cellules sont constamment en état de division ou mitose.

Au-dessus de la couche germinale, se trouve la couche de Malpigni, formée de cellules polyédriques, qui en se rapprochant de la surface s'applatissent et perdent leur noyau, pour donner naissance à la couche cornée qui est la plus superficielle.

En somme, l'épiderme se compose de cellules épithéliales étroitement unies les unes aux autres, et se renouvelant sans cesse de la profondeur à la surface. L'aboutissant de cette évolution est la transformation de la cellule épithéliale en une coque résistante de substance cornée. Nous verrons plus loin que c'est là, la formule histologique des cancers épidermoïdes avec globes cornés.

Donc, la peau se compose de différents tissus, de vaisseaux, de nerfs, de glandes cutanées et de poils.

Voyons l'effet des radiations sur la peau.

Supposons une forte dose de rayons, bien filtrés et très pénétrants, rayons appelés dans ces conditions *électifs*, par opposition aux rayons mal épurés, qui agissent sur la peau comme un caustique vigoureux, en brûlant tous les éléments qui forment la peau et en donnant naissance à la radionécrose diffuse très grave.

Après une période de *latence*, de 15 à 20 jours, il se produit un érythème intense, puis des phlyctènes, soulevant l'épiderme en entier. Ces phlyctènes, se rompant donnent naissance à une ulcération, mettant à nu un derme rosé, de niveau avec les parties environnantes. La guérison va se faire en 2 à 3 semaines, laissant une pigmentation marquée à la lisière du tissu nouveau et de la cicatrice.

Ceci, c'est la radioépidermite de Regaud et Nogier. En somme, une forte dose de rayons électifs, a provoqué sur une peau normale, après une période de latence de 15 à 20 jours, une ulcération qui a demandé 3 semaines pour guérir.

Voyons l'explication histologique de cette épidermite :

Les rayons, dès leur application, ont détruit la couche de cellules germinatives, laissant indemnes les cellules sus-jacentes. Celles-ci continuent, les jours suivants, à se transformer les unes après les autres en squames cornées sans être remplacées, puisque les cellules génératrices n'existent plus; aussi l'épiderme s'use et s'amincit. Lorsque les dernières cellules se sont kératinisées, des bulles de liquide soulèvent finalement le voile corné, puis celui-ci se déchire et tombe mettant le derme à nu.

En somme, de tous les différents éléments que la peau contient dans son épaisseur, les rayons n'ont atteint que la couche germinale laquelle est extrêmement sensible aux radiations.. C'est là, l'admirable *Sélectivité* des rayons — qui en fait un agent d'analyse d'une extrême précision — puisque capable dans un tissu donné d'atteindre et de tuer, de façon totale, une seule espèce cellulaire en épargnant les autres espèces de cellules.

Le temps mis, par les cellules tuées, pour apparaître à la surface est de 15 à 20 jours, et c'est là l'explication de la période de latence.

Voici, Messieurs, le principe, capital, sur lequel repose toute la thérapeutique des radiations, celui de la Sélectivité.

Il nous donne une idée de la différence de radiosensibilité des cellules, d'une espèce de cellules à l'autre et dans une même espèce d'un stade évolutif à l'autre. Supposons que la dose d'irradiation ait été insuffisante pour tuer toutes les cellules-mères, quelques unes de celles-ci vont survivre. Dans ce cas, on constatera le repeuplement partiel ou total de ces cellules, c'est-là le phénomène de la *récidive* des cancers irradiés. Il peut survenir, soit parce que dose insuffisante, soit parce que la radiosensibilité des cellules-souches a pu être inégale et la survivance des moins sensibles est à l'origine de la récidive — c'est pour parer à cette inégalité de radiosensibilité des cellules, que nous appliquons des irradiations de faible intensité, mais de longue durée — de manière à attendre toutes les mitoses au fur et à mesure de leur production, si tardives soient-elles.

Ces quelques principes ont été résumés par Bergonié et Tribondeau sous la forme d'une loi dite, loi de corrélation, entre la fragilité roentgennienne des cellules et leur activité reproductice.

Voici cette loi : les rayons agissent avec d'autant plus d'intensité sur les cellules,

1°) que l'éctivité reproductrice des cellules est plus grande

2°) que leur devenir Karyokinétique est plus grand.

3° que leur morphologie et leur fonction sont définitivement fixées.

Enfiin un dernier point à mettre en relief, c'est la vaccination aux rayons. La sensibilité d'un tissu donné, à l'action des radiations n'est pas toujours égale. En effet, on a constaté, que les tissus néoplasiques, se montrent de moins en moins radiosensibles au cours d'irradiations insuffisantes et répétées.

Ce fait avait été signalé, la 1re fois par Pierre Delbet, qui avait conclu, qu'il faut employer d'emblée la dose nécessaire à la stéralisation d'un cancer.

Ce fait est très connu des radiothérapeutes; il y a quelques années, nous avons eu l'occasion de voir un employé du Trésor, qui avait été irradié deux fois, pour un cancer de la lèvre inférieure. Ce cancer était toujours à sa place, sous la forme d'une plaie atone nécrotique. Pour le stériliser, il nous avait fallu donner une unique dose énorme peut être 2 ou 3 fois plus importante que la dose qu'il avait reçu à chacun des traitements précédents; la radiodermite obtenue avait demandée plusieurs mois, pour guérir, mais la guérison a bien été définitive.

De ces faits, on peut conclure, que dans le traitement des cancers par les radiations, il faut toujours chercher à obtenir l'effet thérapeutique désiré dès la 1re application ou dès la première série d'irradiations rapprochées.

De tout ça Messieurs, quelques points sont à retenir :

1°) L'électivité des radiations, qu'il faut employer, filtrés, pénétrants et à distance.

2° L'explication de la période latente.

3° La sélectivité remarquable des rayons pour les cellules en voie de division ou devant le devenir karoykinétique, est grand.

4° La radiosensibilité inégale des cellules d'une même espèce et de la même génération, et ceci est très important en radiothérapie du point de vue de l'étalement de la dose dans le temps.

5° Dernier point, la vaccination des cellules aux rayons.

Nous nous permettons Messieurs, de vous rappeler, que tout au long de cet exposé, nous entendrons, par radiations, des *radiations électives*, c'est-à-dire formée d'un faisceau homogène, bien filtré et pénétrant.

Nous avons déjà vu, que ces radiations, ont une *action sélective*, qui est à la base de leur action thérapeutique; cette propriété à pour effet de détruire les cellules germinales et plus facilement parmi celles-ci, celles qui sont en voie de division, épargnant les cellules des lignées latérales. Cet effet destructeur n'apparait qu'au bout d'un délai de 15 à 20 jours, dit période de latence.

Voyons l'effet de ces radiations sur les principaux tissus normaux et pathologiques.

On dit d'un tissu, qu'il est *radiosensible* lorsque ses cellules présentent une sensibilité particulière vis à vis des rayons. Il y a des tissus plus ou moins radiosensibles. Parmi, les tissus normaux, testicules, ovaires, peau, éléments hématopoïetiques, sont très radiosensibles; les glandes à sécrétion interne, le sont d'une manière moyenne; les autres tissus sont peu ou pas du tout sensibles aux rayons.

Pour être bref, nous allons dire deux mots, de l'action des rayons sur 2 tissus normaux : la peau et l'ovaire.

L'action des rayons sur la peau, se traduit à un premier dégré par un érythéme plus ou mois prononcé, qui apparait au bout de quelques jours et disparait en quelques semaines. Lorsque les séances de radiothérapie sont très rapprochées et que les doses employées sont élevées, apparait au 15^{me} jour, la radio-épidermite de Regaud et Nogier, que nous avons déjà étudiée et qui se caractérise par une ulcération dans laquelle l'épiderme est soulevée en entier; cette plaie guérit en général très bien en 2 à 3 semaines sans laisser de cicatrice.

Citons, pour être complet, la radiodermite tardive, que l'on voit exceptionnellement depuis que l'on fait des rayons électifs, et la radiodermite chronique des radiologistes, qui est très grave, et qui a entrainé la mort de très nombreux médecins par sa dégénerescence cancereuse et les métastases nombreusés auxquélles, elle donne naissance.

L'ovaire est très radiosensible, il l'est autant que le testicule com-

me l'a montré tout dernièrment, notre camarade Gricouroff. A la naissance, tous les follicules sont déjà formés; au cours de l'existence, il ne s'en produit que très peu ou presque pas. Or, il suffit d'une séance, ou d'une série de séances de radiations bien dosée, pour provoquer la destruction de la totalité ou de la presque totalité des follicules. Souvent deux ou trois follicules peu mûrs résistent, mais la stérilité est irrémédiable.

Le corps jaune, la glande interstitielle sont peu sensibles, mais cependant la disparition des follicules entraine peu à peu, en plusieurs mois, la disparition des autres glandes ovariennes, ceci explique pourquoi, la castration röntgenienne est peu pénible et peu brutale. C'est cette castration qui est à la base de la radiothérapie des fibromes utérins.

Voyons maintenant l'action des radiations sur les tissus pathologiques.

Les radiations sont capables de guérir ou d'améliorer des affections tellement diverses qu'il est difficile d'expliquer le mécanisme qui entre chaque fois en jeu.

Pour être bref, nous n'étudierons pas, l'action des rayons, sur les diverses affections cutanées, sur les algies, sur les glandes à secrétion interne. L'action des rayons sur les diverses affections inflammatoires fera l'objet d'une communication particulière. Pour le moment, voyons l'action des radiations sur les tumeurs et la manière de pratiquer un traitement radio ou radiumthérapique.

Rappelons que le propre du processus cancéreux est la reproduction et la multiplication cellulaire d'une manière indéfinie. Nous connaissons déjà l'effet sélectif des radiations et nous pouvons dire, qu'un cancer est radiosensible lorsque la dose de rayons pour le stériliser est inférieure à la dose de rayons qu'il faut pour tuer les cellules voisines saines; par contre, lorsque il faut davantage de rayons pour tuer les cellules cancéreuses que pour tuer les cellules saines, nous dirons qu'il s'agit d'un cancer radiorésistant. Il faut toujours tenir compte de deux causes de radiorésistance des cancers: 1° l'infection qu'il faut toujours combattre avant d'appliquer les rayons, et par la chimiothérapie et par la vaccinothérapie; 2° l'application de rayons donnés auparavant; le cancer semblant se vacciner aux radiations.

De tout ceci, il découle qu'avant d'entreprendre un traite-

ment de cancer, il faut essayer de voir à quelle nature histologique il appartient; c'est la seule manière de connaître sa radiorésistance et de poser d'une manière précise l'indication radiothérapique ou chirurgicale. Une indication de traitement d'un cancer, posée sans l'appui d'une biopsie est antiscientifique et peut être préjudiciable au malade. Chaque fois, qu'il est possible de la pratiquer sans danger, la biopsie, doit être le 1er temps du cancérothérapeute.

La radiothérapie peut être appliquée en un seul champ directement sur la lésion, comme par exemple sur un amas de ganglions cancéreux du cou; d'autres fois, lorsque l'irradiation doit atteindre un organe profond, la matrice par exemple, on appliquera la méthode des feux croisés, on divisera la dose totale en deux ou quatre champs, antérieurs et postérieurs, la peau recevra la dose maximum qu'elle peut supporter, et l'utérus recevra la dose léthale.

Le radium, s'emploie de trois manières, tout au moins dans des centres comme celui, dont nous disposons; soit en applications externes, avec des appareils moûlés, en pâte columbia à l'extérieur desquels, on fixe des tubes de radium; dans ce cas, diverses lois entrent en jeu dont la plus importante est celle de la répartition homogène et égale des millicuries détruits par un cm carré de surface; soit encore en implantant le radium dans la masse même de la tumeur, c'est la radiumpuncture. Là encore, il faut bien savoir diriger les cellules radifères de façon que chaque parcelle de tumeur reçoive la même dose, et non une dose double, ce qui amènerait une radionécrose très grave.

Enfin, on peut pratiquer le radium en une application intracavitaire dont le prototype est le traitement du cancer du col. En voici une observation qui va nous donner un aperçu de ce type de traitement.

Madame X..., 47 ans, vient nous consulter, il y a quelques mois, pour hémorroïdes douloureuses. A l'examen, par toucher digital et par l'anuscope, on ne trouve aucune image anormale hémorroïdaire, aucune fissure, aucun abcès, mais un col utérin douloureux.

On pratique immédiatement un examen génital, qui montre un gros utérus du volume d'une grosse orange, avec un col en choux fleur très exubérant et des paramètres envahis; cette explo-

ration se fait au prix de très vives douleurs. A l'interrogatoire, on apprend, que depuis 2 ans, la malade a des métrorragies qu'elle a mis sur le compte d'une ménopause précoce. Le seul ennui, et ce qui la gêne le plus, ce sont les douleurs anales et la dysurie avec douleurs à la fin de la miction.

Notre diagnostic de cancer du col est fait, un bilan de l'envahissement cancéreux est établi; il s'agit d'un cancer radiocurable; il faut savoir s'il est radiosensible. Nous pratiquons sur le champ une biopsie, ce qui a été très facile; 5 jours après, nous recevons de l'Institut du Radium, par avion, la confirmation du diagnostic de cancer et la nature radiosensible de ce dernier.

Immédiatement, à la diathermo-coagulation, par le simple jeu d'une aiguille, sans anesthésie et en quelques minutes, nous faisons l'ablation du choux fleur cervical, suites opératoires très bonnes; aucune réaction. Le lendemain, nous pratiquons la 1re séance de radiothérapie profonde. Il s'agit d'atteindre et la matrice et les paramètres; nous dessinons quatre champs, deux antérieurs et deux postérieurs, de 14 cm sur 14 cm; à chaque séance nous distribuons 700 r internationaux très filtrés et à grande distance de la peau: 50 cm. Nous faisons passer deux cent mille V sous 25 milliampères ce qui nous permet de faire une si grosse dose en 15 à 20 minutes. Les séances sont faites tous les jours. En moins de vingt jours, le traitement est terminé et nous avons déjà gagné la cessation des hémorragies; un meilleur état général; la disparition des douleurs anales et de la dysurie; à l'examen, la matrice a nettement diminué de volume, les paramètres se sont libérés.

A ce moment, un incident arrête momentanément, le traitement; c'est une diarrhée profuse, énorme, de 20 à 30 selles aqueuses par jour, sans coliques et qui sont dûes à l'irradiation des intestins, incident qui passe au bout de quelques jours.

Nous pratiquons, alors, le 3^{me} temps de notre cure, c'est-à-dire la curiethérapie. Le col ne pouvant se laisser dilater, nous mettons dans un 1er temps, trois foyers vaginaux, au moyen d'un petit appareil, dit colpostat, dont voici un modèle. Cet appareil comprend trois bouchons dont chacun est garni d'un tube de 10 mmgr de radium élément. Quand la malade a eu reçu 30 millicuries, nous arrêtons le traitement et au bout de quelques jours de repos nous passons au 2^{me} temps de la cure. Le col utérin est devenu perméa-

ble; il a suffi de quelques laminaires pour le dilater et nous donner la possibilité de mettre trois foyers intra-utérins de dix milligr. chacun, mis en place grâce à une sonde amétallique dont voici un modèle.

L'application intra-utérine a duré 7 jours, pendant lesquels nous avons détruit 27 millicuries.

Dans la pratique, tout ce traitement, s'est fait sans ennuis, sans accoups, sans anesthésie; dès la fin de l'application, on se trouve en face d'une malade dont l'état général est bon, dont l'appétit est excellent; il y avait deux ans qu'elle n'avait tant mangé; nous espérons avoir stérilisé toutes les cellules cancéreuses et avoir donné une survie notable à cette malade.

Le propre de cette technique, réside dans le fait d'avoir fragmenté le radium, trois tubes en foyers vaginaux pour atteindre le col et les paramètres; trois tubes en foyers utérins, pour atteindre les cellules qui viennent à se diviser et pour donner une irradiation homogène et léthale pour chaque cm carré de surface malade.

Tout au contraire, si nous avions utilisé un seul gros tube, d'une valeur égale aux six foyers que nous avons employés, nous aurions, pour obtenir une stérilisation des cellules cancéreuses, été obligé de brûler les cellules au contact du tube et donner de la sorte une radionécrose avec des suites particulièrement pénibles, entre autres, les fistules vagino-vésicales ou vagino-rectales; radionécrose qu'il n'est plus permis de voir actuellement, ou bien alors, pour éviter la radionécrose, nous aurions été obligés d'écourter le temps d'irradiation et ne pas stériliser le cancer, ce qui est très grave.

Vous avez vu, Messieurs, dans cette observation, une technique mixte, dans laquelle, après une biopsie, nous avons pratiqué une électro-coagulation des bourgeons cancéreux exo-cervicaux; puis nous avons fait une série de séances de radiothérapie profonde en feux croisés; en un 3^{me} temps, nous avons appliqué du radium par la méthode intra-cavitaire, en un temps long, au moyen du colpostat et de la sonde intra-utérine. C'est là groupés, en un seul traitement, trois agents physiques capitaux en cancérothérapie parce qu'ils constituent pour le médecin une méthode de traitement simple, propre et élégante; pour le malade un traitement facile à supporter, qui n'est pas mutilant, qui dispense de l'anesthésie géné-

rale et qui bien manié expose le malade à très peu d'incidents et encore moins à des accidents graves comme la radionécrose; de sorte qu'il nous semble d'à propos, de citer la phrase de notre maître Lacassagne, en radiothérapie, «la façon de donner, vaut mieux que ce que l'on donne»..

Syndrome Gastrique et Dolichocolon

par le Docteur Raoul DANA

Médecin des Hôpitaux

L'observation que nous apportons est une contribution à l'étude de l'ulcère du pylore et du dolichocolon.

Il s'agit d'un homme de 52 ans, d'une santé qui ne lui avait donné aucun souci jusqu'à ces dernières années.

Depuis longtemps, certes, il se plaignait de mauvaises digestions qui se traduisaient par de vagues brûlures, des ballonnements abdominaux, des éructations et surtout de la constipation. Mais le tout était attribué à des abus alimentaires compliqués d'une existence très sédentaire. En 1926, une cure est faite à Vichy, les années suivantes également, sans apporter de changements notables.

Dix ans plus tard, le syndrome se précise: 4 à 5 heures après les repas, la nuit comme le jour, les malaises s'accusent : gêne épigastrique avec vagues brûlures, flatulances, ballonnement s'atténuant avec l'émission de gaz. Cet état se prolonge pendant dix à vingt jours puis les symptômes s'amendent.

En avril 1936, après les mêmes prodromes, survint une crise gastrique violente : barre épigastrique intense, état nauséeux continuel avec vomissements d'aliments ingérés la veille. Pas d'hématémèse, pas de mœlena, mais une constipation qui ne surprend pas chez un malade à la diète. Une radioscopie montre un estomac hypotonique, en cuvette, dont le bas fond est dans le petit bassin (radio N° 1); 9 heures après le repas opaque, l'estomac contient encore de la baryte. Il n'existe aucune déformation des parois gastriques qui sont souples, aucune douleur provoquée. Mais le bulbe est en raquette, le pylore excentré avec images diverticulaires (radio N° 2) que l'on retrouve sur une série duodénale.

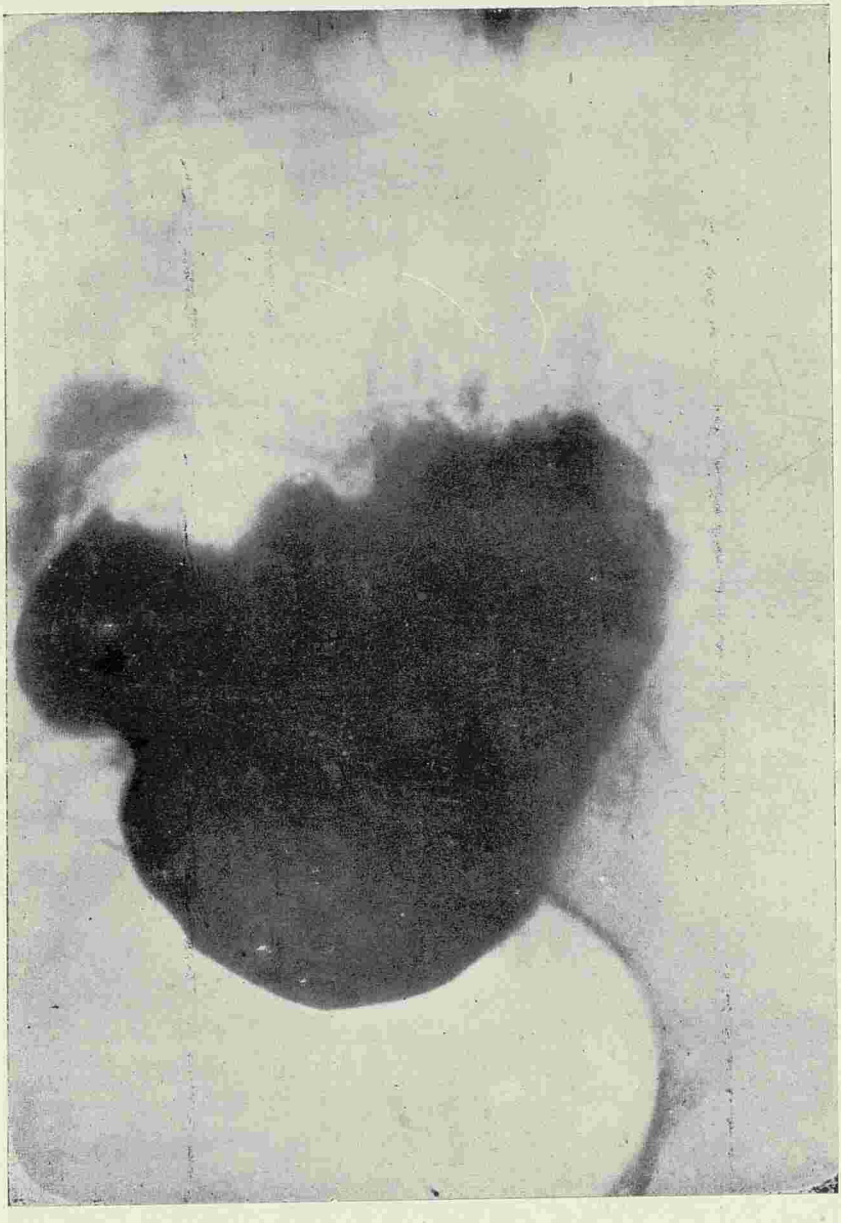
Il s'agit donc d'une sténose du pylore. On pense à un ulcus.

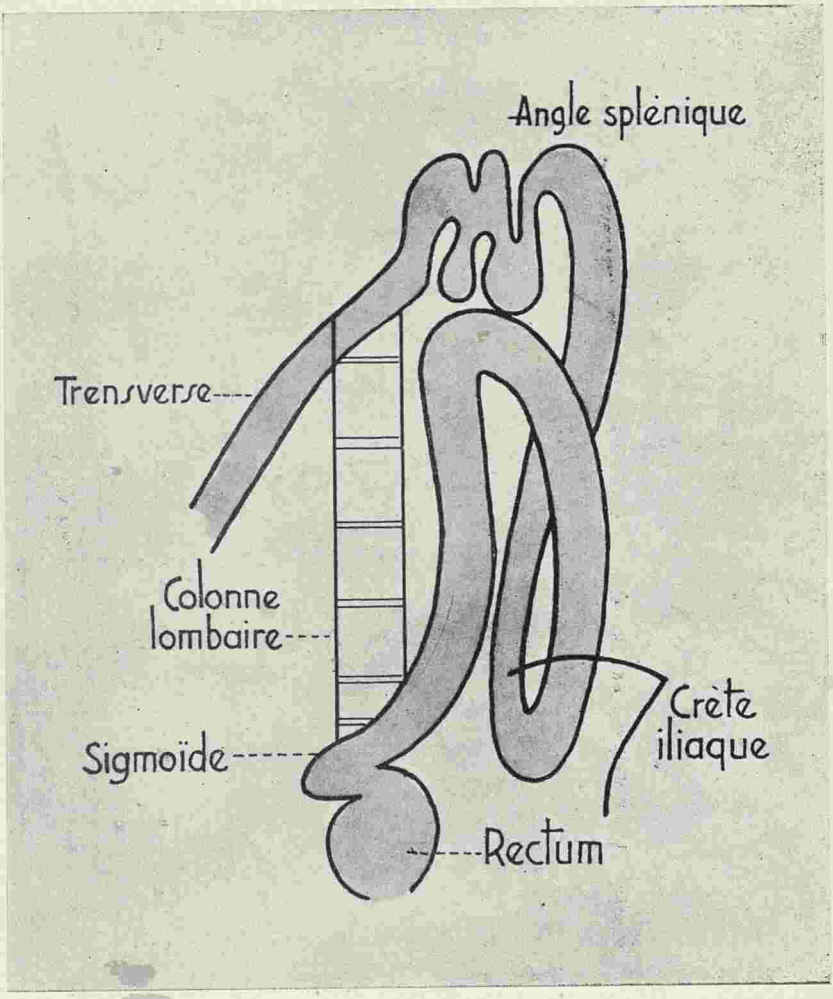
Un mois plus tard, les signes cliniques ont disparu. La radioscopie permet de constater que l'estomac a repris un aspect normal. Son évacuation se fait en 6 heures. Les investigations ne sont pas poussées plus loin.

Six mois plus tard, nouveau contrôle radioscopique : estomac normal, transit gastro grêle normal. Malgré celà, le pylore reste suspect, étiré, réalisant avec le bulbe l'image en «tête de canard» que Marcel Labbé décrit dans les formes frustes de sténose.

A partir de cette époque, un régime approprié permet de retrouver une santé qui paraissait compromise. Mais il subsiste une certaine inquiétude avec météorisme abdominal et de la constipation. En mai 1938, les symptômes de dyspepsie s'aggravent. Une nouvelle crise survient, dramatique. Aucun aliment solide ni liquide n'est toléré. Une première exploration radioscopique est impossible: l'estomac contracturé sous les côtes est comprimé par de nombreux gaz coliques situés dans l'angle splénique. Après quatre jours de traitement antispasmodique un repas opaque est administré. L'estomac, de forme, de situation, de dimensions normales s'évacue en six heures au bout desquelles la bahyte n'a pas atteint le cœcum, traduisant un léger retard dans le transit gastro-grêle. L'étude de la région pyloro duodénale permet de constater la persistance de l'allongement du canal pylorique avec un aspect irrégulier du bulbe, dont la teinte n'est pas uniforme. 24 heures après le repas opaque, la colonne barytée occupe encore une partie de l'iléon et presque tout le cadre colique. Il y a donc également un retard net dans le transit grêle.

Le syndrôme clinique subsiste, inquiétant : état vertigineux, haleine mauvaise qui incommode surtout le malade; les nausées sont constantes, entretenues par de simples odeurs. L'intolérance gastrique est absolue: l'eau elle-même n'est pas gardée. Un tubage gastrique permet de constater l'absence de liquide stase. Le chimisme gastrique est du type hypochlorhydrique : 0 gr, 46 de H Cl libre par litre, pas d'acides organiques, pas de sang, aucun élément pathologique. Cet état va se prolonger pendant près d'une semaine, pendant laquelle l'examen clinique physique reste négatif. L'abdomen est souple, déshydraté, en cuvette. Aucun point douloureux n'est constaté. Il existe seulement un léger empâtement. La constipation persiste, absolue. Les lavements alimentaires sont parfai-




Angle splénique
Trensverse
Colonne lombaire
Sigmoïde
Crête iliaque
Rectum

tement tolérés, sans provoquer aucune réaction rectale, ni colique. La crainte d'un volvulus revient à l'esprit, chaque jour, pour être rejetée.

Petit à petit, l'alimentation est reprise. Enfin la selle, attendue depuis une dizaine de jours, survient: c'est un véritable «accouchement stercoral» pénible. Les matières sont dures. Leur volume n'excède pas le volume normal. A partir de ce moment, l'amélioration s'accentue.

Un lavement baryté est administré : deux litres de liquide pénètrent sans occasionner la moindre gêne. L'ampoule rectale remplie, l'anse sigmoïde paraît de calibre normal; elle monte jusqu'à l'angle splénique pour redescendre jusqu'à la crête iliaque. Elle présente l'aspect caractéristique en « tuyau de plomb», sans incisures (radio N° 3). Puis la baryte remplit le côlon descendant jusqu'à l'angle splénique où l'on constate l'existence d'une série de boucles avant de voir la colonne opaque gagner le transverse, le colon ascendant et le cœcum, qui sont normaux. L'stomac et le duodénum examinés une nouvelle fois, donnent des images normales.

Une rectoscopie n'a pas été pratiquée. Elle nous a d'ailleurs paru superflue, l'examen aux rayons X nous permettant d'affirmer l'existence d'un dolichosigmoïde et d'un dolichocolon de l'angle splénique.

En résumé, il s'agit d'un dolichocolon du colon gauche avec troubles gastriques secondaires et une thérapeutique, dirigée dans ce sens, a permis à notre malade de retrouver une santé en tous points parfaite, l'état de dyspepsie latente qui subsistait entre les crises a, lui-même, disparu.

Nous avons cru intéressant de présenter cette observation parce que le dolichocolon ne paraît pas être une cause fréquente de sténose du pylore et que celle-ci a été particulièrement nette au cours de la première crise de 1936.

Bensaude et son école ont longuement étudié les syndromes gastriques dans l'évolution des mégacolons. Ismojik leur a même consacré une thèse.

Mais c'est surtout Chiray Lomon et Wahl qui accusent le dolichocolon de crises gastriques pouvant emprunter tous les signes de l'ulcus. Ils écrivent que, dans les cas qu'ils ont examinés, le

diagnostic d'ulcère n'a jamais pu être étayé sur des preuves radiologiques et cliniques. Ils ajoutent que bien souvent le diagnostic d'ulcère du duodénum est posé sans qu'il soit toujours possible de l'éliminer. L'extrême fréquence des hémorragies intstinales, au cours du dolichocolon, peut augmnter les difficultés du diagnostic. Ces hémorragies, qui sont rarement en rapport avec des phénomènesde colite hémorragique, trouveraient leur pathogénie la plus habituelle dans les coudures et les torsions vasculaires qui se produisent dans les mésos de ces longues anses mobiles.

Chiray et ses collaborateurs pensent qu'un même mécanisme peut créer des troubles circulatoires au niveau de la muqueuse gastroduodenale et amener soit des ulcérations aiguës soit même l'ulcère rond typique.

L'autre observation importante est la variabilité des signes gastriques radiologiques: c'est d'abord une image de sténose déjà importante, puis c'est un estomac normal. Plus tard c'est un estomac en boule sans les fausses côtes. Un dernier examen radioscopique montre un estomac, un pylore et un duodénum absolument normaux. Cette variabilité n'est pas pour surprendre quand on se rappelle les études de Lebon et Aubang, de Hallion, les expériences de Loeper qui toutes ont établi les rélations qui existent entre les contractions de l'estomac et celles du colon.

Enfin, le dernier point capital est l'importance du lavement baryté qui seul permet un diagnostic, alors que tous les autres examens ne peuvent qu'inciter à rechercher le dolichocolon. C'est d'ailleurs un e notion admise par tous les auteurs et sur laquelle il est inutile d'insister.

En conclusion, s'il est certain qu'on ne peut nier la possibilité de l'existence concomittante d'un ulcère gastro duodénal et d'un dolichocolon, il nous parait logique, dans notre cas particulier, d'attribuer à une même pathogénie les accidents aigus gastriques et intestinaux. Il nous parait intéressant également de retenir des travaux récents cette notion de l'ulcus, accident, analogue à ceux que l'on peut voir au cours de l'évolution d'un dolichocolon.

La Tunisie Médicale

NOVEMBRE 1938

ARTICLES ORIGINAUX

Hémoptysies cataméniales
Causes et traitement endocrinien

par le Docteur Henry MAMOU

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris

Parmi les multiples causes provocatrices de l'hémoptysie s'inscrit en premier lieu la période menstruelle, qui constitue souvent un cap dangereux chez les pulmonaires. Dans certains cas, l'hémoptysie ne survient qu'au moment des règles : elle se répète alors tous les mois, désespérant par sa ténacité et sa résistance à la thérapeutique.

L'hémoptysie cataméniale est une éventualité classique en clinique phtisiologique, et de nombreux auteurs ont étudié les modalités de son apparition, la poussée évolutive qui l'accompagne, les modifications qu'elle apporte aux lésions préexistantes.

Il s'agit donc d'un symptôme bien connu depuis Trousseau, Sabourin et Daremberg, mais sa pathogénie reste discutée, subissant constamment le reflet des doctrines en vogue. Aussi le traitement a-t-il été souvent remanié quoiqu'il reste encore assez décevant.

Il nous a paru intéressant, à propos de quelques cas personnels, d'insister sur certains aspects étiologiques du problème, particulièrement sur les *hémoptysies cataméniales non tuberculeuses*, et d'autre part, *sur le traitement endocrinien, surtout à l'insuline*, qui nous a donné de bons résultats.

L'hémoptysie cataméniale survient :

1° Fréquemment au cours de la *tuberculose fibro-caséeuse banale* :

Nous n'insisterons pas sur son mode d'apparition, ni sur la poussée évolutive qui l'accompagne généralement.

Précédée par une *période fébrile prémenstruelle* plus ou moins longue, — sur laquelle les phtisiologues ont insisté — l'hémoptysie survient le plus souvent quelques jours avant les règles, plus rarement pendant ou après ; elle est accompagnée de nombreux phénomènes vaso-moteurs (bouffées de chaleur, migraines), ou parfois d'épistaxis et de fluxions hémorroïdaires. Au point de vue pulmonaire, on note après l'hémoptysie, une reprise ou une aggravation des signes fonctionnels tels que la toux et la dyspnée : l'expectoration devient plus abondante, et les râles perçus à l'examen sont plus nombreux. Parfois même, une réaction pleurale survient dans les jours qui suivent.

Tel est le schéma classique, mais il s'en faut qu'il soit le plus fréquent.

2° L'hémoptysie cataméniale survient en effet plus souvent au cours *de la tuberculose fibreuse*.

Il s'agit de femmes florides, n'ayant que des signes très discrets d'atteinte parenchymateuse. L'hémoptysie cataméniale ne détermine aucune altération de l'état général, aucune poussée fébrile. Elle est sans lendemain. Par contre, sa répétition au cours des menstrues — parfois sa reprise — après plusieurs mois d'accalmie, inquiète le malade et son entourage, et désespère le médecin par sa ténacité ;

3° Mais les cas les plus intéressants sont ceux où *l'hémoptysie cataméniale n'est pas d'origine tuberculeuse*.

Certes, toute hémoptysie qui ne fait pas sa preuve doit être tenue pour suspecte. Cependant dans de nombreux cas, les explorations les plus minutieuses ne montrent aucune lésion décelable et cela, pendant de longues années. Il est alors difficile de parler de tuberculose fibreuse, alors que les examens bactériologiques, les inoculations, les examens radiographiques en série restent négatifs.

Il ne s'agit pas non plus de dilatation des bronches, dans sa forme sèche hémoptoïque, car ce diagnostic est facilement éliminé par l'examen lipiodolé.

Ces éventualités où le diagnostic de lésion pulmonaire peut être écarté, ne sont pas rares. En voici, résumés, trois exemples récents :

a) Une malade de 24 ans vient nous consulter pour des hé-

moptysies cataméniales, avec altération de l'état général, faisant craindre une bacillose pulmonaire.

Les examens pulmonaires répétés ne montrent cependant aucune lésion décelable. Les examens de l'expectoration n'ont jamais révélé de bacilles de Koch, ni après homogénéisation, ni après inoculation au cobaye. La cuti-réaction à la tuberculine est faiblement positive.

Cette malade, amaigrie, inappétente, et très inquiète par la répétition mensuelle de ses hémoptysies, a fait un séjour prolongé en sanatorium, dans les Alpes, sans qu'elle en ait retiré le moindre profit. L'amaigrissement, les hémoptysies persistent ;

b) Voici une deuxième malade, âgée de 35 ans, hospitalisée dans le service de notre maître le Professeur Sergent pour hémoptysies cataméniales.

L'examen clinique et radiologique sont muets. Il en est de même de l'examen local pharyngo-trachéal. L'inoculation des crachats est négative. L'examen au lipiodol ne montre pas de dilatation des bronches méconnue.

La malade émotive, anxieuse, a été considérée comme une pithiatique et plus d'un confrère a mis en doute la réalité de ses hémoptysies périodiques. Et, cependant cette malade hospitalisée dans le service à Broussais, et suivie par nous à la consultation, avait d'authentiques hémoptysies, quelques jours avant ses règles;

c) Enfin notre troisième malade, âgée de 45 ans, est également atteinte d'hémoptysies cataméniales. Depuis six mois, ses règles, sont devenues moins abondantes et c'est justement depuis cette période que les hémoptysies ont fait leur apparition.

La malade accuse de nombreux troubles subjectifs, préludes vraisemblables de la ménopause.

L'examen clinique pulmonaire est négatif. L'examen radiologique montre une ombre aux limites externes vaguement arrondies dans la région parahilaire gauche. L'âge de la malade, la répétition des hémoptysies, une certaine altération de l'état général, ont fait envisager la possibilité d'une néoplasie pulmonaire au début. Et, cependant, des examens radiographiques répétés ne montrent aucun accroissement de l'ombre parahilaire Les hémoptysies sont légères et franchement cataméniales, et après

cinq mois d'observation et une bronchoscopie négative, l'hypothèse d'une masse tumorale est rejetée.

En somme, dans ces observations, l'hémoptysie cataméniale ne s'accompagne d'aucun signe clinique, bactériologique, ni radiologique de bacillose. L'hémoptysie est mono-symptomatique mis à part une légère fébricule préhémoptoïque prémenstruelle, et quelques troubles vaso-moteurs.

L'examen général, chez ces malades peut par contre, nous fournir l'explication de ces hémoptysies.

Nous trouvons, en effet, dans nombre de cas d'hémoptysies cataméniales, même chez les bacillaires, deux ordres de syndromes :

1° Un syndrome hématologique plus ou moins net ;

2° Des troubles endocriniens et vaso-moteurs.

1° *Le syndromes hématologique :* est fréquent, sans être constant.

Dans quelques cas, il existe un syndrome *hémogénique* discret : les ecchymoses faciles au moindre traumatisme, les épistaxis, les gingivorragies, parfois quelques poussées purpuriques, les règles prolongées, attirent l'attention au point de vue clinique.

L'examen hématologique met en évidence un signe du lacet, un temps de saignement prolongé, un temps de coagulation normal.

Dans d'autres cas, c'est un *syndrome hémophilo-hémogénique*, avec en plus, un temps de coagulation légèrement prolongé. Plus rarement, le temps de coagulation est seul troublé, objectivant un trouble hémophilique pur.

Quand les hémoptysies surviennent chez une malade hémogénique ou hémophilique reconnue, sans lésion pulmonaire, la nature de l'hémoptysie est immédiatement reliée au trouble hématologique. Mais ce qui est particulièrement intéressant à noter, *c'est que les troubles hématologiques ne s'objectivent souvent qu'à l'approche des règles.* C'est là un point sur lequel nous devons insister. Dans les trois cas que nous avons relatés, la recherche des troubles hématologiques était négative en dehors des règles : par contre, 4 à 5 jours avant les règles, et pendant celles-ci, on était très surpris de trouver un signe du lacet, très positif dans le troisième cas, un temps de saignement à 6 minutes dans le pre-

mier et à 8 minutes dans le deuxième. Il s'agit là de troubles hématologiques discrets mais nets. Ainsi, c'est *à l'approche des règles que le syndrome hématologique souvent fruste s'objective*, et c'est à la période pré-menstruelle qu'on le recherchera chez les malades atteintes d'hémoptysies cataméniales ;

2° A côté du syndrome hématologique, on note encore des *troubles endocriniens et vaso-moteurs*.

Le plus souvent, il s'agit de malades réglées, tantôt hypoménorrhéiques, tantôt aménorrhéiques ; parfois aussi les règles sont très prolongées, abondantes et irrégulières.

Ces troubles sont généralement de longue date. Mais, parfois, c'est au moment de leur installation, que l'hémoptysie cataméniale fait son apparition. Il en était ainsi dans notre troisième observation, car, c'est aux approches de la ménopause que les premiers accidents hémoptoïques se sont installés.

Ces troubles ovariens s'associent très fréquemment à des troubles vaso-moteurs particulièrement importants chez nos malades : céphalées à type de migraines, bouffées de chaleur au visage, syndrome d'asphyxie aux mains, acrocyanose, livedo sur les jambes. Parfois des épistaxis ou des fluxions hémorroïdaires s'associent à ces hémoptysies, constatation depuis longtemps affirmée par les classiques.

En présence de ces troubles menstruels, l'hypoménorrhée ou l'aménorrhée signifiaient il y a quelques années insuffisance ovarienne, et on était tenté de faire de l'hyperménorrhée un trouble d'hyperfonctionnement ovarien. En réalité, nos connaissances sur la dualité des sécrétions ovariennes, folliculine et lutéine, sur l'hormone gonadotrope hypophysaire, sont venues nous montrer que le problème est bien moins simple qu'on ne peut le penser.

L'aménorrhée peut aussi bien exister dans l'insuffisance folliculaire que dans le syndrome hyperfolliculaire. De nombreuses observations de physiologie humaine et animale ont prouvé la réalité des *aménorrhées hyperhormonales* décrites par Zondek. Il n'est donc point indiqué, en présence de toute malade aménorrhéique, d'administrer de l'extrait folliculaire. La possibilité d'un syndrome hyperfolliculaire à la base de cette améorrhée, contre-indique un tel traitement, et nécessite au contraire l'injection de l'hormone antagoniste, l'hormone du corps jaune ou lutéine. Plu-

sieurs auteurs se sont attachés à déterminer les symptômes cliniques qui permettraient de différencier le syndrome hypo-folliculaire du syndrome hyper-folliculaire. L'abondance des règles n'est pas un critère. Parfois, au quinzième jour (Gilbert-Dreyfus) il existe une congestion des seins et une perte sanguine légère. Mais ces signes sont inconstants et pour élucider le problème, il faudrait doser dans le sang et dans les urines la folliculine aux différentes périodes du cycle menstruel.

Ces recherches sont encore difficilement accessibles à la pratiques médicale et parfois délicates à interpréter. Aussi Guy Laroche conseille-t-il de tenter successivement un traitement folliculaire, puis un traitement luteinique si le premier est resté sans résultat.

Nous montrerons plus loin que la thérapeutique frénatrice, par le corps jaune, l'insuline et l'extrait mammaire nous ont donné les meilleurs résultats dans le traitement des hémoptysies cataméniales.

PATHOGENIE. Quelle est maintenant la signification pathogénique des hémoptysies ?

a) Pour les *classiques*, l'hémoptysie cataméniale était une *hémoptysie de suppléance*, particulièrement chez les tuberculeuses aménorrhéiques.

L'hémorragie pulmonaire était considérée comme *supplémentaire* ou *complémentaire* des règles, au même titre que l'épistaxis ou la fluxion hémorroïdaire (Sabourin).

b) Puis à cette théorie mécanique, se substitua une *théorie toxique*, d'après laquelle les toxines tuberculeuses s'accumulent dans l'organisme et s'éliminent au moment des menstrues.

c) Puis vint la *théorie de la bacillémie*. Causimon admet qu'au tours des menstrues, il se produit une poussée de bacillémie, cause d'une réinfection périodique et d'une aggravation chez la bacillaire.

d) A côté de ces théories mécaniques, toxiques, microbiennes, il faut faire une place à part à la théorie moderne *endocrino-végétative*.

Cette théorie ne s'applique pas seulement aux tuberculeuses. Elle a l'avantage d'expliquer les cas où les recherches les plus minutieuses n'ont pu déceler la bacillose.

Les troubles vasculo-sympathiques sont en effet fréquents au cours des menstrues. Il est banal de noter les bouffées congestives du visage, les céphalées, à type de migraines, les douleurs pelviennes, les phénomènes d'asphyxie ou de cyanose des doigts. Il n'est pas jusqu'à la poussée fébrile prémenstruelle qui ne relève, non de phénomènes infectieux, mais de troubles endocrino-sympathiques, car on la retrouve chez la femme tuberculeuse, comme chez la femme indemne de toute lésion pulmonaire. Il est vraisemblable que la poussée congestive viscérale qui accompagne les menstrues, puisse dans un certain nombre de cas, aboutir à la rupture des petits vaisseaux, d'où épistaxis, hémorragie hémorroïdaire, et même hémoptysie. Ajoutons à ces phénomènes congestifs les troubles hématologiques généraux, tels que l'hémogénie fruste que nous avons notée à la période menstruelle ; ils sont la cause probable de la durée et de l'abondance de l'hémorragie.

Ainsi, *l'hémoptysie cataméniale nous apparaît comme liée à une poussée congestive pulmonaire et un trouble hématologique menstruel d'origine endocrino-sympathique.* Le rôle du système vago-sympathique a été du reste bien mis en évidence par de nombreux auteurs, dans la pathogénie de l'hémoptysie. Bezançon et Jacquelin ont bien montré que toute hémoptysie est la traduction au niveau du poumon d'n trouble vaso-moteur, d'ordre général, c'est-à-dire étranger au poumon et déclenché par des causes extérieures très variables. Chaize a insisté sur les rapports de l'hémoptysie avec l'inversion du réflexe oculo-cardiaque et les troubles de l'ionisation. Plus récemment encore, Michon, Chaize et Mollard ont insisté sur l'instabilité du système vago-sympathique au cours de la tuberculose pulmonaire ; ils ont obtenu, en outre, des arrêts d'hémoptysies grâce à l'infiltration novocaïnique du sympathique dorsal.

Si l'on admet que l'hémoptysie est due à un trouble vaso-moteur pulmonaire, on conçoit que le molumen cataménial, qui, chez certaines malades s'accompagne de troubles fréquents, puisse être alors une cause déclenchante au premier chef.

LE TRAITEMENT des hémoptysies cataméniales est double : arrêter l'hémorragie, l'empêcher de se reproduire. Nous n'insisterons pas sur la première indication thérapeutique : Le

traitement ne doit pas différer de celui communément employé dans toute hémoptysie : calcium, arrhémapectine, hypophyse, oxygène.

Par contre, empêcher la reproduction d'une hémoptysie constitue tout le problème.

a) Le *trouble homogénique* menstruel commande un traitement particulier : en dehors du calcium, insistons sur les injections de vitamine C, sur les extraits de plaquettes, et les extraits hépatiques. On évitera les sérums antihémorragiques, à cause des accidents hyperallergiques souvent très intenses chez les bacillaires :

b)Le traitement endocrinien a été essayé par un grand nombre d'auteurs.

Les extraits d'ovaires par voie buccale sont peu efficaces.

Depuis d'introduction en thérapeutique des extraits folliculaires et lutéiniques, le traitement par voie hypodermique a été utilisé.

L'hormone folliculaire a été employée contre les troubles menstruels des tuberculeuses. L'injection de folliculine, pratiquée après les règles paraît agir sur la fièvre prémenstruelle, les bouffées congestives. Mais elle reste pratiquement sans résultat sur l'hémoptysie. Dans nos trois cas relatés précédemment, l'échec fut complet. Il reste à savoir du reste si la folliculine, administrée longtemps à une bacillaire, est à conseiller. Ne s'agit-il pas en effet d'un produit décalcifiant ? Avec notre maître le Professeur Sergent, nous avons exposé récemment les corrélations parathyro-ovariennes (*Monde Médical*, n° 914, 1938) et rappelé que les menstrues, la ménopause, les injections de folliculine, diminuaient dans bon nombre de cas, la calcémie du sang. Il n'est peut-être pas sans danger de décalcifier même légèrement un tuberculeux et la thérapeutique folliculaire qui ne nous a donné que des échecs ne nous semble pas à conseiller.

Par contre, *l'hormone du corps jaune* ou lutéine a donné, à Paraf, Delie, Bourgeois et à nous-même (Thèse Ben Raïs, Paris, 1938) de bons résultats. La lutéine, antagoniste de la folliculine, doit être administrée dès le quinzième jour de la période intermenstruelle.

Mais c'est surtout *l'insuline* à petites doses qui nous a donné les meilleurs résultats.

L'action eutrophique de l'insuline est du reste bien connue. Grâce à cette médication, les malades reprennent du poids, de l'appétit, mais le point le plus intéressant est l'action de l'insuline sur l'hémoptysie cataméniale. Celle-ci disparaît après un mois ou deux de traitement quotidien, ainsi que les troubles vaso-moteurs. Dans notre observation 1, après une cure de lutéine, l'hémoptysie subit un temps d'arrêt mais reprend après trois mois. L'insuline, préconisée alors, à la dose de 10 unités quotidiennes, eut une action extrêmement nette sur le poids de la malade d'abord, puis sur l'hémoptysie. Il faut noter également que les règles diminuent en abondance.

Dans notre observation 3, 10 unités à midi, et 5 unités d'insuline le soir, ont eu une influence rapide sur l'état général, les troubles vaso-moteurs et sur l'hémoptysie.

Dans certains cas, surtout ceux où les règles sont particulièrement abondantes, les doses de 20 à 25 unités sont à préconiser, en 2 ou 3 fois par jour, avec adjonction naturellement d'un régime hypersucré.

Chez une autre malade, suivie avec notre collègue le Docteur Henri Durand, l'hémoptysie cataméniale, survenue chez une tuberculeuse fibreuse, fut également arrêtée, dans sa répétition, par un mois de traitement à l'insuline.

Comment expliquer cette action de l'insuline ?

Faut-il l'attribuer à son influence sur le système vago-sympathique ou encore à son action sur les troubles ovariens ?

L'insuline a en effet une action vagotrope incontestable sur le système vago-sympathique, ainsi que l'a bien montré Pende. Est-ce donc en déterminant une brusque vagotonie, qu'elle empêche le trouble vago-sympathique qui est à la base de l'hémoptysie ? Il serait intéressant à cet égard, d'essayer l'insuline à petites doses, au cours d'une hémoptysie banale.

Mais une deuxième action non moins nette de l'insuline est son influence sur la sécrétion ovarienne.

On sait en effet que le système pancréatique insulaire et l'ovaire présentent des corrélations remarquables.

Certains diabètes, particulièrement ceux qui surviennent à

la ménopause, ont été améliorés par des injections de folliculine (Carnot). Bouchard, Dalché, puis Maranon, ont bien montré le rôle de l'insuffisance ovarienne dans l'éclosion de certains diabètes féminins.

Inversement, l'insuline agit favorablement sur les métrorragies et les ménorragies d'origine ovarienne : Cotte, Vogt ont démontré ce rôle dans les ménorragies de la puberté, de l'âge adulte, ou de la ménopause. Il semble donc que la sécrétion insulaire inhibe la sécrétion folliculaire (Thèse de Mme Landrieux). Nous avons vu que chez nos malades avec hémoptysies cataméniales, on observait fréquemment une diminution d'abondance des règles. Aussi est-ce peut-être en diminuant la sécrétion folliculaire — au même titre que la lutéine — que l'insuline agit dans l'hémoptysie cataméniale.

Enfin, si nous ajoutons à l'insuline, l'extrait mammaire en injections dont le rôle adjuvant est parfois excellent, nous aboutissons aux *conclusions suivantes* :

1° *Chez la tuberculeuse en général, et chez la tuberculeuse hémoptoïque surtout, le traitement frateur de la sécrétion ovarienne est à conseiller.* Nous aboutissons ainsi aux préceptes maintes fois formulés par les classiques, à savoir le rôle néfaste des règles chez les tuberculeuses pulmonaires ;

2° *Il faut insister plus particulièrement, au point de vue thérapeutique, sur l'insuline, qui joint à son action générale et vago-stabilisatrice, un rôle anti-hémoptoïque, encore non signalé à notre connaissance, et qui méritait d'être souligné.*

Les Vaccinations dans l'Armée, dans la Marine, dans les Troupes Coloniales. Nécessité des Vaccinations associées

par le Médecin Capitaine de Réserve CHEYROU-LAGRÈZE

de la 15e Région

Médecin Breveté de la Marine Marchande

S'il existe pour les Chefs des Armées la préoccupation de tous les instants pour maintenir en parfaite santé les hommes de troupe pendant leur temps passé sous les drapeaux, pour les rendre plus forts à leur libération qu'à leur incorporation, cette mission est plus impérieuse pour leurs premiers collaborateurs : les Médecins aux armées. Aussi, les Médecins aux Armées ont mis tous leurs efforts à réduire la morbidité, la mortalité, à enrayer les épidémies. Par les bienfaits des vaccinations et par l'application des principes d'hygiène, ils sont arrivés à donner pour la durée de la guerre de 1914-1918 une santé vigoureuse au soldat français, à le rendre invincible, et à lui donner la victoire exprimée en termes immortels par le Maréchal Foch, récemment gravés sur la Médaille de l'Armistice éditée en l'honneur du 20e anniversaire.

Tandis que la guerre de 1870 avait anéanti le Combattant français, terrassé par les maladies, par la variole, par la fièvre typhoïde, la Grande Guerre qui vit le règne des vaccinations prophylactiques et de l'hygiène, en fit le maître de l'Univers.

Un hommage de profonde reconnaissance de la Nation entière doit être adressé aux artisans de la Victoire épidémiologique, la première de toutes les victoires qui eut pour résultat, non seulement de conserver les effectifs, mais encore d'augmenter leur puissance et leur résistance. Parmi la pléiade admirable des hygiénistes qui sauvèrent la France de 1914 à 1918, nous devons réserver la place d'honneur à Monsieur Le Médecin Général Inspecteur Vincent, vainqueur de la guerre bactériologique ; sous son impulsion, de jeunes pionniers de l'hygiène firent de leur mieux pour apporter aux combattants les récentes acquisitions

sanitaires, apprises dans les grandes Ecoles du Service de Santé de l'Armée et de la Marine.

Au moment où dans les premiers mois de la guerre en août et en septembre 1914, l'Armée française se repliait à marche forcées, harassée de fatigue, minée par les maladies, par les entérites dysentériformes, par les affections typhoïdiques, les vaccinations antityphoïdiques et antiparatyphoïdiques avec les mesures d'hygiène vinrent opposer une barrière infranchissable aux épidémies.

Dès septembre 1914, à l'Armée du Général Dubail, les premières demandes de vaccin antityphoïdique ont été adressées. On vit les troupes françaises triompher des maladies, retremper leur moral, reprendre leur allant, et régénérées, se trouver dans le meilleur état sanitaire qui, ultérieurement, leur permit de remporter la Victoire la plus éclatante qui ait jamais existé dans la vie des peuples.

Lire Marseille Médical du 26-10-36 « Rôle du médecin technique d'hygiène et de prophylaxie ». La *Tunisie Médicale* de septembre-octobre 1937 page 334 « Les troupes françaises ont gagné la Victoire de la Grande Guerre, grâce au Service de Santé . Les Médecins par l'application des mesures d'hygiène appropriées, ont sauvegardé les troupes des épidémies et des maladies contagieuses. Les Chirurgiens les ont rendues au front, en état, après avoir été opérées de reprendre leur place pour participer à toutes les phases de la bataille. Trois cent mille blessés sont revenus quatre fois au front et plus d'un million et demi de blessés sont revenus deux fois au front ».

Aussi, en présence des prodiges de cette récupération, 60.000 blessés récupérés par mois au cours de la guerre 1914-1918, rythme qui représente neuf dizièmes des évacués dont deux tiers récupérés un mois après leur blessure, il a été dit à juste titre :

« La France a gagné la guerre avec ses blessés ».

Le Service de Santé de l'Armée, ayant entièrement résolu le problème de la conservation des effectifs et de leur vitalité accrue durant la guerre, a été le meilleur élément de la Victoire.

La première des vaccinations reconnues obligatoires a été la vaccination antivariolique. Alors qu'en 1870, la variole fit de

nombreuses victimes chez les combattants, parce qu'ils n'étaient pas immunisés contre elle, pendant la guerre de 1914-1918, elle fut rarissime chez les troupes indigènes venues en France ; elle fut inconnue chez les troupes européennes, toutes vaccinées contre la variole. Cette constatation est la preuve la plus manifeste que l'obligation de la vaccination antivariolique doit s'imposer dans l'avenir partout avec le plus de force. Pour la technique de la vaccination, une ou deux scarifications de 2 à 3 millimètres sur 2 plages de la peau avec le vaccinostyle porté à l'ébullition suffisent, la nouvelle lymphe de l'Institut Pasteur étant dotée d'une plus grande activité.

Lorsque la vaccination antivariolique a été terminée, qu'il n'y a plus à redouter de réaction jennérienne, il importe de pratiquer sur le contingent des recrues aptes au service, la vaccination associée au pouvoir immunisant supérieur aux vaccinations séparées, contre cinq infections : fièvre typhoïde, fièvre paratyphoïde A, fièvre paratyphoïde B, diphtérie, tétanos ; mesure prophylactique de premier ordre adoptée en Angleterre, en Allemagne, en Italie. Elle est le plus grand témoignage de reconnaissance rendu aux savants français, animateurs de l'œuvre de Pasteur.

Il existe deux préparations du Vaccin associé : celle de l'Institut Pasteur adoptée dans l'Armée comporte trois injections : la première à la dose de 1 cc., la deuxième de 2 cc. faite quinze jours après, la troisième de 2 cc. pratiquée quinze jours après la deuxième et celle en vogue dans la Marine et les Troupes Coloniales pratiquée avec le Vaccin du Laboratoire du Lipo-Vaccin Mixte. Elle comprend deux injections : la première de 1 cc.,5, la deuxième de 1 cc.,5, effectuée quinze jours plus tard.

L'avantage des vaccins associés est d'offrir un pouvoir plus grand de préservation contre les maladies. Aussi les vaccinations associées devraient être préconisées chez les jeunes de France.

Lorsqu'on fait le point de ces vaccinations, nous trouvons que, depuis leur genèse, elles ont eu pour résultat d'assurer une protection très efficace des effectifs contre les états typhoïdiques, contre la diphtérie, contre le tétanos. A l'exemple de l'Armée, cette vaccination triple, rendra les services les plus appréciés dans la population civile et dans les milieux scolaires remplaçant la vaccination antidiphtérique.

Sur le terrain biologique, comme sur le terrain expérimental, ces vaccinations ont donné plein succès. Dans l'avenir les cas de typhoïde, de diphtérie, de tétanos sont appelés à devenir de moins en moins fréquents. Lorsque le vacciné vient à être blessé, pour conserver le pouvoir immunisant des vaccinations associées, afin de continuer à être préservé du tétanos, il restera à lui pratiquer une injection de rappel de 2 cc. d'anatoxine tétanique. Mentionnons que les chevaux de l'Armée obligatoirement vaccinés à l'anatoxine tétanique ont donné les résultats les plus satisfaisants.

L'anatoxine diphtérique associée a la propriété d'offrir un pouvoir de préservation plus grand et de mettre à l'abri de toute atteinte diphtérique les militaires pendant leur service. Actuellement, nous pouvons affirmer que les vaccins associés, produits nouveaux, doués de propriétés nouvelles, ont une force immunisante très puissante, qu'ils sont appelés à être de plus en plus en vogue et à rendre des services inestimables généralisés aux collectivités civiles.

A la XV^me^ Région, jadis contaminée de fièvre typhoïde, la terrible maladie n'exerce plus ses ravages depuis que les vaccinations associées ont été obligatoires dans l'Armée. Le redoutable fléau a disparu de Marseille et de la Provence. C'est le plus bel hommage des vaccinations associées à l'honneur de la XV^me^ Région Marseillaise.

Pour les troupes destinées à servir aux colonies, la vaccination anticholérique est venue préserver les effectifs des atteintes du choléra. Elle s'effectue en deux injections avec le vaccin de l'Institut Pasteur à base de virus vivants.

La première injection est faite à la dose de 1 cc. ; la deuxième injection est faite à la dose de 2 cc., à sept ou à dix jours d'intervalle. En Extrême-Orient, où nous l'avons employée, elle a rendu de précieux services, notamment parmi les équipages des navires étrangers provenant de Chine et du Japon.

Cette vaccination surtout utilisée dans les Indes Anglaises, a donné les résultats les plus encourageants.

En 1912 dans la guerre des Balkans, pratiquée sur une grande échelle, la vaccination anticholérique a été d'un secours inespéré. De même, en 1913, elle a préservé l'armée roumaine.

Après la vaccination anticholérique, le mouvement épidémique a été complètement enrayé.

A côté de cette vaccination, une non moins importante, la vaccination antipesteuse a fourni des résultats aussi excellents. Nous l'avons utilisée avec succès en Indo-Chine. Le vaccin préparé par le grand savant Yersin, qui a droit à la reconnaissance de tous les peuples et auquel nous exprimons toute notre gratitude à l'occasion de son aimable accueil à Saïgon, a empêché la peste chez les vaccinés.

Sur la terre d'élection de la peste aux Indes Anglaises, elle a eu une des répercussions les plus bienfaisantes.

Le vaccin de l'Institut Pasteur est employé à la dose de 1 cc. pour la première injection et de 2 cc. pour la deuxième injection, pratiquée à cinq jours d'intervalle de la première.

Le vaccin comprend deux milliards de germes. La vaccination antipesteuse au Lipovaccin est faite à la dose de 1 cc.

Ce vaccin comprend trois milliards 500 millions de germes. La vaccination antipesteuse, aidée des mesures d'hygiène de la dératisation périodique, a triomphé du pire des fléaux, ayant causé la mort du premier roi de France, dont le Mausolée, chef-d'œuvre sculptural, orne Carthage, l'ancienne capitale du Monde admirée par les personnalité et les passagers d'élite à bord du S. S. El Biar, premier courrier transméditerranéen de la Tunisie. Après les maladies asiatiques : peste et choléra, viennent les maladies africaines : fièvre jaune et typhus exanthématique.

La fièvre jaune ayant pour fief la Côte d'Afrique Sénégalaise, le typhus ayant pour pays d'élection : le Sud-Algérien, le Sud-Marocain, Le Sud-Tunisien, il restait à trouver la vaccination antiamarile et la vaccination antityphus pour sauvegarder l'Empire Africain Français. Toutes les deux, découvertes par le Docteur Laigret, employées suivant la Méthode Laigret, elles ont protégé les populations, elles ont arrêté la marche des épidémies, elles ont permis l'extinction des foyers de fièvre jaune et de typhus, elles ont donné une immunité toujours efficace, elles ont fait disparaître ces fléaux des régions contaminées. Dans les contrées menacées, dans les contrées atteintes et infestées, les vaccinés au moyen des vaccins Laigret sont restés indemnes, même au milieu des épidémies les plus sévères.

La vaccination antiamarile comprend une injection de 1 cc.

de vaccin antiamaril Laigret, inoculé dans le tissu cellulaire et adipeux de la paroi abdominale ou de la pointe de l'omoplate. Le vaccin antiamaril est un vaccin enrobé au jaune d'œuf. Il se présente en ampoule contenant cinq centigrammes de produit poudre ; la reprise est effectuée dans un centimètre cube d'eau physiologique. Sa conservation est d'un mois, mis dans une chambre frigorifique à la température constante de 15°.

La vaccination antityphus Laigret comporte une injection de 1 cc. de Vaccin Laigret, préparé avec le virus typhique murin à l'état vivant, pratiqué dans le tissu cellulo-adipeux de la pointe de l'omoplate. Le Vaccin Laigret se prépare en comprimés broyés dans un mortier. Il est ajouté goutte à goutte de l'huile d'olive lavée et stérilisée. Ce vaccin, mis dans une chambre frigorifique à 15° a une durée de conservation de quinze jours.

Visiteurs du Palais de la Découverte, renaissance admirable de l'Exposition incomparable de Paris 1937, visiteurs du Musée de l'Homme, chef-d'œuvre de la France et du Monde, réservez quelques heures pour voir le Val-de-Grâce.

Tout en vous promenant le long de ses belles galeries, vous observerez une minute de recueillement devant le Livre d'Or des noms glorieux du Corps Médical ayant payé leur tribut à la fièvre jaune et au typhus. Combien de pertes, combien d'hécatombes, ont été gravées en lettres d'or des Médecins, victimes du devoir, avant les bienfaits des Vaccins Laigret. Une pensée d'immense reconnaissance, émanée de l'humanité entière va au Docteur Laigret, l'éminent savant, vainqueur de la fièvre jaune et du typhus, continuateur de l'œuvre immortelle de Charles Nicolle et du Docteur Burnet Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis. (1) de retour

(1) Lire *L'Afrique du Nord Illustrée* du 13 décembre 1936 : « La Cité-Jardins de Tunis ». Le Maroc-Médical du 15 juin 1937, les Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, années 1933, 1934, 1935, 1936, le compte-rendu de l'Académie des Sciences de 1935 page 372, les Archives de l'Institut Pasteur de septembre 1937 : Examen critique des résultats de 32.000 vaccinations contre le typhus exanthématique par le vaccin Laigret. Les inoculations pratiquées dans les foyers épidémiques ont porté, d'abord, sur « les contacts », l'entourage des malades, ensuite sur les autres habitants du douar contaminé et les habitants des douars les plus proches ».

d'Extrême-Orient, où sa vaccination antityphus, à nouveau, vient d'obtenir plein succès.

Pour permettre le meilleur acclimatement des recrues à la vie maritime, militaire, coloniale et pour leur permettre de se trouver à point avant les vaccinations, il est à préconiser l'Hémostyl en ampoules buvables des Laboratoires du Docteur Roussel.

La cure d'Hémostyl redonne la vigueur, assure une bonne absorption des vaccins, facilite le passage de la vie civile à la vie militaire, tonifie les recrues, les empêche d'être atteintes par les maladies et les rend robustes, résistantes, endurantes.

En dehors de ces vaccinations, il reste à mentionner des vaccinations plus rares ou exceptionnelles. La vaccination antipneumonique pratiquée en deux injectons, chacune à la dose de 2 cc., la première avec le vaccin de l'Institut Pasteur, comprenant le T. A. B. pneumo, la deuxième, avec le pneumo seul.

Au Levant nous l'avons faite sur les Sénégalais et sur les Malgaches ; ses résultats ont été bons. La vaccination avec le Lipo-Vaccin est pratiqué en deux injections, chacune de 1 cc., la première de T. A. B. pneumo, la deuxième de pneumo seul.

La vaccination antiméningococcique paraît assurer la protection antiméningococcique. Elle a été utilisée avec succès au Congo Belge.

La vaccination antidysentérique a donné des résultats encourageants avec l'anatoxine dysentérique. En 1918 Besredka a utilisé la bile pour sensibiliser la muqueuse intestinale. Il est offert une pilule de bile et un quart d'heure après une pilule de vaccin. Au Maroc, chargé de pratiquer la vaccination antidysentérique, nous avons obtenu des résultats satisfaisants. Effectuée avec le vaccin de l'Institut Pasteur, présenté en cachet, il était fait absorber chaque matin à jeun pendant trois jours un cachet au moyen d'une gorgée d'eau. Elle n'entraînait pas d'exemption de service, ni de régime alimentaire : le vacciné pouvait manger dès qu'il y avait eu deux heures après la prise du cachet. Cette vaccination par voie buccale n'a pas de contre indication ; elle n'a jamais donné de réactions. Elle est employée sur l'ordre du Médecin Chef de la Place après son autorisation. Elle n'a pas fourni assez de documents pour permettre de se prononcer sur son pouvoir d'immunité

Avant d'émettre une conclusion sur les vaccinations, il est indispensable de donner la pratique des vaccinations. Elle a été précisée dans la Notice 3 du 20 juin 1927. La partie technique et la partie administrative y ont été élucidées.

Il est recommandé une asepsie parfaite : le renouvellement des aiguilles pour chaque vacciné, le rejet des ampoules de vaccin fissurées ou périmées. Il est prescrit de bien agiter le contenu de l'ampoule avant son utilisation. Le vaccin doit être frais, homogène, lactescent, sans flocons ou grumeaux. Il est nécessaire d'avoir pratiqué l'examen préalable des sujets à vacciner.

Il faut éliminer définitivement des vaccinations les tuberculeux, les syphilitiques, les néphritiques à albuminurie supérieure à cinquante centigrammes, les paludéens, les cachectiques palustres, les porteurs de lésions mal compensées du cœur et des poumons. Il importe de ne pas vacciner les hommes présentant des contre-indications temporaires : sujets souffrants ou fatigués, sujets en cours d'affection aigüe ou subaigüe, en période de grippe, d'oreillons et de fièvre éruptive. Pendant les épidémies de grippe, il est nécessaire de surseoir aux vaccinations. C'est le Médecin Chef de la Place qui, après un certificat de visite, signe la contre indication permanente enregistrée sur le livret individuel, sur le livret médical, sur le registre d'incorporation. En fin des vaccinations, il est adressé un rapport complet des vaccinations à la Direction du Service de Santé de la Région, il importe d'y relater les incidents, les accidents. Il doit être fait tout le nécessaire pour les éviter.

Les précautions à prendre sont d'éviter les refroidissements aux vaccinés, de chauffer tous les locaux réservés aux vaccinés, d'éviter les couloirs trop ventilés, les couloirs insuffisamment chauffés, d'y laisser déshabillés trop longtemps les candidats à la vaccination, d'éviter de vacciner les hommes en sueur, rentrant d'une marche ou d'une manœuvre. Il importe de prescrire le jour de la vaccination la diète hydrique, les boissons chaudes : le thé sucré, l'abstention absolue de vin, de bière, de cidre, de boissons alcoolisées. Il est nécessaire de donner le repos aux hommes le jour de leur vaccination et le lendemain, de les tenir couchés après les opérations des vaccinations. Le lieu d'élection des vaccins est la région scapulaire, l'inoculation du vaccin faite sous-cutanée dans le tissu cellulaire de la fosse sous-épineuse.

La vaccinothérapie préventive avec injection de microbes ou de toxines microbiennes, destinées à produire des anticorps et à conférer au vacciné une immunité active, est appelée à avoir un essor de plus en plus développé par ses progrès sans cesse grandissants pour le triomphe des maladies les plus redoutables, pour intensifier les moyens de lutte de l'organisme contre les germes pathologiques, pour accroître sa résistance, pour le rendre plus énergique et plus durable. Chaque jour les préparations vaccinales se transforment, de nouvelles découvertes s'effectuent pour injecter un baume régénérateur et immunisant, permettant à l'organisme de vaincre toutes les misères humaines et les maladies contagieuses épidémiques. Un jour viendra où un vaccin associé, polyvalent, standardisé, immunisera à jamais l'organisme contre toutes les affections. Déjà, la grippe qui chaque année fait tant de ravages, est en voie d'être jugulée par les vaccinations. Lors de la pandémie grippale de fin 1918 et du début de 1919, les vaccinations antistreptococciques et antipneumoniques, portées jusqu'à la frontière de Chine et à la frontière de la Birmanie, m'ont permis de mettre une barrière et une digue à la montée de l'épidémie et de l'anéantir dans la Haute Région du Laos par l'application des mesures rigoureuses d'hygiène, associées aux vaccinations.

La vaccinothérapie antituberculeuse arrivera un jour à terrasser la tuberculose. Le B.C.G., le vaccin bilié de Calmette-Guérin, pratiqué chez les sujets qui ne réagissent pas à la tuberculine, qui sont issus de parents tuberculeux ou au contact d'un entourage bacillifére, rend d'inestimables services et met l'enfant dès sa naissance, à l'abri du mal impitoyable (1).

Chargés du service des contagieux à l'Hôpital de Saïgon, il nous a été donné, après avoir pansé à la fournaise de Verdun les blessures les plus mutilantes, d'apporter nos soins dévoués au chevet des malades, atteints des affections contagieuses épidémiques les plus effroyables. En tant que membre de la Commission des Léproseries, nous avons vu les ravages des maladies les plus mutilantes. Partout où nous avons servi, nous nous sommes rendus compte des bienfaits des vaccinations. Nous devons reconnaî-

(1) Lire *Marseille Médical* N° 6 du 25 mars 1936, pages 407-412 : Vaccinations par le B.C.G.

tre que, depuis l'ère des vaccinations, l'état sanitaire s'est bien amélioré. Alors que, jadis, dans les campagnes la diphtérie faisait une hécatombe des enfants d'une même famille, que la fièvre typhoïde emportait dans la tombe successivement tous les membres d'une même famille sans épargner les plus vigoureux, il nous est réconfortant de constater qu'avec les vaccinations et l'hygiène, toutes les terreurs infernales des vivants ont disparu et toutes les maladies épidémiques ont été maîtrisées. Les vaccinations expérimentées sur nous, ont pu nous permettre de servir dans les régions les plus malsaines, du désert de Syrie aux frontières de Birmanie, d'accomplir sans indisponibilités, quinze ans 1 mois de campagnes et toute notre carrière de marin, de colonial, de soldat, totalisant huit campagnes, trois citations.

Grâce aux vaccinations, les sujets sont devenus plus vigoureux, plus résistants, plus endurants. Les hommes de troupe sont plus forts à leur libération qu'à leur entrée au service et dans le meilleur état de santé pour fournir dans la vie civile le maximum de rendement pour le plus grand bien de la France.

Compte-rendu du premier Congrès de l'Association de l'Etude des Produits Alimentaires

(Dieppe 18-20 Nov. 1938)

Le premier Congrès de l'Association de l'Etude des Produits Alimentaires a tenu ses assises à Dieppe, les 18 et 19 Novembre 1938. Il était présidé par Monsieur Martel, de l'Académie de Médecine et avait reçu les patronages officiels de divers ministères : Présidence du Conseil, Ministères de l'Education Nationale, de la Santé publique, des Colonies, de l'Agriculture et du Commerce.

Monsieur le Préfet représentait la Présidence du Conseil, Monsieur le Professeur A. Urbain, le Ministère de l'Education Nationale, Monsieur le Pharmacien Général Finelle, le Ministère des Colonies. Une intéressante représentation étrangère comprenait Monsieur Le Professeur Serriani (Rome), le Professeur Schneider (Luxembourg), le Docteur Tassitch (Belgrade).

Des réceptions brillantes ont été offertes aux Congressistes à la Chambre de Commerce, à l'Hôtel de Ville, au Rotary-Club de la coquette ville de Dieppe. Deux banquets fort réussis réunirent à midi les deux jours les invités. Une conférence remarquable le vendredi soir leur révéla avec beaucoup de charme, par la voie autorisée de Monsieur A. Legrand, le passé de Dieppe.

Les réunions se sont tenues dans un des belles salles de la Chambre de Commerce et furent particulièrement brillantes et suivies sous la présidence de Monsieur Martel assisté au Secrétariat, de Messieurs Lassablière, Brincourt et Uzan.

DISCOURS D'OUVERTURE DE M. LE PROFESSEUR MARTEL

Monsieur Martel, après avoir salué les Congressistes et les hôtes Dieppois, qualifie ces assises de « Congrès de l'aliment pur ».

Il s'élève contre toutes les formes de fraudes, même codifiées, qui offrent aux consommateurs des aliments souvent fort éloignés de leur état primitif par addition de substances chimiques diverses, d'action plus ou moins nuisibles et qui en diminuent, en tout cas, la valeur nutritive. Il préconise l'utilisation de procédés de conservation (physiques en général) qui ne présentent pas ces inconvénients.

L'éducation du public joue un grand rôle dans cette question et l'orateur cite en particulier l'effort méritoire et soutenu effectué aux Etats-Unis ces dernières années.

SUR L'ASSAINISSEMENT DES MOLLUSQUES MARINS COMESTIBLES PAR L'EAU DE MER OZONISEE

Par le Docteur J. SALMON

Dans plusieurs communications successives à la Société d'Hygiène Publique, Industrielle et Sociale (1937-1938), l'A. a proposé à la suite d'expériences effectuées à la station zoologique de Wimereux (Faculté des Sciences de Paris), en collaboration avec Jean Le Gall et André Salmon, un procédé d'épuration des coquillages par l'eau de mer ozonisée et dont les avantages sont les suivants :

Stabulation d'épuration réduite à 48 heures.

Utilisation d'un corps gazeux qui se décompose rapidement en oxygène sans laisser aucun résidu chimique.

Possibilité de créer dans les ports de pêche des stations de stérilisation où pourraient être traités tous les coquillages indistinctement et qui serviraient en même temps à l'entreposage pour les expéditions à l'étranger.

LES PROCEDES DE CONSERVATION DU POISSON à L'ETAT FRAIS

Par Jean LE GALL, Agrégé de l'Université, Chef du Laboratoire de l'Office Scientifique des Pêches à Boulogne-sur-Mer

L'épuisement progressif des fonds a obligé les navires à augmenter de plus en plus leur rayon d'action et à prolonger la durée de leur séjour à la mer. Or, le poisson est une denrée éminemment périssable ; il a donc fallu rechercher les procédés capables de retarder son altération et de le maintenir dans un état tel qu'il puisse être encore considéré comme « FRAIS » non seulement au débarquement au port, mais encore au moment de sa distribution aux consommateurs dans les villes de l'intérieur, même les plus éloignées du littoral.

Les procédés de conservation employés sont tous basés sur l'action du froid qui retarde les phénomènes d'altération dûs aux diastases = ferments solubles de l'organisme et aux germes microbiens apportés.

La glace fut le premier agent employé pour la production de ce

froid, mais bientôt la glace artificielle, qui avait remplacé la glace naturelle précédemment employée, se révéla insuffisante pour assurer une parfaite conservation du poisson au cours des longues sorties des chalutiers.

Il fallut améliorer le procédé. C'est ainsi que l'on essaye la glace salée préparée avec de l'eau de mer, moins riche en bactéries que l'eau douce ; la glace carbonique, où, à l'action du froid provoqué par l'évaporation de l'anhydride carbonique solide, s'ajoute la formation d'une atmosphère gazeuse, impropre au développement des fermentations aérobies.

On a aussi envisagé l'emploi d'antiseptiques, venant compléter l'action du froid par leur action microbicide et on a connu : les glaces à l'hypochlorite, à l'ichtène et, plus récemment, les glaces acidulées (par l'acide chlorydrique) créant un milieu acide s'opposant au développement des bactéries.

Enfin, l'eau oxigénée et l'ozone ont été essayées. Ces produits créant une atmosphère d'oxygène actif, bactéricide puissant, sans apporter aucune autre substance, ont donné d'excellents résultats sous forme de glace oxygénée et de glace ozonée. Ils ont trouvé leur application à l'étranger. Le procédé de l'ozone a été complété d'ailleurs par un lavage immédiat du poisson capturé à l'eau de mer ozonée qui le stérilise.

L'amélioration apportée au travail du poisson à bord des navires de pêche : éviscérage, mise en caisses, glacées, la réfrigération des cales et, enfin, l'amélioration des procédés de transport en wagons isothermes font que, dans les conditions actuelles de la pêche hauturière, le poisson « en glace » arrive encore au consommateur dans un état convenable de fraîcheur.

LES VITAMINES DU POISSON

Par Jean LE GALL Agrégé de l'Université, Chef du Laboratoire
De l'Office Scientifique des Pêches, à Boulogne-sur-Mer.

Les recherches récentes sur les Vitamines ont montré la présence des vitamines Liposolubles A et D non seulement dans l'huile de foie de morue, mais encore dans tous les huiles de poisson étudiées : huile de foie de morue comme huiles extractives de divers tissus.

Les huiles de foie de certains poissons (Ex. : Flétant, Lingue), se sont révélées comme ayant une teneur en vitamines A et D nettement supérieure à celle des huiles de foie de morue.

Les huiles extraites des viscères (foie excepté) comme celles extraites du corps ont également une teneur élevée en vitamines A et D.

La teneur en vitamines A et D de ces diverses huiles varie suivant l'état physiologique des poissons.

Jusqu'à ces dernières années, le poisson n'était pas considéré comme une source importante de Vitamines aquasolubles B et C. Les dernières recherches ont démontré la teneur élevée en Vitamines B I, B II et C de certains organes, particulièrement en ovaires (ou rogues) des quelques espèces étudiées. Il en a été de même pour les Mollusques comestibles examinés.

On ne sait encore rien sur la présence de la Vitamine E dans les espèces de comestibles de la faune marine.

L'étude des vitamines des poissons (comme celles des produits de la mer comestibles) aurait un intérêt à la fois scientifique et pratique

Scientifique, car peu d'espèces ont été étudiées pour le moment et que le rôle important que jouent ces substances encore mal connues dans le métabolisme général pourrait être élucidé chez ces animaux dont le cycle physiologique devient généralement annuel une fois atteinte la première maturité sexuelle.

Pratique, car elles mettraient davantage en évidence la haute valeur alimentaire du poisson, permettraient l'amélioration des techniques de préparation des huiles médicinales et des conserves alimentaires pour leur conserver leur teneur en vitamines et parce que, les produits riches en vitamines faisant actuellement l'objet d'une demande active de la part des industries alimentaires ou pharmaceutiques, elles ouvriraient des débouchés probables pour les déchets de poisson ou les espèces actuellement rejetés à la mer.

SUR L'ALTERATION DU POISSON

Par Maurice BOURY, Chef du Laboratoire de Chimie
de l'Office des Pêches Maritimes

L'altération particulière du poisson tient à trois causes principales :

— conditions de capture (fatigue et meurtrissure possibles du poisson, emploi d'appât) ;

— présence de foyers de contamination bactérienne (mucus, branchies, tube digestif) ;

— contexture des tissus.

L'altération procède essentiellement de phénomènes bactériens ; la nature de ceux-ci est démontrée par des examens bactériologiques et par l'étude des produits formés au cours de la corruption.

Plusieurs espèces rencontrées sur le poisson vivant sont douées de propriétés protéolytiques actives ; elles peuvent jouer un rôle important dans l'altération de la chair, après la mort de l'animal.

Toutefois, les intoxications alimentaires imputables à la consommation de poissons de mer sont relativement très rares. Le poisson constitue une denrée intrinsèquement saine ; aussi serait-il injustifié de manifester une appréhension particulièrement à son égard.

Il est parfois utile de disposer d'une technique purement objective qui définisse l'état de conservation du poisson d'une façon précise. Les recherches faites ont montré qu'une mesure significative du degré d'altération peut être fournie par le dosage de l'azote volatil aminé dans le cas des Téléostéens, ou par celui de l'azote ammoniacal chez les Sélaciens.

« LES FRUITS DE MER » ALIMENTS DE PREMIER ORDRE

Par Raymond NEVEU, Auditeur au Conseil Supérieur d'Hygiène

Monsieur Raymond NEVEU montre tout d'abord que les coquillages, les huîtres notamment, sont des aliments de premier ordre. Les auteurs anciens étaient d'accord pour le proclamer. Huinguant, dans une thèse passée en 1745, n'affirmait-il pas qu'il n'y avait point d'aliment plus propre à donner de l'embonpoint que l'usage modéré de l'huître crue. Depuis, sa richesse en vitamines a été bien mise en lumière. LALESQUE, CARLES HAGNET, BARRIERE et d'autres auteurs ont montré que c'était un aliment précieux dans la tuberculose, et PEASE, utilisant son action génératrice sur l'hémoglobine préconise les huîtres dans les anémies.

Les moules, également, ont une très grande valeur nutritive. Dans un rapport sur les Pêcheries pendant la Grande-Guerre, le Ministre de l'Agriculture et des Pêcheries de Grande-Bretagne a calculé que 10.000 livres de chair de moules représentent une valeur alimentaire de 3.000.000 de calories.

Malheureusement, la crainte de la typhoïde empêche beaucoup de personnes de consommer des coquillages.

Le rapporteur pose comment fonctionne le contrôle sanitaire en France. Il rappelle le décret du 31 Juillet 1923, et le décret-loi du 20 Oc-

tobre 1935. Il insiste sur l'utilité d'appliquer strictement les règlements et d'éduquer le public. Au moment où plus que jamais un redressement économique s'impose, la France a le devoir d'utiliser toutes ses ressources, et de n'en laisser perdre aucune. C'est pourquoi il faut tout faire pour que l'on puisse consommer sans crainte tous « les fruits de mer » qui abondent sur ses côtes, et, qui sont des aliments très précieux.

VENTE DES POISSONS EN FILETS

Par le Docteur LOIR (Le Hâvre)

La présentation des poissons en filets offre plusieurs avantages : l'absence de contact avec les intestins assure une meilleure conservation, l'aspect est plus engageant.

Pratiqué à l'étranger déjà, ce mode de mise en vente du poisson semble être la meilleure façon d'en augmenter et d'en faciliter la consommation.

L'UTILISATION DU POISSON DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS

Par le Docteur J. BRINCOURT

La nécessité d'introduire tôt dans l'alimentation des enfants des protéïnes animales oblige à en varier le choix. C'est vers 15 ou 16 mois que l'enfant pourra supporter de petites quantités de poisson, à la condition qu'il soit très frais, maigre, et cuit à l'eau. Vers 4 ans, on pourra y ajouter certains poissons gras. Plusieurs fois par semaine le poisson remplacera utilement la viande. Il apporte en effet à l'organisme des protéïnes riches en acides aminés indispensables à la croissance, des sels minéraux dont certains comme le calcium et le phosphore sont proportionnellement en plus grande quantité que dans la viande, des vitamines : les poissons contiennent surout les vitamines A, B I, B II et D. Lesmaladies de sensibilisation chez l'enfant, en particulier le prurigo, sont rarement dues à l'ingestion de poisson, mais à une suralimentation globale ou à un régime monomorphe. En donnant à l'enfant un régime varié et bien équilibré, on évitera de telles affections.

LE SOJA ET SES PRINCIPALES APPLICATIONS DIABETIQUES

Par A. BOUTROUX, Pharmacien, Ex-Interne, des Hôpitaux,
Ancien Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de PARIS

L'auteur rappelle l'intérêt médical que présentent les protéïnes du

SOJA. En diététique infantile, cette légumineuse peut servir d'aliment de base dans le régime lacté restreint.

Aux diabétiques, le SOJA apporte une ration riche en azote et pratiquement exempte d'amidon. Dans les états colitiques principalement accompagnés de putréfactions c'est à la fois un aliment et un médicament.

Dans les industries alimentaires les plus diverses, le « SOYOLK » farine intégrale de SOJA désodorisée et stabilisée, est utilisée soit à faibles doses comme améliorant et dans ce cas, son mode d'action est purement physique, soit à doses élevées (pouvant atteindre 25%) ; le SOJA devient alors un complément calorique important modifiant de la manière la plus heureuse le rapport $\frac{\text{protéines}}{\text{Hydrates de C}}$ qui est trop faible dans les farines de céréales usuelles.

ETUDE BIOLOGIQUE D'UNE RACINE UTILISÉE AU GABON COMME ALIMENT-MEDICAMENT

Par Monsieur NURMAN

Il s'agit de la racine de Tarbernanthe Manii dont l'action est très particulière sur l'organisme. Les études expérimentales montrent que l'extrait hydro-alcoolique de cette plante accroît les combustions organiques, possède un pouvoir phylactique vis-à-vis de certains toxiques, accélère le développement des animaux en expérience, accélère la respiration du lapin en augmentant l'amplitude. Tous ces faits confirment les recherches cliniques qui ont permis de constater qu'à dose thérapeutique chez l'homme, cette médication élève le métabolisme basal.

QUALITES HYGIENIQUES ET GASTRONOMIQUES DU CIDRE ET DU JUS DE POMMES

Par Monsieur MARCHAND

En dehors de sa valeur alimentaire reconnue, de sa valeur tonique et énergique, le cidre a encore une valeur bactéricide mise en valeur par les travaux des docteurs HALIPRE, KLING et FLORENTYN.

Régulateur de l'intestion, il est un ennemi acharné de l'acide urique. Providence des arthritiques, il constitue un agent uricolytique au premier plan son action diurétique le fait recommander pour la plupart des lithiases et son action prophylactique en ce qui concerne la goutte et la pierre est largement démontrée par l'absence presque complète de ces maladies chez les populations buveuses de cidre.

C'est encore le régal des connaisseurs et il est toute une série de plats qui ne sauraient se passer de cidre.

S'il a été chanté par les poètes et si les Médecins du Moyen-Age le recommandaient déjà chaleureusement, vaste est encore le travail à effectuer pour en connaître toutes les qualités et particulièrement en ce qui concerne le jus de pommes, son frère puiné, une large place reste à exploiter dans le champs des applications hygiéniques et thérapeutiques

INTERET DES INVERTEBRES MARINS COMME SOURCE DE VITAMINES C,

Par le Professeur Agrégé GIROUD, de la Faculté de Médecine de PARIS

L'auteur a étudié la teneur en acide ascorbutique des tissus de divers invertébrés marins (moules, huîtres, oursins, crevettes, violets, coquilles St. Jacques, etc...) Il en a reconnu la haute valeur surtout en ce qui concerne les viscères (hépatopancréas et glandes génitales).

Les invertébrés marins qui constituent à la fois des aliments économiques et agréables, sont aussi des sources importantes de facteur C par lequel nous sommes insuffisamment pourvus.

LA VALEUR ALIMENTAIRE DES CONSERVES EN BOITES

Par le Professeur A. URBAIN, du Museum d'Histoire Naturelle.

Cette étude des conserves en boîtes est faite en examinant leur rôle et leur valeur au point de vue de l'alimentation de l'homme ; nous empruntons nos conclusions aux récents travaux de MACHEBŒUF, CHEFEL et Mademoiselle THUILLOT.

Compte-tenu que l'absence des microbes ne soit pas générale pour tous les produits conservés, nous savons que les germes pathogènes par voie digestive tels que le bacille typhique, le colibacille, le vibrion cholérique sont toujours détruits par la stérilisation... Or, si l'on se souvient que la fièvre typhoïque et le choléra sont toujours transmis par les aliments, on se rend compte immédiatement que les conserves représentent, de ce point de vue, un facteur de sécurité dans l'alimentation. Il ne fait cependant pas de doute que la question de l'absence des microbes pathogènes joue un rôle tout à fait secondaire dans l'importance alimentaire des conserves. Leur inaltérabilité, au contraire qui les caractérise et les définit, permet de se procurer en toute saison et en tout lieu, l'ensemble des divers facteurs indispensables à une alimentation correcte, tant par la variété qu'elles permettent d'obtenir, que

par la facilité qu'elles offrent pour réaliser les divers équilibres alimentaires. Si ce dernier point est évident en ce qui concerne la plupart des facteurs nécessaires aux besoins de l'organisme, tels que matières azotées, sels minéraux, cellulose, etc... nous avons montré qu'il convenait de faire justice des griefs qu'on imputait aux conserves quant à la destruction de leurs vitamines.

LA TROPHOPHYLAXIE

Par P. LASSABLIERE, Directeur à l'Ecole des Hautes Etudes

En dehors de leurs propriétés énergétiques, plastiques, physico-chimiques, vitaminiques, les recherches de LASSABLIERE l'ont amené à attribuer aux aliments un rôle nouveau et à les considérer comme capables de contribuer pour leur propre compte à la défense de l'organisme contre les infections et les intoxications ; d'où le nom de « Trophophylaxie » (protection par les aliments) qu'il a créé pour désigner cette nouvelle fonction.

Il a pu traiter et sauver des centaines d'animaux ayant reçu des doses mortelles de poisons divers (venins, solutions de cyanure de Hg, de Spartéine etc...) en leur donnant exclusivement des aliments appropriés : jus de viande, acides aminés, extraits d'organes, jus d'orange, vins rouge, blanc, champagne, eau de riz, solutions sucrées, solutions de sels minéraux, etc...

Il existe donc dans les aliments des substances que l'analyse biologique permet de déceler « trophophylactines » qui, sont capables de protéger l'organisme contre les intoxications et les infections. Ces trophophylactines ne sauraient être confondues avec les vitamines, car le chauffage à l'air libre ne les détruit pas et certains aliments comme les sucres et les huiles qui sont riches en trophophylactines, ne contiennent pas ou renferment très peu de vitamines.

La trophophylaxie nous explique pourquoi la diététique et les fonctions de défense de l'organisme sont intimement liées ; elle nous éclaire sur l'importance de l'alimentation dans la prophylaxie des fléaux épidémiques (typhus, paludisme, maladie du sommeil) dont on connaît les ravages chez les individus sous-alimentés. Enfin, c'est tout un nouveau chapitre de la pathologie générale qui s'ouvre avec elle. Bien des faits isolés s'y insérent. La trophophylaxie est l'expression de la loi qui établit une relation entre tous ces faits.

HYPOVITAMINOSES

Par Pierre LASSABLIERE, Directeur à L'Ecole des Hautes Etudes

D'accord avec les professeurs SZENT-GYORGYI l'auteur estime que la majorité des affections humaines sont dues aux faits d'une alimentation irrationnelle. Il y a hypo-vitaminose chaque fois que l'apport des vitamines est inférieur à la quantité optima nécessaire à l'individu pour assurer aux collectivités la mortalité et la morbidité des plus basses.

Le déficit en vitamines C constaté dans les collectivités par des auteurs différents GOTHLIN (Suède), MESSERLI et HEIMANN (Lozanne), J HAGTVET (Wertemalavanda), GANDER (Suisse) BERNSTEIN et WINTER (Bâle), BIGWOOD (Belgique), MULHER (Suisse) et par l'auteur) est pour l'organisme un des états d'infériorité les plus répandus et un des plus insidieux, parce que la plupart du temps aucun signe extérieur n'en trahit la présence et que seul le test de saturation, de découverte récente, permet de le mettre en évidence.

Le déficit en vitamines C entraîne un accroissement du potentiel de vulnérabilité de l'individu ; le scorbut lui-même n'est que l'expression finale de l'avitaminose, il constitue le stade pré-mortel des affections. Le test de saturation permet aux médecins de dépister les états de pré-carence en vitamines C.

CAFE ET CAFEINE

Par le Docteur G. RAUST, Assistant à l'Ecole des Hautes-Etudes

1. — La boisson confectionnée avec les grains de café torréfiés possède une qualité de saveur qui procure un bien-être particulier.

2. — Cette saveur est indépendante de l'alcaloïde caféine contenu dans le grain de café ; le café décaféinisé procure aussi ce bien-être dû à la saveur spéciale de cette boisson ;

3. — Entre les mains du médecin, la caféine est sans doute un médicament fort apprécié pour certaines maladies.

4. — Utilisé sans discernement dans l'infusion de café, la caféine est susceptible de produire des effets nuisibles dans certains états déficients.

5. — L'absorption régulière de caféine même par des personnes en bonne santé peut amener chez celles-ci une diminution de la résistance et de l'effort, des effets étant d'autant plus nuisibles qu'ils s'ac-

compagnent d'autres efforts ou sont concordants avec une faiblesse de l'organisme ; ils dépendent également des quantités absorbées et de la sensibilité des personnes vis-à-vis de la caféine.

6. — Un accroissement réel et permanent de l'effort conséquemment à l'ingestion régulière de caféine ne pourra être atteint.

7. — La possibilité de confectionner un café décaféinisé qui garde toute sa saveur initiale élargit grandement le nombre des consommateurs de café et permet également un accroissement substantiel du commerce.

LE LAIT ET LE MODE DE SUCRAGE DU LAIT DANS LES ALLERGIES CUTANEES INFANTILES

Par Monsieur DEVRAIGNE, Accoucheur des Hôpitaux et Monsieur UZAN, Maître de Conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes

Les A. ont étudié les conditions diététiques susceptibles d'améliorer les eczémas des nourrissons élevés artificiellement.

Ils ont passé en revue divers laits et surtout divers modes de sucrage (sucre de canne, sucre de betterave, mélanges dextrine-maltose, miel, dextrose pure). Ils concluent que le traitement de choix des allergies cutanées infantiles est la combinaison : lait homogénisé concentré non sucré (evaporated milk des Américains) et dextrose pure. Onze observations caractéristiques illustrent leur rapport.

LE VIN DANS LE REGIME ALIMENTAIRE DES DIABETIQUES

Par Messieurs WEISSEMBACH, Gilbert DREYFUS et Jacques LIEVRE

Le vin est le pain du diabétique ; il satisfait aux besoins caloriques sans aggraver les troubles métaboliques fondamentaux qui sont à la base de la maladie diabétique et il apporte d'autres avantages encore : pouvoir diurétique, pouvoir tonifiant, vitamines B, stimulation de la combustion des sucres, facilitation de la digestion des graisses, action anticétonique.

Il faut surtout choisir les vins riches en alcools et pauvres en sucre pour le diabétique.

Ce vin entrera dans le régime d'apreuve pour en renforcer la valeur talorique et dans le régime définitif du diabète simple sans acidose où le vin vient se substituer aux graisses mal tolérées. En cas d'acidose

l'action anticétonique dd vin permet en outre son utilisation encore plus large.

Le vin trouve donc sa place dans le régime alimentaire de tous les diabétiques.

REGIME ALIMENTAIRE POST-OPERATOIRE CHEZ LES NOURRISSONS

Par André MARTIN, Chirurgien-Chef de l'Hospice des Enfants Assistés

Dans le but d'éviter aux petits opérés une diète hydrique trop prolongée chez les enfants shockés ou en état de dénutrition, l'auteur, à la suite de ravaux américains de SAUER, a choisi un lait qui soit particulièrement facile à digérer.

Au cours de 61 interventions, la réalimentation par le lait homogénéisé condensé non sucré,lui a permis d'éviter la majorité des troubles intestinaux qui viennent si souvent compliquer les suites de l'intervention et retarder la guérison.

TOXI-INFECTIONS D'ORIGINE ALIMENTAIRE ET PROPRETE DES ALIMENTS

Par Monsieur NAVARRE

Les toxi-infections d'origine alimentaire semblent devenir de plus en plus rares. Leur origine est actuellement bien délimitée ; elle relève toujours de l'un des trois facteurs suivants : surveillance insuffisante et contrôle impossible ; conditions défectueuses des manipulations et modes de préparation ; méconnaissance des porteurs de germes. Ces trois causes entraînent les conclusions pratiques suivantes : surveillance des viandes et de tous aliments animaux : éducation des professionnels, éducation du public ; enquêtes facilitées, accélérées avec le préliminaire strict de déclaration obligatoire ; renforcement des pouvoirs légaux concernant les destructions ; surveillance bactériologique judicieusement prolongée des individus atteints.

LE LAIT CALCIQUE

Par le Docteur D. LESNE de l'Académie de Médecine

Le lait calcique doit être considéré comme un aliment et un médicament, il est susceptible de jouer un rôle important dans la diététique des enfants du premier âge.

Il est bien assimilé grâce à une préparation relativement bien équilibrées des différentes substances constituantes, son goût est agréable sa préparation aisée.

Il est possible actuellement de trouver dans le commerce une forme de lait calcique désséché en poudre qui, reconstitué à l'aide d'eau de riz ou d'orge sucré à 5% présente les mêmes qualités. Son emploi peut être poursuivi sans inconvénient, néanmoins, il sera toujours nécessaire d'ajouter à partir du 13me mois, une dose quotidienne de 2 à 3 cuillerées à café de jus de citron, d'orange ou de tomate.

DIFFERENCE D'ACTION TOXIQUE DE DIVERSES HUILES VEGETALES SUR LE FOIE DU COBAYE,

Par Monsieur R. JAHIEL, Attaché Médical de Clinique à la Faculté de PARIS, Mme S. DELANNEY, Docteur es-Sciences, et Monsieur ROSEN

Trois espèces communes d'huiles ont été utilisées : l'huile d'olives, l'huile d'arachides et l'huile de palme.

Après gavage à ces différentes huiles on a pu constater des résultats variables dans l'étude du poids de l'animal et du comportement de la glande hépatique au point de vue du glutathion réduit et des graisses.

Nos résultats, encore provisoires, montrent : 1°) que les animaux gavés à l'huile d'arachides et de palme maigrissent, tandis que l'on constate un certain engraissement chez les animaux nourris à l'huile d'olives;

2°) Il existe une augmentation réelle de la teneur en glutation réduit pour les foies de cobayes gavés à l'huile d'arachides et de palme, le taux de celui-ci restant normal chez les animaux nourris à l'huile d'olives.

3°) La réserve en graisses du foie baisse chez les animaux nourris à l'huile d'arachides et de palme, elle augmente chez les animaux nourris à l'huile d'olives.

Ces résultats sont en faveur de la valeur nutritive plus grande de l'huile d'olives.

LA SOLE NORMANDE par M. Brunet de Coudrouniac.

L'auteur fait l'historique de cette délicieuse préparation dieppoise dont on fête en ces jours, le centenaire.

LA MAUVAISE QUALITE DU PAIN. — MESURES A PRENDRE POUR Y REMEDIER, par M. Saugrain.

On consomme moins de pain et cela est lié à plusieurs causes : consommation plus grande de viande, pain de moindre qualité, réduction médicale de la ration de pain. La moindre qualité de pain est à la fois le fait du poulanger (levures, suppression du travail de nuit, suppression de la concurrence), du minotier (moulins à cylindres enlevant le germe et une grosse partiedesproduits nutritifs). Il est nécessaire de modifier cet état de choses. Il faut voter une loi spéciale exigeant comme pour le lait, le miel ou le vin, la «ponne qualité» du produit livré au public.

INITIATIVES ITALIENNES POUR LA RESOLUTION DU PROBLEME ALIMENTAIRE, par le Prof. Serianni (Rome).

L'Italie a vu se fonder successivement une Société Italienne pour l'Alimentation, un Comité Interfédéral, et enfin un Institut pour l'Etude des problèmes alimentaires chez l'homme normal et le malade qui se sont déjà occupés d'une foule de problèmes concrets et pratiques concernant l'étude de l'Alimentation.

BOISSONS ALCOOLIQUES ET METABOLISME DES GLUCIDES, par le Prof. Serianni.

Le vin et le jus de raisin, contrairement à l'alcool éthylique pur, ont une action nette sur la glycémie capillaire et veineuse qu'ils abaissent habituellement surtout chez les sujets diabétiques comme tendent à le démontrer les recherches de l'Auteur.

LA TENEUR VITAMINIQUE A DE CERTAINES HUILES D'OLIVES ITALIENNES, par le Prof. Serianni.

L'huile d'olives vierge contient autant de vitamines A que le beurre, tandis que l'huile raffinée s'en est montrée totalement dépourvue.

Cette conclusion est conforme à celle des auteurs français. Cependant des réserves sont à faire quant à l'action du raffinage et l'A. se propose de rechercher la teneur en vitamine A d'huiles vierges ou raffinées provenant des mêmes olives.

SUR QUELQUES PROPRIETES BIOLOGIQUES DE L'HUILE D'OLIVE, par Pierre Lassablière et Maurice Uzan.

L'huile d'olive a connu depuis la plus haute antiquité de nombreuses applications thérapeutiques.

Ses propriétés biologiques, en particulier son action topique sur l'estomac, son rôle dans le reflux biliaire duodéno-gastrique, ses effets hépato-biliaires et intestinaux, son intervention dans le métabolisme des graisses, son rôle de vecteur de vitamines, d'hormones et de différents médicaments justifient son emploi en thérapeutique.

Les recherches des A. les ont amenés à lui attribuer une propriété nouvelle qui se traduit dans certaines conditions par un pouvoir antitoxique ou *trophophylactique*, qui pourrait expliquer en partie au moins ses effets thérapeutiques.

LE CONTROLE SANITAIRE DES HUITRES FRANCAISES
Par M. L. LAMBERT, Inspecteur général du Contrôle Ostréicole

VITAMINES DES FROMAGES
Par Pierre LASSABLIERE et Maurice UZAN

Les fromages sont de bons vecteurs de vitamines A, surtout lorsqu'ils sont frais et leur teneur en ce facteur est d'autant plus élevée qu'ils sont plus gras.

On y trouve des vitamines hydrosolubles : vitamines B I et surtout Vitamines B2 (lactoflavine). En ce qui concerne l'acide ascorbique, on en trouve fort peu dans les fromages frais, presque pas dans les fromages fermentés de la présence de substances réductrices qui pourraient éventuellement en imposer pour de la vitamine C.

A PROPOS DES VITAMINES DES LAITS INDUSTRIELS,
Par le Prof. TANON et P. LASSABLIERE

Les vitamines sont surtout sensibles à l'action oxydante de l'air et la chaleur intervient pour hâter cette oxydation.

La plus facilement oxydable étant la vitamine C, il est donc indispensable d'ajouter à la ration des enfants de la vitamine C.

La vitamine D est plus solide, mais le lait de vache, comme le lait de femme n'en contient que peu : 5 à 15 Unités par litre, alors que la ration pour prévenir le rachitisme est évaluée à 200 60- Unités Inter. par jour.

Dans les pays étrangers, on considère le lait comme un vecteur

parfait de vitamine D. L'association des Médecins Américains contrôle la production et la vente des laits fortifiés en vitamine D ; il f a là un exemple que nous serons amenés à suivre tôt ou tard en France.

VŒUX DU CONGRES

Le Congrès,

1°. — Comme suite au débat sur le poisson, émet le vœu :

que, dans le transport du poisson, du lieu de pêche, jusqu'au consommateur, ne soit jamais interrompu *la chaîne frigorifique*.

2°. — Comme suite à la communication de M. Saugrain, émet le vœu :

que des mesures soient prises pour que la farine livrée aux boulangers contienne le germe et toutes les parties constituantes de l'amande du blé.

LE BANQUET DE CLOTURE du Congrès s'est tenu dans les salons de l'Hôtel du Rhin, et a réuni un grand nombre de convives. On y remarquait de nombreuses personnalités dieppoises et parisiennes parmi lesquelles les Drs Navarre, Neveu, Delort, Jahiel, Rosen, MM. Delauny, Brunet, etc...

De nombreux orateurs prirent la parole au champagne : M. Sorrel au nom des Dieppois ; M. Pichon, au nom des journalistes. MM. Tassitch Schneider et Serianni, au nom des délégations étrangères ; M. le Pharmacien Général Finelle, pour le Ministre des Colonies ; M. le Prof. Urbain représentant le Ministre de l'Education Nationale ; M. le Sous-Préfet de Dieppe au nom du Gouvernement ; M. le Prof. Martel, Président du Congrès.

Nous ne pouvons pas clore ce compte-rendu sans rendre hommage aux organisateurs qui se sont dépensés sans compter ; en particulier MM. le Dr P. Lassablière, Secrétaire général du Congrès, MM. de Coudekerque-Lambrecht et Brunet.

Drs Jean BRINCOURT et Maurice UZAN.

Contribution à l'étude de la prophylaxie de l'infection puerpérale

Essai de chimiothérapie préventive

Thèse du Docteur Guy Picot

(Travail de la Clinique Tarnier)

Paris 1937

Aprés une étude générale de la fièvre puerpérale (historique, pathogénie actuelle, traitements prophylactiques proposés jusqu'ici...), le Dr Picot expose les résultats de l'essai de prophylaxie réalisé à la clinique Tarnier, à l'aide de benzyl-amino-benzène sulfamide (Septazine).

L'expérimentation porte sur un durée de 1 an et a été réalisée sur les bases suivantes :

a) N'ont été retenues, pour l'expérimentation, que les femmes enceinte à terme ou près du terme. De plus, toute parturiente pathologique (tuberculeuse, cardiaque, albuminurique grave) a été éliminée, afin que l'on ne soit pas tenté d'incriminer le terrain lors de la critique des résultats.

b) Le traitement n'a été appliqué qu'à environ une sur deux des femmes retenues, de façon à avoir un lot de femmes témoins.

c) *Posologie et conduite du traitement* : Le traitement a été institué dès le début du travail ; la posologie primitive adoptée était de 8 comprimés pendant les 5 premiers jours et 4 comprimés pendant les 5 jours suivants (au total 30 gr.). Par la suite, elle fut ramenée à 5 comprimés pendant 4 jours et 3 comprimés les 4 jours suivants (au total 16 gr.) : posologie qui s'est révélée suffisante.

1175 accouchements ont été contrôlés pendant la durée de l'expérimentation.

Sur ces 1175 cas : - 479 femmes ont été soumises au traitement prophylactique.
- 696 n'ont reçu aucun traitement.

Sur les 479 ayant pris la SEPTAZINE, 15 accouchées ont fait de l'infection puerpérale, soit une morbidité de 3,13%.

Sur les 696 n'ayant reçu aucun traitement, 97 accouchées ont fait de l'infection puerpérale, soit une morbidité de 12,93%.

Mortalité nulle chez les accouchées traitées,

1 cas de mort par péritonite chez les accouchées non traitées.

Le Docteur Picot souligne en outre un fait intéressant concernant

les accouchées qui avaient de la fièvre *avant* l'accouchement, qui ont présenté de l'infection amniotique :

Sur 5 ayant reçu de la SEPTAZINE à titre préventif, 3 ont eu des suites de couches apyrétiques et 2 seulement ont fait de l'infection, mais celle-ci a été bénigne.

Par contre, 5 accouchées n'ayant reçu aucun traitement prophylactique ont toutes présenté des suites de couches fébriles. L'une d'elles est morte de péritonite suraigue.

De l'avis de l'auteur, il n'est pas encore possible, à l'heure actuelle de conclure avec certitude sur la valeur prophylactique du benzyl-benzène-sulfamide dans la fièvre puerpérale. Cependant les résultats acquis jusqu'à maintenant, à la clinique Tarnier, sont très encourageants et l'emploi de la SEPTAZINE à titre prventif mérite d'être poursuivi, d'autant plus qu'il ne comporte aucun risque grave :

« De tous les traitements prophylactiques proposés, c'est le seul « qui réalise ce que doit être un traitement prophylactique, c'est-à-dire « d'un emploi absolument général et rigoureusement systématique ».

Traitement actuel de la blennorragie aiguë en dispensaire

Thèse de Paris 1938

Le Docteur Veisleib s'est proposé de mettre au point une méthode pratique de traitement de la blennorragie aiguë en Dispensaire.

Au début de son travail, il rappelle l'historique de la chimiothérapie anti-gonococcique et les résultats obtenus par les différents auteurs Français et Etrangers avec le 1162 F (paraminophénylsulfamide).

Personnellement il apporte 192 observations concernant 130 malades primitifs et 62 malades secondaires (rechute ou réinfection chez un blennorragique déjà atteint).

Le 1162 F possédant une action abortive, il le prescrit aux malades primaires qui viennent consulter dans les 24 heures qui suivent l'apparition de l'écoulement. Par contre, si ce dernier date de plus de 2 ou 3 jours, il n'utilise le paraminophénylsulfamide qu'après avoir fait préalablement de la vaccinothérapie. Enfin, il estime que chez les malades secondaires, la chimiothérapie exclusive suffit pour obtenir la guérison.

L'auteur a employé le 1162 F sous forme de Septoplix à raison de :

4 grammes pendant deux jours,

3 grammes pendant deux jours,

2 grammes les jours suivants, sans jamais poursuivre le traitement au delà du dixième jour.

Les incidents se sont montrés rares et minimes : la formule sanguine n'a jamais été modifiée.

De cette façon, le traitement de la blennorragie aigue en Dispensaire est simplifié au maximum. Le pourcentage de guérisons est plus important qu'avec les autres méthodes, les malades n'ont pas besoin de venir tous les pours au Dispensaire et on supprime les auto-lavages si dangereux.

Aussi l'auteur peut'il conclure que :

« La thérapeutique par les sulfamides est susceptible d'apporter un progrès important dans le traitement de la blennorragie en Dispensaire »...

« Le traitement de la blennorragie aigue pourrait ainsi, en Dispensaire, être ramené aux deux modalités suivantes :

a) Chimiothérapie isolée par le 1162 F au cours des rechutes ou bien comme traitement abortif ;

b) Vaccinothérapie suivie de chimiothérapie sulfamidée dans la blennorragie primitive en pleine évolution ».

Pathogénie et traitement de l'hypertension artérielle

Le mécanisme, la pathogénie de l'hypertension sont des questions toujours à l'ordre du jour. Elles ont fait l'objet de nombreux travaux, d'innombrables publications. Malgré cela, il subsistait encore à leur égard, ces temps derniers, pas mal d'incertitude et d'obscurités. On a considéré d'abord l'hypertension comme un symptôme apparaissant surtout au cours des lésions rénales, de la néphrite chronique en particulier. Vidal a décrit la néphrite hypertensive. Puis, ce fut la théorie surrénale qui fut en honneur. Après la découverte de l'adrénaline, après les expériences de Josué, Vaquez et son école expliquent l'hypertension artérielle par le fonctionnement exagéré des surrénales (communication au Congrès de Médecine - 1904).

Pour d'autres, l'école allemande et autrichienne, avec Volhard

Paul Kahler, l'hypertension serait surtout une maladie du système artériel, une simple hypertonie.

Si quelques cas d'hypertension peuvent entrer dans ces cadres, ils ne peuvent tous y être contenus. Les théories actuelles ont tendance à faire de la maladie hypertensive une manifestation de troubles endocrino-sympathiques, troubles qui sont produits, du reste, par des causes diverses parmi lesquelles les affections rénales tiennent une place importante (Lian).

L'hypothèse pathogénique la plus communément admise est que l'hypertension est l'expression de troubles hormonaux (modifications physico-chimiques du sang, perturbations des métabolismes, etc...) conséquence directe ou indirecte d'une infection ou d'une intoxication avec ou sans lésions rénales, et de troubles du système nerveux végétatif, régulateur de la tonicité des parois artérielles. Des travaux récents ont montré l'importance des sécrétions internes dans la régulation de la tension artérielle. On a fait ressortir notamment le rôle des surrénales, du pancréas et des glandes génitales.

L'origine endocrino-sympathique de l'hypertension est admise par Lian et Darrieu, Laubry et Doumer, Pellissier, A. Dumas, etc...

Ces conceptions nouvelles ont fatalement modifié l'orientation thérapeutique et la médication à opposer à la maladie hypertensive. Il faut tenir compte désormais, dans l'établissement de son traitement, des nombreux facteurs qui entrent en jeu dans son apparition. *Ce n'est plus au symptôme mais à la diathèse elle-même qu'il faut s'attaquer.* En dehors des mesures d'hygiène générale, repos, régime, qui sont indispensables, on devra s'efforcer de régulariser l'équilibre humoral, de modifier le terrain sur lequel l'hypertension va s'installer et qui, on le sait, est nettement influencé par les secrétions endocrines, de lutter contre l'excitation du système nerveux végétatif, de combattre l'auto-intoxication, etc... On sera obligé de s'adresser pour cela à une foule d'agents thérapeutiques : modificateurs des métabolismes, vaso-dilatateurs, antispasmodiques, extraits othérapiques, etc... tâche assez compliquée pour le praticien comme pour le malade, s'ils doivent être utilisés isolément.

L'idée de les grouper en une seule préparation était séduisante. Elle vient d'être réalisée d'une manière très heureuse dans un complexe endocrino-médicamenteux, le « CRINO-TENSYL ».

Dr P.

La Tunisie Médicale
DÉCEMBRE 1938

HOPITAL SADIKI
SERVICE DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS

Accouchement par application de forceps chez une secondipare ayant subi un an auparavant une Césarienne Segmentaire Transversale pour présentation de l'épaule

par les Docteurs R. G. BRUN & Jules SCEMLA

Lors de notre précédente communication au sujet d'une nouvelle technique de Césarienne Basse avec extériorisation de l'utérus et incision segmentaire transversale, certaines critiques ont été formulées sur la façon dont pourrait se comporter la cicatrice au cours des accouchements ultérieurs.

L'incision transversale qui intéresse, il est vrai, une partie des fibres longitudinales du segment inférieur, élément important de la dilatation du col, n'y constituerait-elle pas un obstacle ?

Question très importante, car il ne suffit pas qu'une cicatrice de Césarienne soit solide et souple, il faut encore qu'elle n'entraîne aucune diminution de la valeur fonctionnelle du muscle utérin.

L'observation que nous présentons aujourd'hui est parfaitement édifiante à ce sujet.

Il s'agit d'une secondipare : Cherifa Ben Ali, obs. 2797, que nous avons opérée de Césarienne Basse Transversale le premier Août 1937, pour bassin légèrement rétréci et présentation de l'épaule.

Les suites opératoires furent normales et la malade quitta l'hôpital, le 23 août, absolument guérie.

Le 7 avril, elle se présente de nouveau à la consultation de Sadiki, accusant un retard de quatre mois : l'examen montre qu'il s'agit d'une grossesse dont le début remonte au mois de décembre, c'est-à-dire trois mois après sa Césarienne.

Examinée et suivie à la consultation pré-natale de Sadiki, puis hospitalisée en septembre, cette malade au terme de sa grossesse, présente une cicatrice abdominale normale un utérus cordiforme parfaitement développé, non adhérent à la paroi abdominale et contenant un fœtus en présentation transversale comme lors de la précédente grossesse.

Une version par manœuvre externe est alors pratiquée avec succès et, le cinq octobre, à six heures du matin, la malade entre en travail avec une présentation céphalique en voie d'engagement.

Le travail se termine le même jour à seize heures, par application de forceps pour arrêt de progression de la tête à la vulve. Il a donc duré dix heures au cours desquelles trois touchers vigoureux nous permettent de constater :

1°) un col utérin parfaitement souple, qui fait sa dilatation en six heures, puisque celle-ci est complète à quatorze heures. A ce moment, se produit la rupture spontanée des membranes :

2°) un engagement progressif de la tête, laquelle évolue normalement dans le bassin et se présente en occipito-pubienne à la vulve. C'est alors que le ralentissement des contractions et la résistance périnéale nous conduisent à faire une application très banale de forceps, qui permet d'extraire, sans aucune déchirure périnéale, un enfant vivant pesant 3 kg.,200.

La délivrance ne s'étant pas produite deux heures après l'accouchement, il faut faire une extraction manuelle du placenta, ce qui nous permet d'explorer la face interne de la cicatrice utérine :

A mi-hauteur du segment inférieur, la main reconnaît un épaississement linéaire transversal, s'étendant sur cinq ou six centimètres, — correspondant à la cicatrice — ne faisant aucune saillie dans la cavité utérine, absolument régulier, sans aucune zone déprimée.

Les suites de couches sont apyrétiques et normales et la malade quitte l'hôpital douze jours après son accouchement.

Ainsi, non seulement la cicatrice a été suffisamment solide pour permettre l'évolution normale d'une grossesse trois mois après l'o-

pération, mais elle n'a nullement entravé le travail de l'accouchement.

Pouvons-nous conclure qu'il sera toujours de même, et que les dix-sept Césariennes basses isthmiques transversales que nous avons pratiquées jusqu'à ce jour nous donneront toutes un résultat aussi satisfaisant ?

Notre observation nous permet de l'espérer et la littérature qui, jusqu'à l'année dernière était muette sur cette technique opératoire, nous en a récemment fourni des preuves, tout en nous donnant d'occasion de confronter notre méthode avec d'autres, celle de DOERFLER, par exemple, et d'en constater les avantages.

La technique de DOERFLER consiste aussi dans l'extériorisation de l'utérus, suivie d'incision transversale du segment inférieur, mais elle diffère de la nôtre par le mode de suture qui comporte un quadruple et même un quintuple plan par surjet au catgut.

On imagine aisément le résultat de cette pratique sur un segment inférieur déjà très mince : les lèvres de l'incision sont invaginées, et, si les différents plans en s'enfouissant mutuellement réalisent une véritable ligne de Siegfried, il peut, par contre, se produire un bloc cicatriciel pouvant constituer un danger par la suite.

C'est ainsi que FOURNIER vient de relater à la Société d'obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg, un cas de dystocie irréductible, causée par la cicatrice d'une hystérotomie segmentaire transversale précédemment pratiquée.

Il en incrimine, à juste titre, la technique de DOERFLER. Notons, en passant que sa critique ne saurait, en aucune façon s'appliquer à notre méthode, puisque non seulement nous n'employons que des points séparés, mais de plus, nous considérons que deux rangées de suture suffisent pour obtenir une cicatrice solide et souple, conservant au segment inférieur toute sa valeur fonctionnelle : notre observation en est la preuve.

Remarquons que si l'on procédait comme le veut DOERFLER lors de la Césarienne segmentaire avec incision verticale, le même inconvénient pourrait se rencontrer. La critique de FOURNIER s'adresse donc plutôt au mode de suture qu'à la direction de l'incision. Son observation est d'ailleurs unique et ne peut suffire pour

condamner une technique qui, (comme celle de DOERFLER), a déjà fait ses preuves, et à plus forte raison la nôtre.

KELLER de Strasbourg, qui a déjà fait cent cinquante Césariennes de DOERFLER depuis 1931, n'a jamais constaté pareille dystocie. Dans son intéressante étude, publiée dans « Gynécologie et Obstétrique » du mois de novembre 1938, il a vanté les nombreux avantages de l'extériorisation de l'utérus et de l'incision transversale du segment inférieur qui — à l'inverse de ce que l'on pourrait craindre — épargne toujours les vaisseaux utérins.

De plus, et c'est là le seul point qui nous intéresse aujourd'hui, ses constatations confirment les nôtres quant à la valeur fonctionnelle du segment inférieur porteur d'une cicatrice transversale.

Il relate en effet, cinq observations d'accouchement normal après Césariennes basse isthmique transversale précédemment pratiquée pour des causes extra-pelviennes.

« Tous ces accouchements, dit-il, se sont passés comme si les parturientes n'avaient subi aucune intervention antérieure : travail normal, ayant abouti, après des délais normaux, à l'expulsion spontanée d'un enfant vivant ».

Cas absolument comparables à celui que nous vous présentons aujourd'hui ; et cela nous permet d'affirmer que l'incision des fibres longitudinales du segment inférieur, donne une cicatrice ne constituant, par la suite, aucun obstacle sérieux à la dilatation du col, tout en étant assez solide (notre observation en est la preuve) pour permettre l'évolution d'une grossesse, même trois mois seulement après l'opération.

Sur l'Etiologie du Cancer

(Suite de la Communication du 20 Mai 1938)

Docteur Jacques FLEURY

Monsieur le Président

Messieurs,

A notre réunion du 20 Mai dernier j'avais émis et développé l'hypothèse que le Cancer était dû à la fécondation par le spermatozoïde ou l'ovule d'une cellule quelconque de l'organisme qui aurait mûri selon le processus de l'ovogénèse ou de la spermatogénèse. Je suis au fur et à mesure de mes expériences, de plus en plus convaincu qu'il ne faille pas s'attaquer au problème étiologique du Cancer sous un autre angle que celui des phénomènes de la fécondation et de reproduction, en un mot des phénomènes de la transmission de la vie, car nous savons «SUREMENT» à l'heure actuelle que la cellule cancéreuse est une cellule :

1) Fertile
2) Qu'elle se nourrit par synthèse des éléments nutritifs environnants (comme les cellules de l'œuf)
3) Que sa radiosensibilité est égale à celle des celulles sexuelles.
4) Que les agents chimiques qui la détruisent (sélénium, plomb), sont les mêmes que ceux qui ont une action destructrice élective sur les cellules sexuelles.
5) Que les constituants chimiques de l'œuf (du spermatozoïde et ovule) sont semblables à ceux que révèle l'analyse chimique du nodule cancéreux.

D'ailleurs la comparaison suivante va nous montrer que les corps trouvés en surplus dans la cellule cancéreuse semblent bien provenir de l'apport chimique fourni à la cellule normale par l'élément sexuel fécondant.

Et si nous voulons retrouver dans les tissus normaux l'excès quantitatif et qualificatif des corps contenus dans les tissus cancéreux, nous n'avons qu'à les mélanger au sperme.

Les composants anorganiques des tissus cancéreux sont :

1) Très forte quantité de Potassium.

2) Très forte quantité magnésium, sodium et zinc, dont le taux demeure directement proportionnel à la rapidité d'évolution de la tumeur.

(Intervention du Dr UZAN qui rapportant les expériences de l'école de Montpellier, confirme notre théorie).

3) Silice — Fer — Phosphore.

Or si nous consultons la chimie biologique de DESGREZ (p. 269), nous constatons que le spermatozoïde et l'œuf fécondé sont très riches en :

1) Chlorure de Potassium : 41,25%

2) Magnésium 4,6%,

3) Sodium 29%.

Répétons la même analyse pour les composants organiques des tissus cancéreux :

Très riches :

1) Albumines

2) Nucléo-protéïnes, acides nucléïques.

3) Phosphore nucléïque.

4) Lécithines, lipoïdes.

5) Acides diaminés, Bases héxoniques.

Ces corps sont de même les constituants essentiels du spermatozoïde.

De plus, BANG et BEEBE ont signalé dans les cellules cancéreuses la présence d'une « Nucléo-Histone », corps qui n'existe pas dans la cellule normale, mais que nous retrouvons à l'état normal dans la tête du spermatozoïde.

6) Glycogène

Or le glycogène est très abondant dans les cellules déciduales du muscle utérin qui porte l'œuf (œuf qui s'en nourrit). La glycogénèse est intense dans les tissus qui portent le nodule cancéreux.

7) Tous les ferments de l'œuf fécond se retrouvent dans le nodule cancéreux.

8) Enfin les propriétés physiques du tissu cancéreux sont identiques à celles de l'œuf fécondé :

1) même hyperperméabilité.

2) même Tension superficielle.

3) même point iso-électrique.

4) osmose — équilibre acides-bases.

9) Dans ma communication du 20 Mai, j'ai montré combien les processus de la cancérisation et l'évolution du nodule cancéreux, ressemblaient aux phénomènes de la fécondation, de la nidation, et que les réactions des tissus dans lesquels le cancer se développait, étaient semblables en tous points à celles qui se passaient dans le muscle utérin au moment de la fécondation.

10) D'autre part, le traitement de nombreux animaux cancéreux par les injections de réfection de sperme de même espèce, et surtout les modalités réactionnelles de l'organisme ainsi traité, m'a montré :

a) L'influence frénatrice sensible sur l'activité prolifératrice des tumeurs des constituants du sperme (Produits mâles).

b) Que le début du Cancer est local.

c) Qu'il y a un état précancéreux nettement défini que l'organisme doit atteindre avant de se cancériser véritablement.

d) Que le Cancer s'accroît d'abord par destruction et remplacement des tissus sains par ses masses, puis par cancérisation même des tissus attaqués, tissus «d'extension», lorsque l'irritation causée par la destruction perpétuelle a conduit le tissu «d'extension» à l'état précancéreux.

e) Que la vaccination locale par les constituants du sperme peut protéger les parties d'extension et les guérir si le traitement est appliqué avat la cancérisation propre de ces tissus.

Cette méthode expérimentée sur de nombreux animaux (Chiens, Chats), et appliquée à un cas de cancer humain (dont voici la photo) arrivé au dernier stade de son évolution, et pour lequel tous les traitements avaient échoué, semble bien confirmer mes vues.

Voici l'observation de ce malade et le mode de réaction de la tumeur soumise au traitement par les réfections du sperme.

Mohamed Salah 55 *ans* :

Epithélioma malpighien atypique de l'œil droit (analyse Institut Pasteur).

Début de la tumeur il y a deux ans, dans la masse même de l'œil.

A l'heure actuelle volumineuse tumeur de la grosseur d'un

poing d'adulte, ayant détruit l'œil, et étendue à la paupière supérieure et inférieure.

Une partie de la masse est appuyée mais non collée sur l'aile du nez.

En résumé :

1) Point de départ : œil,

2) Extension = Paupières.

TRAITEMENT :

Le 5 Mai injection à la cuisse de 1/2 cc. de sperme, humeur rendu inactif par ébullition, mélangé à 10 cc. d'eau distillée.

Le 17 Mai injection du mélange (produit d'une éjaculation et 10 cc. eau distillée) — Injection intraveineuse — Trois heures après choc intense.

Le 18 Mai la tumeur semble entièrement sphacélée et nous avons l'impression très nette qu'avec la mains nous allons facilement l'énucléer.

Le 20 Mai la sphacèle tombe. Seule les 2/5 externes sont détruits. Au-dessous reste une masse peu volumineuse mais rose, vivace.

La première injection a permis de détruire une partie de la tumeur.

Le 21 Mai, j'ai alors l'idée d'injecter localement dans les paupières le produit « sperme inactif ».

Le 1er Juin, nouvelle injection intra-veineuse.

La tumeur diminue de 1/3 environ, mais le Cancer se décroche véritablement des paupières. La masse appuyée sur le nez se rétracte, et la peau du nez, qui sous la pression physique exercée, était blanchâtre, siège d'une réaction œdémateuse intense, reprend en quelques jours sa couleur normale.

La vaccination locale a donc permis de décancériser les parties d'extension.

Une masse diminuée des 3/5 environ, reste vivace au point de départ (œil) et continue à pousser. On ne peut donc mieux selon l'antique image, comparer le Cancer qu'à une pieuvre possédant comme elle un centre vital au point de départ (œil), et lançant des tentacules (aux parties d'extension).

Le début du Cancer est local uniquement et très vraisemblablement dans la couche germinative (œil).

Des expériences plusieurs fois répétées chez des animaux, nous ont montré que si on laissait le Cancer se développer, s'étendre pendant assez longtemps, les parties d'extension n'étaient plus capables de se décansériser.

Ce qui nous incite fortement à penser que le Cancer se développant d'abord par destruction et remplacement, amenait par suite de l'irritation continue les tissus d'extension à l'état précancéreux nécessaire à la cancérisation véritable du nouveau tissu.

Pour nous, le Cancer a son point de départ dans la couche germinative des tissus.

Par quel processus, l'irritation va-t-elle amener l'organisme à l'état précancéreux ? Comment cet état précancéreux va-t-il conduire au Cancer ?

C'est ce que nous allons nous efforcer d'expliquer en nous aidant des données fournies par la Parthénogénèse expérimentale.

La Parthénogénèse expérimentale nous apprend qu'un ovule possède la propriété héréditaire de donner lorsqu'il est fécondé, par une substance définie mais non vitale, (le rôle de la cellule mâle n'est pas nécessaire), un embryon femelle, embryon qui se développera, embryon complet possédant des organes de reproduction un centre d'ovulation.

Dans l'espèce humaine lorsque l'ovule fécondé par le spermatozoïde donne un mâle, que devient le centre femelle d'ovulation, que deviennent les caractères héréditaires de l'ovule ?

Ils sont freinés semble-t-il par la sécrétion hormonale mâle.

L'organisme n'acquiert vraiment ses caractères mâles qu'au fur et à mesure que se développe le centre germinatif mâle (centre de spermatogénèse), et que parallèlement les hormones deviennent plus abondantes, et plus puissantes.

Dans la création d'un mâle c'est donc le spermatozoïde « plus vital » qui a pris le pas sur l'ovule.

Ce cachet de l'espèce n'est que superficiel d'ailleurs, puisque dès qu'on castre un animal et que par ce fait on lui supprime la sécrétion hormonale (ceci bien entendu avant la puberté âge où les hormones n'ont pas encore imprégné d'une façon trop nette l'organisme) il reprend les caractères femelles.

Dans l'intimité des tissus chez un être normal les caractères femelles et mâles sont en symbiose parfaite.

Une fois l'animal castré il continue à se développer, ses tissus à se réparer.

Ne peut-on pas penser, que l'ovule et ses centres d'ovulations héréditaires ont donné les couches germinatives couches qui président aux réparations tissulaires ?

Les couches germinatives sont à notre avis des centres d'ovulation latents, freinés par l'influence mâle.

Je pose une nouvelle fois la question ! Dans un organisme complet qu'est donc devenu ce centre d'ovulation caractère héréditaire de l'ovule ? Et dont l'existence est formellement prouvée par la Parthénogénèse expérimentale ?

Nous avons dit qu'il était freiné, qu'il s'atrophiait au fur et à mesure du développement des centres de reproduction mâles — qu'li s'atrophiait jusqu'à devenir chez l'être normal ce germen, ce centre de réparation tissulaire.

Faisons une légère dégression et voyons ce qui se passe chez les plantes :

1) Sous l'influence des ustiligo (cause irritative) les rudiments d'étamines des fleurs femelles, de Lychnis, prennent l'aspect et la taille des organes mâles fertiles.

2) Le Pistil apparaît dans les fleurs mâles des Carex. Les exemples confirmant nos vues, sont nombreux où sous l'irritation continue, des organes atrophiés du sexe différent, reprennent leur rôle normal. Et le fait est connu. Le Cancer chez l'être humain se produit toujours à un âge avancé, à l'âge où, il n'est pas permis d'en douter, les sécrétions hormonales sont déficientes.

Voici donc comment nous concevons l'apparition du Cancer chez le mâle (l'inverse chez la femelle.

« Sous l'influence des causes irritatives multiples auxquelles tous les organismes sont exposés durant leur évolution, (causes favorisantes), il y a réveil des caractères héréditaires femelles (latents).

Transformation métaplasique du germen en centre d'ovulation — Production d'ovules.

Voici obtenu l'état précancéreux.

Le germen a donc repris son rôle de centre germinatif de reproduction de l'espèce.

Puis il y a fécondation parthénogénétique par les hormones sanguines et les substances chimiques de l'organisme.

TUMEUR BENIGNE — (1er stade).

(2me stade). — *Il y a Cancer lorsque ces ovules secondaires sont fécondés par les spermatozoïdes secondaires de l'espèce,* (fécondation par un processus identique à celui qui a présidé à la fécondation primitive, d'où l'être qui se cancérise, est sorti).

C'est ce qui explique le cycle irréversible de tout Cancer, l'influence frénatrice des produits mâles lors du traitement, les images identiques de la cancérisation, de l'accroissement du nodule cancéreux et de la nidation et de l'œuf, les résultats identiques de l'analyse chimique, la fertilité de la cellule cancéreuse, (puisque c'est une cellule fécondée), son identique radio-sensibilité avec la cellule sexuelle.

C'st ce qui explique l'existence dans les nodules cancéreux des cellules embryonnaires, issues de la cellule cancéreuse (cellule œuf).

En résumé :

1) Causes favorisantes : irritation.

2) Etat précancéreux = réveil des caractères héréditaires latents — Apparition du centre d'ovulation, et production d'ovules chez les mâles.

3) Cancer = fécondation de ces ovules secondaires par les spermatozoïdes secondaires du centre de reproduction mâle.

A l'heure présente, je pense *pouvoir produire expérimentalement le Cancer par :*

1) Injections de spermatozoïdes chez des animaux mâles « castrés ».

Ces expériences que je propose permettront peut-être d'obtenir le Cancer d'une façon très rapide, dans un temps n'excédant pas les délais normaux de la production de l'œuf.

Cette théorie me semble logique. Elle a son point de départ dans le Postulat scientifique établi définitivement par Loeb : Il est impossible de provoquer le Cancer expérimental chez un « animal castré ».

Contrôle et Précautions Sanitaires pour la Navigation Aérienne

par le Docteur F. SÉVIN

Médecin Commandant de Réserve

Président Fondateur des Officiers de Réserve du Service de Santé de Nice

Président de « l'Aviation Sanitaire Côte d'Azur »

L'aviation commerciale et touristique prend tous les jours une extension plus considérable. Des milliers de passagers l'utilisent, venant de tous les points du globe et souvent de pays où règnent des maladies endémiques.

Pour les paquebots, il y a longtemps que l'on a organisé dans le but de mettre les pays destinataires à l'abri des surprises d'une épidémie, des lazarets dépendant des services quarantenaires qui fonctionnent dans chacun de ces pays, et que l'on utilise en cas de besoin. L'occident est, en particulier, garanti contre les atteintes de certaines maladies contagieuses de l'Extrême-Orient, grâce aux lazarets égyptiens établis à Alexandrie, Port-Saïd et Suez puis à El Tor, dans la Mer Rouge. Ce dernier, qui est un modèle du genre, a été construit il y a une quarantaine d'années environ, par deux Français : Guettin et Charvant, d'après le projet qu'ils avaient présenté au concours ouvert, alors, par le gouvernement Egyptien et qui avait été classé le premier.

Pour le transport par avions, il n'en est pas de même ; les aéronefs partent d'un pays, atterrissent dans un autre sans qu'aucun service médical ne s'en occupe sérieusement ; il y a là, on le comprend sans peine, un réel danger auquel il faut parer.

Avec la navigation aérienne, en effet, la transmission des maladies contagieuses par les passagers est réalisée plus rapidement encore que par la voie maritime en raison de la moins grande durée des parcours ainsi effectués, et l'on conçoit très bien que des passagers atteints des maladies comme la dengue, ou le kala-azar indien qui a fait une apparition en France, il y a quelques années, pourraient atterrir alors qu'ils sont en pleine période d'incubation, et par conséquent être la cause de propagation rapide de maladies infectieuses.

Les avions peuvent également transporter des moustiques porteurs de germe de la fièvre paludéenne ou de la fièvre jaune. Des expériences ont été faites à ce sujet, qui ont montré que des moustiques que l'on avait marqués et qui furent lâchés sur des avions à San-Juan (Porto-Rico) ont été retrouvés sur ces appareils à Miami, à la suite d'un parcours d'une longueur de 1.250 milles Très intéressant aussi l'historique de l'épidémie de Peste parisienne de 1920 que Mr Ed. Joltrain, a fait à l'Académie de Médecine.

La Peste disparue de Paris depuis 1669, s'y est réimplantée à la fin de la grande guerre. Disséminée par les rats — qui peuvent facilement séjourner dans un gris avion — elle est transmise à l'homme, au moins pour la forme bubonique — par les puces de cet animal. Donc en 1917 un bateau venant des Indes, contenant des rats malades, remonte la Seine, et séjourne à Levallois. Des rats pesteux s'échappent, sèment la maladie parmi leurs congénères de France. Un enfant meurt à l'Hôpital Bretonneau et on trouve dans l'adénite axillaire le bacille de Yersin. En 1918 et 1919, d'autres malades meurent à Beaujon et dans d'autres hôpitaux souvent dans les 24 heures. Au Val-de-Grâce un soldat faisant son service fut guéri par le sérum. En 1925 seulement, malgré des mesures très sévères, on est arrivé à l'éteindre.

Pendant ce temps, Marseille avait connu une épidémie analogue. Si les moustiques, ainsi que les rats, sont transportés dans un pays favorable à son développement, ils constituent un danger très réel pour la population de ce pays.

C'est pour parer à ce danger qu'en 1933, une commission se réunit à la Haye et rédigea le texte d'une *Convention Internationale pour la navigation aérienne*. Le principe de cette Convention fut accepté par vingt-quatre pays dont la France, l'Italie, la Belgique, l'Autriche, L'Egypte etc... La commission adopta un certain nombre d'articles, dont les articles 3 et 4 ainsi libellés :

Art. 3 — Chacune des hautes parties contractantes s'engage à pourvoir ses aérodromes autorisés d'une organisation sanitaire adaptée aux besoins courants de la prophylaxie.

Art. 4 — Il appartient à chaque haute partie contractante, en tenant compte des risques de maladies infectieuses auxquels

son territoire peut être exposé, de décider si elle constituera ou non des aérodromes sanitaires.

Les maladies visées par la Convention sont énumérées à l'article 18. Ce sont : la peste, le choléra, la fièvre jaune, le typhus exanthématique et la variole. On n'a pas encore réalisé dans cet ordre d'idées, aucun des desiderata de la commission. Il serait pourtant nécessaire d'agir rapidement dans ce sens. Mais il faut le faire de manière à ce que les mesures adoptées ne causent pas aux voyageurs des retards préjudiciables à leurs intérêts, puisqu'ils ont choisi un moyen de locomotion rapide qui leur fait gagner un temps précieux.

C'est dire qu'il ne faudrait pas s'inspirer des méthodes quarantenaires qui sont employées pour les navires contaminés. En tenant compte simplement de la stricte durée de la période d'incubation des maladies infectieuses, on peut réduire de beaucoup la longueur des quarantaines, telles qu'on les imposait autrefois.

La Commission Internationale a compris qu'il fallait accorder des facilités aux pays particulièrement sujets aux atteintes d'épidémies, pour se défendre contre les dangers du mal, et elle a suggéré une organisation ad hoc qui a été admirablement réalisée dans bien des pays particulièrement vulnérables. C'est ainsi qu'à Bagdad, c'est un inspecteur sanitaire qui fait appel à un médecin dès qu'il se trouve en présence d'un cas douteux ; en Perse, un médecin se tient à l'arrivée des avions et personne ne peut quitter le bord avant que l'on ait reconnu que tout allait bien. Sur nos lignes, comme celle de la Compagnie « Air France » le contrôle sanitaire s'effectue pour ainsi dire automatiquement, en des endroits déterminés le long du parcours. Les Anglais, dans l'Inde, ont installé des camps d'aviation avec des baraquements admirablement défendus contre les moustiques. Quant à l'Australie, elle exige des visas particuliers pour la variole et le choléra.

Naturellement, les organisations doivent varier selon que les pays sont plus ou moins directement menacés, mais toutes doivent être des organisations sanitaires.

Les mesures à prévoir sont de trois sortes :

1°) *L'organisation rationnelle des aérodromes.*

2°) *Les enquêtes sur la provenance des passagers.*

3°) *La vaccination de ces passagers contre certaines maladies épidémiques.*

Passons en revue ces trois mesures indispensables pour assurer un parfait état sanitaire dans la navigation aérienne.

1°) *Organisation des aérodromes.*

Cette organisation des aérodromes doit tenir compte de l'hygiène générale et prévoir un service médical et un service spécial pour la lutte contre les maladies épidémiques.

Pour la question « Hygiène Générale », on comprend aisément que ceux qui ont à fixer l'emplacement des aérodromes soient choisis parmi les personnes auxquelles incombent le soin d'organiser un plan d'urbanisme. L'article 5 de la Convention — dont nous avons déjà cité plus haut les articles 3 et 4 — indique les conditions de salubrité à prévoir et à réaliser dans d'établissement d'un aérodrome « Il devra être pourvu d'un service d'eau potable... ainsi que d'un moyen d'enlèvement des ordures et des eaux usées. Il devra être à l'abri des rats ».

Les aérodromes doivent, en outre, être pourvus d'un poste médical de secours qui aura à s'occuper de l'hygiène des transports par avions et entreprendre l'étude des questions sanitaires y afférentes. Tout avion qui aura été reconnu comme infecté, devra se rendre à l'aérodrome sanitaire qui doit, aux termes de l'art. 5 de la Convention, avoir toujours à sa disposition : a) un service médical comportant un médecin et plusieurs agents sanitaires : infirmiers ou infirmières : — b) un local pour la visite médicale ; — c) un outillage nécessaire pour l'examen du matériel suspect : — d) les moyens permettant d'isoler, de transporter et de soigner les malades : — e) enfin le matériel indispensable pour opérer la désinfection, la désinfectisation, la destruction des moustiques.

Le docteur Pierce, un américain, s'est occupé de ces questions, et a reconnu qu'il fallait utiliser pour cela un produit qui remplissait les conditions suivantes :

1°) Efficacité reconnue contre les moustiques.

2°) Action efficacement rapide.

3°) Absence d'inconvénient pour le chargement, l'avion et ses aménagements.

4°) Economie.

5°) Application rapide et sans danger.

Et il recommande l'emploi, soit de préparation d'acide cyanhydrique, soit de pulvérisations de liquides insecticides, dont les extraits de pyrèthre lui paraîssent les meilleurs. Dans ce cas, on prend de l'extrait de pyrèthre dissous dans du pétrole, qu'on pulvérise sans peine avec les appareils habituellement employés.

Le Dr Carl Michel confirme ce que le Dr Pierce préconise, et, pour lui, la suppression des moustiques a une importance capitale. Il croit que l'extrait de pyrèthre si actif contre les moustiques n'a pas la même efficacité dans la destruction des autres insectes qui peuvent s'abriter dans les recoins de l'avion, et il préconise, lui, l'emploi de l'acide cyanhydrique au moment où se fait la révision des aéronefs.

Personnellement j'ai essayé avant la désinfection par les produits habituels de faire fonctionner un aspirateur et j'ai remarqué que ce procédé était de loin supérieur à tous les autres. On ne se doute pas de ce que l'on peut trouver dans les moindres interstices, fentes ou coins d'un avion. Avec un bon aspirateur on enlève en même temps que la poussière, les œufs, les débris de larves, les chrysalides, les puces ou les moustiques. Ensuite, on fait procéder à un bon savonnage et brossage, puis seulement à un nettoyage à sec avec un dissolvant volatil. Le liquide pénétrant dans les trachées des insectes provoque leur asphyxie.

2°) *Enquête sur la provenance des passagers.*

On devra rassembler les renseignements concernant l'état de santé des passagers et l'état sanitaire du pays d'où ils viennent. On y ajoutera des renseignements concernant les faits intervenus en cours de route, les mesures sanitaires subies par l'aéronef en toute circonstance et aussi des informations concernant l'apparition s'il y a lieu, dans les pays que quitte l'avion, des maladies visées par la Convention. Si tous ces renseignements pouvaient être transmis à une Direction spécialisée, elle pourrait, le cas échéant, prendre les mesures de protection appropriées.

3°) *Enfin les vaccinations préventives.*

Elles seront de la plus grande utilité, et comprennent celles qui sont déjà bien répandues comme la vaccination contre la variole, les infections typhiques et contre la diphtérie ; il en est d'autres d'un emploi moins courant, comme la vaccination contre la

fièvre jaune et qui se sont révélées d'une efficacité très réelle ; d'autres enfin qui sont encore à l'étude comme la vaccination contre le typhus exanthématique. Dans ses articles 32 et 35, la Convention s'est occupée de ses immunités :

Art. 32 —) Les personnes justifiant qu'elles ont été vaccinées contre le choléra depuis moins de six mois et de plus de huit jours, ne pourront être soumises qu'à la surveillance.

Art. 35 —) D'après cet article qui est relatif à la variole sont considérées comme immunisées : les personnes qui peuvent justifier qu'elles ont subie une attaque antérieure de la maladie ou qu'elles ont été vaccinées depuis moins de trois ans et plus de douze jours, ou bien celles qui présentent des signes locaux de réaction précoce attestant une immunité suffisante.

Il résulte de tout ce que nous venons de dire qu'il est indispensable d'organiser une surveillance sanitaire de la navigation aérienne, mais qu'il faut l'organiser de manière à ne gêner en rien la marche et le développement de l'aviation commerciale et touristique.

L'aviation est le mode de locomotion de demain ; il ne faut pas sous prétexte de mesures sanitaires, l'entraver. Que l'on pourvoie à l'hygiène, à la salubrité publique : c'est un devoir ; mais que l'on ne multiplie pas pour cela les mesures administratives toujours un peu longues et parfois vexatoires. On est au siècle de la vitesse ; même en fait de précautions sanitaires que l'on fasse « Vite ! mais Bien ».

On ne peut que rendre hommage à l'initiative prise par l'Office International d'hygiène publique en créant une commission chargée d'élaborer le texte d'une « Convention Internationale pour la navigation aérienne » qui s'est mise à l'œuvre et a élaboré d'intéressants articles dont nous en avons cité quelques textes.

Le principe de cette Convention ayant été accepté par de nombreux Etats, il faut souhaiter que cette initiative de l'Office International d'hygiène publique trouve son couronnement dans une brillante réalisation de ses desiderata.

Contribution au traitement chirurgical de l'éléphantiasis

par le Docteur Luc. MONTEFIORE

Ancien Chirurgien Chef de Service à l'Hôpital Italien

J'ai eu deux fois l'occasion d'opérer des éléphantiasis.

Une fois en mon service à l'Hôpital Italien : éléphantiasis du membre inférieur gauche et tout dernièrement j'ai opéré en clientèle privée un malade atteint de très volumineux éléphantiasis du scrotum qui avait été déjà opéré deux fois en sept ans, avec deux récidives, par un excellent chirurgien de Tunis.

Je ne veux point vous faire la description minutieuse de toutes les techniques ad hoc, techniques que tous les chirurgiens connaissent. Quelques mots seulement sur les méthodes que j'ai employées.

Pour le membre inférieur j'ai employé la méthode de Walter, qui est la plus simple et qui consiste dans un drainage lymphatique à tube perdu de la région éliaque à la racine du Triangle de Scarpa par deux petites incisions de la peau de l'aponévrose.

Un tube en caoutchouc N° 12 avec un œil allongé près de chaque extrémité est fixé moitié de l'œil sous l'aponévrose avec un crin de Florence, l'autre moitié reste dans le tissus sous-cutané, suture de la peau. C'est la méthode la plus simple et qui a donné les meilleurs résultats. Pour le scroteun j'ai employé la méthode d'Aly-Bey, très simple et qui consiste en deux incisions qui partent de l'anneau inguinal externe et suivent le trajet du cordon que l'on dissèque avec le testicule. On relève le tout sur la région pubienne enveloppé dans une compresse stérile. Ensuite on extirpe le tout par deux lambeaux latéraux qui se rejoignent en arrière. Si le pénis est enfoui dans la masse, on fait un troisième lambeau qui forme manchon à la verge que l'on isole.

Je veux surtout vous entretenir sur ce qui, à mon avis on néglige de faire avant et après l'intervention.

Il faut d'abord dépister la cause de cette maladie avant de passer à l'intervention chirurgicale, indispensable.

Ces causes sont multiples, si on les cherchent pas, on risque d'avoir les récidives que j'ai observées.

Les anciens médecins attribuaient l'étiologie de cette maladie

au paludisme parce que souvent l'accès éléphantiasique donné par le streptococique, comparaissait avec frisson, chaleur, fièvre et sueur, mais, contrairement à l'accès paludéen, l'accès durait de deux à huit jours.

Aujourd'hui on reconnait que ces cas sont dûs, surtout en Afrique du Nord, à l'infection streptococcique.

En certains pays, l'éléphantiasis est dûe à la filariose. Firket et Manson l'ont bien décrite, mais les régions Nord-Africaines sont des régions où la filariose est très rare et j'estime que l'éléphantiasis de ces pays n'a rien à voir avec la notre qui presque toujours est dûe, à mon avis, à l'infection microbienne stréptococcique.

Sabouraud, dans un travail remarquable, a trouvé toujours pendant l'accès éléphantiasique, le streptococcique de Fehlein dans le sang de la région malade.

En Guyane, où l'éléphantiasis est très fréquente, on l'appelle vulgairement érésypèle.

Les travaux de Brassac, de Besnier et surtout de Le Dantec s'imposent.

Certains auteurs prétendent, surtout dans l'eléphantiasis du sein et des organes génitaux féminins qu'on doit penser aussi à l'étiologie syphilitique.

Ces cas sont très rares.

A mon avis, dans nos pays, il faut toujours penser au streptococcique avant tout et voilà le but de cette exposition.

Il faut toujours pratiquer aux malades, avant l'intervention chirurgicale, qui s'impose, une série de 15 à 20 injections intramusculaire de vaccin antistréptococcique. Il faudra aussi, après complète guérison chirurgicale, injecter une autre série de vaccin antistréptococcique.

Seulement alors on pourra éviter les récidives que j'ai vues.

J'ai remarqué, du reste, dans mes deux opérés, qu'à la suite de ma première série de vaccination, la fièvre disparaissait et les tissus devenaient plus mous et moins œdématiés.

Je résume qu'il ne faudrait jamais opérer des éléphantiasis en Tunisie, sans leur avoir fait subir, préalablement, un énergique traitement antistréptococcique, ce que habituellement on ne fait pas.

Séance du 18 Novembre 1938

—«0»—

La séance est ouverte à 18 h. 10 sous la présidence du Docteur E. Disegni vice-Président de la Société.

Sont présents : Drs Disegni, Lamarche, Mareschal, Lalloum, Cuénod, Doméla, Barouch, Minguet, Montefiore, Hababou-Sala, Lévy, Sfez, Hayat, Fleury, Boulakia, Cohen-Boulakia, Pérez, Ortona, Tremsal, Demirleau, Bellaiche, Ghouila-Houri, Moatti, Dana, Maruani, Santillana, Dolcemascolo, Darmon, E. Lumbroso, Cohen-Hadria, E. Calo, Guttierez, Nataf, Laclavetine, Zerah, Saffar Delastre, Médecin Commandant Martin, Uzan.

ORDRE DU JOUR

Lecture du procès verbal de la dernière séance et adoption à l'unanimité.

Communications du Bureau :

Le Docteur Disegni donne lecture d'une lettre du Médecin Lieutenant-Colonel Saulnier, président annuel, appelé à l'Hôpital de Metz, qui exprime ses regrets d'avoir quitté la Tunisie et de devoir renoncer, pour la fin de l'année 1938, à la présidence de la Société.

Le Médecin Lieutenant-Colonel Saulnier
Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire **Louis Vaillard**
à Monsieur le Docteur Disegni
Vice Président de la Société des Sciences Médicales de Tunis

à Tunis

Monsieur le Vice Président

et très Honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que, par décision parue au Journal Officiel du 25 Juillet 1938, le Ministère de la Défense Nationale et de la Guerre m'a désigné pour l'Hôpital Militaire de Metz.

Je suis donc appelé à quitter la Tunisie incessamment, et me vois par conséquent, à mon très vif regret, dans l'obligation de me démettre des fonctions que la Société des Sciences Médicales de Tunis avait bien voulu me faire le très grand honneur de me confier.

Ce n'est pas sans de très vifs et très sincères regrets que je quitterai notre Société, où j'avais reçu un accueil dont je ne saurai jamais oublier la cordialité, et dont j'ai à cœur de remercier mes confrères.

J'ai été appelé, au cours de l'année qui vient de s'écouler à présider à des débats à propos desquels je tiens à rendre hommage à leur valeur et à leur portée. Leur apogée a été, sans aucun doute, cet admirable Congrès du Trachôme, auquel ont participé tant de hautes personnalités venues de toutes parts, et qui, sous la direction de notre éminent Confrère, M. le Docteur Burnet, Directeur de l'Institut-Pasteur de Tunis, a connu un succès dont le souvenir marquera dans les annales de la Société des Sciences Médicales de Tunis.

Notre Société a ainsi montré una vitalité, et una force, sur lesquelles j'ai le devoir d'insister, en soulignant qu'elles ont été conditionnées par l'étroite solidarité qui a uni tous nos Confrères derrière les membres élus de leur Bureau, parmi lesquels je m'en voudrai de ne pas citer tout particulièrement les Docteurs Perez et Lamarche, dont le dévouement absolu à l'intérêt commun a permis de remporter le magnifique succès obtenu.

C'est à ces sentiments d'union, que j'ai été si heureux de constater, que je tiens à faire une fois de plus appel. C'est l'union qui a permis à notre Société de subsister et de prospérer en dépit des divergences d'origine de ses membres. C'est l'union qui, en plaçant au dessus de toutes autres considérations les nécessités supérieures et désintéressées de la recherche scientifique, maintiendra, consolidera et développera le renom actuel de la Société, où sera sauvegardée cet esprit de cordialité et confiante émulation qui lui fait honneur.

Tels sont, M. le Vice Président et très Honoré Confrère, les sentiments que j'avais à cœur de vous prier d'exprimer de ma part à nos Confrères. Veuillez bien leur dire que le souvenir de leur accueil sera toujours fidèlement présent à ma mémoire, et que c'est avec infinie gratitude que je l'évoquerai toujours. Je forme les vœux les plus ardents pour la prospérité de la Société, pour le bonheur personnel et familial de ses membres, et vous prie de croire, pour vous personnellement, à l'expression de mes meilleurs et plus cordiaux sentiments confraternels.

∴

Le Docteur Disegni présente à la Société un exemplaire de l'Atlas de Phonocardiographie Clinique du Docteur A. Calo, que l'auteur a offert à la Société.

Le Bureau propose la création d'un comité d'honneur de la Société, dont les membres seraient choisis parmi les confrères, par leur situation et leurs charges, se trouveraient particulièrement indiqués. La proposition sera mise aux voix à la prochaine séance.

Candidature Nouvelle. — Docteur Chatelier, présenté par les Docteurs Dupoux et Lehucher, adopté à l'unanimité.

Présentation de malades et de pièces.

Docteur Lamarche. — *Préparation histologique provenant du cerveau d'un paralytique musulman Tunisien.*

Intervention : Docteur Mareschal.

(sera publié ultérieurement)

Docteur Demirleau. — *Abcès du poumon* (présentation de malade opérée et guérie) ; présentation de radiographies d'un 2me malade).

(sera publié ultérieurement)

Docteur Mareschal. — *Guérison d'un paralytique général par l'impaludation.*

Interventions : Docteur Nataf, Dr Boulakia, Dr Lamarche Dr Fleury.

(sera publié ultérieurement)

Communication Docteurs Mareschal et Orly. — *De l'emploi de pentaméthylène-tétrazol dans le traitement de certaines maladies mentales.*

Interventions : Docteur Lamarche, Docteur Fleury.

(sera publié ultérieurement)

L'ordre du jour n'étant pas encore épuisé à 19h,30, la séance est levée et les communications restantes renvoyées à la prochaine séance.

Séance du 16 Décembre 1938

La séance est ouverte à 18h sous la présidence du Docteur E. Disegni, vice-président.

Sont présents : Docteurs Lamarche, Salvo, Barouch, Domela, Bembaron, Dana, Hababou-Sala, Reynal, Tremsal, Dolcemascolo, Hayat, A. Calo, J. Bouquet, H. Bouquet, Nataf, Moatty, Bellaiche, Guttierez Cohen-Boulakia, Coupin, Scemla, Sfez, Darmon, E. Levi, E.

Lumbroso, Almanza, Santillana, Montefiore, Slim, Belfort, Spezzafumo, Ortona, Burnet, Perez, Maruani ,A. Taieb R. Boccara, Guez, Cohen-Hadria, Saffar, Raymonde De Gentile, H. Zerah, Chatelier, Minguet, Laclavetine, Balozet, Jahan, Boulakia, M. Uzan, Drs Biechler, G. Lumbroso, U. Lumbroso.

ORDRE DU JOUR

Lecture du procès verbal de la dernière séance et adoption à l'unanimité.

Candidatures Nouvelles. — Docteur André Taieb présenté par les Docteurs R. Dana et A. Perez.

Docteur Priet présenté par les Docteurs Reynal et Belfort.

Monsieur Roger Boccara présenté par les Docteurs R. Bellaiche et A. Perez.

Toutes adoptées à l'unanimité.

Présentation de malades et de pièces.

Docteur Hababou-Sala : *Ostéite typhique guérie par la vaccination locale.*

(sera publié ultérieurement)

Interventions : Docteur Hayat et Docteur Tremsal.

Dr Hababou-Sala : *Corps étranger éliminé spontanément durant les soins par la vaccination locale d'un abcès du cou.*

Interventions : Docteurs Disegni et Moatti

Dr Hababou-Sala. — *Actynomycose du pouce.*

(sera publié ultérieurement)

Drs Broc, A. Calo, Slim. — 1° *Présentation de pièces de métastase cancéreuses des capsules surrénales,*

2° *Présentation de pièces de Maladie d'Addison chez un musulman tunisien.*

(seront publiés ultérieurement)

Communications :

Dr L. Montefiore. — *Contribution au traitement chirurgical de l'éléphantiasis.*

(Voir en tête du journal page 434)

Dr Reynal. — *A propos des derniers cas de peste humaine à Tunis* (Octobre-Novembre 1938) Faits cliniques ; commentaires objectifs et Médecins praticiens.

Interventions : Dr A. Calo — Réponse du Dr Reynal,

(sera publié ultérieurement)

Drs Lamarche et Cohen-Boulakia. — *Etude de la circulation rétinienne au cours des crise convulsives déterminées par l'injection intravéineuses de pentaméthylène tétrazone.*

Intervention : Dr Nataf.

(sera publié ultérieurement)

Dr Scemla. — *Accouchement spontané chez une secondipare ayant subi précédemment une césarienne segmentaire transversale pour présentation de l'épaule.*

(Voir en tête du journal, page 417)

Election du Bureau de la Société des Sciences Médicales pour 1939

Ont été élus :

Président :	Dr DISEGNI
Vice Président :	Dr MASSELOT
Secretaire Général :	Dr LAMARCHE
Secretaire Adjoint :	Dr CALO A.
Trésorier :	Dr PEREZ Albert
Bibliothécaire :	Dr BAROUCH
Conseillers :	Dr SFEZ
	Médecin Commandant MARTIN
	Dr E LEVY

Election du Comité de Rédaction de la *Tunisie Médicale :*

Rédacteur en Chef :	Dr BELFORT
Secrétaires de la Rédaction :	Drs Jean COUPIN et COURSIERES
Administrateur Général :	Dr Albert PEREZ

Comité de Rédaction :

M.M. les Docteurs :	BURNET
	BROC
	BRUN
	Henri BOUQUET
	CHAUVIN
	CHATELIER
	CUENOD
	HABABOU-SALA
	LEHUCHER
	MASSELOT
	ORTONA

La Retraite des Médecins Anciens Combattants

par L. HUFNAGEL et M. SUREAU

La loi sur la Retraite mutualiste des Anciens Combattants votée le 4 Août 1923, complétée par la Loi du 30 Décembre 1928, a permis aux Anciens Combattants de tous grades de se constituer une retraite dans des conditions exceptionnelles : l'Etat, en effet, par des versements complémentaires importants, participe à la constitution de cette retraite, dont le maximum était primitivement fixé à 6.000 francs (1). La participation de l'Etat pouvait, suivant l'âge de l'Ancien Combattant, atteindre 60%.

Cette loi généreuse a été appliquée sous sa forme initiale, jusqu'au 31 Mai 1933 ; à cette date le taux maximum de contribution de l'Etat est tombé à 30%.

Or, il est possible que ce taux diminue encore. Et c'est cette raison qui nous a incité à avertir particulièrement aujourd'hui nos camarades, qui par négligeance, n'ont pas encore entrepris des démarches si profitables pour leur avenir.

Il faut qu'ils sachent que de nombreux organismes mutualistes se sont créés pour appliquer la Loi de 1923. Tous sont groupés en une Caisse Autonome Nationale fondée par l'Union des Sociétés Mutuelles de Retraite des Anciens Combattants et Victimes de la Guerre, qui comprend au total 186.000 membres et dont l'actif a atteint au 31 Décembre 1937 deux milliards de francs.

Parmi ces Associations, la Société Mutuelle de Retraite des Médecins du Front, constitue un groupement de 650 médecins. Fondée en 1929 et présidée par le Professeur Balthazard, elle est parmi les plus importantes par la valeur des retraites versées.

La Société Mutuelle de Retraite des Médecins du Front a transmis à la Caisse Autonome depuis sa fondation près de 30 millions de francs et elle a payé à ses pensionnés plus de 800.000 francs en 1938.

Pour le médecin, qui par sa profession même n'est pas un fonctionnaire, la retraite de 6.000 francs est pratiquement la seule qu'il puisse se constituer avec l'aide de l'Etat. Les médecins Anciens Combattants forment donc une Association, à laquelle leurs versements et le montant de leurs pensions confèrent une importance particulière. Mais celle-ci

(1) Ce maximum vient d'être porté à 9.000 francs.

ne groupe pas, tant s'en faut, tous les médecins anciens Combattants, qui ont droit à la subvention de l'Etat, c'est-à-dire ceux qui ont eu 3 mois de présence dans une unité combattante durant la guerre 1914-18 et qui sont titulaires de la Carte du Combattant ou de la Médaille Interalliée dite « de la Victoire ».

Il y a là, pour certains de nos camarades, une regrettable lacune qu'il faut combler : profiter des avantages que leur offre la Loi du 4 Août 1923 modifiée par le Décret du 31 Mai 1933.

Il serait urgent de faire l'effort nécessaire, car nous le répétons, plus le temps passe, plus l'Etat tend à réduire sa participation.

Les retardataires doivent à cet égard craindre le pire, tandis que les prévoyants ne risquent pas de voir diminuer la participation que l'Etat s'est antérieurement engagé à souscrire.

Telle est la raison de ce pressant appel .Rien n'est plus stérile que le regret d'une occasion perdue. Une sage prévoyance à l'heure opportune, doit nous éviter ce regret. Que nos camarades possesseurs de la Carte de Combattant, pensent à leur avenir pendant qu'il en est temps encore.

ECHOS ET NOUVELLES

Nous sommes heureux d'adresser tous nos compliments au Docteur Cheyrou Lagrèze, Membre Correspondant de la Société des Sciences Médicales, Médecin Breveté de la Marine Marchande du S.S. El Biar de la Compagnie de Navigation Mixte pour les brillantes distinctions décernées en 1937 : Médaille de Verdun, Croix d'Officier du Ouissam Alaouite, Diplôme de Témoignage de Satisfaction de la XV.ème Région (Ecole de Perfectionnement des Officiers de Réserve de Marseille), Lettre de Félicitations de Monsieur le Président des Etats Généraux de la Santé Publique à l'Exposition de Paris 1937, Membre de l'Estrade d'Honneur à la Séance Inaugurale du Congrès des Journées Internationales de la Santé Publique au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

— Nous trasmettons nos bien vives félicitations à son neveu Albert Cheyrou Lagrèze, Lauréat-Interne des Hôpitaux de Bordeaux, Major de la Promotion de 1937.

Traitement des Varices. — Chirurgie ou Injections sclerosantes ?

1°) *Du point de vue pratique et de la moindre gêne apportée à la vie sociale du malade.*

Il ne peut y avoir de doute sur les *avantages de la méthode sclérosante.* Ils sont par trop évidents.

2° *Du point de vue indications ou contre-indications.*

Tout ce qui est possible par la méthode chirurgicale l'est également par la méthode sclérosante.

Par contre, *quantité de cas de varices non traitables par la chirurgie* (eczématisation, peau infectée ou fragile, varices spongieuses, varicosités, etc.) *sont traitables par les injections sclérosantes.*

3°) *Du point de vue «dangers» de l'un ou l'autre traitement.*

Il ne semble pas qu'il puisse y avoir d'hésitation à conclure :

Dangers insignifiants, *accidents rarissimes consécutivement au traitement sclérosant.*

Accidents rares consécutivement au traitement chirurgical, mais tout de même infiniment plus fréquents si on les compare aux premiers.

4°) *Du point de vue résultats.*

Ils peuvent être excellents et durables, dans les cas favorables, par les deux méthodes.

Mais certains résultats sont possibles par la méthode médicale qui ne le sont pas par la méthode sanglante.

Concernant les récidives (surtout de voisinage), elles sont également possibles, tant après traitement sclérosant qu'après traitement chirurgical Mais il est infiniment plus facile d'y remédier par de nouvelles injections que par une nouvelle intervention.

5°) *Dans quelques cas rares.*

La question de l'intervention chirurgicale peut se discuter à égalité de résultats, sinon de risques, avec la méthode sclérosante (*saphène forcée extrêmement volumineuse*): au malade de décider.

Enfin, dans certains cas rarissimes de récidives par pression considérable avec veines perforantes, au tiers inférieur de la jambe, le médecin pourra demander au chirurgien la ligature des perforantes en cause.

Dr. Raymond TOURNAY.

A cette époque de l'année quand sévissent bronchites pneumonies, influenza et autres affections fébriles aigues, l'emploi de l'Antiphlogistine dès les premières manifestations morbides: frisson, mal de gorge, se montre une médication d'urgence des plus utiles.

L'antiphlogistine tend non seulement à améliorer les conditions locales, mais pourra encore souvent prévenir l'apparition ultérieure d'accidents plus graves. Si, toutefois, on n'a pu conjurer la bronchite, la pneumonie, ou l'influenza, elle atténuera la violence de l'attaque.

L'Antiphlogistine soulage la congestion, calme la douleur; la chaleur qu'elle procure pendant plusieurs heures pénètre les tissus, accélère l'élimination des exsudats et des toxines, et stimule l'activité cellulaire reconstitutive.

Est tout spécialement indiquée dans le traitement des affections respiratoires.

HÉPATOGÈNES

PILULES TOUTES AFFECTIONS DU FOIE 2 aux repas

BIBLIOGRAPHIE

Le Menestrel

MUSIQUE ET THEATRES

Journal hebdomadaire, paraissant tous les vendredi. Directeur Jacques Heugel. Bureaux : 2bis, rue Vivienne, Paris (2°).

Quatre modes d'abonnement :

1er Mode: Texte seul : Un an, Paris et Province 40 francs.

2e Mode: Texte et musique de piano: comprenant le journal-texte, vingt-six morceaux pour piano et des partitions ou des albums-primes au 1er Janvier. Un an, Paris et Province 80 francs.

3me Mode: Texte et musique de chant. Comprenant le journal-texte, vingt-six morceaux de chant et des partitions-primes ou albums-primes au 1er janvier. Un an, Paris et Province 80 francs.

4me Mode. Abonnement complet. Comprenant le journal-texte, les cinquante-deux morceaux de piano et de chant et les partitions ou albums-primes au 1er janvier. Un an, Paris et Province 130 francs.

Pour l'étranger les frais de port en plus.

En Province, on s'abonne dans tous les bureaux de poste, chez tous les Libraires et Marchands de Musique, ou par une lettre adressée franco au Directeur du «Ménestrel», M. Jacques Heugel, rue Vivienne, n° 2 bis, Paris. On s'inscrit du 1er de chaque mois — L'année commence le 1er Janvier, et (sauf pour les années 1914 à 1919) les 52 numéros de chaque année — texte et musique — forment collection.

Fiches de pratique médicale

Direction Scientifique : Dr. Desfour, Montpellier. Administration : 46, Rue aux Laines, Bruxelles.

Les éditeurs de cette originale publication continuent à faire paraitre des fiches complémentaires qui enrichissent et rajeunissent l'importante collection de base parue en 1935.

C'est ainsi que nous venons de recevoir quelques centaines de pages de Fiches mises à ce jour 1936 et 1937. Ces dernières viennent s'ajouter aux fiches déjà parues pour former à l'heure qu'il est une masse de près de 4.000 pages de renseignements modernes et pratiques embrassant les neuf dixièmes de questions médicales mises à jour intéressant l'omnipraticien.

Nous n'avons pas besoin de revenir sur la grande valeur de ces

Fiches, toutes rédigées par des maitres éminents de diverses Facultés françaises et étrangères. Nous avons fait récemment l'éloge mérité de cet ouvrage.

Les nombreuses imitations qu'il a suscitées sous des formes diverses attestent déjà à elles seules son originalité et son incontestable utilité. Mais ce qui restera, nous semble-t-il, toujours à l'avantage des Fiches de Pratique Médicale, c'est leur avance considérable sur toutes les publications similaires, car la collection actuelle de ces Fiches constitue déjà une masse imposante de documents classés que le praticien consultera toujours avec intérêts.

La Collection des Fiches de Pratique Médicale ne peut qu'être recommandée à tout praticien qui veut posséder à portée de sa main un instrument de travail moderne tenu à jour qu'il pourra consulter rapidement et utilement à n'importe quel moment quel cas qui se présentera à lui au cours de sa pratique ; c'est le véritable *livre permanent* de la *pratique médicale*.

Les cholécystites chroniques

Etude clinique par A. Danès, ancien Chef de Clinique à la Faculté libre de Médecine. Préface du Professeur J. Rieux. — 1 volume in-8°, de 118 pages avec 4 planches hors texte, 38 francs.

Nombreux sont les cas où le praticien est amené à suspecter l'origine vésiculaire des troubles pathologiques.

Ce livre, écrit aussi simplement que possible, sans considérations théoriques inutiles, sera un guide précieux dans les cas de ce genre.

L'auteur, après avoir décrit les troubles si nombreux et si variés que provoquent les lésions et les dysfonctionements de la vésicule biliare, montre comment les différentes techniques médicales posent un diagnostic que la clinique permettrait de soupçonner.

Les renseignements fournis par l'examen radiologique, par le tubage gastrique ou duodénal, par le laborataire, sont décrits avec toute la précision désirable. Les ressources thérapeutiques sont ensuite étudiées en détail.

Ce livre intéressera le praticien. Il résume clairement la contribution que les techniques spéciales peuvent apporter au diagnostic et au traitement des états vésiculaires chroniques.

La Cardiologie du Praticien

II. — Les troubles du rythme du cœur. Notions élémentaires d'électro cardiographie. Comment déterminer la valeur fonctionnelle du cœur. La cardiodynamométrie clinique, par A. Ruche, ancien Chef du service cardiologie de l'hôpital maritime de Brest, Membre titulaire de la Société de Médecine de Paris. 1937, un volume gr. in-8° de 152 pages avec 42 figures et des planches, broché 36 francs.

La cardiologie vient de s'enrichir du second tome du Traité du Dr. Pruche ; la parution rapide de cet ouvrage a eu pour cause essentielle le bienveillant accueil qui a été fait au premier volume ; avec ce dernier, le médecin est entré en contact avec les notions indispensables à l'examen du cœur, il peut maintenant au moyen de ce second fascicule, étudier à loisir les troubles du rythme du cœur, cette question qui forme le principal ouvrage est abondamment développée ; le reste est divisé en deux parties : l'une réservée à l'examen des premières notions d'électrocardiographie, l'autre à la détermination de la valeur fonctionnelle du cœur ; telles sont les grandes lignes de cet exposé qui joint à l'utile, par la richesse de sa documentation, à l'agréable par sa lecture facile et attrayante.

Rien n'a été laissé au hasard dans la rédaction de cet ouvrage : classification méthodique des différents sujets qui y sont traités, chacun d'eux se suivant et s'enchainant tout naturellement. En résumé, la technique d'un praticien développée telle qu'il la conçoit dans sa réalisation.

Le Dr. Pruche ne pouvait mieux faire que de faire bénéficier le corps médical de ses patientes et souvent laborieuses observations ; il a pensons-nous, pleinement réussi dans la tâche qu'il s'est tracée et s'il en est ainsi ce sera pour lui la meilleure consécration de son œuvre.

Un troisième et dernier volume viendra terminer ce traité. Il traitera les types circulatoires, le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique cardiaque en général.

Sauvez vos dents

"Lavez vos dents, comme vos mains, avec du savon."

"Lavez-les matin et soir."

Le Savon seul peut dissoudre les matières grasses, cause essentielle de la carie des dents.

Exigez le

SAVON DENTIFRICE

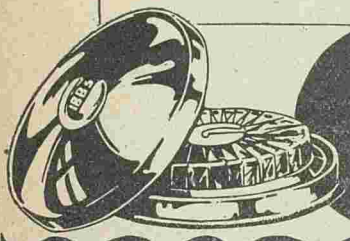
authentique.

Celui des inventeurs du savon dentifrice.

Pâte dentifrice

à base de SAVON

IBBS



IBBS

Dents blanches
haleine parfumée

556

Thibaud Gibbs & C°, 32, rue de Marseille TUNIS

HÉPATOGÈNES

PILULES TOUTES AFFECTIONS DU FOIE 2 aux repas

ECHOS ET NOUVELLES

PRIX MEDICAL 1937

Sur avis du jury d'examen, institué par arrêté du 10 novembre 1925, et composé cette année de M. le Docteur Burnet, directeur de l'Institut Pasteur président, et de MM. les Docteurs Bouquet et Broc, le Docteur Cuénod Jean a été désigné comme bénéficiaire pour 1937 du Prix Médical de 5.000 francs.

LE VIN D'HONNEUR DE L'AMICALE DES MEDECINS DE LA SANTE PUBLIQUE

offert aux Docteurs Ch. Marini et R. Dupoux

En date du 1er Juillet 1937, le docteur Charles Marini, Chef du Service de la Santé Publique, déjà maintenu dans ses fonctions pour six mois, à dater de Décembre 1936, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

A cette même date, le docteur Robert Dupoux, Médecin-Inspecteur d'Hygiène Sociale et de Médecine Préventive, est nommé chef des services de l'Assistance et de la Santé Publiques.

Ces deux décisions officielles donnaient lieu, le 17 Décembre 1937, à une belle manifestation de sympathie en l'honneur de ces éminentes personnalités médicales.

L'initiative du vin d'Honneur, admirablement organisé dans les salons du Tunisia Palace, était due à l'Amicale des Médecins de la Santé Publique. Prirent successivement la parole : le docteur Barthas, président de cet actif groupement d'intérêt corporatifs et de mutuel soutien, le docteur Tlatli, président du syndicat des médecins tunisiens, le docteur Lehucher, représentant les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux, M. Bloch, au nom des pharmaciens de la Régence, M. le Médecin Colonel Baur, directeur du service de santé des troupes de Tunisie, M. le docteur Burnet, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

Une belle allocution de M. Carteron, Secrétaire Général du Gouvernement Tunisien, qui avait bien voulu présider en personne à cette fête de l'amitié confraternelle, mit fin aux discours où chacun fit les éloges de l'ancien et du nouveau responsable des destinées de l'Assistance et de la Santé Publique en Tunisie. Le Ministre Plénipotentiaire, délégué à la Résidence Générale, résuma dans une citation pleine d'à-propos les sentiments de la très nombreuse assistance :

« Sors avec une larme, entre avec un sourire ». Le docteur Dupoux,

Directeur de l'Assistance et de la Santé Publique, exprime en terme éloquents son affection pour son estimé prédécesseur, le sens qu'il entend donner à l'ensemble d el'action médicale de la France en Tunisie. Il évoque la vie rude, mais féconde, des médecins du bled et l'urgence d'une amicale collaboration franco-tunisienne d'ailleurs parfaitement symbolisée par la composition de l'assistance et ses vives et sincères manifestations.

Le docteur Marini prend enfin la parole pour remercier de la belle œuvre d'art offerte par ses collaborateurs immédiats des Services de la Santé Publique, par les médecins de colonisation et par les représentants de tous les éléments du corps médical tunisien. Il est particulièrement ému du beau geste d'entente et des promesses d'action solidaire que représente cette offrande.

Il se réjouit de voir les services dont il assuma la charge, transformés en Direction placée sous la haute autorité de M. le Secrétaire Général du Gouvernement Tunisien.

Mme Dupoux et Mlle Marini honoraient de leur présence cette belle réunion et reçurent sous la forme de deux gerbes magnifiques, les hommages fleuris du Comité d'organisation.

En résumé, fête d'une profonde signification où fut maintes fois évoquée, avec la portée exacte des tâches déjà accomplies, l'immensité des efforts à réaliser ici dans le domaine de l'Hygiène et de la Médecine Sociale. Manifestation qui onore le docteur Marini et le docteur Dupoux et témoigne que les représentants de la Science Médicale dans la Régence savent aussi bien répondre à l'appel de l'amitie qu'à celui du devoir professionnel. Réunion, enfin, de franche cordialité et de haute élégance morale que dominait l'évocation de la France fraternelle penchée vers les humbles, soucieuse de les protéger con fléaux, maladies et misères et résolue à les guider dans la voie du mieux-être et du progrès.

CONGRES INTENATIONAL DE RHUMATISME ET HYDROLOGIE

à l'occasion du 10me anniversaire de la Fondation de la Ligue Internationale du Rhumatisme.

Ce Congrès se tiendra sous la présidence de Sir Farquhar Buzzard, à Oxford, du 26 au 31 mars 1938.

Sujet :1° — Influence du climat et du temps sur l'apparition des maladies
2° Rhumatismes chez les enfants.

Les droits d'inscription sont de 1 livre anglaise, étudiants 5 shillings. Inscriptions et demandes de renseignements au Bureau de l'«Internatio-

nal Society of Medical Hydrology, 169 Kingsways, London, W. C. 2.

Ce Congrès sera suivi immédiatement du Congrès de Bath pour les maladies rhumatismales.

Sujets : La Goutte et les rhumatismes chroniques d'origine métabolique.

Il se tiendra à Bath du 31 Mars au 3 Avril. Pas de droits d'inscriptions. Les Congressistes paieront leur logement et leurs repas dans les hôtels. Inscriptions et demandes de renseignements à adresser au Dr. G. D. Kersley, 6 The Circus, Bath.

Les programmes détaillés paîtront dans les prochains numéros de la Revue du Rhumatisme.

QUARANTE-DEUXIEME CONGRES DES MEDECINS ALIENISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Le 42ème Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française se tiendra à Alger du 6 au 11 Avril 1938.

Le Bureau de cette 42ème. Session est ainsi constitué :

Président: M. Le Dr. Th. SIMON, Médecin-Chef Honoraire des Asiles de la Seine.

Vice-Président: M. le Dr H. ROGER, Professeur de Clinique Neurologique à la Faculté de Médecine de Marseille.

Secrétaire Général : M. le Dr Pierre COMBEMALE, de la Faculte de Médecine de Lille, Médecin-Chef de l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel: Mr le Dr A. POROT, Professeur de Clinique Psychiâtrique à la Faculté de Médecine d'Alger.

Trésorier: M. le Dr. VIGNAUD, Ex-Médecin Directeur de la Maison de Santé, 4 Avenue d'Orleans, Paris (14) C/c Postal 456-30 Paris.

PROGRAMME DES TRAVAUX

Mercredi 6 Avril 1938

10 heures :*Séance solennelle d'ouverture*, sous la Présidence de M. Georges Le Beau, Gouverneur Général de l'Algérie (Université d'Alger, Salle Gsell, Rue Michelet-.

14 h. 15 : 1er Rapport — Psychiâtrie :*Les troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales*, par M. le Dr. SANTENOISE, Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. (Grand Amphythéatre de la Faculté de Médecine — Faculté de Médecine — Université d'Alger — Rue Michelet).

Jeudi 7 Avril 1938

9 h. 15 : *Séance de communications.* (Grand Amphythéatre de la Faculté de Médecine — Faculté de Médecine — Université d'Alger — Rue Michelet).

14 h. 30 : Deuxième Rapport : Neurologie *Les formes Cliniques inhabituel lesde la neuro-syphilis*, par M. le Prof. Agrégé NAYRAC, de la Faculté de Médecine de Lille. (Grand Amphythéatre de la Faculté de Médecine, rue Michelet).

Vendredi 8 Avril 1938

Excursion à Blida et environ (transports offerts).

A 11 heures : *Inauguration officielle de l'Hôpital Psychiâtrique* par M. le Gouverneur Général et *Visite de l'Etablissement.*

Samedi 9 Avril 1938

9 h. 30 : *Assemblée Générale du Congrès.* (Grand Amphythéatre de la Faculté de Médecine).

14 h. 15 : *Séance de Communications* (Grand Amphythéatre de la Faculté de Médecine).

Dimanche 10 Avril 1938

Excursion à Tipaza et Cherchell, conduite par M. Leschi, directeur des Antiquités, Professeur à la Faculté des Lettres.

Lundi 11 Avril 1938

9 h. 15 : Trosième Rapport Assistance *L'Assistance Psychiâtrique indigène aux Colonies*, par M. le Médecin-Commandant des Troupes Coloniales AUBIN, Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiâtriques de France. (Grand Amphythéatre de la Faculté de Médecine).

14 h. 15 : Séance de Communications (Grand Amphythéatre de la Faculté de Médecine).

PROGRAMME POUR LES DAMES

Un Comité Local de Dames se tiendra à la disposition des Dames Congressistes.

Un *Salon de Lecture et de Correspondance* leur sera réservé à l'Université, au-dessus de la salle Gsell.

En outre des visites prévues pour tous les Congressistes, les dames seront conviées à la visite d'une Manufacture de Tapis, d'un Ouvroir Indigène et d'un Dispensaire Indigène, d'une Manufacture de Tabacs, etc...

Un programme détaillé leur sera remis à l'ouverture du Congrès.

REDUCTION DE TRANSPORT

Les Congressistes français et étrangers, régulièrement inscrits, ainsi que leurs femmes, enfants mineurs et filles non mariées les accompa-

gnant, bénéficieront sur les Chemins de fer l'une réduction de 40 % (net d'impot) pour se rendre au Congrès et en revenir.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Le Congrès comporte des membres titulaires, des membres adhérents et des membres associés.

Les *membres titulaires* de l'Association et les *membres adhérents* à la session ont droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des compte-rendus de la session. Les membres adhérents, inscrits avant le 15 février 1938 recevront comme les membres titulaires, les rapports dès leur publication.

Les *membres titulaires* de l'Association versent une Cotisation annuelle de 75 francs, et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être *membre titulaire* de l'Association, il faut être Docteur en Médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité.

Les cotisations des *membres adhérents* à la 42ème session a été fixé à 80 francs. Ils doivent être agréés par le Bureau.

Les hôpitaux phychiâtriques et établissements hospitaliers peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des Rapports et des compte-rendus de la session. Le minimum de leur cotisation a été fixé à 80 frs.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres titulaires et des membres adhérents. Le prix de leur cotisation est de 50 francs. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Envoyer le montant des cotisations en francs français, chèque sur Paris, mandats international, mandat-postal ou chèque postal, avec indication précise des noms et adresses, au Docteur Vignaud, trésorier, 4 Avenue d'Orléans, Paris (14) C/c. postaux : Paris 456-30.

CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT D'UN MEDECIN OPHTALMOLOGIQUE EN TUNISIE

Un concours sur titres est ouvert à la Direction de l'Assistance et de la Santé Publique, à Tunis, pour le recrutement d'un médecin ophtalmologiste en Tunisie.

Les candidats doivent être :

1°. — Français ou Tunisiens,

2° — âgés de moins de 45 ans, à la date du concours,

3°. — avoir satisfait aux obligations militaires,

5°. — être pourvus d'un certificat d'aptitude physique délivré par deux médecins assermentés,

Les candidats doivent justifier d'une préparation suffisante de leur spécialité par des travaux scientifiques, des stages ou des services antérieurs.

Ils seront tenus d'accomplir une année de stage rémunéré. A l'expiration de ce stage, ils pourront être engagés par contrat pour une période de dix années renouvelable.

Ils recevront une indemnité annuelle de 50.000 frs.

A défaut de logement en nature, il leur sera alloué une indemnité représentative de logement, dont le montant ne pourra excéder 6.000 frs par an.

A l'occasion des tournées de service, ils auront droit au remboursement de leurs frais de déplacement dans les mêmes conditions que celles appliquées aux fonctionnaires des Administrations du Protectorat.

Il leur est interdit de faire de la clientèle à titre onéreux.

Les dossiers des candidats devront parvenir à la Direction de l'Assistance et de la Santé Publiques, à Tunis, avant le 15 avril 1938.

La date d'entrée en fonction est prévue pour le 1er juin 1938.

UNE « PREMIERE » A LA FACULTE DE PHARMACIE

L'Union Intersyndicale des Fabricants de Produits Pharmaceutiques a présenté le 20 octobre, dans l'amphithéatre de la Faculté de Pharmacie, un film sur *L'Industrie de la Spécialité Pharmaceutique Française*.

Ce très beau documentaire, dû au grand talent de M. Jean Benoit-Lévy et de ses collaborateurs, après avoir rendu hommage aux découvertes thérapeutiques des nombreux savants français universellement glorifiés, illustre de façon saissante toutes les réalisations industrielles de plus de 200 laboratoires pharmaceutiques français appartenant aux diverses chambres syndicales professionnelles.

Laboratoires de recherches, procédés modernes de fabrication, nombreux contrôles tant privés qu'officiels, font comprendre les préférences qu'a eu de tout temps le Corps Médical de tous les pays pour la spécialité pharmaceutique française.

M. Chapsal, Ministre du Commerce, le Dr Leclainche, spécialement délégué par le Ministre de la Santé Publique, M. le Préfet Léon, du Ministère de l'Economie Nationale, les Confédération des Syndicats Médicaux Français, de l'UMFIA, des Syndicats pharmaceutiques, de la presse Mé-

dicale, de nombreux médecins et la plupart des fabricants de spécialités pharmaceutiques qui assistaient à cette présentation artistique manifestèrent chaleureusement le plaisir qu'ils avaient éprouvé de cette si belle et si instructive réalisation.

Il est certain que partout où ce film sera présenté et nous savons que déjà de nombreux syndicats médicaux se sont fait inscrire 44, rue du Colisée pour que leur soient prêtés des copies sonores en 16 m/m ou en 35 m/m, il recueillera le même succès fait du plaisir de voir et la joie d'entendre.

ELECTION DU BUREAU DE 1938 DE LA SOCIETE DES HOPITAUX LIBRES

Le 9 décembre, la Société des Hôpitaux libres a donné dans les salons de l'Automobile-Club de France, sa réception annuelle a l'occasion de l'élection du bureau de 1938.

Adieux du Dr. Thierry de Martel, président sortant.

Accueil du Dr Paul Descomps, nouveau président.

Etaient présents les membres du bureau 1938 :

MM. Beaussenat, Blechmann, Gadaud, Mondain, vice présidents;

MM. Delort, Martiny, Massart, secrétaire généraux ;

MM. Clavé, Denet, J. A. Huet, Giroux, Lamy, Lonjumeau Ponchon Vaudescal, Arthus, Houzel, Maurice Garçon, conseil juridique.

De nombreux membres parmi lesquels : MM. Antoine, Baillet, Benoit, Cathelin, Chabert, Croquefer, Desaux, Doré Ducuing Fortier-Bernoville François, Gallois, A. Halphen, Hélie, Hodanger, Iselin Joly Laporte Machtou, Mme Martiny, Mme Montlaur, Moulonguet, Nabias, Parcheminey Mlle Prost, Ribardière, Roederer, Saidmann, Clément Simon, Savignac Subileau, Trèves, etc....

AUX ARCHIVES HOSPITALIERES

La revue médicale que dirige le Docteur Maurice Delort les «Archives Hospitalières» a donné le 14 octobre sa soirée d'automne.

Parmi les personnalités présentes;

MM. Cathelin, Heitz-Boyer, Clément Simon, Maurice Garçon,, Arthus Bailleul, Jean Baumel, Germain Blechmann, Bonnet-Roy, Debart, Du Castel, J. Florand, Heuyer, Jacquelin, Jauston, Logre Luquet Martiny

Moulonguet, Parcheminey, Pochon, Renaudeaux, Roederer, Roux Delimal, Ruaud, Savignac, Sejournet, Schaeffer, Tournay Weill Winter.

Carlotta Zambelli et Albert Aveline avaient, avec le concours du corps de ballet de l'Opéra réglé de délicieux divertissements où furent applaudis:

Mlles Binois Dynalyx Vaussard Barban Jhanyne Serlelon Decarli Guillot Dalloz Bardin Rigel Thalia;

MM. Duprez Ponti Milliano.

Maurice Martenot présenta le nouvel instrument d'ondes avec Mmes G. Robert G. Bentz H. Dubreuil J. Duparcq, qui exécutèrent des œuvres de Froberger Ravel O. Messiaen G. Samazeuilh.

Hépatalgies Gastriques

Si, au point de vue des échanches, le foie est l'organe central, néanmois, il faut reconnaître que l'estomac joue vis-à-vis de lui un rôle d'écran protecteur. Quand le chimisme gastrique est défaillant, les produits toxique de la digestion augmentent, les microbes envahissent le grêle et le foie se voit soumis à un surmenage toxi-infectieux auquel il résiste mal. Ainsi s'explique la fréquence avec laquelle dans la lithiase biliaire, on rencontre de l'hypoacidité ou de l'anacidité. On remédie à ces états en soignant l'estomac de façon très précoce par des CACHETS CHARVOZ (un après chaque repas) pui protègent la miqueuse contre toutes les causes d'irritation et d'épuisement.

BIBLIOGRAPHIE

L'Infirmière Hospitalière

Guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale-Bordeaux. 2 volumes avec figures : Tome I. Organisation de la profession d'infirmière. Soins généraux aux malades. — Médecine 32 fr.; Tome II. Chirurgie Obstétrique. Puériculture et médecine infantile. Oto-rhino-laryngologie. Ophtalmologie. Physiothérapie. fr. 36.

Une connaissance détaillée de la technique des soins aux malades, une instruction théorique concise et claire, voilà pour l'infirmière les deux éléments d'une formation professionnelle harmonieuse.

Ce manuel essaye de réunir la «pratique» et la «théorie» pour faciliter la tâche des élèves infirmières et leur laisser, à la sortie de l'école, un résumé de toutes les notions indispensables à un travail utile et fécond.

Il est le fruit d'une longue expérience auprès des malades et le résultat des efforts de plusieurs, avant tout de ceux de Mlle le Dr. Hamilton, fondatrice de l'Ecole Florence Nightingale (1901-1934). On trouvera dans la technique exposée à côté des méthodes françaises classiques, des adaptations de techniques américaines et anglaises qui entrent de plus en plus dans la pratique courante en France.

Ce livre sera le guide précieux de toutes les monitrices d'école d'infirmières.

Il pourra aider les professeur das le choix judicieux qu'ils auront à faire pour l'enseignement des infirmières et aussi des sages-femmes grâce à son chapitre sur l'obstétrique.

Il contient également l'histoire du nursing depuis ses origines jusqu'à son organisation actuelle et sera ainsi un moyen de propagande pour l'Association internationale des infirmières diplômées.

Comme le dit dans sa Préface M. le Pr. Mauriac, Doyen de la Faculté de Bordeaux: « Ce livre sera le vade-mecum précieux, le bréviaire inséparable pour celles que ne rebutent pas la grandeur et la servitude infirmières ».

Le Traitement et la Prophylaxie du Choléra infantile et des états cholériformes

par le Dr Marcel Lelong, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Paris. — J. B. Baillière te Fils, éditeurs, 19, rue

Hautefeuille, Paris VI[e] — 1 volume grand in 8 de 76 pages avec figures 18 francs.

L'importance pratique du problème soulevé par le choléra infantile est considérable. Depuis près d'un siècle, et dans le monde entier, des travaux innombrables ont été consacrés à son étude clinique, biologique, pathogénique, thérapeutique.

Dans cet ouvrage l'auteur s'est efforcé de traiter cette question sur un plan bien net, et il a distingué dans le cadre général du syndrome cholériforme: d'une part le choléra infantile proprement dit et d'autre part les états cholériformes qui, par leur étiologies diverses, doivent être en bloc opposés au choléra infantile vrai.

TABLE DES MATIERES

I. Introduction nosologique
II. Traitement du choléra infantile
III. Traitement des états cholériformes
IV. Prophylaxie du choléra infantile et des états cholériformes.

Le traitement de la soi-disant Insuffisance Hépatique

par le Dr M. Chiray, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des hôpitaux. — J. B. Baillière et fils, éditeurs, 19 rue Hautefeuille Paris, VI[e]. — 1 volume grand in 8 de 52 pages 15 francs.

Dans cette monographie, l'auteur estime que s'impose, à l'heure actuelle, une révision des idées courantes dans la pratique médicale au sujet de l'insuffisance hépatique.

Ce terme d'insuffisance hépatique, qui prit naissance il y a une trentaine d'années, est employé tant dans le public des malades que dans le monde des médecins, d'une manière souvent trop définie. L'auteur a pensé qu'à l'heure actuelle, il est impossible d'envisager une thérapeutique d'ensemble de tous les états rangés sous le vocable de l'insuffisance hépatique et dans son livre il s'est efforcé de distinguer une série de types dans cette affection.

TABLE DES MATIERES

I. La soi-disant insuffisance hépatique médico-mondaine
II. La grande insuffisance hépatique par hépatectomie.
III. La grande insuffisance hépatique de l'ictère grave
IV. La petite insuffisance hépatique des maladies organiques du foie
V. L'insuffisance hépatique en chirurgie
VI. L'insuffisance hépatique et l'hépatisme de Glénard

Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés

La Pathologie du Colonial Rapatrié

par F. Blanc et L. A. Bordes, Médecins-Commandants, Professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de Santé des Troupes Coloniales. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8 place de l'Odéon, Paris (6°). — Un vol. in 16 de 244 pages 30 frs.

Les médecins exerçant en France ont de plus en plus souvent l'occasion de rencontrer dans leur clientèle des malades ayant séjourné dans les régions chaudes du globe. La facilité et la rapidité des transports, le goût moderne des longs voyages, le fait surtout que les carrières coloniales naguère quasi réservées aux habitants des frontières maritimes sont aujourd'hui embrassées par des jeunes gens venus de toutes les provinces, amènent dans le cabinet de chaque praticien des malades à passé colonial.

Les auteurs ont réuni, dans ce petit livre, les notions de pathologie exotique devenues ainsi indispensables aux médecins exerçant en France. Ils n'ont retenu du vaste champ de la pathologie exotique que les affections qu'une pratique de plusieurs années à Marseille, dans un hôpital où passent en abondance des malades rapatriés de toutes nos colonies, leur a permis de rencontrer couramment.

Pour chacune d'elles, ils développent les notions cliniques et thérapeutiques nécessaires pour leur diagnostic et leur traitement dans les conditions de la pratique européenne.

Ainsi condensée, cette pathologie du colonial rapatrié, véritable chapitre nouveau de la pathologie exotique, en évitant de longues recherches à travers les traités en insistant — et c'est l'originalité de ce livre — sur l'évolution dans les climats tempérés des maladies contractées sous les tropiques, rendra au praticien de grands et réels services.

ANTIN "Sofos" (Antinfluenza Sofos)

Action préventive et curative des complications de la grippe.
Affections sévères des voies respiratoires.

DOSAGE: Nourrisson et jeunes enfants: 1 ampoule (1er degré) et au besoin 2 ampoules, par voie intamusculaire, pro die.
Adultes: 1 ampoule (2.e degré) et au besoin 2 ampoules, par voie intramusculaire, pro die.

MALTROP "Piam"

Sirop de Malt aux Hypophosphites.
Par cuillerées à café pour les enfants.
Par cuillerées a soupe pour les adultes.

DOSAGE: Enfants au dessous de 10 ans: 1 à 2 cuillerées à café par jour.
Adults: 2 à 4 cuillerées à soupe par jour avant les repas.

VIRMONAL "Piam"

Hormones organiques: substratum de cellules germinales, prostate et cerveu. (Formule du Prof. F. Figari de l'Université de Gênes).
Action dynamogène et règulatrice du trophisme général.

DOSAGE: Enfants: 1 à 2 dragées deux ou trois fois par jour suivant l'âge.
Adultes: 3 à 6 dragées trois fois par jour avant les repas. (Cette dose peut être augmentée, étant donné que le produit n'est pas toxique et ne contient pas d'alcaloides).

NEUROPRINA "Sofos"

Extrant de Cerveu + Polybromures.
Toutes les indications du Bromure.

DOSAGES: Enfants: par cuillerées à café.
Adultes: 2 à 4 cuillerées à soupe par jour.

Echantillons et littérature :

C. MENGHINI, *15, Place Cardinal Lavigerie - TUNIS*

VALS SAINT-JEAN

AFFECTIONS de l'
ESTOMAC
EMBARRES GASTRIQUES
DYSPEPSIE - GASTRALGIE
Entérite chez l'enfant
chez l'adulte
Arthritisme

Eau de Régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Direction : Vals-Saint-Jean, 53, boulevard Haussman, Paris (9e)

ECHOS ET NOUVELLES

LES PRIX DE LA SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

1° PRIX GINGEOT (1.500 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant: «Etude fonctionnelle du foie au point de vue du pronostic opératoire dans les interventions hépato-biliaires».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12 rue de Serbie, le premier vendredi de novembre 1939.

2° PRIX PAUL LE GENDRE (3.000 francs triennal). Le coucours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au concours est le suivant : «Influence de la publicité contemporaine sur la moralité professionnelle et le discrédit médical».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

ORGANISATION D'HYGIENE
STATUTS DE LA FONDATION POUR L'ATTRIBUTION D'UNE MEDAILLE ET D'UN PRIX «DARLING»

Amendé par le Comité d'Hygiène, conformément aux dispositions de l'article 9 (1), *lors de sa* 25me *session (avril* 1937).

Article premier. — Il est institué un Comité appelé «Comité de la Fondation Darling» et constitué des membres suivants :

Le Président en exercice du Comité d'Hygiène de la Société des Nations

Les Vice-Présidents en exercie du Comité d'Hygiène de la Société des Nations,

Le Président en exercice de la Commission du paludisme de la Société des Nations,

Le Directeur en exercice de la Section d'Hygiène de la Société des Nations fait fonction de Secrétaire du Comité.

Art. 2 — Le Comité de la Fondation Darling est chargé d'attribuer, conformément à l'Acte de Fondation et aux présents Statuts, un prix qui s'appellera «Prix de la Fondation Darling» à l'auteur d'un travail original sur la pathologie, l'étiologie ou l a prophylaxie du paludisme.

Art. 3. — Le prix de la Fondation Darling consistera en une médaille de bronze et une somme fixe de 1.000 frs suisses.

Il sera décerné chaque fois que les intérêts acumulés du capital de la Fondation atteindront un montant net non inférieur à 1.000 frs suisses,

après prélèvement des frais totaux entraînés par la frappe de la médaille.

Toutefois, les premiers intérêts seront affectés à la couverture des frais entraînés par la création des matrices de la médaille de bronze.

Ar. 4. — L'administrateur se fera communiquer deux fois par an, par la gérante des biens de la Fondation, le montant total des intérêts accumulés depuis la dernière attribution du prix Darling. Lorsque ces intérêts auront atteint une somme suffisante pour permettre d'attribuer un prix, conformément aux dispositions de l'article 3, l'Administrateur en informera les membres du Comité Darling et de la Commission du Paludisme.

Art. 5. Tout membre du Comité d'Hygiène et de la Commission du Paludisme, et toute administration nationale d'hygiène pourront proposer le nom de toute personne dont ils jugeront la candidature digne d'être examinée, en vue de l'attribution du prix, en y joignant un exposé écrit des raisons qui justifient la proposition. Une même candidature non récompensée pourra être présentée à plusieurs reprises.

Il devra s'agir d'un travail, soit publié au cours des cinq années précédant immédiatement l'attribution du prix, soit présenté à l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations, sous forme de manuscrit.

Il n'est imposé aucune condition quant à l'âge, au sexe, à la profession ou à la nationalité del'auteur.

Art. 6. — Lorsqu'il informera les membres du Comité Darling et de la Commission du Paludisme, conformément aux dispositions de l'article 4, que les intérêts accumulés du capital dela Fondation permettent d'attribuer le prix Darling, l'Administrateur communiquera également copies de toutes les propositions de candidature qu'il aura reçue depuis la dernière attribution du prix. Il sera libre ensuite, de considérer la liste comme close.

Art. 7. — Le Comité de la Fondation Darling aura pouvoir pour statuer définitivement à la majorité des membres présents, sur le candidat à qui attribuer la médaille et le prix.

Trois membres au moins doivent être présents.

Art. 8. — Sur la proposition de l'un de ses membres ou de la Commission du Paludisme, le Comité d'hygiène pourra décider de reviser les présents statuts. Toutefois, une décision dans ce sens ne pourra être prise valablement qu'à la majorité absolue.

Art. 9. — L'Administrateur de la Fondation Darling est chargé :

De l'exécution des décisions prises par le Comité de la Fondation Dar-

ling, dans les limites de sa compétence telle qu'elle ressort des présents statuts.

De l'exécution des présents statuts et en général du fonctionnement de la Fondation Darling, dans les limites de l'acte de fondation et des présents statuts.

UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE
BOURSES D'ETUDES
A L'INSTITUT « CARLO FORLANINI » A ROME

Nous rappelons aux Gouvernements et aux Sociétés Nationales membres de l'Union, que la Fédération Nationale Italienne Fasciste de Lutte contre la Tuberculose met à la disposition de l'Union Internationale contre la Tuberculose six bourses d'études à l'Institut «Carlo Forlanini» à Rome.

Les conditions offertes sont les suivantes :

Les bourses mises au concours, d'une valeur de 2.000 lires chacune, plus la nourriture et le logement, doivent servir à faciliter le stage de médecins étrangers à l'Institut «Carlo Forlanini» à Rome. Ce séjour se répartira sur l'année universitaire (du 15 novembre au 15 juillet), c'est à-dire huit mois interrompus par les vacances usuelles.

Les boursiers devront obligatoirement résider à l'Institut.

Les bourses seront attribuées de préférence à de jeunes médecins déjà familiarisés avec les problèmes de la tuberculose et désirant se perfectionner dans cette branche.

Le genre de travail poursuivi à l'Institut sera déterminé par accord entre le Direteur de l'Institut et le candidat.

La priorité de la publication de ces travaux est réservée au Bulletin de l'Union Internationale conre la Tuberculose.

L'attribution de ces bourses aura lieu à la prochaine session du Comité Exécutif qui doit se réunir le 11 juillet 1938.

Les noms des candidats accompagnés de renseignements sur leur âge, leurs titres, etc.... leur expériences professionnelle, doivent parvenir au Secrétariat de l'Union Internationale contre la Tuberculose, 66, Boulevard Sait Michel, Paris (VI^me^) avant le 1^r^ juillet 1938.

Aucun acte de candidature ne sera pris en considération s'il n'est transmis au Comité Exécutif par un Gouvernement ou une Association Membre de l'Union.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

ROLE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

Les recherches expérimentales ou cliniques de ces dernières années ont confirmé l'importance des fonctions du foie qui peuvent s'énoncer comme suit :

Fonctions détoxicantes par sulfo-conjugaison, par glycuro-conjugaison ou par dégradation complexes de déchets provenant de la digestion intestinale ou du métabolisme intermédiaire.

Fonctions biligéniques par élaboration de résidus qui proviennent, pour une part importante, du renouvellement continu et normal des globules rouges (cholestérine et hémoglobine), pour en faiée, sous forme de sels et pigments biliaires, une partie intégrante de la bile, dont il est fabriqué un litre en 24 heures. Sans cette bile l'assimilation des graisses devient impossible et les putréfactions intestinales prennent des proportions pathologiques.

Fonctions Pexiques, c'est à dire mise en dépôt de substanes nutritives (glucose, protéines, vitamines) destinées à être distribuées à l'organisme, au fur et à mesure de ses besoins, avec mission complexe de le délivrer de ses éléments toxiques ou, au contraire, de veiller à ce qu'il ne manque pas de certains principes essentiels tels que glycogène ou vitamines. Ceci explique que des recherches physiologiques aient établi qu'un foie solide et résistant est aussi important que de bons poumons et qu'un cœur vigoureux pour quiconque veut se livrer à des compétitions sportives.

LA FATIGUE DU FOIE ET SES CAUSES

Manger avec excès, abuser de l'alcool et du tabac, avoir des soucis constants, mener une vie sédentaire, sont autant de menaces pour le foie. Il en est encore une, résultant d'une maladie aiguë ou chronique qui, en favorisant la production des poisons ou en gênant leur élimination (irritations locales, suppurations, pullulations microbiennes, troubles des fonctions de dépuration, etc...), surmène la glande hépatique.

Le foie est l'organe le plus malmené par l'existence moderne...., son insuffisance est une des maladies les plus répandues, celle que le Médecin retrouve chez 70 % de ses malades.

LA FATIGUE DU FOIE ET SES CONSEQUENCES

Toute fatigue du foie a pour conséquence des désordres qui varient suivant celle de ses trois fonctions principales qui est la plus atteinte. Quand il s'agit de désordres des fonctions détoxicantes, on est en pré-

sence de phénomènes d'auto-intoxication qui peuvent intéresser la peau, les vaisseaux, les divers tissus nerveux ou glandulaires de l'organisme et de l'appareil digestif d'où : dermatose, hypertensions, artériosclérose et hypercholestérinémie, dépressions nerveuses, scléroses viscérales, entérites, colibacillose, etc.

Quand c'est la fonction biligénique qui est atteinte, les troubles digestifs (constipation, putréfactions intestinales) prédominent et produisent ou accentuent l'auto-intoxication.

Quand les fonctions pexiques sont déficientes, on observe des troubles généraux trahissant une diminution générale des forces de résistance de l'organisme.

LES MEILLEURS REMEDES POUR LE FOIE

Des recherches cliniques expérimentales ont été consacrées en grand nombre, ces dernières années, à la détermination des médicaments les plus capables de stimuler les fonctions du foie sans lui imposer de fatigue.

Elles ont abouti à des résultats remarquables, démontrant la supériorité incontestabe d'une série de produits tels que le boldo, l'artichaut, le véritable huile de Harlem, le camphorate d'hexaméthylènetétramine, la poudre de glande hépatique totale, qui possèdent le pouvoir de drainer les voies biliaires et surtout la vésicule (action cholagogue); de stimuler la production de la bile (action cholérétique) et qui fournissent à cet organe de nouvelles réserves d'énergie.

Le boldarlem réalise le tonique hépatique type. — Tous ceux qui se trouvent soumis à un surmenage général, et plus spécialement à un surmenage du foie, soit parce qu'ils travaillent trop, soit parce qu'ils s'intoxiquent, se trouveront bien d'en faire périodiquement usage.

Le Boldarlem est particulièrement indiqué, hez tous les malades atteints de cirrhose, d'ictère, de cholécystopathie, de calculs hépatiques, de congestions hépatique. Il est également utile dans la plupart des affections des voies digestives et dans celles qui accompagnent de constipation, ballonnemet ou météorisme. Il est à conseiller encore dans tous les cas où le oie doit être considéré comme insuffissant, c'est à dire dans les maladies suivantes : *Arthritisme* sous toutes ses manifestations : rétention uratique, cholestérinémie, néphrite chronique. *Dermatoses* : eczéma, urticaire, prurits. *Troubles nerveux* : migraine, dépression mentale, anxiété.

Dr. C. Pol-Aleu.

LES TROUBLES RESPIRATOIRES

tels que pneumonies, bronchites, laryngites, amygdalites, sont toujours utilement traités par la chaleur humaine prolongée. Mais il est peu de modes d'applications de la chaleur qui soient satisfaisants et susceptibles de se maintenir pendant quelques heures sans incidents qu'il importe, dans l'intérêt du malade, d'éviter. Les cataplasmes de graine de lin, par exemple, et autres similaires, se refroidissent vite et exigent de fréquents renouvellements, ceux-ci étant de nature à fatiguer, sinon à épuiser le patient. En outre, il ne faut pas oublier leur action destructive des tissus.

Il *existe*, toutefois, dans l'arsenal thérapeutique, un mode d'application de la chaleur humide prolongée, soit : *l'Antiphlogistine* — produit ne comportant aucun des inconvénients précités. Dans le traitement des pneumonies et des brochites, ce glycéroplasme est d'une valeur inestimable, étant donné son action thermique de longue durée. En fait, un enveloppement d'antiphogistine ne sera renouvelé qu'au bout de 24 heures, sans crainte de refroidissement pour la pâte, et sans danger de réaction cutanée par la macération. Il importe de signaler ces avantages au point de vue du confort dupatient; au point de vue, également, de l'intérêt, pour l'infirmière, que représentent ses 24 heures de répit, qu'elle voudra consacrer soit à un repos bien mérité, soit à tout autre devoir de sa charge.

Le médecin qui a recours à l'Antiphlogistine — aux propriétés hygroscopiques et thérapeutiqes remarquables de ce produit — peut être persuadé qu'il a procuré à son patient la meilleure des médications que le laboratoire scientifique puisse offrir pour l'application de la chaleur humide prolongée.

BIBLIOGRAPHIE

La Société Nestlé vient de faire paraître un ouvrage important qui devait être dédié à son président le Docteur Dapples pour son 70me anniversaire mais qui est maintenant un hommage à sa mémoire, celui-ci venant de mourir il y a quelques mois.

Ce «volume jubilaire» contient en plus des articles consacrés au Docteur Louis Dapples d'intéressantes études faites d'éminents médecins de tous les pays et par les collaborateurs de la Société Nestlé, sur les maladies de l'enfance, l'alimentation, le lait...

Nous félicitons vivement la Maison Nestlé d'avoir su réunir des travaux aussi importants et de nous les avoir présentés d'une façon aussi impeccable.

LE RETOUR D'HIPPOCRATE

par le Dr Auguste Colin (Fasquelle Editeurs). — Ce livre est d'une lecture facile, même pour les profanes; il suffit de posséder une culture moyenne pour comprendre ces pages écrites dans le but d'être utile à la collectivité et s'y intéresser.

« Le Retour à Hippocrate» ne veut pas dire que l'on doive s'en tenir aux premières doctrines simplistes telle celle «de la tête froide et des pieds chauds», ni qu'il puisse y avoir association entre les conceptions hippocratiques et les nombreux apports modernes. Cependant, le malade, pour sa guérison doit compter d'abord sur lui-même et les médicaments administrés doivent avoir pour résultat d'activer, d'orienter les forces qui sont en lui; aussi faut-il discerner dans tout l'attirail de la médecine moderne aux innombrables spécialités, ce qui peut aider la nature et fuir ce qui peut la contrarier.

Le Dr Aug Colin dénonce les erreurs et les contradictions (et par suite les dangers) de la médecine actuelle, dans ce livre de salutaire simplification qui sera probablement très discuté et sûrement très lu.

Les éléments du pronostic dans les maladies aiguës

Notes de pratique, par A. B. Marfan, Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris; Membre de l'Académie de Médecine. Masson et Cie, Editeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120 Boulevard St Germain, 120, Paris. Un volume de 80 pages 20 francs.

Le médecin doit connaître les signes qui lui permettent de prévoir la

marche et l'issue des maladies. Cette connaissance l'empêche de conclure à l'efficacité d'un traitement lorsqu'il l'a appliqué à une maladie qui guérit spontanément. Toute recherche de thérapeutique présuppose la connaissance du pronistic.

C'est dans les maladies aiguës que les erreurs de pronostic sont les plus faciles et ont les conséquences les plus sérieuses. C'est aux éléments du pronostic dans ces affections que l'auteur s'est principalement attaché.

La première étude est consacrée aux éléments du pronostic dans la fièvre typhoïde, car ce qui s'applique à elle s'applique, à quelques nuances près, à d'autres maladies aiguës. de l'âge adulte, de l'adolescence et de la grande enfance.

Les autres chapitres sont consacrés aux sujets suivants :

Pneumonie lobaire aiguë. Broncho-pneumonie. Diphétrie. Scarlatine. Endocardites et péricardites aiguës. Méningite aiguës.

Nephropathies gravidiques (classification, pronostic, traitement (*)

par C. Lian, Prof. agrégé, Méd. des Hôp. de Paris et G. Siguret, Consultant aux Eeux de Saint Nectaire.

Chez des femmes exemptes antérieurement de toute manifestation pathologique pouvant être rapportée à un trouble de fonctionnement du rein on voit assez fréquemment au cours de la deuxième moitié de la gestation apparaît un syndrome morbide se traduisant par diverses manifestations d'insuffisance rénale et plus spécialement par de l'albuminurie.

H. Pigeaud (1) et J. Dupont (2) viennent de consacrer deux très intéressants articles, à l'étude de ce syndrome.

Tout d'abord H. Pigeaud propose de lui appliquer l'expression « néphropathie gravidique, au lieu de celle jusqu'ici classique de l'albumi-

---

(*) — Extrait de : « L'Année Pratique », volume annuel publié sous la direction du Dr. C. Lian, Prof. Agrégé à la Faculté, Médecin de l'Hôpiai Tenon. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial. et questions prof.). — 25 % de réduction aux souscripteurs.

Envoyer avant le 15 mars :

France et Colonies..... 30,00

Envoyer avant le 15 avril :

Union postale ..... Frs... 31,50

Autres Pays ..... Frs... 33,50

à R. Lépine, 39 rue d'Amsterdam, Paris. — c/Chèques-Postaux : Paris 712.04.

(1). « Journal de médecine et de chirurgie pratiques », 25 avril 1937. — (2). « Le Bulletin Médical », 1er mai 1937. — (3). Th. Bordeaux, 1932-1933.

nurie gravidique ». De sérieuses raisons lui paraissent militer en faveur de ce nouveau choix. La meilleure et qui suffirait à elle seule, dit-il, résulte de la constatation fréquente de l'absene d'albuminurie alors que résulte de la constatation fréquente de l'absence d'albuminurie alors que la néphropatie existe.

Mais il y a plus, le terme « néphropathie » a l'avantage de préciser que les troubles du fonctionnement rénal observés pendant la gestation, ne doivent pas être rapportés à une lésion rénale primitive, mais bien plutôt a une déviation des différents métabolismes.

Pendant la grossesse, les signes essentiels qui témoignent d'un trouble plus ou moins grave dans le fonctionnement du rein, sont : l'albuminurie, les oedèmes l'hypertension; l'hyperazotémie manque ou est peu accentuée.

I. *Formes cliniques.* — A ces signes correspondent trois grandes *formes cliniques* que Pigeaud classe schématiquement comme il suit :

Néphropathie albumineuse simple ;

Néphropathie avec oedèmes ;

Néphropathie avec hypertension.

La forme albumineuse simple correspond à ces cas assez nombreux dans lesquels les sujets ne présentent ni oedèmes , ni signes urémiques ; l'albuminurie est ordinairement minime, de quelques centigrammes à un gramme, rarement davantage. Elle varie, mais peu, d'un jour à l'autre.

La forme oedémateuse se manifeste en plus de l'albuminurie, par des épanchements. Ces épanchements le plus souvent sont périphériques et de ce fait, facilement diagnosticables. D'ordinaire ils sont localisés et occupent tantôt les membres inférieurs tantôt les paupières et la face ; parfois ils remontent jusqu'aux cuisses ; quelquefois même ils envahissent les lombes affectant ainsi le type de l'anasarque généralisé. Dans certains cas l'infiltration ne touche — pendant un certain temps — que les viscères ces oedèmes cachés ne peuvent alors être décelés que par la pesée régulière des malades. Avant de considérer une gestante albuminurique comme une néphropathe simple, il est donc nécessaire, durant plusieurs semaines, de suivre par la balance, le poids de la malade. La constatation d'une prise de poids anormale, permettra d'infirmer le diagnostic de néphropathie albumineuse simple.

La forme hypertensive se traduit par une augmentation notable et durable de la maxima et de la minima. Les chiffres sont généralement au-dessus de 15 et de 10. On a même noté des chiffres beaucoup plus élevés (29 et 16) La valeur de l'indice oscillometrique est parfois faible ;

cette faiblesse paraît être vraisemblablement sous la dépendance d'un spasme vasculaire et doit faire redouter la mort du foetus in utero. A noter que dans cette forme l'albuminerurie fait parfois défaut.

Cette classification, bien que schématique, répétons-le, est néanmoins du plus haut intérêt, car elle a le mérite de présenter des repères d'où le clinicien pourra tirer des conclusions aussi bien d'ordre pronostique que thérapeutique.

II. *Pronostic.* — Du point de vue immédiat, la forme albumineuse simple comporte un bon *pronostic*. Il est exceptionnel, dit Pigeaud, qu'une femme enceinte, atteinte réellement de népropathie simplement albumineuse, présente des accidents graves si elle est correctement soignée. L'enfant doit naître vivant.

Les néphropathies avec oedèmes mais sans hypertension comportent également un pronostic favorable. Les accidents convulsifs ou oculaires, observés si fréquemment dans cette forme, cèdent d'ordinaire rapidement et disparaissent presque toujours sans laisser de séquelles. Les mots d'enfant sont rares.

En ce qui concerne les néphropathies gravidiques avec hypertension, le pronostic est, au contraire, beaucoup plus sombre. C'est dans ce groupe que l'on voit le plus de morts de foetus *in utero*. D'autre part les accidents convulsifs et sensoriels qui surviennent chez les malades sont souvent de la plus haute gravité ; enfin on a pu signaler des troubles importants de défaillance cardiaque.

Quant au pronostic éloigné, si nous confrontons les diverses opinions émises dans la littérature médicale, il est unanimement admis que, du côté enfant, les néphropathies gravidiques ne semblent pas avoir une influence nécessairement désastreuse ; l'enfant né d'une albuminurique est souvent normal et robuste.

Du côté de la mère, Pigeaud fait remarquer que le plus grand nombre des néphropathes albumineuses simples et néphropathes avec oedèmes qu'il a soignées, ont guéri rapidement et complètement après l'accouchement. Quelques-unes ont refait des accidents analogues au cours d'une gestation ultérieure, mais cela n'est pas fatal.

Couédic (3) reproduisant plusieurs observations de néphrite chronique d'origine gravidique, reueillies dans les services des professeurs Verger et Mauriac, est moins optimiste ; dans un certain nombre de cas il a constaté que l'albuminurie qui s'était montrée au cours d'une grossesse, a persisté dans l'intervalle des grossesses et s'est aggravée

chaque fois que la femme redevenait enceinte pour évoluer par la suite vers une néphrite chronique.

Pour les néphropathies gravidiques avec hypertension, la gravité de leur pronostic est soulignée par tous les accoucheurs. Le rôle qu'elles sont susceptibles de jouer dans la production d'une lésion permanente du rein est indéniable. J. Dupont vient encore de recueillir dans son service, deux cas de néphrite chronique hypertensive d'origine gravidique. Nous mêmes, dans notre clientèle hospitalière et thermale en avons plusieurs exemples.

III. — *Traitement.* — C'est pourquoi dès qu'une néphropatie gravidique hypertensive est dépistée, la nécessité d'un traitement méthodique et rigoureux s'impose ; mais si, malgré un traitement bien conduit, une aggravation marquée survient on envisagera l'intervention chirurgicale. Mais contrairement à la proposition faite par quelques auteurs étrangers les accoucheurs français estiment qu'il n'y a pas lieu d'interrompre immédiatement une grossesse, surtout quand il s'agit de néphropathie simpe ou avec oedèmes. En effet avec des sages et rigoureuses prescriptions médiamenteuses et diététiques, il est fréquent de voir la grossesse évoluer jusqu'au voisinage du terme et l'enfant naître vivant (Pigeaud).

En tous cas, il sera prudent de déconseiller une nouvelle grossesse aux femmes ayant présenté une néphropathie gravidique, tant que les signes d'insuffisance rénale n'auront pas disparu depuis au moins deux ans.

Enfin, suivant la judicieuse conclusion de J. Dupont, ce qui importe surtout c'est de faire éducation des malades ayant présenté une néphropatie gravidique, il faudra les convaincre que'lles doivent être surveillées médicalement très longtemps après leur accouchement. Cette mesure permettra ainsi dans certains cas d'éviter l'installation d'une lésion rénale définitive.

Fiche de Pratique Médicale

(Direction Scientifique : Docteur Desfour, Montpellier. — Administration : 48, rue aux Laines, Bruxelles).

Les éditeurs de cette originale publication continuent à aire paraître des fiches complémentaires qui enrichissent et rajeunissent l'importante collection de base parue en 1935.

C'est ainsi que nous venons de recevoir quelques centaines de pages de Fiches mises à jour 1936 et 1937. Ces dernières viennent s'ajouter aux

fiches déjà parues pour former à l'heure qu'il est une masse de près de 4.000 pages de renseignements modernes et pratiques embrassant les neuf dixièmes des questions médicales mises à jour intéressant l'omnipraticien.

Nous n'avons pas besoin de revenir sur la grande valeur de ces Fiches, toutes rédigées par des maîtres éminents de diverses Facultés françaises et étrangères. Nous avons fait récemment l'éloge mérité de cet ouvrage. Les nombreuses imitations qu'il a suscité sous des formes diverses attestent déjà è elles seules so noriginalité et son incontestable utilité. Mais ce qui restera, nous semble-t-il, toujours à l'avantage des *Fiches de Pratique Médicale*, c'est leur avance considérable sur toutes les publications similaires, car la collection actuelle de ces Fiches constitue déjà une masse imposante de documents classés que le praticien consultera toujours avec intérêt.

La collection des *Fiches de Pratique Médicale* ne peut qu'être recommandée à tout praticien qui veut posséder à porté de sa main un instrument de travail moderne tenu à jour qu'il pourra consulter rapidement et utilement à 'importe quel moment et pour n'importe quel cas qui se présentera à lui au cours de sa pratique; c'est le véritable *livre permanent de la pratique médicale*.

Traitement des Eczémas

par le Dr R. Moline, assistant de consultation à l'Hôpital Saint-Louis; J B. Baillière et Fils Editeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris VIe I volume grand in 8 de 56 pages avec figure 15 francs.

Les traitements décrits se rapportent aux types cliniques les plus fréquemment rencontrés. Shématisés sous la forme dordonnances ils pourront être retrouvés sans peine et *adaptés* aisément *à chaque cas particulier*

La mise en œuvre de ces traitements, locaux ou généraux, diététique ou médicamenteux, peut, le plus souvent, être facilement réalisée; elle est en tout cas toujours du domaine du praticien.

TABLE DES MATIERES

Problèmes posés par le traitement de l'eczéma.
Caractères objectifs généraux de l'Eczéma.
Quelles sont les causes de l'Eczéma ?
Quelles relations y a-t-il entre l'eczéma et ses causes ?
Faut-il traiter tous les eczémas ?

Traitement des eczémas « secondaires » ou symptomatiques.
Traitement antieczémateuses proprement dites.
Thérapeutiques locales et symptomatiques.
Thérapeutiques générales et pathogéniques.
Régime des eczémateux.
.Les cures thermales.
Prescriptions et formules.
Eczéma aigu localisé idiosyncrasique.
Eczéma dit des laveuses ou par polysensibilisation.
Eczéma diathésique.
Eczéma lichénifié.
Eczéma intertrigo ou eczéma des plis.
Deux eczémas du nourrisson.
Eczématides.

Traitement de la Colopathie Muco-Membraneuse

par le Dr F. Trémolières, Médecin de l'Hôpital Boucicaut. J. B. Baillière et Fils, Editeurs, 19, rue Hautefeuille Paris VIe. I volume grand in 8 de 32 pages 10r fancs.

Au début de ce siècle l'entéro-côlite muco membraneuse était à la mode; mais cette vogue se ralentit peu à peu et si certains spécialistes continuaient à en observer des exemples, la grande majorité des praticiens e s'en souvenaient plus que comme d'ue hypothèse pathologique périmée.

Après la faveur excessive et le discrédit injustifié la synthèse s'est faite, et des débris de l'entité pathologique entéro-côlite muco-membraneuse, s'est édifié le syndrome côlopathie muco-membraneuse dont la clinique est bien établie, dont l'étiologie est multiple et dont le traitement a été bien décrit par l'auteur dans cet ouvrage.

TABLE DES MATIERES

Introduction
I. Traitement des symptômes
Constipation
Douleur
Crises entéralgiques
II. Traitement de cause occasionnelle
III. Traitement du terrain prédisposé.
Insuffisance endocrinienne
Déséquilibre neuro-végétatif
Troubles psychiques

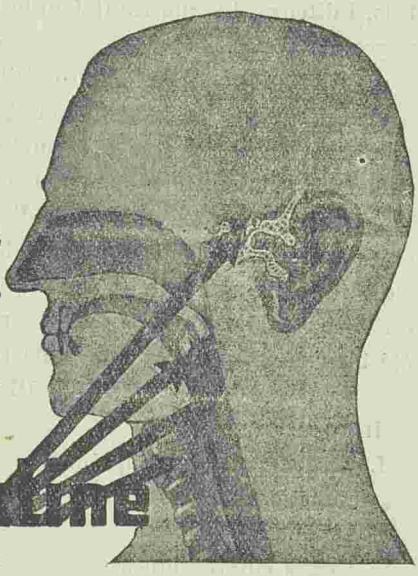
DANS LES ÉTATS INFLAMMATOIRES AIGUS, quelles qu'en soient l'origine et la cause, le praticien, désireux d'appliquer un traitement par hyperémie, comme but essentiel de sa thérapeutique, portera son choix sur des applications d'Antiphlogistine.

En effet, l'Antiphlogistine réalise la meilleure application de la chaleur humide prolongée, celle-ci étant on ne peut plus favorable pour atténuer la violence de la crise et en abréger le cours.

L'Antiphlogistine est donc tout indiquée dans les:

- **Laryngites**
- **Bronchites**
- **Amygdalites**
- **Sinusites**
- **Otites moyennes**
- **Naso-pharyngites**
- **Douleurs diverses**

Echantillon sur demande.



Antiphlogistine

(*fabriquée en France*)

LABORATOIRE DE L'ANTIPHLOGISTINE

Saint-Maur-des-Fossés (près Paris)

The Denver Chemical Mfg Company, New-York (Etats-Unis)

La PHARMEDHY, 13, rue Jean-Jacques Rousseau — Alger

ECHOS ET NOUVELLES

LES PRIX
DE LA SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

1° PRIX GINGEOT (1.500 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au courant est le suivant: « Etude fonctionnelle du foie au point de vue du pronostic opératoire dans les interventions hépato-biliaires ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12 de Seine, le premier vendredi de novembr 1939.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

2° PRIX PAUL LE GENDRE (3.000 francs, triennal). Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1939. Le sujet mis au courant est le suivant: « Influence de la publicité contemporaine sur la moralité professionnelle et le discrédit médical ».

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12 rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1939.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE THALASSOTHERAPIE

L'Association Internationale de Thalassothérapie, qui groupe les représentants de 24 nations, a choisi Montpellier-Palavas, sur les bords de la Méditerranée, pour y tenir les assises de son VIII[e] congrès du 3 au 6 juin 1938.

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

1°) La péritonite tuberculeuse.

2°) Les facteurs météorologiques du climat marin.

Chaque comité national désigne deux rapporteurs. Les rapporteurs français sont pour la première question: Messieurs les Docteurs Félix Bérard et Pierre Imbert d'Hyères et pour la deuxième: Messieurs les Professeurs Pech et Puech de Montpellier.

Les congressistes pourront en outre présenter des communications se rapportant aux questions mises à l'ordre du jour.

Les exposés pourront être faits par chaque auteur dans sa langue nationale, mais le texte remis au secrétariat pour son insertion dans le volume du congrès, devra être rédigé en une des 5 langues suivantes: Français, Anglais, Allemand, Italien, Espagnol.

Au cours de ce congrès seront visités les hôpitaux de Montpellier et les nombreux établissements de cure marine de la région.

Pour les inscriptions, les communications et renseignements, s'adresser au Comité d'Organisation du VIII[e] Congrès de l'Association Internationale de Thalassothérapie, 8 rue André-Michel, Montpellier.

NEUVIEME CONFERENCE MEDICALE D'AIX-LES-BAINS 22 MAI 1938

La Société Médicale d'Aix-les-Bains tiendra le dimanche 22 Mai à 10 heures du matin, dans le Nouvel Etablissement, une séance consacrée au sujet suivant :

« LES NEVRALGIES SCIATIQUES ET LEUR TRAITEMENT THERMAL »

Rapporteur : Dr. Jacques FORESTIER

Dès maintenant, les confrères sont cordialement invités à y présenter leurs communications ou discussions.

La réunion sera suivie d'une réception par la Société Médicale et la Municipalité d'Aix-les-Bains.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr. LELONG, Secrétaire de la Société Médicale, rue de Liège, à Aix-les-Bains, (Savoie).

PHARMACIE FRANÇAISE DE L'AVENUE DE LONDRES

Téléphone : 9.16 (Angle Rue Bab-El-Khadra) Téléphone : 9.16

CH. CASANOVA, Pharmacien de 1re Classe

Se recommande au Corps Médical de Tunis pour l'exécution scrupuleuse des ordonnances

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

TROUBLES DE LA PROSTATE

L'inflammation de la prostate existe sous forme aiguë ou sous forme chronique. Parfois une prostatite chronique peut passer à l'état aigu à l'occasion d'un excès ou dun sondage. Beaucoup plus rarement, l'origine est une contusion, le passage d'un calcul ou une lésion du voisinage (maladie de l'anus ou du rectum). Au cours de la blennorragie, la prostate est touchée dans la moitié des cas. C'est vers la deuxième ou la troisième semaine que la prostatite se déclare. Pesanteur périnéale, douleurs irradiées, défécation pénible, mictions douloureuses, difficiles, fréquentes, tels en sont parfois les signes, avec souvent la rétention d'urine. Parfois aussi, la prostate infectée suppure, se creuse d'abcès. La prostatite peut être une cause de stérilité, d'impuissance. D'où nécessité d'un traitement précoce de la blennorragie par le Pagéol. Très rapidement, on voit les symptômes s'amender et la glande reprendre son volume normal.

« Le Pagéol agit, on ne peut mieux, contre la lésion elle-même et l'hypertrophie prostatique. Et ce n'est pas seulement au début de la maladie, mais même lorsqu'on l'a laissé arriver à la période des sondages, lorsque le patient ne peut plus vider suffisamment sa vessie de l'urine qu'elle contient, même alors la médication est formellement indiquée ». (Comunication à l'Académie de Médecine de Paris, le 13 Décembre 1912, par le Professeur Lassabatie, Ancien Professeur de Médecine Navale).

Le Pagéol a été longuement expérimenté. Il est prescrit avec succès dans le monde entier pour le traitement d'un grand nombre de maladies des reins, de la vessie, de l'urètre. Nul autre produit n'est doué d'une action aussi rapide, aussi complète. La supériorité du Pagéol est attestée par les résultats suivants: les urines redeviennent claires; les mictions cessent d'être douloureuses et leur émission est moins fréquente.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Psychologie Médicale

par Henri Arthus

L'auteur commence par l'exposé des grands principes de la psycologie dynamiste moderne, telle qu'elle nous a été révélée par les études cliniques.

Insistant sur le fait que toute la psycho-pathologie est avant tout affaire « d'Economie psychologique », il définit les cas cliniques, constituant les névroses, en fonction des troubles de l'Economie psycologique qui les engendrent.

Le Traité expose ensuite les Troubles «partiels» de l'économie psycologique et les réactions de notre psychisme à ces troubles et ceci constitue l'étude des symptômes névrotiques.

Un chapitre est consacré à une étude psychologique comparative des névroses et des psychoses et l'auteur termine en définissant clairement le « territoire » de la psychothérapie et en laissant entrevoir quelques possibilités thérapeutiques nouvelles basées sur la connaissance de la psychologie biologique.

On a pu dire de ce livre qu'il simplifiait le problème tout en montrant la complexité et c'est, à notre avis, le meilleur éloge qu'on en pouvait faire.

Gastrectomie, Opération Bénigne

Le docteur Jean Duval du Havre, vient de faire paraître un ouvrage sur la Gastrectomie.

Après une courte introduction, l'auteur étudie les indications de l'ablation large de l'estomac dans les ulcères de la petite courbure, de la face postérieure de l'estomac, du pylore et du duodénum.

Il examine ensuite les modalités de l'intervention : anesthésie locale, technique du Professeur Hans Finsterer de Vienne et montre que le succès de l'opération est avant tout fonction de la minutie apportée à l'exécution des sutures.

Dans l'ulcère duodénal, il conseille dans tous les cas la gastro-duodénectomie large, en montrant les avantages du décollement duodénopancréatique qu'il est indispensable de savoir bien faire.

Il publie ensuite 125 observations de malades opérés avec succès d'ulcère gastro-duodénal par gastrectomie.

La préface de l'ouvrage est faite par le Professeur Gosset de l'Institut.

NÉCROLOGIE

Le Docteur CASSAR

Un deuil cruel vient de frapper le corp médical tunisien. Le Docteur Cassar n'est plus. La nouvelle brutale de sa mort subite et inattendue a jeté la consternation chez tous ceux qui ont connu et aimé ce confrère si bon et si dévoué.

Médecin des hôpitaux de Tunis, Directeur du centre Anti-vénérien qu'il a créé et dirigé avec tant de compétence, le Docteur Cassar fut un praticien modèle doublé d'un savant de valeur.

La syphiligraphie et la dermatologie tunisiennes lui doivent beaucoup; La « Tunisie Médicale » a été souvent heureuse de publier ses travaux remarquables et les résultats de ses recherches.

Le Comité de notre journal présente à sa Veuve et à ses enfants ses très sincères condoléances.

Discours prononcé par le Médecin Lieutenant-Colonel SAULNIER

Président de la Société des Sciences Médicales de Tunis

Au nom de la Société des Sciences Médicales de Tunis, j'ai le douloureux devoir d'adresser à notre Confrère, M. le Docteur CASSAR, un dernier adieu.

Les mots sont impuissants à exprimer la peine profonde et la véritable consternation que nous éprouvons tous en présence d'un évènement brutal, qui nous arrache, de la mainère la plus inattendue, l'un de nos Confrères, que nous aimions et estimions le plus.

La collaboration du Docteur CASSAR à la Société des Sciences Médicales de Tunis datait de son retour en Tunisie en 1920, dès l'achèvement de ses études médicales à la Faculté de Toulouse, sa collaboration avait été d'emblée très active, et ses nombreuses communications n'avaient pas tardé à mettre en relief l'étendue de sa culture professionnelle, sa connaissance approfondie de la pathologie Tunisienne et son invincible attirance vers les divers problèmes que posent en Tunisie les fléau sociaux.

Ses présentations de malades, et sa participation aux discussions étaient toujours remarquées, par la vaste érudition et les remarquables qualités de finesse et d'observation dont elles témoignaient.

La valeur des recherches du Docteur Cassar avait grandement contri-

bué à développer le prestige scientifique de cette École Nord-Africaine de la Dermato-Syphiligraphie, à laquelle, il y a quinze jours à peine, à l'occasion du Congrès de Médecine, M. le Professeur Gougerot rendait un éclatant hommage.

La haute estime dans laquelle ses confrères tenaient le Docteur Cassar, lui avait valu d'être désigné, au Congrès de Tunis de 1934, pour rédiger et présenter un Rapport sur l'action thérapeutique des arsénobenzenes, et leur influence sur la fréquence des complications nerveuses de la syphilis, magnifique travail étayé sur une solide documentation sérologique, qui lui avait permis de recueillir la pratique systématique de la ponction sous occipitale, dont il usait avec une exceptionnelle habilité. Mentionnons aussi, extraits de la longue bibliographie énumérés dans les travaux des Rapporteurs Tunisiens au Congrès Médicales de 1934 de nombreux travaux relatifs à la syphilis en Afrique du Nord au fonctionnement de la lutte anti-vénérienne dans les Hôpitaux Civils de Tunisie, et l'organisation du Dispensaire de la Ligue contre le péril vénérien.

L'oeuvre accomplie par le Docteur Cassar en Tunisie est considérable. Sa synthèse est toute entière représentée par ce magnifique Centre de Prophylaxie sujet d'émerveillement pour les visiteurs, et que, grâce à sa profonde culture scientifique, servie par une activité tenace et féconde, il a su réaliser et mettre au point dans des conditions particulièrement remarquables.

Comment ne pas rappeler les remarquables qualités de coeur de cette âme d'élite ? son affabilité souriante, l'exquise cordialité de son accueil, son empressement à mettre à la disposition de ceux qui en avaient besoin les richesses de son Dispensaire ?

Dans l'esprit et dans le coeur des humbles et des déshérités, son ardent dévouement, son désintéressement, son inépuisable générosité, lui valaient une place vraiment hors de pair.

Unanimement, ses confrères rendaient hommage à sa parfaite courtoisie, à sa droiture, à son loyale esprit de confraternité.

La disparition du Docteur Cassar, fauché en pleine activité est pour le corps médical de Tunis une perte cruelle et irrémédiable.

Puisse l'hommage de nos sentiments de très douloureuse, très vive et très respectueuse sympathie être pour les siens un apaisement à leur légitime douleur.

Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux Libres

Séance du 7 Janvier 1938

Président : Mr. Paul Descomps

Discours du Dr. Th. de Martel ,Président sortant.
Discours du Dr. Paul Descomps.

ESSAI DE TRAITEMENT DES PORTEURS DIPHTERIQUES DE GERMES PAR LES RAYONS X

MM. Ducuing, Hadengue et Mr. Monard estiment que le traitement par les rayons X consistent en deux irradiations successives par voie externe de la région pharyngo-amygdalienne à 8 jours d'intervalle, avec de faibles doses ne dépassant pas 50 à 60 R internationaux par séance et par champ, leur a donné des résultats encourageants (2/3 de succès).

Dans ces conditions, étant donné l'innocuité de la méthode et sa rapidité d'action, il nous semble intéressant de poursuivre les essais et de soumettre les porteurs de germes à l'irradiation dès leur entrée à l'hopital.

GEOPHAGIE

Maurice Uzan rapporte qu'aux colonies, la géophagie fréquente et d'aspects divers signifie famine, carence minérale ou bien affections digestives où le parasitisme joue un grand rôle.

Sous nos climats, la géophagie infantile pourrait être aussi l'indice d'une carence minérale.

La géophagie-besoin dégénère vite en géophagie-habitude ou même en géophagie-perversion et relève alors du traitement psychiatrique.

LE PROBLEME DE L'EMBOLIE ASEPTIQUE DES GROSSES ARTERES DES MEMBRES

Mr. Marc Iselin expose comment d'après 4 opérations personnelles, il a été amené à douter de l'origine embolique vraie des accidents dits emboliques, dans les grosses artères des membres.

Au contraire, les constatations opératoires, les descriptions cliniques et les travaux expérimantaux eux-mêmes posent une série de questions auxquelles il ne peut être répondu que si l'on admet les deux propositions suivantes :

1° — l'arrêt des battements de l'artère est le phénomène primitif et l'apparition du caillot n'est qu'un phénomène secondaire ;

2° — la circulation tronculaire et la circulation artériolaire peuvent être dissociés, l'une pouvant fonctionner quand l'autre est arrêtée.

Ces propositions s'appliquent strictement aux cas opérés par ce chirurgien, c'est-à-dire d'oblitération aseptique des grosses artères des membres.

LE TRAITEMENT DES SCIATIQUES RHUMATISMALES

MM. P. Descomps et S. de Seze ont traité, à la Consultation du rhumatisme de l'hôpital Foch, un nombre important de sciatiques rhumatismales. La plupart de leurs malades ont été traités par les injections locales d'une solution antialgique associant l'iode et le soufre. Les auteurs rappellent les avantages de cette méthode théropeutique qui donne un pourcentage très élevé de guérisons rapides et complètes.

Ils envisagent ensuite, en détail, la technique de ces injections. Ils emploient presque toujours, au début du traitement, l'injection *paravertébrale* qui réalise l'infiltration des racines lombaires du nerf sciatique, L.4 et L.5. Si ces injections ne suffisent pas à calmer entièrement la douleur, on y adjoint, lors des séances ultérieures, des injections basses (fesse, gouttière ischiotrochantérienne, cuisse, etc..) qui réalisent l'infiltration u tronc sciatique ou de ses branches.

Aux cas rebelles, enfin, conviennent l'injection épidurale et l'injection présacrale, qui permettent d'infiltrer les racines sacrées du nerf sciatique S 1, S 2, S 3.

Un film illustre cet exposé. On y voit chaque technique expliquée d'abord par un dessin animé, puis réalisé sur le squelette et enfin sur le malade.

M. DELORT

ECHOS ET NOUVELLES

Le Professeur A. Gabriel Pouchet

Le Professeur A. Gabriel ancien Professeur de Pharmacologie à la Faculté de Médecine, Vice-Président du Conseil d'Hygiène de France, membre de l'Académie de Médecine, vient de s'éteindre à l'âge de 87 ans. Il fut l'un des maîtres incontestés des sciences biologiques et sut donner à la Pharmacie une impulsion nouvelle et féconde en l'orientant vers les recherches expérimentales..

Son labeur incessant, sa compétence éclairée, permirent à la médecine légale et à l'hygiène publique de s'enrichir d'importantes acquisitions désormais classiques.

Durant de longues années Vice-Président du Conseil supérieur d'hygiène, il apporta à d'innombrables commissions une contribution de premier ordre et, dans plus de 150 rapports relatifs à l'hygiène alimentaire, fonda en cette matière la doctrine du Conseil Supérieur d'Hygiène.

Le Professeur Pouchet occupa pendant 31 ans la chaire de Pharmacologie à la Faculté de Médecine de Paris et ses « Leçons de Pharmacodynamie » constituent une œuvre d'importance capitale.

Modeste, rude travailleur, toujours soucieux d'une perfection plus grande, ce Maître éminent nous laisse l'exemple d'une vie qui fut un modèle d'activité scientifique et de dévouement au bien public.

Concours pour l'attribution d'un poste d'accoucheur à l'Hôpital Sadiki de Tunis

Un concours aura lieu à la Faculté de Médecine de Paris, le 1er juillet 1938, à neuf heures, pour l'attribution d'un poste d'accoucheur à l'Hôpital Sadiki de Tunis.

Pour se présenter, les candidats devront réunir les conditions suivantes :

1°. — Adresser à la Direction de l'Assistance et de la Santé Publiques, à Tunis, une demande avec indication de leur résidence,

2°. — Etre Français ou Tunisiens.

3°. — Avoir le diplôme d'Etat de docteur en médecine conféré par une Faculté Française,

4°. — Produire une notice sur leurs titres, travaux et services antérieurs.

5°. — Ne pas être âgé de plus de 40 ans, cette limite d'âge est reculée d'une durée égale à celle des Services militaires et sans qu'elle puisse excéder 45 ans.

Les pièces à fournir sont les suivantes :

1°. — Extrait du registre des actes de naissance,

2°. — Copie certifiée conforme du diplôme de Docteur en médecine,

3°. — Extrait du casier judiciaire et certificat de bonnes vie et mœurs ne remontant pas à plus de trois mois,

4°. — Notices sur titres, travaux et services antérieurs,

Les épreuves du concours consisteront en :

1°. — Une composition écrite sur un sujet de pathologie et de chirurgie obstétricale d'une durée de trois heures (sans note, ni livre),

2°. — Une épreuve clinique orale sur deux malades d'obstétrique. Toutefois, un malade de gynécologie pourra être présenté (pour chacun d'eux : une demi-heure pour l'examen, dix minutes pour l'exposition),

3°. — Une appréciation des titres, travaux et services des candidats.

Le Président du Jury fera un rapport sur les opérations du concours et présentera les candidats par ordre de mérite en indiquant la valeur respective des épreuves de chacun d'eux.

Les avantages attachés à l'emploi consistent en une indemnité annuelle de 15.000 francs.

La liste d'inscription sera close le 4 juin 1938.

La date d'entrée en fonctions est fixée au 1er septembre 1938.

Médecins de réserve

Le 4 Juin prochain, à l'occasion de l'inauguration du Monument aux Morts du Service de Santé, auront lieu à Lyon d'importantes réunions de tous les officiers, active et réserve, du Service de santé militaire. Les Congrès et le Banquet du soir seront présidés par M. Herriot, Président de la Chambre des Députés. Seront présents M. le Président du Sénat, MM. les Ministres de la Guerre, de la Marine, de l'Air, des Colonies, des Affaires Etrangères, de la Santé publique, et de nombreux représentants officiels de Nations étrangères.

La remise du Monument, par M. le Professeur Nicolas, Président du Comité, aura lieu le 5 juin, à 10 heures.

Tous renseignements seront donnés par le Secrétaire Général du Comité, 28 rue Bellecordière, à Lyon, et par l'Union Fédérative nationale des Médecins de réserve, 7 bis Villa Eugène Manuel, rue Eugène Manuel Paris, XVIe.

Le Centenaire d'Itard à Cauterets

Conformément aux informations déjà parues sur la célébration du centenaire d'Itard à Cauterets, il nous est agréable de préciser que cette manifestation aura lieu à Cauterets les 2 et 3 Juillet prochains.

Elle coïncidera avec l'inauguration et la mise en service du Pavillon Itard où viennent d'être réunis tous les perfectionnements en technique et appareillage qu'une longue expérience a permis de réaliser en vue du traitement thermal de surdité par insufflation tubo-tympanique de vapeurs sulfurées.

Les recherches poursuivies ont permis de réaliser un appareillage ingénieux permettant d'adapter à chaque cas : la thermalité, la pression, la sulfuration.

De nombreuses personnalités officielles de l'hydrologie et de l'Oto-Rhino-Laryngologie viendront rehausser par leur présence à Cauterets l'éclat de cette manifestation.

"Médecine et Famille"

Tous nos confrères, quelle que soit leur situation de famille, seront certainement intéressés par les informations qu'ils trouveront prochainement dans un bulletin que fait paraître « Médecine et Famille » sur la demande de ses adhérents.

La richesse des informations concernant les questions familiales notamment, les législations étrangères d'allocations familiales au corps médical, et les projets français qui s'y rapportent, retiendra l'attention. On y trouvera des appels émouvants sous la plume du Dr. Georges Labey, Ancien Président de la Société Nationale de Chirurgie (Académie de Chirurgie) et aussi sous la plume du Dr. André Cauchois, père de treize enfants, vice-président de la Fédération des Associations de Familles nombreuses de France.

Le sens de la famille est plus vif dans le corps médical que nous ne le croyons jusqu'à présent. Soixante-et-une familles médicales, comprenant à elles seules 682 enfants, sont nommées dans ce bulletin.

Le programme touchant toutes les questions qui regardent la Famille et la Natalité, est extrêmement vaste. Il sera réalisé avec tous et pour tous, en liaison avec toutes les Associations médicales qui s'occupent d'entraide et de bienfaisance ou qui défendent les intérêts corporatifs.

« Médecine et Famille » est sous le patronage de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, de l'Association générale des Médecins

de France et du Conseil Général des Sociétés Médicales d'arrondissement de Paris.

C'est dire que ces liens resserreront encore les membres du corps médical. Une solidarité effective se fera grâce à une nouvelle organisation : la Caisse Mutuelle d'allocations familiales de droit aux médecins et aux pharmaciens de France.

Croisière "Bruxelles-Médical" dans les Mers Arctique (Eté 1938)

Tous ceux, — e ils sont fort nombreux, — qui s'intéressent aux initiatives de « Bruxelles-Médical, » seront heureux d'apprendre que notre confrère belge annonce, pour les grandes vacances prochaines, une nouvelle et magrifique croisière en Norvège et au Spitzberg, avec retour par le Danemark.

ITINERAIRE : Dunkerque, Kopervik, Aalesund, Oye, Mérok Digermulen-Troll, Tromsoe, Spitzberg (Magdalena Bay, Cross Bay, King's Bay Skansen Bay, Teple Bay, Advent Bay), Ile de l'Ours, Cap Nord, Hammerfest, Lyngseidet, Narvik, Aandalsnes, Molde, Bergen, Odda, Oslo, Copenhague, Dunkerque.

Cette croisière, dont les prix sont des plus avantageux (depuis 5500 francs français en 1ère classe et 2500 francs français en classe touriste, s'effectuera, sur luxueux paquebot français de 15.000 tonnes, du 19 juillet au 12 août.

Pour recevoir le programme détaillé de la croisière et pour les inscriptions, s'adresser à « Bruxelles-Médical », 141, rue Belliard, Bruxelles.

BIBLIOGRAPHIE

De la Sémiologie à la Thérapeutique

Professeur M. Loeper, Membre de l'Académie de Médecine. - Gaston Doin et Cie, Editeurs, 8, Place de l'Odéon - Paris (6e). - 1 vol. in-8° de 292 pages Prix : 65 francs.

En choisissant parmi ses leçons et ses travaux ceux qu'il groupe dans ce volume, l'auteur a voulu dégager dans leur apparente diversité l'idée directrice de ses recherches et les tendances de son enseignement. L'explication des symptômes morbides et la justification du traitement son trop souvent empreintes d'un plaisant finalisme ou d'une stérile métaphysique. Elle est plus simple et plus logique, et trouve son fondement dans l'existence d'intermédiaires chimiques étroitement spécifiques entre la lésion et les multiples traductions fonctionnelles ou physiques. Ainsi apparaît ce qui rapproche la sémiologie de la thérapeutique, ce qui centre ces deux parties de l'activité médicale. Cette notion, qu'illustrent des exemples nombreux et divers, a déjà donné des résultats encourageants et tangibles. Mais elle nécessite pour se développer des recherches délicates, des dosages raffinés, une expérimentation précise. Expression de la vérité, elle est aussi comme la profession de foi de l'auteur dont elle marque les tendances et oriente les travaux.

L'Année Médicale Pratique

L'Année Médicale Pratique XVIIe année, édition 1938, publiée sous la direction de C. LIAN, agrégé, médecin de l'Hôpital Tenon, préface du Professeur E. SERGENT, un vol. in-16 couronne 670 pages, 9 fig. Edit. Lépine. Prix : 35 frs.

Les progrès que l'on réalise actuellement dans les diverses branches de la médecine sont si multiples et si variés, qu'il n'est pas possible, même pas pour un médecin qui a des loisirs et qui aime la lecture instructive, de se tenir au courant des données nouvelles. En effet, elles sont éparpillées dans un très grand nombre de publications et elles y sont exposées avec tant de détails qu'il faudrait un temps considérable pour les lire.

En attendant que soit organisé pour tous les médecins un enseignement post-universitaire, destiné à rajeunir périodiquement leurs connaissances, ils trouvent dans l'Année Médicale Pratique un moyen sim-

ple et facile de se tenir au courant des données médicales à la fois nouvelles et pratiques.

Les " Fiches de Pratique Médicale "

Les « Fiches de Pratique Médicale » (fichier Desfour) ont pris depuis le 1er Janvier 1938 la présentation d'un périodique trimestriel.

Nous venons de recevoir les mises à jour de Janvier et d'Avril 1938, fiches complétant les 1.200 fiches déjà parues ou remplaçant quelques-unes d'entre elles. Voilà résolue, semble-t-il pour le patricien occupé la difficile tâche de se tenir au courant.

Pour les conditions d'abonnement à ce périodique, s'adresser à l'Administration des « Fiches de Pratique Médicale » 17 rue école de droit à Montpellier.

La musique, les musiciens, la fonction musicale

Docteur Assen Markoff

Le livre séduisant que publie la librairie Maloine est l'œuvre d'un médecin musicien, porteur d'une belle hérédité musicale.

La musique, expression des joies et des tristesses humaines, précède de loin l'étape humaine de l'évolution des espèces;les arachnides y sont sensibles, les oiseaux chantent des mélodies suaves à l'amour, les mammifères et surtout les singes anthropoïdes, possèdent un sens, parfois merveilleux, du rythme.

Chez l'homme la musique est au début intimement mêlée aux cérémonies religieuses. De bonne heure les médecins en ont tiré parti, mais c'est surtout au traitement des arriérations mentales et particulièrment à la rééducation des maladies motrices et débiles que la musique rythmique peut être utile. Mr. Markoff nous révèle le bel effort accompli à ce point de vue aux Etats Unis.

L'étude des grands musiciens apporte une confirmation à la doctrine familiale du génie, qu'illustre l'histoire des Couperin, Bach, Scarlatti, Beethhoven. Cependant Wagner, Lizt, Chopin, Berlioz, Borodine, semblent avoir surgi sans hérédité semblable.L'auteur rappelle chez ces derniers l'existence d'anomalies névropathiques. Ainsi se trouve évoqué l'éternel problème du génie et de la folie que Markoff pose sans prétendre le résoudre.

La musique est à la fois une intuition esthétique, une science et un langage, ne peut prétendre à trouver sa représentation dans un point du cerveau; cependant, se basant sur les travaux de Lamy, Dupré, Nathan, Babinski, Chironoski, Dide, L. Van Bogaert, Etc.. Markoff oppose la cons-

cience abstraite et les symbolisme expressifs aux intuitions esthétiques concrètes, au sentiment mélodique et aux modulations rythmiques. La perte complète de la fonction verbale laisse subsister l'aptitude à comprendre, à exécuter instrumentalement, à inventer même des œuvres musicales.

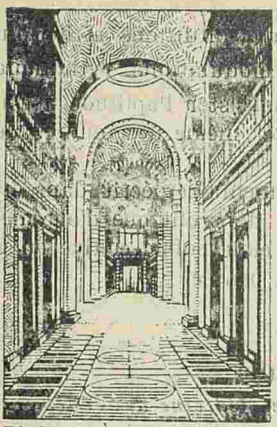
Cet ouvrage, d'une extrême richesse documentaire, écrit dans une langue claire et attrayante, sera lu avec autant de profit que d'agrément par les musiciens, les philosophes, les médecins et le public cultivé en général, qui s'intéresse aux choses de l'art et de la pensée.

Annales Médicales de Vittel

Publiées sous les auspices de la *Société de Médecine de Vittel*

SOMMAIRE DU N° 8

Introduction. — Résumé. — Recherches expérimentales sur les effets diurétiques des Eaux de Vittel, par D. Santenoise, L. Merklen et M. Vidacovitch. — La mécanothérapie qui convient aux grands obèses et aux impotents, par M. Boigey. — Quelques observations concernant la rétraction de l'aponévrose palmaire, par Madeleine H. Paillard. — Le point optimum au cours de la cure diurétique, par L.-A. Amblard. — Les candidates à la colibacillose, par L.-A. Amblard. — Quelques symptômes au cours des coliques néphrétiques (diurèse, hématurie, hypertension), par Henri et Madeleine H. Paillard. — L'oscillométrie segmentaire dans la pratique journalière, par Henri et Madeleine H. Paillard. — La douleur, cause d'erreur dans le siège de la colique néphrétique, par P.-L. Violle. — Les idées actuelles sur la cellulite et son traitement, par M. Schneider. — La goutte larvée, par Ch.-J. Finck. — Les calculs rénaux latents. Comment éviter les erreurs de diagnostic ?, par F. Decaux. — Quelques réflexions au sujet du régime des uricémiques, par P.-L. Violle.



PLOMBIÈRES INTÉRIEUR DES THERMES

Etablissements modernes
Hammam naturel

Renseignements :
Cie des Thermes
à PLOMBIÈRES

PLOMBIÈRES LES-BAINS
(Vosges) FRANCE

Altitude 450 mètres - Saison 15 Mai - 30 Septembre
à 4 heures de Dijon - à 6 heures de Paris
Trains rapides, voitures directes

TOUTES COLOPATHIES DES PAYS CHAUDS
Hémorroïdes - Syndromes du Sympathique
Syndromes entéro-gynécologiques
Rhumatismes - Névralgies - Sciatiques

Air tonique - Cure de repos - Grand Parc
Parc d'Enfants - Environs pittoresques
Tourisme en Hautes-Vosges et Alsace
Casino — Théâtre
Piscine de natation en eau tiède courante
Plage avec jeux nautiques

CELLUCRINE

Régénération sanguine par un principe spécifique globulaire

tonique général

Toutes les anémies. Leucémies. Déficiences organiques

Dragées de 0 gr. 40 contenant 0 gr. 035 du principe actif

ACTION RAPIDE ET DURABLE

Aucune contre-indication — Tolérance absolue

H. VILLETTE & Cie, Pharmaciens, 5, rue Paul-Barruel, Paris (15e)

ECHOS ET NOUVELLES

XI^me Congrès de la Société Internationale de Chirurgie

A l'occasion du prochain Congrès de Vienne de la Société Internationale de Chirurgie, Congrès qui doit se tenir à Vienne du 19 au 22 [illegible] ce Belge des Compagnies Françaises de Navigation organise une magnifique croisière en Méditerranée et en Mer Noire, avec excursion terrestre en Roumanie, Hongrie, Autriche et Tchéco-Slovaquie.

Le départ de Marseille s'effectuera le 3 septembre.

L'itinéraire sera le suivant :

Marseille — Naples — Le Pirée (Athènes) — Istanbul (Constatinople) —Odessa — Constantza — Bucarest — Budapest — Vienne — Paris.

Le prix forfaitaire du voyage a été fixé à la somme de 9.500 frs belges Ce prix comprend tous les frais de Marseille à Paris, à l'exception seulement des pourboires à bord du paquebot, de la boisson dans les hôtels à terre et wagon-restaurants et à Vienne, des repas de midi et du soir

Les médecins non membres de la Société Intenationale de Chirurgie et leurs familles pourront, moyennant le versement d'un droit d'inscription de 100 francs par personne, et dans la mesure des places disponibles, participer au voyage susvisé. Ce droit d'inscription leur permettra, en outre, de prendre part aux manifestations organisées à Vienne, à l'occasion du Congrès, mais il va sans dire que seuls les membres de la Société Internationale de Chirurgie pourront assister aur séances scientifiques du dit Congrès.

Ce programme détaillé du voyage est d'ailleurs envoyé gratuitement sur demande adressée à l'Office Belge des Compagnies Françaises de Navigation, (soc. coop.), 29 Boulevard Adolphe Mar, Brurelles. (Adr. télégr. : Belgfranav. Téléph. 17.84. 84/85)

XXV^me Congrès Français de Médecine

Marseille - 26-28 Septembre 1938

Le XXV^e Congrès Français de Médecine se tiendra à Marseille, sous la Présidence de M: le Professeur Olmer, les Lundi, Mardi, Mercredi, 26, 27 et 28 septembre 1938.

Nous rappelons que le Bureau de ce Congrès est ainsi composé :

Professeur Olmer, Président; Prs Audibert et Mattei : Médecin général Botreau-Roussel, Vice Présidents. Pr Roger, Secrétaire Général;

Pr Monges, Trésorier; Pr agrégé Poinso, Secrétaire Général adjoint ; Pr agrégé, Poursines, Trésorier Adjoint.

Les rapports porteront sur les questions suivantes :

1° Les spirochétoses ictérigènes.

Rapporteurs : MM. J. Monges et J. Olmer (Marseille); Troisier et Bariety (Paris); Bordes et Rivoalen (Service de Santé Colonial).

2° Les hypochlorémies.

Rapporteurs : MM. Ambard (Strasbourg); Mach (Genève) ; Mayer Bigwood et Van Dooren (Bruxelles).

3° La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte.

Rapporteurs : MM. Mouriquand (Lyon); Chevallier (Marseille); Toullec et Riou (Hanoi); Nitzulescu (Jassy); Giroud et Leblond (Paris); Wildstaedt (Upsala).

L'exposé de chaque rapport sera suivi de la discussion du sujet traité et de communications concernant ces sujets eux-mêmes.

Le Comité du Congrès de Marseille fait appel à tous les membres de l'Association des médecins de langue française ainsi qu'aux médecins et savants de toute nationalité pour adhérer au Congrès et venir y exposer leurs travaux, leurs recherches et leurs observations concernant les sujets mis à l'ordre du jour.

Les titres des communications devront être adressés le plus tôt possible au secrétaire général, et, si le Bureau du Congrès le juge utile, la communication elle-même devra lui être remise avant l'exposé public.

La cotisation est fixée à 120 francs pour les membres adhérents (docteurs en médecine, et toute personne s'intéressant à l'évolution des sciences médicales) et à 60 francs pour les membres associés (membres non médecins des familles des adhérents, internes ou externes des hôpitaux, étudiants en médecine).

Les demandes d'inscription sont reçues dès ce jour et doivent être adressées à M. le Professeur Monges, Trésorier, 15 Cours Pierre-Pujet, Marseille.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Professeur Roger, secrétaire général, 66, Boulevard Notre-Dame, Marseille.

Le règlement des cotisations sera effectué soit par chèque bancaire ou mandat adressé au Professeur Monges, trésorier, 15 cours Pierre-Pujet, Marseille, soit par chèque postal (XXV^e^ Congrès Français de Médecine, 43, rue Saint-Jacques, Marseille 475-62).

Pour le logement à Marseille et les facilité de transport, s'adresser à l'agence Duchemin-Exprinter, 26, Avenue de l'Opéra, Paris (1^er^).

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire Médical des Stations Hydro-Minérales
Climatiques et Balnéaires de France
Sanatoriums et Maisons de Santé
EDITION 1538

Direction : 23, Rue du Cherche-Midi, Paris 6e

L'édition pour 1938 de cette importante publication comprenant 650 pages, et abondamment illustrée vient de paraître. Comme dans les précédentes éditions, on trouvera une notice sur toutes les stations thermales, climatiques et balnéaires et sur le plus grand nombre de sanatoriums et maisons de santé.

L'ouvrage est émaillé d'un certain nombre de chapitres scientifiques de la plus haute utilité pour les praticiens et les étudiants e ncours d'examens :

Crénothérapie et climatothérapie (Prof. Carnot, Villaret, Chiray, M. Justin-Besançon), Thalassothérapie (Prof. Giraud), Climatologie des Côtes de France (Prof. Duhot, MM. Barraud et Mercier des Rochettes); Organisation antituberculeuse (Dr Louis Guinard).

On y trouvera aussi tous renseignements utiles concernant l'administration des stations et les différents groupements économiques ou scientifiques de caractère thermal ou climatique (M. Chaleix).

Cet ouvrage sera remis gratuitement, dans un but d'intérêt général, a tous les médecins et à tous les étudiants en fin de scolarité, qui voudront bien le faire prendre aux bureaux de l'Expansion Scientifique Frainçaise, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Pour ceux qui désireraient le recevoir par poste, joindre à la demande d'envoi la somme de cinq francs pour la France et de 15 francs pour l'étranger, pour frais d'expédition et d'emballage. — Il sera perçu 9 francs pour les expéditions demandées contre remboursement.

Hymnes à Phoebus

Les Editions de l'«Art Médical» viennent de faire paraître le septième fascicule de leur Album annuel «Hymnes à Phoebus». Ce fascicule aussi luxueusement édité que les précédents contient toute une série de Bois Gravés originaux d'Henri Rattier. L'artiste xylographe a su, par des procédés simples mais avec une technique impeccable évoquer tout le charme de la Côte d'Azur, et des petites rues de ses vieilles villes

«« quand le ciel est bleu, et que coulent des toits de transparentes ombres et de roses mulières; »

Villefranche, Monaco, Tquebrune, les Rochers Rouges du Trayas, la Rde d'Agay, tel est le pélerinage qui se termine comme il convient à l'île de St Honorat, « où dans le recueillement d'une nature agreste non loin des vieilles pierres du monastère » chacun aspirera d'écouter chanter le vent.

Le septième fascicule des «Hymnes à Phoebus» est en vente au siège de la Direction de l'« Art Médical » : Villa « Hermosa » Parc Chambrun Nice. — Prix 4 francs.

Les ultravirus des Maladies humaines

sous la direction de C. Lavaditi et P. Lépine avec la collaboration de G. Blanc — J. P. Bijl — I. A. Galloway — P. Gastinel — A. Gratia — P. Haber G. Hornus — B. Kreis — J. Mesrobeaunu — S. Nicolau — H. Plotz — J. Vieuchange — F. Wohlwill. — Librairie Maloine, 27, Rue de l'Ecole de Médecine, Paris VI° — 1 volume format 16x25 cm., 1190 pages, 263 figures, 1 planche en couleurs, entièrement tiré sur papier couché.

Nos connaissances se rapportant aux Ultravirus et aux maladies humaines qu'ils provoquent, progressent avec une surprenante rapidité. Au rythme accéléré des découvertes, la moisson des faits nouveaux décourage, par son ampleur même, celui qui voudrait la saisir par la lecture des travaux originaux; et comme, à chaque instant, le champ des investigations devient de plus en plus vaste, qu'il englobe progressivement la clinique et l'épidémiologie, l'expérimentation et la microbologie dans l'infravisible, sans oublier la physique ni la chimie, la curiosité de chercheur ne saurait être satisfaite qu'au prix d'une vaste et laborieuse érudition.

Pour cette raison, MM. C. Lavaditi et P. Lépine ont estimé utile la publication d'un ouvrage sur

LES ULTRAVIRUS DES MALADIES HUMAINES

où chaque sujet serait traité par des auteurs le connaissant à fond pour l'avoir enrichi de contributions personnelles. Sachant séparer le bon grain de l'ivraie, choisissant entre les données fondamentales et celles qui doivent rester dans l'ombre, tout en respectant l'équilibre et les

et les limites indispensables à une œuvre didactique, un Traité comme celui que nous présentons vient au secours du lecteur lassé par l'aridité des recherches bibliographiques, et cependant soucieux d'une documentation rigoureuse.

Lettres à un jeune praticien sur les maladies de l'anus et du rectum par Roger Savignac, Préface du professeur Gosset. — Masson et Cie, Editeurs, Libraires de l'Académie de Médecine, 120 Boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce volume n'est pas et ne veut pas être un traité. L'auteur a cherché par-dessus tout à faire œuvre de clinique courante. Il n'a donc envisagé que les affections les plus fréquentes : le hémorroïdes, le cancer du rectum, la fissure et la fistule, les polypes. Pourtant il a tenu à s'arrêter longuement sur la question des rectites et des sténoses du rectum. Non pas tant peut-être parce que ce sont des affections fréquentes, que parce que ce sont des lésions qui sont mal connues dans leur essence, qui peuvent prêter à des confusions fâcheuses, et dont la thérapeutique est encore incomplètement fixée.

La description des syndromes et leur diagnostic sont présents de façon très concise, car les premiers chapitres sont consacrés justement à l'étude du syndrome rectal et aux moyens particuliers d'exploration du rectum : toucher et rectoscopie.

La tâche à laquelle s'est surtout attaché l'auteur, c'est à exposer en détail et avec précision toute la thérapeutique; qu'il s'agisse de régimes, d'injections sclérosantes, de dilatation des sténoses, d'électro-coagulation, etc, etc. Les explications sont telles que tout praticien peut asseoir les traitements de façon satisfaisante ou réaliser à souhait les applications, et les petites interventions qu'il doit effectuer personnellement.

Tandis que les traités ne donnent le plus souvent que les directives thérapeutiques, il a tenu à entrer dans tous les détails du traitement avec les indications, les techniques, les incidents et les moyens d'y parer, et les résultats. Ainsi le praticien connaît la conduite à tenir devant chaque affection envisagée.

Et il termine par un essai de prospection des différentes causes des rectorragies sur lesquelles tout médecin peut être appelé à se prononcer.

Les Régimes déséquilibrés et leurs Conséquences pathologiques dans la première enfance

par le Professeur J. Cathala, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Paris. — J. B. Baillière et Fils, Editeurs 19, rue Hautefeuilles, Paris VI°. — Un volume grand in-8 (15,5x23,5) de 48 pages 12 francs.

De plus en plus l'alimentation maternelle des jeunes enfants est délaissée pour faire place à une alimentation artificielle causant inévitablement un déséquilibre dans le régime des nourrissons. Les maladies des jeunes enfants sont dues en majeure partie à une alimentation défectueuse.

C'est précisément ce déséquilibre et ses effets que l'auteur analyse dans ce volume [illegible] dans le cadre des régimes donnés régulièrement à l'ensemble des nourrissons, à l'exclusion de ceux ayant un but thérapeutique déterminé.

TABLE DES MATIERES

Les régimes déséquilibrés.

Le déséquilibre alimentaire dans l'alimentation au lait de vache :

Dyspepsie au lait de vache :

a) troubles de la digestion gastrique

b) troubles de la digestion intestinale

Dystrophie au lait de vache — Rachitisme

Suralimentation

Déséquilibre alimentaire et carences frustes.

Déséquilibre alimentaire au régime comportant exclusivement du lait et des bouillies farineuses.

Archives des maladies professionnelles hygiène et toxicologie industrielles

Les problèmes qui touchent à la pathologie du travail, à l'hygiène et à la toxologie industrielles, à la prévention et à la réparation des atteintes de l'organisme humain au cours et du fait du travail, prennent, à juste titre, une importance croissante.

« En France, tout au moins, ceux qui se trouvent en face de tels problèmes : praticiens, hygiènistes, experts, fonctionnaires spécialisés, techniciens de l'industrie, et, nous n'hésiterons pas à ajouter, organisations patronales et ouvrières, se heurtent aux difficultés les plus gran-

des pour réunir dans chaque cas particulier des éléments valables d'informations et d'appréciations.

« Le but des *Archives des maladies professionnelles, hygiène et toxicologie industrielles* est justement de fournir cette documentation indispensable en toute objectivité, en pleine independance, du seul point de vue scientifique.

« Les articles originaux seront publiés sous la pleine responsabilité de leurs auteurs.

Le fonctionnement des *Archives des maladies professionnelles* et le contrôle scientifique seront assurés par le Comité de Direction. Il fera également appel à des personnalités françaises et étrangères qui apporteront leur appuis moral dans un Comité de Patronage. Le Secrétariat général a été confié au Docteur Guy Hausser. La Revue sera publiée à raison d'un numéro d'au moins 80 pages tous les deux mois. Elle comprendra, outre des articles originaux et la mise au point approfondie avec bibliographie d'une question particulière, l'analyse complète (résumés d'articles et sommaires) des travaux parus dans près de 100 Revues françaises et étrangères. Une rubrique d'informations mettra les lecteurs au courant des faits nouveaux (Législation, Congrès Travaux des Instituts, etc...).

« Le Comité de Direction accueillera d'ailleurs volontiers toutes suggestions permettant d'aider au rayonnement de la Revue. Il entend mener cette œuvre pour le bien général et espère que tous les concours lui seront assurés. »

Dyspepsie de Fermentation

Voici une observation typique de dyspepsie de fermentation : femme de 25 ans, ayant présenté à plusieurs reprises des douleurs à la plapation dans diverses régions de l'abdomen, l'une d'elles ayant eu pour conséquence une appendicectomie; selles tantôt diarhéiques, tantôt constipées, pâteuses, mênées de mucus, présentent des bactéries de fermentation en grand nombre. La digestion de l'amidon est très défectueuse et, à l'examen chimique, on constae que ces selles son le siège d'une fermentation acide abondante. Asthénie profonde et dépression.

Dans tous les cas de ce genre, l'INERTYL CHARVOZ en comprimés cachets ou granulés, rétablit rapidement les fonctions de l'intestin.

PALUDISME

FIÈVRES INTERMITTENTES

QUINOFORME LACROIX

GRAND PRIX Exposition Nationale Coloniale - Marseille 1922
FOURNISSEUR des Ministères des Colonies et de la Guerre.

Avantages . . .

- **Le Quinoforme** est le plus soluble et le plus actif des Sels de Quinine.
- Il est le ***plus riche en Quinine*** (87,50 %) des Sels basiques et neutres.
- Il est ***indolore*** en injection et n'occasionne ***jamais*** d'abcès.

Formes pharmaceutiques

- AMPOULES. — 6 ou 12 Ampoules de 0.25, 0.50, 0,75, 1 gr., 1,25 et 1,50.
- CACHETS. — 6 ou 12 Cachets de 0,25 et 0,50.
- COMPRIMÉS. — 10 ou 20 Comprimés de 0,10 à 0,50.
- PILULES. — 40 Pilules à 0,10.

ÉCHANTILLONS et LITTÉRATURE :
Laboratoire **LACROIX**, 37, Rue Pajol — **PARIS** (18e)

Représentant-Dépositaire : **H. BONAN** 34, Rue de Marseille — TUNIS

ECHOS ET NOUVELLES

Deuxième Congrès de l'Insuffisance Rénale

Le deuxième Congrès de l'Insuffisance Rénale se tiendra à Evian du 21 au 24 septembre 1938. Ce Congrès, organisé par la Société Médicale d'Evian, aura pour Président le Professeur F. Rathery et pour vice- président le Professeur M. Chevassu.

La question à l'ordre du jour est celle de l'Insuffisance Rénale dans ses rapports avec les diverses maladies d'organes. Les rapports suivants y seront présents : Diurèse Aqueuse dans l'Insuffisance Rénale (par le Professeur L. Ambard et F. Schmid, de Strasbourg) — Secrétion Rénale et Appareil Respiratoire (par le Prof. Léon Binet, de Paris). — L'Insuffisance Rénale, comment on doit la concevoir et la rechercher en clinique (par le Prof. J. Castaigne, de Clermont-Ferrand). — Les Azotémies extra-rénales d'origine mécaniques dans les hyperthrophies prostatiques (par le Prof. E. Chauvin, de Marseille) — L'Insuffisance Rénale en Chirurgie Urinaire (par le Prof. M. Chevassu, de Paris) — La Lithiase oxalique espérimentale (par le Prof. M. Chiray, Prof. Ag. L. Justin-Besançon, et Docteurs Guy Albot et J. Dierych, de Paris) — L'Insuffisance Rénale dans la Sclérose Rénale Chronique de l'Enfance (par le Prof. R. Debré et Docteurs Julien Marie et Marie-Louise Jammet, de Paris) — La Traversée de l'eau dans les maladies du Foie (par le Prof Noël Fiessinger, deParis) — Le Mécanisme de l'Insuffisance Rénale au cours des néphrites (par le Prof. Paul Govaerts, de Bruxelles) — De l'Influence d'un rein malade sur le rein du coté opposé. Etude Clinique (par le Prof. C. Lepoutre, de Lille) — L'Insuffisance Rénale dans les Intoxications d'origé industrielle (par le Prof. L. Michaud, de Lausanne) Rein et Carences Alimentaires (par le Prof. G. Mouriquand, de Lyon) — Climats et Affections de l'Appareil Urinaire (par le Prof. M. Piery et Docteur Milhaud, de Lyon) — Les Reins et la Peau (par le Prof. Louis Rimbaud et Prof.Agr. Pierre Rimbaud, de Montpellier) — L'Insuffisance de l'Anémie sur les fonctions rénales d'élimination (par le Prof. Roch et Docteurs E. Martin et R. Junet, de Genève) l'Insuffisance Rénale dans les maladies nerveuses et mentale (par les Prof.s Henri Roger, de Marseille et Y Poursines, de Beyrouth.) — l'Insuffisance Rénale et la Chirurgie (par le Prof A. Valerio, de Rio de Janeiro) Les Cures de Diurèse dans l'Histoire Thermale (par le Prof. Agr. E. Chabrol, de Paris) — Insuffi-

sance Cardiaque et Insuffisance Rénale (par le Prof. Agr. C. Lian et le Dr F. P. Merklen, de Paris) — Le Syndrome Hepato-Rénal aigu (par le Prof Agr. Pasteur Vallery-Radot et le Dr Maurice Derot, de Paris) — Insuffisance Rénale et Glandes Endocrines (par le Dr. I. Daniel, de Bucarest) — L'Insuffisance Rénale chez les Diabétiques (par les Dors. P. Froment et Bachmann ,de Paris).

Chaque séance de rapports sera suivie d'une discussion pour laquelle lesorateurs devront se faire inscrire à l'avance après du Secrétaire Général. Il est également prévu des communications se rapportant uniquement à l'objet du Congrès et dont les titres devront parvenir au Secrétariat Général au plus tard le 1er août 1938.

La seule langue officielle du Congrès est le Français.

Le Congrès comprendra des membres titulaires (docteurs en médecine français et étrangers) et des membres associés. La cotisation des membres titulaires est fixée à 175 frs. et celle des membres associés à 100 frs. Les Internes des Hôpitaux et les Etudiants en médecine en fin de scolarité bénéficieront des mêmes avantages que les membres titulaires (y compris la remise du volume des rapports), tout en ne payant que la cotisation de membre associé.

Le séjour à Evian pendant la durée du Congrès, le banquet de clôture et une excursion sur le Haut-Lac par bateau spécial, seront offerts par la Société des Eaux d'Evian.

Comme d'habitude les Congressistes bénéficieront d'une réduction de 40 % sur les tarifs de Chemins de Fer Français et éventuellement de certains avantages sur les Chemins de Fer Etrangers.

Pour toute demande de renseignement ou d'inscription, s'adresser au Secrétariat Général du Deuxième Congrès de l'Insuffisance Rénale :

138, Avenue des Champs Elysées, jusqu'au 15 juillet 1938 et du 16 juillet au 15 août, dernière limite, à la Direction Cachat à Evian-les-Bains. (Haute-Savoie).

5me Congrès de la Presse Médicale Latine

Le 5me Congrès de la Presse médicale latine, qui devait se tenir à Lisbonne durant les vacances de Pâques prochaines, est remis, en raison de la prolongation des hostilités en Espagne, au début de l'automne prochain. Il se tiendra donc à Lisbonne du jeudi 29 septembre au dimanche 2 octobre 1938, sous la présidence du Prof. Reynaldo Dos Santos, assisté comme Secrétaire général du Prof. Armando Narciso.

Le programme du Congrès, dont le détail sera fixé ultérieurement, comprendra :

1° Deux question intéressant principalement la presse médicale : a) La bibliographie médicale; b) Les droits des éditeurs de périodiques sur les articles publiés par eux.

2° Une question d'organisation générale, intéressant tous les médecins : Les Assurances sociales.

D'autre part, et pour répondre à un voeu exprimé lors du 4me Congrès (Venise, septembre-octobre 1936), un certain nombre de Conférences seront faites, durant le Congrès par des Maîtres de la médecine latine sur des questions d'une haute actualité scientifique.

Le Comité d'organisation s'est assuré dès maintenant le concours de MM. les Prof. Danielopolu (Bucarest) Fiessinger (Paris), Ricardo Jorge (Lisbonne), Loeper (Paris), Maranon (Madrid), Pende (Rome), Thales Martins (Sao Paulo), etc...

En dehors du programme professionnel et scientifique ci-dessus, le Congrès comportera des fêtes des réceptions et excursions diverses à travers le Portugal et sans doute dans le Nord de l'Espagne.

Des réductions de tarif seront assurés aux congressistes sur les lignes de chemin de fer et les compagnies de navigation maritime et aérienne des différentes nations latines.

Tous les médecins des nations latines, ainsi que leurs familles, peuvent prendre part au Congrès. La cotisation est fixée à :

150 francs pour les membres titulaires (directeurs, éditeurs et représentants autorisés des périodiques médicaux);

75 francs, pour les membres adhérents (médecins non journalistes, membres de familles médicales.

On est prié d'adresser les adhésions et demandes de renseignements, au Prof. Armando Narciso, Secrétaire Général du Congrès, Restauradores 48, Lisbonne; ou pour celles concernant la France, la Belgique, l'Italie, la Grèce, la Roumanie et la Suisse, au Dr. Pierra, Secrétaire Général de la Fédération de la Presse médicale latine, 52, Avenue de Breteuil, Paris VII°.

BIBLIOGRAPHIE

Les Méningo-Neurobrucelloses

par Henri Roger, Professeur àla Faculté de Médecine de Marseille et Yves Poursines, Professeur à la Faculté de Médecine de Beyrouth. — Masson et Cie, Editeurs. — Paris. — Un volume de 248 pages 45 frs.

Mélitoccocie et Infection de Bang s'intègrent actuellement dans un cadre plus général, celui des Brucelloses auxquelles est onsacré cet ouvrage. Les Brucelloses atteignent le système nerveux en tous ses départements, mais le rôle des localisations méningées est capital dans les neurobrucelloses.

Depuis une quinzaine d'années en effet le professeur Roger n'a cessé d'attirer l'attention sur une série de cas, das lesquels, quelques semaines ou quelques mois après l'évolution de la maladie, apparaissent des manifestations cérébrales, médullaires, radiculaires et surtout méningées. De nombreux auteurs ont fait après lui des observations analogues.

Toutes ces constatations nouvelles forcent à admettre aujourd'hui une affinité neurologique du melitensis, autrefois insoupçonnée peut-être en raison du caractère tardif de ces manifestations.

A côté des manifestations centrales (encéphaliques, médullaires ' et périphériques, radiculaires, névritiques) et des localisations squelettiques, para-nerveuses, craniennes ou rachidiennes qui sont exposées dans cet ouvrage, les auteurs insistent sur les déterminations méningées cliniques et surtout biologiques, associées aux atteintes centrales ou périphériques, et même aux lésions squelettiques, para-nerveuses.

L'ouvrage es tdivisé de la façon suivante :

1° Caractères étiologiques et cliniques généraux des brucelloses.

2° Localisation encéphalitiques.

3° Atteinte des nerfs craniens.

4° Complication médullaires.

5° Radiculo-névrites.

6° Névrites périphériques.

7° Localisation squelettiques para-nerveuses, spondylite et ostéite cranienne.

8° Les méningites.

9° La méningite névraxite.

10° Considérations diagnostiques, pronostics et thérapeutiques. Essais de synthèse anatomo-clinique.

11° Index bibliographique.

Psycho-Physiologie Sexuelle (Etude Biologique, Clinique et Sociale) per L. Strominger, Docent d'Urologie à la Faculté de Médecine de Bucarest, Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris. Préface de M. le Professeur Laignel-Lavastine. — Gaston Doin et Cie, Editeurs. — Paris. 1 volume in-8° de 286 pages 55 francs.

Ce livre est une étude biologique-clinique et sociale de la psycho-physiologie sexuelle, basée sur ls recherches des grands savants de la sexologie mondiale et complétée par les constations et les recherches personnelles de l'auteur..

A cette étude biologique et clinique s'ajoute une revue sur les troubles sexuels, sur la crise sexuelle, sur le mariage et sur la sexualité en général. L'auteur traite très largement les rapport entre la sexualité et la sociologie, et s'arête longuement sur l'Eugénique et ses applications pratiques.

Après avoir passé en revue la psycho-physiologie sexuelle chez l'enfant, chez l'homme et chez la femme, l'auteur insiste sur l'abstinence sexuelle, sur l'éducation sexuelle et ses modalités.

La psychopathologie sexuelle avec tous ses revers ,et surtout la pornographie; les troubles de l'instinct sexuel et leur rôle social; le mariage enfin et son facteur social, insuffisamment étudié dans beaucoup de livres; le certificat prénuptial avec ses conséquences biologiques et sociales, font le sujet de chapitres importants et donnent lieu à des considérations très développées.

Un chapitre tout nouveau et d'intérêt capital est constitué par l'étude de la vie sexuelle des grands hommes et des femmes célèbres.

Ces connaissances de psycho-physiologie exuelle serviront surtout à l'éducation sexuelle — si nécessaire aujourd'hui — ainsi qu'à la connaissance approfondie des troubles sextels organiques et dynamiques.

Cet ouvrage très documenté intéressera les praticiens, les sexologues, le pédiatre, les urologues et principalement les éducateurs de la jeunesse.

L'Angine de Poitrine

par Vital Lassance (de Bains-les-Bains). — Un volume de 204 pages illustré. — Préface de Monsieur le Professeur R. Ieriche, 1938 (Maloine Editeur). — Prix 30 francs.

Lorsqu'on parle d'Angine de Poitrine, on se contente trop souvent d'un «Diagnostic de mot», et l'esprit reste insatisfait, derrière le mot subsiste une insuffisante compréhension des faits et la crainte d'une gravité d'autant plus redoutée qu'elle est plus mystérieuse.

Grâce à quelques définitions précises et à une classification méthodique des faits envisagés sur le plan de la clinique pratique, en dehors de toute vaine discussion théorique, le présent travail arrive à dissiper bien des obscurités.

C'est à ce point de vue un guide précieux : lorsque le praticien se trouvera en présence de cette douleur angineuse si caractéristique et qui sont l'angine de poitrine d'effort et le grand drame angineux de l'infarctus du myocarde. Se méfiant du danger qui plane sur ces états, il pourra mettre en œuvre toutes les ressources thérapeutiques qui sont longuement exposées.

Il saura que chez d'autres malades il ne s'agit que de syndromes « para-angineux », insuffisance cardiaque douloureuse et douleurs aortiques non paroxystiques, moins immédiatement redoutables et où un traitement d'un ordre tout différent peut donner d'excellents résultats.

Dans cet ouvrage où la clarté s'affirme tant dans le style que dans la conception du sujet, on retrouve à chaque page les plus utiles considérations pratiques de diagnostic et de traitement.

L'Année Thérapeutique Midicaments et Procédés Nouveaux
Douzième Année, 1937

par le Docteur A. Ravina. — Masson et Cie, Editeurs. — Paris. — Un volume de 202 pages 25 francs.

Résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1937, tant en France qu'à l'Etranger.

Une infinité de médicaments nouveaux s'offrent, chaque année au praticien, rendant difficile, par leur abondance même,l'étude de leurs indications et de leurs effets, et en dépit de la multiplication des moyens d'information médicale : journaux, analyses, congrès, bien des méthodes

de traitement restent confinées à un pays et la diffusion d'une découverte d'ordre thérapeutique est parfois très lente.

Un ouvrage comme celui-ci peut donc, d'une part, contribuer à faire connaître aux praticiens des techniques nouvelles d'application immédiate et facile; d'autre part, indiquer les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

L'auteur étudie : 1° les maladies et les symptômes (32 traitemens nouveaux) concernant entre autre : les abcès du poumon, les abcès du rein, les angines aiguës, l'angine de poitrine, l'asthme, les brûlures, les embolies artérielles, la morphonomanie, la paralysie diphtérique, la pneumonie, le tabes, l'urémie, le zona, etc.;

2° Les méthodes et techniques (7 sujets traités) concernant : l'anesthésie, l'auto-hémothérapie, la pyrétothérapie, la radiothérapie, la transfusion, etc.

3° Les médicaments et régimes (12 études) concernant l'acide mandélique, les barbituriques, la folliculine, l'insuline, la novacaïne, le para-aminophénylsulfamide, les vitamines B. et C., etc.

L'ouvrage se termine par une table alphabétique des matières contenues dans les 6 volumes précédents.

La continuité de ce travail qui depuis plusieurs années paraît régulièrment à la même date permet à tout praticien de trouver en quelques minutes la méthode thérapeutique qu'il cherche et de se reporter au volume de l'année ou cette thérapeutique est décrite et appréciée.

Etude clinique et expérimentale de quelques produits abortifs d'origine végétale : L'apiol, la rue, la sabine, l'armoise

par les Docteurs : A. Patoir, G. Patoir, H. Bedrine et A. Debuire. — Librairie Maloine. Paris. — Un volume 24x15,5 cm., 135 pages, 8 hors texte: Prix : 50 francs.

Cet ouvrage tire son principal intrêt du fait qu'il réalise une synthèse des faits antérieurement connus et de recherches récentes et originales. Grâce à une étude expérimentale et anatomopathologique — cette dernière n'a jamais été réalisée —, les auteurs lillois arrivent à la conclusion d'un mécanisme univoque pour expliquer l'action des quatre produits qu'ils envisagent.

Ces poisons dits abortifs n'entraînent en fait l'avortement que com-

me terme d'une intoxication générale, à forme d'hépatonéphrite. Cette notion très actuelle enrichit ainsi un chapitre de pathologie générale considérablement remanié depuis quelques années.

Ce travail a enfin le mérite d'attirer l'attention sur des produits qui jouissaient d'une réputation incontestée mais injustifiée d'emménagogues inoffensifs. Il s'agit en réalité de poisons dangereux pour la mère et pour le produit de conception.

Les tableaux et les microphotographies qui illustrent l'ouvrage en facilitent la lecture.

PHARMACIE FRANÇAISE DE L'AVENUE DE LONDRES
Téléphone : 9.16 (Angle Rue Bab-El-Khadra) Téléphone : 9.16
CH. CASANOVA, Pharmacien de 1re Classe
Se recommande au Corps Médical de Tunis pour l'exécution scrupuleuse des ordonnances

CACHETS CHARVOZ
DIGESTIFS

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

Organisation d'hygiène de la Société des Nations

Le Traitement du Paludisme

Etude de la Thérapeutique et de la Prophylaxie du Paludisme par les médicaments synthétiques comparés à la Quinine

IV^me^ RAPPORT GENERAL DE LA COMMISSION DU PALUDISME

On se rappellera que la Commission du Paludisme de la Société des Nations avait publié, en 1933 son 3^me^ Rapport général intitulé « La thérapeutique du paludisme ». Ce rapport se fondait surtout sur les connaissances acquises grâce à l'étude du paludisme expérimental.

Deux ans plus tard, la Commission faisait effectuer des expériences de traitement et de prophylaxie du paludisme en utilisant à la fois les médicaments synthétiques et la quinine, de façon à comparer leur efficacité. Le plan de ces expériences avait été très soigneusement déterminé à l'avance. Il comportait l'emploi des mêmes médicaments, le même dosage et la même technique. Ces expériences ont porté sur 12.288 sujets; elles eurent lieu en Algérie, en Italie, dans les Etats Malais fédérés, en Roumanie et en U. R. S. S., sous la direction du Professeur Sergent, du Professeur Bastianelli, du Docteur Neave Kingbury, du Professeur Ciuca et du Professeur Serguieff.

Se fondant sur les renseignements de ces expériences, non sans cependant tenir compte de tout ce qui a été publié sur la question du traitement du paludisme, la Commission vient d'arrêter le texte de son IV^me^ Rapport général. Il est l'oeuvre d'un Comité de rédaction composé du Professeur Sergent, Président, du Docteur Balfour, du Professeur Pittaluga et du Colonel Sinton. Il représente l'avis unanime de la Commission. Il est intitulé « Le traitement du Paludisme » et il paraîtra incessament dans le Bulletin de l'Organisation d'Hygiène. Les annexes

comporteront : la relation des expériences, une critique bibliographique et le texte des observations formulées par les divers Membres de la Commission du paludisme.

Nous sommes heureux de pouvoir reproduire ci-après les conclusions du rapport :

I. — ACTION DE LA QUININE ET DES PRODUITS SYNTHETIQUES SUR LES DIFFERENTES MANIFESTATIONS DE L'INFECTION PALUDEENNE

a). *Quinine.*

1). Action sur les trophozoïtes dans la primo-infection. Une dose minima journalière de 0 gr 50 de chlorydrate de quinine suffit quelquefois pour faire disparaître temporairement les trophozoïtes de *P. vivax;* mais une dose moyenne jounalière de 1 gr pendant cinq à sept jours est souvent nécessaire pour que les trophozoïtes disparaissent au troisième jour en moyenne, et ne réapparaissent dans le sang périphérique qu'après une période de latence plus ou moins longue, au cours d'une première rechute. La quarte (*P. malariae*) donne lieu, généralement, aux mêmes constatations. Pour le *P. falciparum,* la dose moyenne journalière d'efficacité pour obtenir des résultats analogues doit être fixé à 1 gr 30 environ. Dans certains pays, il est même nécessaire d'employer 2 gr. pour exercer une action rapide sur l'accès clinique et sur les parasites. Avec la dose courante de 1 gr., les trophozoïtes disparaissent généralement un jour plus tard, en moyenne, que dans le cas de *P. vivax;* quelques fois ils résistent plus longtemps.

2). Action sur les gamétocytes de *P. vivax* et de *P. malariae.* — La quinine, aux doses indiquées, exerce son activité parasiticide sur les jeunes formes de *P. vivax* et de *P. malariae* susceptibles de produire des gamétocytes et aussi sur les gamétocytes complètement développés. Sur les gamétocytes de **P.** *falciparum* complètement développés, la quinine n'exerce qu'une action très faible, mais elle enraye aussi la formation des « prégamétocytes » de cette espèce; par là, on peut la considérer comme directement schizonticide et indirectement gaméticide pour *P. falciparum*

3). Sur les symptômes cliniques aigus de la primo-infection, la quinine, aux doses indiquées, a une action manifeste, à partir du troisième jour (deuxième accès de fièvre) dans la tierce bénigne; elle a une action moins sûre ou moins rapide, selon les souches de *P. falciparum,* sur les

accès de tierce maligne, qui résistent souvent jusqu'à la cinquième dose (troisième ou quatrième accès).

4). Sur la fréquence des rechutes en général, la quinine a une action évidente mais conditionnée par les facteurs individuels et par les souches de parasites. Un traitement des primo-infections à *P. vivax* et *P. malariae* par les doses usuelles indiquées de quinine (1 gr par jour) donne des rechutes dans une proportion d'individus qui peut atteindre 50 %.

5) L'action de la quinine sur la splénomégalie, quand le traitement est appliqué convenablement à chaque accès, se montre d'une réelle efficacité, en milieu endémique, surtout parmi les enfants. Elle est cependant transitoire si la collectivité envisagée présente beaucoup de rechutes ou est exposée à des réinfections fréquentes.

6). Le traitement par la quinine aux doses usuelles indiquées n'a aucun retentissement sur l'état général, aucune action dépressive ou toxique, si on en limite la durée aux jours nécessaires. Dans ces conditions, il n'y a aucune raison sérieuse pour penser que ce traitement puisse entraver les processus d'immunisation. Des effets nuisibles peuvent se produire dans les cas traités inutilement pendant trop longtemps.

b). *Atébrine*

1). Action sur les trophozoïtes. — L'atébrine, aux doses de 0 gr 30 par jour (pour les adultes) exerce sur les trophozoïtes de *P. vivax* une action une peu plus rapide que la quinine à la dose ordinaire de 1 gr. Les trophozoïtes disparaissent, en moyenne, après la troisième dose parfois même après la deuxième. Cette action parasiticide de l'atébrine semble se prolonger plus longtemps, en se sens que la phase de latence de la maladie (absence de symptômes cliniques) s'obtient plus sûrement et dure un peu plus longtemps, après la fin du traitement, avec l'atébrine qu'avec la quinine. Pour les trophozoïtes de *P. malariae*, on peut affirmer que l'action de l'atébrine est du même type. Sur les trophozoïtes de *P. falciparum*, l'atébrine devance également la quinine dans quelques cas mais les différence de souches du parasite empêchent d'établir des conclusions uniformes. Les trophozoïtes de *falciparum* disparaissent du sang périphérique après la quatrième dose d'atébrine dans la proportion de 90 % des cas.

2). L'action de l'atébrine sur les gamétocytes est du même type que celle de la quinine. Elle n'a aucune prise, au point de vue de la stérilisation, sur les gamétocytes du *P. falciparum;* mais l'action sur la présence dans le sang des gamétocytes est peut-être plus marquée que celle

de la quinine, en particulier pour ce qui concerne les gamétocytes de *P. vivax et P. malariae.*

3). L'action sur les symptômes cliniques de l'accès aigu est très efficace, qu'il s'agisse de tierce bénigne ou de tierce maligne. Dans quelques contrées d'endémie, où il y a peut-être des souches particulières de **P.** *falciparum*, l'action thérapeutique de l'atébrine sur la tierce maligne est même plus énergique que sur la tierce bénigne. Dans d'autres cas, il semble que ce soit l'inverse. C'est la raison pour laquelle plusieurs praticiens et paludologues des pays tropicaux, préfèrent employer la quinine pendant les tout premiers jours de l'attaque aigue, et continuer ensuite le traitement par l'atébrine. La fièvre tombe, dans la tierce bénigne, le plus souvent après les trois premières doses thérapeutiques d'atébrine c'est-à-dire au deuxième accès, et, dans la tierce maligne, presque toujours au troisième accès.

4). L'action de l'atébrine sur les rechutes est un peu plus efficace que celle de la quinine, surtout en ce qui concerne la tierce bénigne et certaines souches de tierce maligne.

5). L'indice splénique dans les collectivités traitées par l'atébrine paraît diminuer un peu plus lentement que dans les collectivités traitées par la quinine, mais l'action du médicament se fait sentir plus longuement pendant la période d'observation qui suit la fin du traitement ; la diminution du pourcentage des grosses rates persiste pendant plus longtemps, et le rétablissement de l'indice splénique aux chiffres élevés antérieurs survient un peu plus tard.

6). L'action de l'atébrine sur l'état général des malades paraît conditionnée par des facteurs qui, après le traitement par l'atébrine, ne sont pas encore complètement connus, c'est-à-dire par l'action du médicament sur les activités de défense organique en général et sur les processus d'immunisation. La coloration jaune de la peau produite par l'atébrine représente un inconvénient, surtout pendant les traitement prophylactiques prolongés.

c).*Plasmoquine.*

1). Action sur les trophozoïtes. La plasmoquine n'exerce qu'une action presque nulle sur les trophozoïtes de *P. falciparum*. Elle exerce une certaine action sur les trophozoïtes de *P. vivax*, et surtout sur ceux de *P. malariae*. Avec des petites doses non toxiques de plasmoquine associées aux doses ordinaires de quinine ou d'atébrine, on obtient quelquefois

sur les trophozoïtes de *P. vivax* et même de *P. falciparum* des résultats meilleurs.

2). La plasmoquine agit sur le gamétocytes des trois espèces, et en particulier sur ceux de *P. falciparum*, sur lesquels n'ont presque aucune action ni la quinine ni l'atébrine. A la dose minima de 0 gr 02, la plasmoquine stérilise les gamétocytes de *P. falciparum*, et en diminue en même temps le nombre.

3). Il n'y a pas d'avantage à employer la plasmoquine seule pour le traitement des symptômes cliniques de l'accès aigu, dans aucune des formes de l'infection palustre.

3). La plasmoquine a une action certaine sur la fréquence des rechutes, soit de tierce bénigne, soit de quarte. Employée en association avec la quinine ou l'atébrine, ou administrée après ces deux médicaments, c'est-à-dire la quinine ou l'atébrine, elle exerce une action marquée sur la prévention des rechutes soit de la tierce bénigne (sauf peut-être pour quelques souches), soit de la quarte, et elle semble aussi diminuer la fréquence des rechutes de tierce maligne.

5). Nous ne possédons pas de données suffisantes permettant d'établir quelle est l'action de la plasmoquine employée seule soit pour la thérapeutique, soit pour la prophylaxie, sur l'état des rates dans les collectivités impaludées, parce qu'elle est presque toujours administrée avec les autres médicaments.

6). Les petites doses de plasmoquine (0 gr. 02 par exemple) qu'on emploie maintenant semblent n'exercer aucune action dépressive grave sur l'état général du malade. Il faut tenir compte de l'influence possible de l'usage prolongé de la plasmoquine sur la néo-formation de l'hémoglobine.

d) *Association quinine-atébrine, quinine-plasmoquine, atébrine-plasmoquine.*

1). Les quelques observations expérimentales qui ont été publiées portent à croire qu'il n'y a aucun avantage, à aucun point de vue, à employer en même temps, pour le traitement, la quinine et l'atébrine. Il y a lieu de préciser, par des recherches cliniques ultérieures, quels sont les effets de ces deux médicaments administrés l'un après l'autre (en général, quinine avant, atébrine après) pour le traitement de l'accès aigu de certaines infections en particulier de *P. faciparum.*

2). L'association quinine-plasmoquine produit des symptômes toxiques moins fréquents et moins intenses que l'association atébrine- plasmoquine. L'association proprement dite (c'est-à-dire l'emploi en même

temps) de la quinine et de la plasmoquine, jusqu'à 0 gr. 02 ou même 0 gr 03 de plasmoquine par jour pour des traitements courts, n'entraîne donc pas de contre-indications particulières. Certains auteurs conseillent d'administrer, néanmoins, quand il est possible, les deux médicaments l'un après l'autre. Pour le traitement de groupes d'adultes surveillés (soldats, travailleurs), il n'y a pas, cependant, d'inconvénients sérieux à craindre de l'emploi simultané de la quinine et de la plasmoquine, qui, d'autre part, abrège la durée du traitement.

L'association quinine + plasmoquine représente pour la tierce bénigne et pour la quarte, une des méthodes les plus efficaces de traitement du paludisme. Le traitement par des doses moyennes (1 g. à 1. 30) de quinine + plasmoquine (même seulement 0 g. 02 à 0 g. 03 deux fois par semaine) réduit considérablement, et peut-être plus que n'importe quelle autre méthode, le nombre des rechutes de la tierce bénigne (sauf, comme nous l'avons indiqué, pour certaines souches) et aussi, dans certains cas de la tierce maligne.

3). L'association proprement dite de l'atébrine et de la plasmoquine paraît en accentuer la toxicité respective. Elle n'est donc pas à conseiller, quoiqu'elle ait été employée, paraît-il, sans inconvénient, dans certaines collectivités d'hommes adultes. Elle ne doit pas être adoptée, en tout cas, sans une surveillance médicale. L'administration de la plasmoquine, après celle de l'atébrine, à des doses convenables (0 g. 30 d'atébrine par jour pendant cinq ou sept jours) n'exerce pas d'influence sensible ni sur le taux des trophozoïtes dans le sang, ni sur les manifestations cliniques; mais cette méthode a, comme le traitement quinine + plasmoquine, l'avantage de diminuer le nombre et de stériliser les gamétocytes, en particulier de la tierce maligne (*P. falciparum*). De plus, au point de vue clinique, elle réduit dans des proportions appréciables le nombre des rechutes, soit de la tierce maligne, soit surtout de la tierce bénigne et de la quarte

2. INDICATIONS PRATIQUES POUR LE TRAITEMENT ET POUR LA PROPHILAXIE.

Sans prétendre donner des règles impératives et tout en respectant d'une part, la liberté personnelle du médecin qui doit garder la responsabilité de son intervention thérapeutique, et d'autre part, l'initiative des paludologues qui doivent juger sur le terrain des circonstances diverses de l'épidémiologie locale, la Commission croit être en mesure de

donner quelques indications. Il y a lieu d'abord de tenir compte des faits suivants, qui ont fait l'objet de certaines réserves exposées dans les pages antérieures, non seulement pour le traitement individuel des malades, mais en général pour l'application de tout procédé thérapeutique

1). la diversité des réactions des différentes souches d'une même espèce de parasites, et des malades, aux médicaments;

2). les indications particulières de la voie parentérale pour l'administration des médicaments;

3). les inconvénients des produits synthétiques (coloration jaune de la peau par l'atébrine, toxicité de la plasmoquine).

a). *Traitement individuel des malades.*

Il est à souhaiter que le médecin soit toujours en mesure d'établir par l'examen microscopique du sang le diagnostic du paludisme et l'espèce de parasite en cause.

Dans le cas courant des infections à *P. vivax* (tierce bénigne), il est presque indifférent d'employer la quinine ou l'atébrine pour le traitement de l'accès aigu. La plasmoquine, associée à la quinine ou à l'atébrine, ou employée à la suite d'un de ces médicaments, ne produit pas d'effets utiles appréciables sur les accès, mais elle semble diminuer la fréquence des rechutes ultérieures.

Quand il s'agit d'infections à *P. falciparum*, il est utile d'associer la plasmoquine à la quinine ou d'administer la plasmoquine après l'atébrine, en vue de l'action sur les gamétocytes et sur les rechutes.

b). *Traitement collectifs.*

L'atébrine, employée pour des traitements collectifs à la dose de 0 g. 30 par jour (pour les adultes) pendant cinq à sept jours, agit comme la quinine à des doses variant de 1 g. à 1 g. 30 par jour pendant cinq à sept jours ou plus. Il n'y a aucune raison, en dehors de la question financière, de préférer l'une à l'autre la quinine ou l'atébrine. La conduite du traitement collectif dépend de l'intensité de l'endémie, caractérisée elle-même par un ensemble de facteurs : la fréquence des infections malignes (*P. falciparum*), virulence des souches, sensibilité des souches aux différents médicaments, réceptivité des divers groupes de populations, etc.

Il est utile qu'un traitement collectif par la quinine ou par l'atébrine soit accompagné ou suivi d'un traitement par la plasmoquine, afin de diminuer le nombre des gamétocytes et les risques de rechutes.

Le choix du médicament de base pour un traitement collectif doit être laissé à la décision des administrations publiques ou des centres de malariologie qui entreprennent ou qui dirigent ce traitement, compte tenu de considérations locales et économiques, ainsi que des préférences des médecins et de la population. Il y a lieu de rappeler, cependant, que ce médicament, ainsi que les doses et la durée de son administration thérapeutiques, doivent répondre, dans la limite du possible, à l'objet véritable d'un traitement collectif (« mass treatment »). Ce but consiste : 1). à obtenir le plus grand nombre de guérisons radicales de cas de paludisme (traitement intensif des malades); 2). à réduire au minimum les probabilités de transmission du virus aux moustiques, soit par l'action directe sur les gamétocytes, soit par l'action indirecte sur les parasites en général et la diminution consécutive des porteurs de formes sexuées (traitement gaméticide). Il convient donc de ne pas comper seulement sur la plasmoquine pour ce deuxième objet. Le choix du médicament de base et les modes de son administration à la collectivité, en association immédiate ou avant l'emploi de la plasmoquine, obéissent aussi à ces observations.

Cependant il y a de grandes régions paludéennes, tout spécialement dans les tropiques, où il est impossible d'appliquer des traitements collectifs de ce genre, pour diverses raisons, très souvent d'ordre financier. Dans ces conditions, il faut prévoir et organiser un traitement efficace et immédiat des manifestations cliniques afin de restreindre la morbidité, la mortalité et l'incapacité physique des individus atteints. Un traitement de ce genre doit très souvent être confié à des profanes et une surveillance médicale est difficile, voire impossible. Dans ces circonstances, les alcaloïdes du quinquina semblent être les médicaments indiqués.

c). *Prophylaxie médicamenteuse collective.*

La prophylaxie médicamenteuse collective vise à deux résultats : 1° la protection de la population soumise au traitement prophylactique contre les manifestations cliniques du paludisme endémique, pour conserver la collectivité — même dans les contrées où elle est exposée à des réinfections répétées — sa capacité de travail et un état de santé relatif sans entraver sa prémunition; 2° la diminution éventuelle des sources d'infection des moustiques de la localité.

Nulle méthode prophylactique, si elle n'est appliquée à des collectivités disciplinées sous une surveillance sévère, n'est encore en mesure d'atteindre ces deux buts. Il y a lieu d'insister tout particulièrement sur

l'utilité — et la difficulé en même temps — de favoriser les processus d'immunistation de la population, qui dépendent justement d'un degré de tolérance vis-à-vis de l'infection et des réinfections répétées, sans courir cependant les risques qui accompagnent la présence et la persistance de ces infections latentes dans la collectivité.

L'expérience a montré, que des résultats très satisfaisants peuvent être atteints par l'emploi de doses journalières de quinine (0 g. 40 pendant toute la durée de la saison de transmission du paludisme et même quelques semaines après); ainsi que des doses bihebdomadaires d'atébrine (de 0 g. 20 = 0 g. 40 par semaine) dans certaines conditions. Sur cette dernière méthode (atébrine bihebdomadaire), qui a donné des résultats encourageants, il est à souhaiter que de nouveaux essais soient poursuivis. La dose de 0 g. 05 d'atébrine journalière préconisée pour la prophylaxie s'est montrée insuffisante. L'innocuité de la quinine en permet l'administration par des agents subalternes, sans surveillance médicale constante. Cette surveillance est nécessaire pour l'atébrine.

La plasmoquine ne doit pas être distribuée pour des traitements prophylactiques sans l'intervention directe du médecin. Son emploi, en prophylaxie collective, ne serait justifiée que pour la protection d'une population disciplinée, susceptible d'une assistance médicale constante, en articulier dans le but de diminuer, à longue échéance, le nombre des porteurs de gaménocytes et d'enrayer la transmission de l'infection aux anophèles. Certes, la plasmoquine est, par excellence, gaméticide, surtout à l'égard de *P. falciparum*. Mais la quinine et l'atébrine exercent également dans ce cas une action gaméticide surtout indirecte, en détruisant les formes sexuées en voie de développement.

L'efficacité réelle, sur le terrain, de telles méthodes dépend d'ailleurs en grande partie d'un facteur épidémiologique extrêmement important les enfants. La proportion des enfants porteurs de gaménocytes est beaucoup plus élevée que celle des adultes dans les mêmes circonstances de lieu (village, maison, famille), d'endémie et d'anophélisme. D'autre part les enfants sont plus difficiles à soumettre à des traitements réguliers et finalement, comme nous l'avons indiqué, les doses et les formes d'administration de l'atébrine et de la plasmoquine aux enfants ne peuvent être considérées comme des questions absolument résolues.

d)*Eradication médicamenteuse.*

L'expérience a montré jusqu'à présent que l'éradication du paludisme d'une localité par les seuls traitements curatifs et prophylactiques

avec les médicaments dont nous disposons actuellement, est pratiquement irréalisable. D'une part, il est impossible d'atteindre en temps voulu tous les habitants d'une région ou même d'un village restreint. D'autre part, le traitement curatif et prophylactique peut diminuer beaucoup la morbidité paludéenne, mais il n'arrive pas à supprimer les parasites de tous les porteurs.

∴

La Commission n'envisage pas dans ce rapport la question du prix de revient des campagnes de traitement et de prophylaxie, qui dépend du coût des médicaments et des frais de personnel. Elle souligne en tous cas la grande importance de ce problème — qui sera probablement l'objet d'une étude détaillée, de la part de la Commission du paludisme, dans le proche avenir — lorsqu'il s'agit de choisir les médicaments pour le traitement curatif ou prophylactique des collectivités.

Parmi ces médicaments, la quinine occupe encore la première place dans la pratique courante, en raison de son efficacité clinique et de sa toxicité presque nulle, ainsi que de la connaissance très répandue de son emploi et de sa posologie. En ce qui concerne les produits synthétiques, dont le premier emploi thérapeutique date de dix ans seulement, la Commission espère avoir rempli la tâche qui lui a été confiée en établissant, dans ce quatrième rapport, l'état actuel de nos connaissances sur les possibilités d'utilisation de l'atébrine et de la plasmoquine dans le traitement et la prophylaxie du paludisme. Dans certaines circonstances, ainsi qu'il est dit plus haut, ces médicaments, qui représentent un progrès important de la science, ont une valeur particulière.

Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux Libres

Séance du 3 Juin 1938

Président : M. Germain Blechmann

CHOREE VRAISEMBLABLEMENT RHUMATISMALE AVEC ENDOCARDITE ANCIENNE. ECHEC DES MEDICATIONS HABITUELLES. GUERISON DES PHENOMENES CHOREIQUES APRES INJECTION DE PROPIDON

MM. Gérard Lefebvre (de Lille) et Ch. Helbecque (de Somain) rapportent l'observation d'une fillette de 11 ans, ayant présenté un rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 4 ans, et conservant un souffle d'insuffisance mitrale organique. Apparait une chorée aigue, que les auteurs traitent successivement, mais en vain, par les médications habituelles · Liqueur de Boudin, Salicylate de soude intra-veineux, beurre arsenical, Antipyrine; toutes médications prises aux doses classiques suivant la progression coutumière.

Au bout de cinq mois d'évolution, les auteurs envisagent alors un essai de pyrétothérapie par le Propidon : la première injection faite à dose trop faible (1cc) est sans effet apparent sur les mouvements choréïques non plus que sur la température; mais une seconde injection de 3 cc entraîne avec la fièvre, la sédation nette des phénomènes choreïques.

CINQ CAS DE CHANCRES SYPHILITIQUES DU COL DE L'UTERUS ACCOMPAGNES D'UNE ADENOPATHIE PELVIENNE NETTEMENT PERCEPTIBLE AU TOUCHER VAGINAL

M. Clément Simon a trouvé ces ganglions cinq fois sur cinq cas. Ils se trouvent la paroi pelvienne latérale, contre la surface quadrilitérale de l'os iliaque. L'auteur précise la situation exacte et le technique spéciale du toucher vaginal qui permet de trouver ces ganglions et de leur reconnaître leurs caractères pathognomoniques.

Cette découverte, entièrement nouvelle, a une certaine importance au point de vue de la doctrine et du diagnostic.

LES SERUMS DE CONVALESCENTS DANS LA PRATIQUE MEDICALE: INDICATIONS, MODE D'EMPLOI, ORGANISATION D'UN CENTRE PARISIEN.

MM. Ginsbourg et Goldman montrent que les indications des sérums de convalescents diffèrent suivant les cas. Dans la poliomyélite, injecter précocement un mélange de sérums; dans la rougeole, la séro-prévention est utile, la séro-attenuation préférable; dans la scarlatine maligne, le sérum désintoxique le malade; dans les oreillons, la vaccine, l'injection doit être pratiquée dès menace d'une complication.

Les auteurs précisent le dosage des injections et passent en revue l'organisation des Centres de sérums.

TRAITEMENT DES LOMBALGIES ET DES SCIATIQUES PAR LES MANIPULATIONS ORTHOPEDIQUES

M. R. Ducroquet est d'avis que la scoliose sciatique, les lumbago, les tours de rein sont en réalité des entorses vertébrales dont le substratum anatomique peut être précisé. Les travaux de Schmorl sur le disque intervertrbal, ceux de Leriche sur la souffrance ligamentaire et la contracture réflexe permettant d'expliquer que l'entorse peut se produire aux vertèbres comme dans toute autre articulation. Le traitement consiste en réduction par manipulations, réduction simple, réduction sous cocaïnisation sur les cas rebelles, réduction sous anesthésie générale dans les cas anciens. Il est donc possible de sortir du mystère les prétendues manoeuvres que seuls les empiriques pouvaient appliquer. Il s'agit simplement de méthodes de redressement qui donnent des résultats d'autant plus favorables qu'elles sont plus judicieusement employées.

LA PARTICIPATION DE LA FLORE BACTERIENNE PAR L'AMIBIASE INTESTINALE

M. R. Deschiens démontre qu'une souche d'amibes dysentériques répond à un complexe amibe plus flore microbienne dans lequel les bactéries paraissent nécessaires à l'amibe pour que celle-ci se perpétue.

L'étude expérimentale de l'amibiase chez le chat, reprise avec une épreuve de détermination du pouvoir pathogène des souches d'amibes dysentériques comportant l'inoculation par la voie intestinale haute après laparatomie, à 20 chats au moins par épreuve, avec un nombre égal de témoins, permet de démontrer le rôle actif de certains coli-bacilles dans la physiopathologie de l'amibiase.

C'est par la détermination d'une colite bactérienne muqueuse que le coli-bacille favorise la greffe de l'amibe dysenthérique.

UN NOUVEAU CAS DE LYMPHOGRANULOMATOSE INTESTINALE MALIGNE

MM. J. Baumel, J. M. Vert, A. Vedel (de Montpellier), aux cas assez nombreux déjà connus de cette maladie rare, ajoutent cette observation suivie avec une minutie particulière et qui a fait l'objet d'une laparatomie exploratrice.

Ils montrent la difficulté du diagnostic clinique tout en en dégageant les éléments principaux .

M. MARTINY.

ECHOS ET NOUVELLES

Congrès International de la Médecine d'Assurance-Vie

Paris, du 18 Mai au 21 Mai 1939

Le prochain Congrès International de Médecine d'Assurance-Vie se tiendra à Paris, du 18 au 21 Mai 1939, sous le patronage de M. le Ministre de la Santé Publique, sous la présidence d'honneur du Dr. P. Hornig (Berlin) et du Prof. Sir Walter Langdon-Brown (Londres) et sous la présidence du Professeur M. Loeper (Paris).

Les rapports suivants y seront exposés et discutés :

1° — Tuberculose pulmonaire et Assurance-vie.

Rapporteurs : 1° — Dr. Courcoux (Paris) 2°— Prof. G. Malan (Turin) et Dr. T. Ricciotti (Rome).

2° — L'Hyperthyroidisme dans l'Assurance-vie.

Rapporteurs : 1° — Prof. L. Dautrebande (Liège) 2° — Dr. Ch. Aubertin (Paris).

3° — L'Influence de l'Obesité dans l'Assurance-vie.

Rapporteurs : 1° Prof. Maranon (Madrid 2° — Dr. M. Shaw (Londres)

4° — L'Importance du Tabagisme dans l'Assurance-vie et dans la Médecine préventive.

Rapporteurs : 1° Prof. H. Bergstrand (Stockolm) 2° — Prof. Kulbs (Cologne) 3° — Prof von Bergmann (Berlin).

5° — L'Albuminurie dans l'Assurance vie.

Rapporteurs : 1° — Prof. Volhardt (Francfort 2° — Dr. Cavalie (Milan) et Dr. A. Starna (Rome).

6° — Valeur de la Statistique dans l'Assurance-vie.

Rapporteurs : 1° — Dr. Wireman Cook (Minneapolis) 2° — Prof. E. Winternitz (Trieste) et Dr P. Trottarelli (Rome). 3° —Dr. J. Siegenbeck Van Henkelom (Rotterdam) 4° — Dr. Stévenin (Paris.

Les demandes de renseignements peuvent être adressées au Secrétariat Général (Dr. P. A. Carrié, 8, rue de Belloy Paris (16°).

Congrès International pour l'étude Scientifique du Vin de Raisin

A Lisbonne, à la Faculté de Médecine, se tiendra du 15 au 23 Octobre prochain, le deuxième Congrès International Médical pour l'étude Scientifique du Vin de Raisin.

Ce Congrès sera présidé par le Professeur Portmann, de la Faculté de Médecine de Bordeaux, Sénateur de la Gironde.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° — Le vin et le raisin dans les maladies infectieuses aigues.

Rapporteurs : Dr Weissenbach, Médecin de l'Hôpital Saint Louis et Dr Gilbert-Dreyfus, Médecin des Hôpitaux de Paris.

2° — Le rôle physiologique du raisin et du vin dans le métabolisme humain.

Rapporteurs : Dr Mario Rosa, Assistant à la Faculté de Médecine de Lisbonne.

3° — Le vin, le vinisme et l'alcoolisme.

Rapporteur : Pr. Puntoni, Assistant à l'Institut de Physiologie humaine à Rome.

Toutes les informations relatives à ce Congrès peuvent être obtenues en s'adressant au Dr. Heitor de Fonseca, Inspecteur Général des Services d'Hygiène, Ministère de l'Intérieur à Lisbonne, Secrétaire Général du Congrès ou au Dr Eylaud, 119, rue Frères, à Bordeaux, Secrétaire général du Comité Médical International pour l'Etude scientifiques du Vin et du Raisin.

Enfin, pour le prix d uvoyage et des ercursions ainsi que le séjour dans les hôtels, tous les renseisegnements seront fournis par la Compagnie Internationale des Wagons-Lits, 87, Rua do Carmo à Lisbonne.

Journée du Rhumatisme du 8 Octobre 1938

organisée par la Ligue Française contre le Rhumatisme

a). — Le matin, à 10 heures, Hôpital Cochin (47 Faubourg Saint-Jacques, Service de M. le Professeur Mathieu : séance clinique avec présentation de malade, avec la collaboration du Docteur F. Coste.

« Les résultats éloignés des opérations pour l'arthrite chronique de la hanche et le rhumatisme blennoragique ».

b) — L'après-midi, à 16 heures, à la Faculté de Médecine, sous la Présidence du Pofesseur Laignel-Lavastine: séance scientifique consacrée aux «Formes prolongées et chroniques du rhumatisme blennorragique».

Les rapports suivants seront présentés :

1° Formes cliniques : Prof. Gougerot, Drs. F. Coste et Durel.

2° Thérapeutiques Médicales : Dr. Layani.

3° Thérapeutiques physiques : Dr. Surmont, M^me^ Michon.

4° Thérapeutiques chirurgicales et orthopédique : Dr. Boppa.

De courtes communications pourront être présentées par les membres de la « Journée du Rhumatisme » sur le sujet mis à l'ordre du jour. Leur texte, a insi qu'un résumé en cinq lignes pour la presse, devra être adres-

sé au plus tard le 15 septembre au Secrétariat de la « Ligue Française contre le Rhumatisme.

Cette «Journée du Rhumatisme se terminera par un dîner qui aura lieu le soir même au Restaurant de la «Reine Pedauque», 6, rue de la Pépinière, Paris.

INSCRIPTIONS : (comprenant l'envoi des rapports et Comptes-Rendus et la cotisation au dîner) Médecins français et étrangers 120 frs. Membres de la Ligue Française 80 frs.

Adresser toute la correspondance et les inscriptions au Secrétariat de la «Ligue Française Contre le Rhumatisme» 23, Rue du Cherche-Midi, Paris VI° (Littré 14-61 — Compte courant postal : Paris 1414.50.

Union Thérapeutique

(Association Internationale fondée en 1934)

ASSEMBLEE GENERALE DU 12 OCTOBRE 1938

L'assemblée annuelle de l'Union Thérapeutique aura lieu le Mercredi 12 octobre prochain à la Faculté de Médecine de Paris, à 9 hures 30, sous la présidence du Professeur Loeper.

Les questions suivantes seront traitée par les rapporteurs :

M. le Prof. Dautrebande (Liège) L'oxygénothérapie,

M. le Prof. Singer (Vienne) La Protéinothérapie du Diabète,

M. le Prof. Hernando (Madrid) Vitaminothérapie dans les maladies de l'appareil digestif,

M. le Prof. Agrégé Henri Bernard et M. le Dr. Sallet (Paris) : Les injections intra-veineuses continues en thérapeutique.

L'ordre du jour sera le suivant : LE SOUFRE EN THERAPEUTIQUE

Rapporteurs : M. le Prof. Burgi (Berne): Les combinaisons du soufre en thérapeutique.

M. le Prof. Knud Schroeder (Copenhague): Le soufre, modificateur des maladies infectieuses.

M. le Prof. Léon Binet (Paris) : Le rôle du soufre dans la vie des tissus.

M. le Prof. Campanacci (Parme) : Le soufre, médicament des arthropaties.

M. le Dr. Louis Bory (Paris : Le soufre et la peau.

Les demandes d'adhésion à l'Union Thrérapeutique doivent être adressées au Secrétaire Général, le Dr G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris VIII°.

ECHOS ET NOUVELLES

Concours pour un emploi de médecin spécialiste de dermatologie et de syphiligraphie aux Hôpitaux Sadiki et E. Conseil de Tunis

Un concours sera ouvert au siège de la Faculté de médecine de Paris, le 7 novembre 1938, à 9 heures, pour un emploi de médecin spécialiste de dermatologie et de syphiligraphie aux Hôpitaux Sadiki et E Conseil de Tunis.

Ce concours aura lieu devant un jury composé de trois juges désignés par le Doyen de la dite Faculté.

Les épreuves consisteront en :

1°. — Epreuve écrite : 1 composition écrite sans livre, ni manuscrit. Il est accordé 3 heures pour cette épreuve.

2°. — Epreuve orale : 1 dissertation orale précédée d'une heure de réflexion : l'exposition durera 1/2 heure.

Le sujet de ces deux épreuves sera tiré au sort dans les questions de dermatologie et vénéréologie.

3°. — Epreuve clinique :

a) — 1 épreuve de consultation écrite. Il est accordé aux candidats 15 minutes pour l'examen du malade, qui aura lieu en présence du jury, et 30 minutes pour la rédaction de la consultation;

b) — 1 épreuve orale sur 1 malade. Il est accordé aux candidats 15 minutes pour l'examen du malade, 15 minutes de réflexion et 15 minutes pour la dissertation orale devant le jury.

Le Président du jury fera un rapport sur les opérations du concours et présentera les candidats par ordre de mérite en indiquant la valeur respective des épreuves de chacun d'eux.

CONDITIONS D'INSCRIPTION AU CONCOURS

Pour se présenter au concours, les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1°. — Adresser à la Direction de l'Assistance et de la Santé Publiques, à Tunis, une demande avec indication de leur résidence,

2°. — Etre français ou Tunisien,

3°. — Avoir le diplôme d'Etat de Docteur en médecine conféré par une Faculté Française,

4°. — Produire une notice sur leurs titres, travaux et services antérieurs (les documents seront remis au jury),

5°. — Ne pas être âgé de plus de 40 ans, cette limite d'âge est reculée d'une durée égale à celle des services militaires et sans qu'elle puisse excéder 45 ans.

L'entrée en fonctions est fixée au 1er janvier 1939.

Les avantages attachés à l'emploi consistent en une indemnité annuelle de 15.000 frs.

La liste d'inscription sera close le 10 octobre 1938.

Pièces à fournir :

1° — Une copie certifiée conforme ou l'original du diplôme de docteur en médecine,

2° — Un extrait du registre des actes de naissance,

3° — Un extrait du casier judiciaire ayant moins de trois mois de date,

4° — Un certificat de bonne vie et mœurs remontant également à moins de trois mois.

5° — Un état signalétique et des services militaires ou un certificat de position militaire,

6° — Un certificat médical constatant, le cas échéant, l'absence de toute lésion organique en particulier de toute lésion tuberculeuse.

7° — Justification des titres ou travaux scientifiques et des services publics précédemment rendus.

Distinctions honorifiques

Nous sommes heureux de transmettre toutes nos félicitations à notre Collaborateur le Docteur Cheyrou-Lagrèze, Médecin Breveté de la Marine Marchande, à bord du S.S. El Biar, à l'occasion de ses promotions de Chevalier de l'Ordre de la Santé Publique en date du 19 juillet 1938 et de Médaille d'Honneur de l'Education Physique et des Sports (Médaille d'Argent) en date du 14 Août 1938.

Hôpital et Dispensaire Français de Londres

Une vacance de Médecin-Résident à cet hôpital se produira en Octobre ou en Novembre prochain.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : Etre âgé de moins de trente ans,

Docteur en Médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont à peu près celles des Internes des hôpitaux français. Traitement en espèce (100 Livres sterling par an), logement, éclairage nourriture. Il y a deux (ou trois) Médecins-Résidents prenant la garde à tour de rôle.

Pour tous renseignements écrire au Docteur Robert Pierret, Villa Ménival, La Bourboule, Puy de Dôme.

6me Congrès Annuel de l'Association pour la Documentation Photographique et Cinématographique dans les Sciences

Mon cher Collègue,

Le 6me Congrès Annuel de notre Association aura lieu à Paris, les 6 et 7 Octobre pour la partie scientifique au «Palais de la Découverte», Grand Palais, Avenue Victor Emmanuel III, et le 8 octobre pour la partie pédagogique au «Musée Pédagogique de l'Etat, 29 rue d'Ulm (5e).

Nous vous serions obligés d'envoyer au plus tôt au Secrétariat du Congrès, 39 rue Scheffer (16) les communications, photos, films en tous formats ou appareils que vous comptez démontrer.

DATE LIMITE DES ENVOIS : 1r Octobre

Croyez, mon cher Collègue, à l'expression de nos meilleurs sentiments.

Drs Claoue, J. Pailevé, M. Servanne.

P. S. Avis essentiel pour les correspondants étrangers :

Tout envoi de l'Etranger devra être adressé au Musée Pédagagique de l'Etat, 29 rue d'Ulm, Paris (5e), Congrès de Documentation Photographique et Cinématographique. .. Sinon nous ne pourrons l'utiliser.

Vacances de Noël sur la Côte d'Azur

Le XVIme Voyage Médical International de Noël sur la Côte d'Azur, organisée par la *Société Médicale du Littoral Méditerranéeen*, aura lieu comme de coutume, du 26 Décembre 1938 au 1er Janvier 1939. La concentration se fera à Cannes (Hôtel Carlton, Promenade de la Croisette), dans la matinée du Lundi 26 décembre. L'après-midi sera consacrée à la visite de Cannes et de Super-Cannes, et la réception inaugurale du Voyage aura lieu dans la soirée.

La matinée du 27 sera consacrée au Cannet et à Juan-Les-Pins, où l'on visitera le Poste d'emission radiophonique *Radio-Méditerranée*. Dans l'après-midi, on verra la cité grecque d'*Antipolis* (Antibes) et l'on admirera, du haut du Cap, le magnifique panorama des Alpes, avec leurs glaciers. On reviendra à Cannes par le Golfe-Juan, où se réunit l'Escadre de la Méditerranée.

Le 28, on visitera Grasse, Centre Climatique de la Zone intérieure, avec ses Fabriques de Parfums; — Vence et ses Sanatoria; — Cagnes, la cité des Peintres et des Poètes; — et l'on arrivera le soir à Nice, Métropole de la Côte d'Azur.

Le 29, les Voyageurs parcourront l'ancienne *Voie Romaine* (Grande Corniche) de Nice à Menton: ils verront l'Observatoire de Nice, le Monument érigé à la Turbie, le Château Médiéval de Roquebrune. Ils visiteront la gracieuse et antique Station Climatique de Menton (*Lumone*), avec le Cap-Martin, le Château de Grimaldi, les Laboratoires et l'élevage du Dr. Voronoff.

Ils seront, le 30 Décembre, les hôtes de la Principauté de Monaco (Hôtel Monte Carlo-Palace); ils admireront le Musée Océanographique, unique dans le monde, le Musée d'Anthropologie préhistorique, le Palais des Princes, le Casino de Monte-Carlo, et se jardins magnifiques.

Ils visiteront, le samedi 31 Décembre, les jardins exotiques de Monaco et leur flore tropicales. Ils parcourront la route de la Moyenne-Corniche, inaugurée cette année par le Président de la République. Ils verront Eze, place forte Médiévale, et ses mandariniers; Beaulieu et ses villas entourées de dattiers, de bananiers et de pamplemousses; Villefranche et sa rade fréquentée par les plus beaux paquebots; le Mont-Boron avec le merveilleux panorama de la Baie des Anges. Ils seront de retour dans l'après-midi à Nice, où le Voyage prendra fin le 1er Janvier.

Ainsi, après ces six radieuses journées au pays du Soleil et de Fleurs, il sera facile aux Médecins qui doivent être rentré à leur Cabinet le lundi 2 janvier, de se mettre en route le dimanche sans fatigue. Et pour ceux qui pourront disposer d'un temps un peu plus long, une Excursion facultative sera organisée au départ de Nice, le Dimanche 1er Janvier ou le Lundi 2, pour permettre aux amateurs de Montagne (altitude 1.500 à 3000 mètres) et de Sports d'hiver, de se transporter, en 3 heures, du bord de la mer à Beuil et à Valberg, par les fantastiques Gorges de rochers rouges de Cians et de Daluis. Ils reviendront à Nice dans la soirée. Puis, ils pourront s'embarquer le Mardi 3 janvier au port de Nice, pour une

Excursion facultative enCorse (demander le programme spécial). Après la visite de l'Ile enchantée, ils reviendront à Nice le Vendredi 6 janvier au matin.

Les parcours sur le Littoral seront effectués dans de très beaux autocars Pullman, et le voyage en Corse par les paquebots de la Compagnie Fraissinet. Les séjours seront assurés partout avec le large confort qui est traditionnel à la Société Médicale du Littoral Méditerranéen. Les visites et les promenades seront accompagnées de démonstrations scientifiques et de causeries historiques. Des permis de parcours à tarif réduit seront mis à la disposition des Adhérents, avec arrêt autorisés en cours de route. Les Membres de la famille des Médecins seront admis, ainsi que les Etudiants en Médecine. L'*Office Climatique de la Société Médicale* donne, dès à présent, tous les renseignements complémentaires, indique les conditions du voyage et reçoit les inscriptions, 24 Rue Verdi, à Nice.

Première Assemblée Générale de l'Association Internationale de Cosmobiologie

Au cours du premier Congrès International de Cosmobiologie, tenu à Nice et sur la Côte d'Azur du 2 au 7 Juin 1937, auquel vingt nations étaient représentées, il a été décidé de crêer une « Association Internationale de Cosmobiologie », continuant la précédente Association d'Etude de sRadiations Solaires, Terrestres et Cosmiques, formée en 1932 par la Société Médicale de Climatologie et d'Hygiène du Littoral Méditerranéen.

Le nouveau groupement de Cosmobiologie travaillera en collaboration avec l'Organisation Internationale de Météorologie et comprendra des Sections ou Comités dans chacune des Nations adhérentes. Le Secrétariat central demeurera à Nice, 24 ,Rue Verdi.

La première Assemblée général de l'Association de Cosmobiologie sera tenu à La Malou (Hérault) les Samedi 10 et Dimanche 11 Septembre 1938, avec l'Ordre du jour que voici :

1° — Examen des Statuts.

2° — Edition des Comptes-rendus du premier Congrés.

3° — Préparation du deuxième Congrés International de Cosmobiologie à New-York, ne 1939.

4° — Programme et date de la deuxième Assemblée générale, qui

sera tenue sur la Riviera Italienne sous la Présidence du Prof. Sabatini (Clinique Médicale de la Royale Université de Gênes).

5° — Formation des Sections ou Comités nationaux.

6° — Projection de film cosmobiologiques (éruptions solaires et accidents terrestres).

Pour tous renseignements, adhésions, communications écrire au Dr Faure à La Malou (Hérault).

Comité Médical International pour l'Etude Scientifique du Vin et du Raisin

Mon cher Collègue,

J'ai relevé votre nom parmi ceux qui ont déjà donné à une ou plusieurs de nos manifestations, par leur présence ou leur action, l'assurance de leur sympathie pour la cause que nous soutenons.

Aujourd'hui, tout spécialement, je vous signale que le 2e Congrès International de notre Comité se tiendra à Lisbonne du 15 au 23 octobre 1938.

Cette date a été choisie par le Gouvernement portugais et l'Université de Lisbonne comme la plus favorable pour jouir de savantages climatiques du Portugal et de la région des vignobles.

Je vous signale, par ailleurs, le programme technique et celui des manifestations et excursions que nous appelons : travaux pratiques.

Je veux espérer que vous serez intéressé par la prespective d'un voyage agréable dont les avantages réservés aux Congressistes sont toujours importants grâce à l'appui manifeste des pouvoirs publics français et étrangers. Je me tiens à votre disposition avec plaisir pour tous autres renseignements et vous assure, confraternellement, de mes sentiments les plus dévoués.

Le *Secrétaire Général*,
Docteur J. M. Eylaud

PROGRAMME TECHNIQUE DU CONGRES
qui se tiendra à la Faculté de Médecine de Lisbonne
sous la Présidence de M. le Professeur Portmann, Sénateur de la Gironde

Questions à l'ordre du jour :

1° Le vin et le raisin dans les maladies infectieuses aiguës. —

Rapporteurs : Docteurs Weissenbach, médecin de l'Hôpitl Saint-Louis et docteur Gilbert-Dreyfus, médecin des Hôpitaux de Paris.

2° Le rôle physiologique du raisin et du vin dans le métabolisme humain. — Rapporteur : Docteur Mario Rosa, assistant à la Faculté de médecine de Lisbonne.

3° Le vin, le vinisme et l'alcoolisme. — Rapporteur : Professeur Puntoni, assistant à l'Institut de Physiologie humaine de Rome.

Adresser avait le 1r octobre, au Secrétaire Général : Docteur M. Eylaud, 119, rue Frère, Bordeaux, toutes les communications se rapportant à ces sujets. Elles seront imprimées dans les compte rendu général du Congrès.

PROGRAMME GENERAL ET EXCURSIONS

ITINERAIRE PAR MER

10 octobre. — Embarquement vers 18 heures, sur le *Cap-Saint-Jacques*, à Bordeaux.

11 et 12 octobre. — En mer.

13 octobre. — Arrivée à Lisbonne. Débarquement. Transport aux hôtels.

14 octobre. — Visite de Lisbonne.

15 octobre. — Ouverture solennelle du Congrès dans le Palais de l'Assemblée Nationale.

16 octobre. — Après midi : Fête des Vendanges.
Le soir : Réception à l'Hôtel de Ville.

17 octobre. — Matin : Séance du Congrès.
Après midi : Séance du Congrès. Visite à Son Excellence le Président de la République.
Le soir : Concert.

18 octobre. — Matin : Séance du Congrès. Départ pour Estoril et déjeuner à Estoril.
Après midi : Départ pour Cintra et Colares. Dîner à Cintra. Danses et musiques populaires.

19 octobre. — Matin : Séance du Congrès.
Après midi : Séance et clôture du Congrès.

20 octobre. — Excursion : Lisbonne, Torrès, Vedras, Santarem, Cardiga (déjeuner), Vila Nova, Bastralta. Dîner et nuit à Curia.

21 octobre. — Départ pour Anadia, Buçaco, Visen (déjeuner), Tarrago, Dîner et nuit à Sedras Salgadias.

22octobre. — Visite de la région du Douro. Retour à Porto.

23 octobre. — Matin: Visite de Porto et de l'Institut du Vin. Déjeuner.
Après midi : Départ pour Braga, Santo Tirso.
Soir : Dîner de gala au Palais de la Bourse de Porto.
Fête en plein air au Palais de Cristal. Feu d'artifices.
Danses régionales.

24 octobre. — Départ pour Lisbonne.
Après midi : Visite de Setubal et Evora. Dîner.

25 octobre. — Visite d'Evora. Déjeuner au Club Naval de Setubal
Retour à Lisbonne.

26 octobre. — Embarquement sud le *Meknès* pour Bordeaux.

27 octobre. — En mer.

28 octobre. — Arrivée à Bordeaux vers 18 heures.

PRIX DE CE VOYAGE :

Catégorie A. : 4.475 francs par personne (chambre double).
Catégorie B. : 3.975 francs par personne (chambre double).
Supplément pour chambre à 1 lit : 100 francs par personne.

COMPRENANT :

A l'aller ,le passage en classe unique, au retour en 1re classe pour la catégorie A., en 2me classe pour la catégorie B., y compris la nourriture avec boisson et le pourboire au personnel à bord.

Le séjour et repas ,boisson comprise, dans les hôtels de Lisbonne, type Avenida Palace pour la catégorie A., et Hôtel Francfort pour la catégorie B., comprenant service et taxes.

Les excursions indiquées avec guide et entrées, repas en cours de route avec boisson.

Les places dans l'autocar ainsi que le pourboire au chauffeur.

Le séjour à Porto dans hôtel type Grand Hôtel pour la catégorie A., et Peninsular pour la catégorie B.

Les transferts à l'arrivée et au départ à Lisbonne, avec bagages à mains (porteurs compris).

Nos prix ne comprennent pas les extra et pourboires afférents.

N. B. — Nos prix et horaires sont donnés sous réserve de modification par suite de variations dans les cours des changes, changements d'hotion par suite devariationsdansles cours des changes, changements d'horaires. Nos voyages sont organisés aux conditions mentionnées sur les billets.

Pou renseignements complémentaires, s'adresser à la Compagnie Internationale des Wagons-Lits, 40, rue de l'Arcade, Paris, et 87, rue do Carmo, Lisbonne.

BIBLIOGRAPHIE

La Médecine en Assyrie et en Babylonie

par le Docteur Georges Contenau, Docteur en Médecine, Docteur ès lettres, Conservateur des Antiquités Orientale au Musée du Louvre, Professeur à l'Ecole du Louvre.

Ce volume est le deuxième de la collection publiée sous les auspices du Docteur Stéphen-Chauvet. Nul n'etait mieux qualifié pour l'écrire que le Docteur G. Contenau, auteur de nombreux ouvrages sur l'archéologie de la Mésopotamie et sur les textes cunéiformes, il connaît l'Orient pour y avoir dirigé des fouilles, en Syrie et en Iran.

Au cours de ce volume, l'auteur expose ce que l'on sait du médecin et de son rôle social, en Babylonie, grâce aux écrits et aux textes de lois qui nous sont parvenus il le montre en rapports étroits avec certaines catégories de prêtres, car pour le Babylonien, la maladie, conséquence du courroux des dieux, est provoquée par les démons. La divination indiquera le nom du démon possesseur; la magie et les incantations permettront de le chasser du corps du malade. Système tout de spéculation, mais rigoureusement développé par rapport à ses prémisses.

A côté de cette médecine, purement sacerdotale, il s'en dégage, au cours des siècles, une autre, constituée antérieurement à la médecine grecque et qui est fondée sur l'observation, au moins relative (et la magie n'y a guère de art). On y pressent l'éclosion, assez proche de certaines doctrines qu'on retrouvera, mûries, chez les médecins grecs. Ainsi donc, sur ce point encore, le vieil Orient s'st montré l'initiateur de l'Occident.

Le Pansement de marche

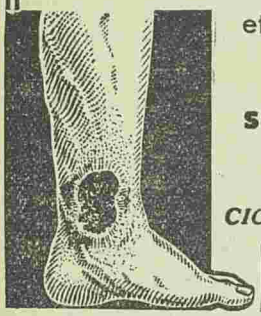
ULCÉOPLAQUE-ULCÉOBANDE

du Docteur MAURY

CICATRISE rapidement

les **PLAIES ATONES**
et les **ULCÈRES VARIQUEUX**

même très anciens et tropho-névrotiques



sans interrompre
ni le travail ni la marche

CICATRISATIONS ABSOLUMENT CERTAINES

Dans chaque Boîte : 6 pansements **Ulcéoplaques** pour 24 jours.

Deux dimensions :
Ulcéoplaques n° 1 : 5 cm./6 cm.
Ulcéoplaques n° 2 : 7 cm./9 cm.

Formuler :
1 boîte **Ulcéoplaques** (n° 1 ou n° 2)
1 **Ulcéobande.**

LABORATOIRE SÉVIGNÉ. 76 rue de Rondeaux. PARIS-XX^e^

INERTYL CHARVOZ

COMPRIMÉS
CACHETS - GRANULÉS

INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

OUATAPLASME

du Docteur **ED. LANGLEBERT**

Adopté par les ***Ministères*** de la ***Guerre,*** de la ***Marine*** et des ***Colonies.***

Pansement émollient, aseptique, instantané.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

VENTE EN GROS : 10, Rue Pierre Ducreux, PARIS, *et toutes Pharmacies.*

Angiocholécystite et kyste hydatique suppuré du foie (1)

par les Docteurs BROC et SLIM

Salah ben Mohamed, âgé de 40 ans environ, entre le 8 février 1938 dans le service du Docteur Broc à l'hôpital E. Conseil parce qu'il présentait de la fièvre et de l'ictère.

Rien à signaler dans ses antécédents.

A l'examen on se trouve en présence d'un malade infecté ayant un mauvais état général, dont la température oscille entre 37°5 et 38°5 avec un crochet à 40°; présence d'albumine et de bilirubine dans les urines.

Il était dyspnéique et l'auscultation ne révélait que quelques râles de bronchite; le cœur ne présentait rien d'anormal si ce n'est l'assourdissement des bruits; en particulier pas de bradycardie. Le foie était gros, douloureux, légèrement dur, sans être bosselé ou ficelé; cette augmentation de volume datait de 2 à 3 mois et fut rapide; la vesicule biliaire n'était pas palpable; une légère circulation veineuse collatérale, un œdème discret des membres inférieurs. pas d'ascite.

La réaction de Casoni était négative; présence de bilirubine dans les selles; urée sanguine : 0,66. Le reste de l'examen somatique était négatif, en particulier pas d'adéonopathie ; pas de troubles digestifs.

Le sujet meurt 9 jours après son entrée dans le service. A l'autopsie on trouve un foie très peu augmenté de volume, refoulé seulement en bas par une grosse poche kystique contenant un liquide hydatique suppuré. A la coupe, le foie est farci de pus siégeant dans tous les canaux biliaires; la vésicule biliaire elle même est remplie d'une bile purulente; on n'y trouve pas de calculs. A signaler aussi deux ou trois petits kystes hydatiques caséifiés accrochés au péritoine.

L'association de kyste hydatique et d'ictère n'est pas très fréquente; dans notre cas la poche kystique était pour ainsi dire indé-

(1) Communication faite à la séance de la Société des Sciences Médicales de Tunis du 20 Mai 1938.

pendante du parenchyme hépatique et paraissait par son volume avoir été longtemps supportée. L'angiocholécystite qui a entraîné la mort du malade a-t-elle été provoquée par la suppuration du kyste ou en a-t-elle été la cause ? L'histoire de la maladie nous fait plutôt pencher pour la deuxième hypothèse.

A 18 Kms de Nice

" Le Collet " Sclos de Contes

Maison de régime et de repos

Le Collet, à 350 m. au-dessus du niveau de la mer, dont l'influence adoucie se fait sentir jusqu'à lui, entouré de montagnes et de forêts, permet, grâce à sa situation analogue à celle de Vence, une cure de repos idéale et un séjour incomparable de convalescence. La maison offre tout le confort moderne dans un cadre agréable et intime; de grandes terrasses permettent les cures solaires, dans les cinq hectares du domaine on peut faire des promenades variées et proches.

La ferme de l'établissement fournit les légumes, les fruits, les laitages, les volailles et les œufs d'une fraîcheur et d'une saveur irréprochables. La maison est sous la direction constante d'une infirmière diplômée, tous les régimes médicaux peuvent être strictement suivis; Carton, Bircher (de Zurich), régime végétarien, cure uvale, régime d'amaigrissement et d'engraissement.

La maison est ouverte à tous les médecins.

Prix de pension depuis 70 francs par jour et variant d'après la chambre et les soins nécessaires.

Les honoraires médicaux se payent à part.

Auto de la maison à la disposition des clients à des conditions spéciales. — Service régulier de cars pour Nice. — On parle anglais, allemand, italien.

Le Traitement du Paludisme

Etude de la thérapeutique et de la prophylaxie du paludisme par les médicaments synthétiques comparés à la quinine

Quatrième Rapport général de la Commission du Paludisme de la Société des Nations

La Commission du Paludisme de la Société des Nations a publié en 1933, son 3me Rapport général intitulé « La thérapeutique du paludisme ». Ce rapport se fondait surtout sur les connaissances acquises grâce à l'étude du paludisme expérimental.

Deux ans plus tard, la Commission a fait effectuer des expériences de traitement et de prophylaxie du paludisme en utilisant à la fois les médicaments synthétiques et la quinine, de façon à comparer leur efficacité. Le plan de ces expériences avait été très soigneusement déterminé à l'avance. Il comportait l'emploi des mêmes médicaments, le même dosage et la même technique. Ces expériences ont porté sur 12.288 sujets ; elles eurent lieu en Algérie, en Italie, dans les Etats Malais fédérés, en Roumanie et en U.R.S.S., sous la direction du Professeur Sergent, du Professeur Bastianelli, du Dr Neave Kingbury, du Professeur Ciuca et du Professeur Serguieff.

Se fondant sur les renseignements de ces expériences, non sans cependant tenir compte de tout ce qui a été publié sur la question du traitement du paludisme, la Commission vient d'arrêter le texte de son 4me Rapport général. Il est l'œuvre d'un Comité de rédaction composé du Professeur Sergent, Président, du Dr. Balfour, du Professeur Pittaluga, et du Colonel Sinton. Il représente l'avis unanime de la Comission. Il est intitulé « Le traitement du Paludisme » et il paraîtra incessamment dans le Bulletin de l'Organisation d'Hygiène. Les annexes comporteront : la relation des expériences, une critique bibliographique et le texte des observations formulées par divers Membres de la Commission du paludisme.

Conclusions du Rapport

1. ACTION DE LA QUININE ET DES PRODUITS SINTHETIQUES SUR LES DIFFERENTES MANIFESTATIONS DE L'INFECTION PALUDEENNE

a) *Quinine.*

1) Action sur les trophozoïtes dans la primo-infection.

Une dose minima journalière de 0 g. 50 de chlorhydrate de quini-

ne suffit quelquefois pour faire disparaître temporairement les trophozoïtes de *P. vivax* ; mais une dose moyenne journalière de 1 g. pendant cinq à sept jours est souvent nécessaire pour que les trophozoïtes disparaissent au troisième jour, en moyenne, et ne reapparaissent dans le sang périphérique qu'après une période de latence plus ou moins longue, au cours d'une première rechute. La quarte (*P. malariae*) donne lieu, généralement, aux mêmes constatations Pour le *P. falciparum*, la dose moyenne journalière d'efficacité pour obtenir des résultats analogues doit être fixée à 1 g. 30 environ. Dans certains pays, il est même nécessaire d'employer 2 g., pour exercer une action rapide sur l'accès clinique et sur les parasites. Avec la dose courante de 1 g., les trophozoïtes disparaissent généralement un jour plus tard, en moyenne, que dans le cas de *P. vivax* ; quelquefois il résistent encore plus longtemps.

2) Action sur les gamétocytes de *P. vivax* et de *P. malariae*. — La quinine, aux doses indiquées, exerce son activité parasiticide sur les jeunes formes de *P. vivax* et de *P. malariae* susceptibles de produire des gamétocytes et aussi sur les gamétocytes complètement développés. Sur les gamétocytes de *P. falciparum* complètement développés, la quinine n'exerce qu'une action très faible, mais elle enraye aussi la formation des « prégamétocytes » de cette espèce ; par là, on peut la considérer comme directement schizonticide et indirectement gaméticide pour *P. falciparum*.

3) Sur les symptômes cliniques aigus de la primo-infection, la quinine, aux doses indiquées, a une action manifeste, à partir du troisième jour (deuxième accès de fièvre) dans la tierce bénigne; elle a une action moins sûre ou moins rapide, selon les souches de *P. falciparum*, sur les accès de tierce maligne, qui résistent souvent jusqu'à la cinquième dose (troisième ou quatrième accès).

4) Sur la fréquence des rechutes en général, la quinine a une action évidente mais conditionnées par les facteurs individuels et par les souches de parasites. Un traitement des primo-infections à *P. vivax* et *P. malariae* par les doses usuelles indiquées de quinine (1 g. par jour) donne des rechutes dans une proportion d'individus qui peut atteindre 50 %

5) L'action de la quinine sur la splénomégalie, quand le traitement est appliqué convenablement à chaque accès à chaque accès, se montre d'une réelle efficacité, en milieu endémique, surtout parmi les enfants.

Elle est cependant transitoire si la collectivité envisagée présente beaucoup de rechutes ou est exposée à des réinfections fréquentes.

6) Le traitement par la quinine aux doses usuelles indiquées n'a aucun retentissement sur l'état général du malade et n'exerce, en général aucune action dépressive ou toxique, si on en limite la durée aux jours nécessaires. Dans ces conditions, il n'y a aucune raison sérieuse pour penser que ce traitement puisse entraver les processus d'immunisation. Des effets nuisibles peuvent se produire dans les cas traités inutilement pendant trop longtemps.

b) *Atébrine.*

1) Action sur les trophozoïtes. — L'atébrine, aux doses de 0. g. 30 par jour (pour les adultes) exerce sur les trophozoïtes de *P. vivax* une action un peu plus rapide que la quinine à la dose ordinaire de 1 g. Les trophozoïtes disparaissent en moyenne, après la troisième dose, parfois même après la deuxième. Cette action parasiticide de l'atébrine semble se prolonger plus longtemps, en ce sens que la phrase de latence de la maladie (absence de symptômes cliniques) s'obstient plus sûrement et dure un peu plus longtemps, après la fin du traitement, avec l'atébrine qu'avec la quinine. Pour les trophozoïtes de *P. malariae*, on peut affirmer que l'action de l'atébrine est du même type. Sur les trophozoïtes de *P. falciparum,* l'atébrine devance également la quinine dans quelques cas ; mais les différences de souches du parasite empêchent d'établir des conclusions uniformes. Les trophozoïtes de *falciparum* disparaissent du sang périphérique après la quatrième dose d'atébrine dans la proportion de 90% des cas.

2) L'action de l'atébrine sur les gamétocytes est du même type que celle de la quinine. Elle n'a aucune prise, au point de vue de la stérilisation, sur les gamétocytes du *P. falciparum ;* mais l'action sur la présence dans le sang des gamétocytes est peut-être plus marquée que celle de la quinine, en particulier pour ce qui concerne les gamétocytes de *P. vivax* et *P. malariae.*

3) L'action sur les symptômes cliniques de l'accès aigu est très efficace, qu'il s'agisse de tierce bénigne ou de tierce maligne. Dans quelques contrées d'endémie, où il y a peut-être des souches particulières de *P. falciparum,* l'action thérapeutique de l'atébrine sur la tierce maligne est même plus énergique que sur la tierce bénigne. Dans d'autres cas, il semble que ce soit l'inverse. C'est la raison pour laquelle plusieurs praticiens et paludologues des pays tropicaux, préfè-

rent employer la quinine pendant les tout premiers jours de l'attaque aiguë, et continuer ensuite le traitement par l'atébrine. La fièvre tombe, dans la tierce bénigne, le plus souvent après les trois premières doses thérapeutiques d'atébrine, c'est-à-dire au deuxième accès, et, dans la tierce maligne, presque toujours au troisième accès.

4) L'action de l'atébrine sur les rechutes est un peu plus efficace que celle de la quinine, surtout en ce qui concerne la tierce bénigne et certaines souches de tierce maligne.

5) L'indice splénique dans les collectivités traitées par l'atébrine paraît diminuer un peu plus lentement que dans les collectivités traitées par la quinine, mais l'action du médicament se fait sentir plus longuement pendant la période d'observation qui suit la fin du traitement ; la diminution du pourcentage des grosses rates persiste pendant plus longtemps, et le rétablissement de l'indice splénique aux chiffres élevés antérieurs survient un peu plus tard.

6) L'action de l'atébrine sur l'état général des malades paraît conditionnée par des facteurs qui, après le traitement par l'atébrine, ne sont pas encore complètement connus, c'est-à-dire par l'action du médicament sur les activités de défense organique en général et sur les processus d'immunisation. La coloration jaune de la peau produite par l'atébrine représente un inconvénient prophylactiques prolongés.

c) *Plasmoquine.*

1) Action sur les trophozoïtes. La plasmoquine n'exerce qu'une action presque nulle sur les trophozoïtes de *P. falciparum.* Elle exerce une certaine action sur les trophozoïtes de *P. vivax,* et surtout sur ceux de *P. malariae.* Avec des petites doses non toxiques de plasmoquine associées aux doses ordinaires de quinine ou d'atébrine, on obtient quelquefois sur les trophozoïtes de *P. vivax* et même de *P. falciparum* des résultats meilleurs.

2) La plasmoquine agit sur les gamétocytes des trois espèces, et en particulier sur ceux de *P. falciparum,* sur lesquels n'ont presque aucune action ni la quinine ni l'atébrine. A la dose minima de 0 g. 02, la plasmoqine stérilise les gamétocytes de *P. falciparum,* et en diminue en même temps le nombre.

3) Il n'y a pas d'avantage à employer la plasmoquine seule pour le traitement des symptômes cliniques de l'accès aigu, dans aucune des formes de l'infection palustre.

4) La plasmoquine a une action certaine sur la fréquence des re-

chutes, soit de tierce bénigne soit de quarte. Employée en association avec la quinine ou l'atébrine, ou administrée après ces deux médicaments, c'est-à-dire la quinine ou l'atébrine, elle exerce une action marquée sur la prévention des rechutes soit de la tierce bénigne (sauf peut-être pour quelques souches), soit de la quarte, et elle semble aussi diminuer la fréquence des rechutes de tierce maligne.

5) Nous ne possédons pas de données suffisantes permettant d'établir quelle est l'action de la plasmoquine employée seule soit pour la thérapeutique, soit pour la prophylaxie, sur l'état des rates dans les collectivités impaludées, parce qu'elle est presque toujours administrée avec les autres médicaments.

6) Les petites doses de plasmoquine (0 g. 02 par exemple) qu'on emploie maintenant semblent n'exercer aucune action dépressive grave sur l'état général du malade. Il faut tenir compte de l'influence possible de l'usage prolongé de la plasmoquine sur la néo-formation de l'hémoglobine.

d) Association quinine-atébrine, quinine-plasmoquine, atébrine-plasmoquine.

1) Les quelques observations expérimentales qui ont été publiées portent à croire qu'il n'y a aucun avantage, à aucun point de vue, à employer en même temps, pour le traitement, la quinine et l'atébrine. Il y a lieu de préciser, par des recherches cliniques ultérieures, quels sont les effets de ces deux médicaments administrés l'un après l'autre (en général, quinine avant, atébrine après) pour le traitement de l'accès aigu de certaines infections en particulier de *P. falciparum*.

2) L'association quinine-plasmoquine produit des symptômes toxiques moins fréquents et moins intenses que l'association atébrine-plasmoquine .L'association proprement dite (c'est-à-dire l'emploi en même temps) de la quinine et de la plasmoquine, jusqu'à 0 g. 03 de plasmoquine par jour pour des traitements courts n'entraîne donc pas de contre-indications particulières. Certains auteurs conseillent d'administrer, néanmoins, quand il est possible, les deux médicaments l'un après l'autre. Pour le traitement de groupes d'adultes surveillés (soldats, travailleurs), il n'y a pas, cependant, d'inconvénients sérieux à craindre de l'emploi simultané de la quinine et de la plasmoquine, qui, d'autre part, abrège a durée du traitement.

L'association quinine + plasmoquine représente, pour la tierce bénigne et pour la quarte, une des méthodes les plus efficaces de trai-

tement du paludisme. Le traitement des doses moyennes (1 g. à 1 g. 30) de quinine + plasmoquine (même seulement 0 g. 02 à 0 g. 03 deux fois par semaine) réduit considérablement, et peut-être plus que n'importe quelle autre méthode, le nombre des rechutes de la tierce bénigne (sauf, comme nous l'avons indiqué, pour certaines souches) et aussi, dans certains cas, de la tierce maligne.

3) L'association proprement dite de l'atébrine et de la plasmoquine paraît en accentuer la toxicité respective. Elle n'est donc pas à conseiller, quoiqu'elle ait été employée, paraît-il, sans inconvénient, dans certaines collectivités d'hommes adultes. Elle ne doit pas être adoptée, en tout cas, sans une surveillance médicale. L'administration de la plasmoquine, après celle de l'atébrine, à des doses convenables (0 g. 30 d'atébrine par jour pendant cinq ou sept jours, suivis de 0 g. 02 de plasmoquine par jour, pendant cinq jours), n'exerce pas d'influence sensible ni sur le taux des trophozoïtes dans le sang, ni sur les manifestations cliniques ; mais cette méthode a, comme le traitement quinine + plasmoquine, l'avantage de diminuer de nombre et de stériliser les gamétocytes, en particulier de la tierce maligne (*P. falciparum*). De plus, au point de vue clinique, elle réduit dans des proportions appréciables le nombre des rechutes, soit de la tierce maligne, soit surtout de la tierce bénigne et de la quarte.

INDICATIONS PRATIQUES POUR LE TRAITEMENT ET POUR LA PROPHYLAXIE

Sans prétendre donner des règles impératives et tout en respectant d'une part, la liberté personnelle du médecin qui doit garder la rsponsabilité de son intervention thérapeutique, et d'autre part, l'initiative des paludologues qui doivent juger sur le terrain des circonstances diverses de l'épidémiologie locale, la Commission croit être en mesure de donner quelques indications. Il y a lieu d'abord de tenir compte des faits suivants, qui ont fait l'objet de certaines réserves exposées dans les pages antérieures, non seulement pour le traitement individuel des malades, mais en général pour l'application de tout procédé thérapeutique :

1) la diversité des réactions des différentes souches d'une même espèce de parasites, et des malades, aux médicaments ; 2) les indications particulières de la voie parentérale pour l'administration des médicaments ; 3) les inconvénients des produits synthétiques (coloration jaune de la peau par l'atébrine, toxicité de la plasmoquine).

a) *Traitement individuel des malades.*

Il est à souhaiter que le médecin soit toujours en mesure d'établir par l'examen microscopique du sang le diagnostic du paludisme et l'espèce du parasite en cause.

Dans le cas courant des infections à *P. vivax* (tierce bénigne) il est presque indifférent d'employer la quinine ou l'atébrine pour le traitement de l'accès aigu.

La plasmoquine, associée à la quinine ou à l'atébrine, ou employée à la suite d'un de ces médicaments, ne produit pas d'effets utiles appréciables sur les accès, mais elle semble diminuer la fréquence des rechutes ultérieures.

Quand il s'agit d'infections à *P. falciparum*, il est utile d'associer la plasmoquine à la quinine ou d'administrer la plasmoquine après l'atébrine, en vue de l'action sur les gamétocytes et sur les rechutes.

b) *Traitements collectifs.*

L'atébrine, employée pour des traitements collectifs à la dose de 0 g. 30 par jour (pour les adultes) pendant cinq à sept jours, agit comme la quinine à des doses variant de 1 g. à 1 g. 30 par jour pendant cinq à sept jours ou plus. Il n'y a aucune raison en dehors de la question financière, de préférer l'une à l'autre la quinine ou l'atébrine. La conduit du traitement collectif dépend de l'intensité de l'endémie, caractérisée elle-même par un ensemble de facteurs : fréquence des infections malignes (*P. falciparum*), virulence des souches, sensibilité des souches aux différenes médicamtnts, réceptivité des divers groupes de populations, etc.

Il est utile qu'un traitement collectif par la quinine ou par l'atébrine soit accompagné ou suivi d'un traitement par la plasmoquine, afin de diminuer le nombre des gamétocytes et les risques de rechutes. Le choix du médicament de base pour un traitement collectif doit être laissé à la décision des administrations publiques ou des centres de malariologie qui entreprennent ou qui dirigent ce traitement, compte tenu de considérations locales et économiques, ainsi que des préférences des médecins et de la population. Il y a lieu de rappeler cependant, que ce médicament, ainsi que les doses et la durée de son administration thérapeutique, doivent répondre, dans la limite du possible, à l'objet véritable d'un traitement collectif (« mass treatment »). Ce but consiste : 1) à obtenir le plus grand nombre de guéri-

sons radicales de cas de paludisme (traitement intensif des malades) ; 2) à réduire au minimum les probabilités de transmission du virus aux moustiques, soit par l'action directe sur les gamétocytes, soit par l'action indirecte sur les parasites en général et la diminution consécutive des porteurs de formes sexuées (traitement gaméticide).

Il convient donc de ne pas compter seulement sur la plasmoquine pour ce deuxième objet. Le choix du médicament de base et les modes de son administration à la collectivité, en association immédiate ou avant l'emploi de la plasmoquine, obéissant aussi à ces abservations.

Cependant il y a de grandes régions paludéennes, tout spécialement dans les tropiques, où il est impossible d'appliquer des traitements collectifs de ce genre, pour diverses raisons, très souvent d'ordre financier. Dans ces conditions, il faut prévoir et organiser un traitement efficace et immédiat des manifestations cliniques afin de restreindre la morbidité, la mortalité et l'incapacité physique des individus atteints. Un traitement de ce genre doit très souvent être confié à des profanes et une surveillance médicale est difficile, voire impossible. Dans ces circonstances, les alcaloïdes du quinquina semblent être les médicaments indiqués.

c) *Prophylaxie médicamenteuse collective.*

La prophylaxie médicamenteuse collective vise à deux résultats ; 1° la protection de la population soumise au traitement prophylactique contre les manifestations cliniques du paludisme endémique, pour conserver à la collectivité — même dans les contrées où elle est exposée à des réinfections répétées — sa capacité de travail et un état de santé relatif, sans enraver sa prémunition ; 2° la diminution éventuelle des sources d'infection des moustiques de la localité.

Nulle méthode prophylactique, si elle n'est appliquée à des collectivités disciplinées sous une surveillance sévère, n'est encore en mesure d'atteindre ces deux buts. Il y a lieu d'insister tout particulièrement sur l'utilité — et la difficultés en même temps — de favoriser les processus d'immunisation de la population, qui dépendent justement d'un degré de tolérance vis-àvis de l'infection et des réinfections répétées, sans courir cependant les risques qui accompagnent la présence et la persistance de ces infections latentes dans la collectivité.

L'expérience a montré, que des résultats très satisfaisants peuvent être atteints par l'emploi de doses journalières de quinine (0 g. 40 pendant toute la durée de la saisons de transmission du paludisme et

même quelques semaines après); ainsi que par des doses bihebdomadaires d'atébrine (de 0 g. 20 = 0 g. 40 par semaine) dans certaines conditions. Sur cette dernière méthode (atébrine bihebdomadaire), qui a donné des résultats encourageants, il est à souhaiter que de nouveaux essais soient poursuivis. La dose de 0 g. 05 d'atébrine journalière préconisée pour la prophylaxie s'est montrée insuffisante. L'innocuité de la quinine en permet l'administration par des agents subalternes, sans surveillance médicale constante. Cette surveillance est nécessaire pour l'atébrine.

La plasmoquine ne doit pas être distribuée pour des traitements prophylactiques sans l'intervention directe du médecin. Son emploi, en prophylaxie collective, ne serait justifié que pour la protection d'une population disciplinée, susceptible d'une assistance médicale constante, en particulier dans le but de diminuer, à longue échéance, le nombre des porteurs de gamétocytes et d'enrayer la transmission de l'infection aux anophèles. Certes, la plasmoquine est, par excellence, gaméticide, surtout à l'égard de P. falciparum. Mais la quinine et l'atébrine exercent également dans ce cas une action gaméticide surtout indirecte, en détruisant les formes sexuées en voie de développement.

L'efficacité réelle, sur le terrain, de telles méthodes dépend d'ailleur en grande partie d'un facteur épidémiologique extrêmement important: les enfants.

La proportion des enfants porteurs de gamétocytes est beaucou plus élevée que celle des adultes dans les mêmes circonstances de lieu (village, maison, famille), d'endémie et d'anophélisme. D'autre part, les enfants sont plus difficiles à soumettre à des traitement réguliers et finalement, comme nous l'avons indiqué, les doses et les formes d'administration de l'atébrine et de la plasmoquine aux enfants ne peuvent pas encore être considérées comme des questions absolument résolues.

d) *Eradication médicamenteuse.*

L'expérience a montré jusqu'à présent que l'éradication du paludisme d'une localité par les seuls traitements curatifs et prophylactiques, avec les médicaments dont nous disposons actuellement, est pratiquement irréalisable. D'une part, il est impossible d'atteindre en temps voulu tous les habitants d'une région ou même d'un village restreint. D'autres part, le traitement curatif et prophylactique peut diminuer beaucoup la morbidité paludéenne, mais il n'arrive pas à supprimer les parasites de tous les porteurs.

La Commission n'envisage pas dans ce rapport la question du prix de revient des campagnes de traitement et de prophylaxie, qui dépend du coût des médicaments et des frais de personnel. Elle souligne en tout cas la grande importance de ce problème — qui fera probablement l'objet d'une étude détaillée, de la part de la Commission du paludisme, dans le proche avenir — lorsqu'il s'agit de choisir les médicaments pour le traitement curatif ou prophylactique des collectivités.

Parmi ces médicaments, la quinine occupe encore la première place dans la pratique courante, en raison de son efficacité clinique et de sa toxicité presque nulle, ainsi que de la connaissance très répandue de son emploi et de saposologie. En ce qui concerne les produits synthétiques, dont le premier emploi thérapeutique date de dix ans seulement, la Commission espère avoir rempli la tâche qui lui a été confiée en établissant, dans ce quatrième rapport, l'état actuel de nos connaissances sur les possibilités d'utilisation de l'atébrine et de la plasmoquine dans le traitement et la prophylaxie du paludisme. Dans certaines circostances, ainsi qu'il est dit plus haut, ces médicaments, qui représentent un progrès important de la science, ont une valeur particulière.

ECHOS ET NOUVELLES

Distinction honorifique

Il nous est agréable d'adresser nos vives félicitations à notre excellent collaborateur le Docteur Cheyrou-Lagrèze, Médecin breveté de la marine marchande du SS. El Biar, qui vient d'obtenir un témoignage de Satisfaction à l'Ordre de la Brigade. (Ecole des Officiers de Réserve du Service de Santé de Marseille), déjà titulaire en 1937 d'un Témoignage de satisfaction à l'Ordre du Régiment.

Mentionnons qu'après avoir obtenu un Témoignage de Satisfaction de la Compagnie Fermière des Eaux de Vichy, de la Compagnie des Eaux d'Oulmès (Maroc), il vient de recevoir un Témoignage de Satisfaction de la Compagnie des Eaux Thermales et du Domaine de Korbous (Tunisie) pour sa contribution à faire mieux connaître les ressources thermales, climatiques et touristiques de la Station de Korbous « La Côte du Soleil ».

De nouveau, nous lui transmettons nos meilleurs compliments.

XXV[e] Congrès Français de Médecine

MARSEILLE. — 10, 11 ET 12 NOVEMBRE 1938

En raison des évènements de ces dernières semaines, le XXV[me] Congrès Français de Médecine qui devait se réunir à Marseille les 26, 27 et 28 Septembre, a été reporté aux Jeudi 10, Vendredi 11 et Samedi 12 Novembre.

Les Membres adhérents et associés déjà inscrits sont priés de retenir ces dates et de venir le plus nombreux possible à Marseille.

Les adhésions nouvelles seront reçues avec le plus grand empressement : prière d'adresser dans ce but les cotisations (120 Frs. Membre associé) par chèque postal adressé au XXV[me] Congrès Français de Médecine, 43 rue Saint-Jacques. Marseille, C.C. N° 475,62, ou tout autre chèque bancaire ou mandat.

Voici le nouveau Programme résumé du Congrès

JEUDI 10 NOVEMBRE :

9 heures 15 : Séance d'ouverture et rapports sur la spirochétose ictéro-hmmorragique.

14 heures 30 : Réception à la Chambre de Commerce et visite des ports.

17 heures 15 : Discussion des rapports.

21 heures 30 : Soirée offerte par le Président, Professeur Olmer.

VENDREDI 11 NOVEMBRE :

9 heures 15 : Séance consacrée aux rapports sur les « hypochlorémies ».

17 heures : Discussion des rapports

20 heures 45 : Soirée à l'Opéra offerte aux Congressistes.

SAMEDI 12 NOVEMBRE :

9 heures 15 : Séance consacrée aux rapports sur « la thérapeutique des avitaminoses de l'adulte ».

11 heures 30 : Réception à la Mairie.

14 heures 30 : Discussion des rappports.

18 heures : Séance de clôture.

20 heures : Banquet par souscription (80 francs).

DIMANCHE 13 NOVEMBRE :

Excursion à Aix-en-Provence offerte aux Congressistes :

Départ de Marseille à 11 heures 30.

Déjeuner offert à l'Hôtel des Thermes à 12 heures 30.

Dans l'après-midi visite des Thermes et de la Ville d'Aix.

Retour à Marseille pour les trains du soir.

Le Congrès néo-hippocratique tiendra ses séances ce même jour à Marseille le matin et à Aix l'après-midi.

L'Agence Duchemin-Exprinter, 26 Avenue de l'Opéra, Paris (1r), se tient à la disposition des congressistes pour leur obtenir les facilités de circulation, de logement et organiser éventuellement des excursions individuelles, avant ou après le Congrès, à condition de s'adresser à elle sans aucun délai.

Elle nous prie d'indiquer que les bons de chemin de fer seront automatiquement envoyés à tous ceux qui ont déjà souscrit pour le mois de septembre. Si ces membres adhérents ne peuvent se rendre au Congrès les 10, 11 et 12 novembre, qu'ils aient la bonté d'en prévenir l'Agence. En ce qui concerne les bons d'hôtel, les excursions, etc..., les membres sont priés de se réinscrire.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Professeur H. Roger, Secrétaire Général, 66 Boulevard Notre-Dame, Marseille.

Journée du Rhumatisme du 3 Décembre 1938

organisée par la Ligue Française contre le Rhumatisme

Cette journée, primitivement prévue pour le 8 Octobre, avait été remise en raison des évènements politiques. C'est donc le 3 Décembre qu'elle aura lieu.

a) — Le matin, à 10 heures, Hôpital Cochin (47 Faubourg Saint-Jacques). Service de M. le Professeur Mathieu : Séance clinique avec présentation de malades, avec la collaboration du Docteur F. Coste.

« Les résultats éloignés des opérations pour l'arthrite chronique de la hanche et le rhumatisme blennoragique ».

b). — L'après-midi, à 16 heures, à l'Amphiteâtre de la Confédération des Syndicats médicaux, 60 Brd. La Tour Maubourg, sous la Présidence du Profeseur Laignel-Lavastine : Séance scientifique consacrée aux « Formes prolongées et chroniques du rhumatisme blennoragique ».

Les rapports suivants seront présentés :

1° — Formes cliniques : Prof. Gougerot, Drs. F. Coste et Durel.

2° — Thérapeutiques Médicales : Dr. Layani.

3° — Thérapeutiques physiques : Dr. Surmont, Mme Michon.

4° — Thérapeutiques chirurgicale et orthopédique : Dr. Boppe.

De courtes communications pourront être présentées par les membres de la « Journée du Rhumatisme » sur le sujet mis à l'ordre du jour. Leur texte, ainsi qu'un résumé en cinq lignes pour la presse, devra être adressé au plus tard le 15 Novembre au Secrétariat de la *Ligue Française contre le Rhumatisme*.

Cette *Journée du Rhumatisme* se terminera par un dîner qui aura lieu le soir même au Restaurant de la « Reine Pédauque », 6 rue de la Pépinière, Paris.

Inscriptions : (comprenant l'envoi des rapports et Comptes-rendus et la cotisation au dîner) Médecins français et étrangers : 120 Frs. Membre de la Ligue Française : 80 Frs.

Adresser toute la correspondance et les inscriptions au Secrétariat de la *Ligue Française contre le Rhumatisme*, 23 rue du Cherche-Midi, Paris (VI^me^).

Enquête sur les mesures de relèvement des prostituées

Première partie

Les antécédents des prostituées. (1)

Le Comité de la Société des Nations pour la répression de la traite des femmes et des enfants a récemment montré, par ses recherches, qu'il existait un rapport entre les maisons de tolérance et la traite des femmes. La reconnaissance de ce fait, ainsi que la nécessité de mesures constructives devant accompagner l'abolition des maisons de tolérance sont le résultat d'une enquête effectuée par le Comité sur les méthodes de relèvement. En 1935 un questionnaire a été envoyé aux Gouvernements et à diverses associations. Les résultats de l'enquête ont été soumis au Comité et une analyse de la documentation recueillie a été préparée sous la forme d'une publication. Le présent volume sur «Les Antécédents des prostituées» représente la première part de cette publication.

Deuxième partie

« Service sociaux et maladies vénériennes » a été publiée en janvier 1938 ; la troisième partie qui traite des « Méthodes de relèvement » est en préparation.

Les contributions de quinze Gouvernements et de six Associations bénévoles constituent la documentation de ce rapport qui traiet des antécédents de plus de 2.500 femmes appartenant à vingt pays et devenues par la suite des prostituées. Les renseignements ont été puisés à trois sources principales : les dossiers de police et de prisons, les fiches médicales des hôpitaux et dispensaires et les dossiers d'assistance établis par les associations bénévoles. Des informations ont été demandées à la fois sur la femme elle-même, son âge, son état civil, son niveau mental, et sur son histoire, l'ambiance familiale, son instruction et les emplois qu'elle a exercés. Les réponses ont été présentées, pour la plupart, sous la forme de fiches établies séparément pour chaque femme, à l'exeption de l'étude de la prostitution à Copenhague effectuée par le Dr. Tage Kemp et envoyée par le Gouvernement danois.

Le volume comprend deux parties. La première consiste en une analyse des réponses, divisées en rubriques correspondant aux questions posées.

---

(1) Sér. P. S.D.N. 1938. IV. 11., 153 pages Prix. Ss. 3.

On trouve tout d'abord des renseignements sur les femmes elle-mêmes, puis sur les circonstances de leur vie et enfin sur les moyens permettant de découvrir les causes qui les ont conduites à la prostitution. La deuxième partie, qu'on ne voulait pas surcharger de chiffres, est un résumé des réponses reçues, disposées par pays et selon un plan uniforme. L'ensemble, portant sur une zone géographique très vaste et embrassant une très grande diversité de types, peut être considéré comme extrêmement intéressant en tant qu'exposé des tendances générales et des différences et analogies nationales.

INERTYL CHARVOZ
COMPRIMÉS
CACHETS - GRANULÉS
INTOXICATIONS GASTRO-INTESTINALES

ANTIN "Sofos" (Antinfluenza Sofos)

Action préventive et curative des complications de la grippe.
Affections sévères des voies respiratoires.

DOSAGE: Nourrissons et jeunes enfants: 1 ampoule (1er degré) et au besoin 2 ampoules, par voie intramusculaire, pro die.
Adultes: 1 ampoule (2.e degré) et au besoin 2 ampoules, par voie intramusculaire, pro die.

MALTROP "Piam"

Sirop de Malt aux Hypophosphites.
Par cuillerées à café pour les enfants.
Par cuillerées a soupe pour les adultes.

DOSAGE: Enfants au dessous de 10 ans: 1 à 2 cuillerées à café par jour.
Adultes: 2 à 4 cuillerées à soupe par jour avant les repas.

VIRMONAL "Piam"

Hormones organiques: substratum de cellules germinales, prostate et cerveau. (Formule du Prof. F. Figari de l'Université de Gênes).
Action dynamogène et règulatrice du trophisme général.

DOSAGE: Enfants: 1 à 2 dragées deux ou trois fois par jour suivant l'âge.
Adultes: 3 à 6 dragées trois fois par jour avant les repas. (Cette dose peut être augmentée, étant donné que le produit n'est pas toxique et ne contient pas d'alcaloïdes).

NEUROPRINA "Sofos"

Extrait de Cerveau + Polybromures.
Toutes les indications du Bromure.

DOSAGE: Enfants: par cuillerées à café.
Adultes: 2 à 4 cuillerées à soupe par jour.

Echantillons et littérature :

C. MENGHINI, *15, Place Cardinal Lavigerie - TUNIS*

VALS SAINT-JEAN

AFFECTIONS de l'
ESTOMAC
EMBARRES GASTRIQUES
DYSPEPSIE - GASTRALGIE
Entérite chez l'enfant
chez l'adulte
Arthritisme

Eau de Régime faiblement minéralisée, légèrement gazeuse

Direction : Vals-Saint-Jean, 53, boulevard Haussman, Paris (9e)

BIBLIOGRAPHIE

Vitamines des aliments

Teneur des aliments usuels en vitamines, à la lumière des travaux récents à l'usage des Médecins-Praticiens et des Diététiciens, par Maurice Uzan, Maître des Conférences à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes. J.-B. Baillière et Fils Editeurs, Paris.

La brochure que mon ami et collaborateur le Docteur Uzan présente au médecin praticien et au diététicien est autre chose q'une modeste et incomplète compilation comme il veut bien le faire entendre C'est une étude laborieuse et consciencieuse qui a exigé de patientes recherches et qui avait besoin d'être longuement analysée et commentée avant d'en faire un exposé clair et concis.

Il n'y a pas de sujet en médecine, ni en biologie, à part peut-être l'anaphylaxie, qui ait produit autant de travaux que les vitamines. C'était donc une tâche particulièrement ardue que de vouloir en donner les éléments pratiques et essentiels qui intéressent particulièrement le médecin dans sa prescription journalière.

Maurice Uzan a eu à surmonter des difficultés considérables et il lui a fallu un certain courage pour faire un choix dans la masse des documents qu'il avait à sa disposition.

On verra combien il s'est tiré à son avantage de cette épreuve périlleuse et les médecins qui le liront lui seront particulièrement reconnaissants de les avoir dotés d'un instrument destiné à leur rendre des services quotidiens.

P. LASSABLIERE.
Directeur de l'Ecole Pratique
des Hautes Etudes.

Toutes nos félicitations à notre excellent confrère Maurice Uzan, distingué médecin à Vals-les-Bains.

A. P.

Les Diagnostics Chirurgicaux au Lit du Malade

par M. Barthélemy, Professeur de Pathologie Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Nancy. 2 Vol., format 16 x 24, 880 pages, 368 figures, 1 planche en couleurs. Tome I 70 fr. Tome II 115 fr.

Le Professeur Barthélemy de la Faculté de Médecine de Nancy vient

de faire paraitre à la librairie Maloine un nouveau livre très important de « Diagnostics chirurgicaux au lit du malade »

Les diagnostics de pathologie chirurgicale générale et de pathologie chirurgicale des tissus, les diagnostics des affections chirurgicales du crâne, de la face, du cou, du thorax, de la mamelle, des voies urinaires, des organes génitaux de l'homme, du rachis, de la ceinture scapulaire, du bassin et des membres sont exposés dans ce volume. Ils sont traités avec cette ampleur, cette clarté, ce souci du moindre détail susceptible d'aider au diagnostic précoce qui ont fait le succès du premier volume consacré à la chirurgie abdominale et gynécologique.

Des schémas lumineux dus à la plume de l'auteur, des radiographies impeccables illustrent abondamment le texte. Cet ouvrage aujourd'hui complet en deux volumes s'adresse à l'étudiant déjà avancé dans ces études et au jeune praticien. Prenant chaque cas clinique, il indique les signes fondamentaux du diagnostic positif et du diagostic différenciel et n'omet aucun des procédés madernes de diagnostic. Comme le fait remarquer l'auteur, ce travail ne fait nullement double emploi avec les traités de diagnostic chirurgical. Son plan et son but sont essentiellement dicérents. L'accueil que lui réserve le grand public médical ne saurait faire aucun doute.

La Propagande en faveur de la Tunisie

«Publicités et Editions Pratiques» vient de publier une nouvelle brochure fort bien présentée, sur la station thermale de Korbous, intitulée «Essais historique et critique vues d'avenir».

Cette superbe brochure illustrée de 48 pages comporte 8 planches de photographies et 3 graphiques. Elle est en vente à la Compagnie de Korbous, au prix de un franc l'exemplaire.

Cette brochure résume l'activité de la Société des Eeaux Thermales depuis sa création; elle comporte des renseignements absoluments inédits sur la concession, l'évolution immobilière et technique — le Domaine, l'histoire financière, les projets d'avenir, l'organisation de la propagande, le rôle de l'Etat et enfin les conclusions.

D'une lecture facile, cette étude expose avec clarté, les différentes étapes du développement de la station thermale et des projets d'avenir, très étudiés, montrant le souci constant de l'actif administrateur délégué M. Maillet, de développer l'œuvre si attachante entreprise par son regretté beau père, M. Lecore-Carpentier.

Lait Gloria

La *Société du* LAIT GLORIA (*Anc. Etablissements F. Lepelletier*) *vient d'éditer une plaquette « Extraits de la Littérature Médicale Française et Etrangère » concernant le lait non sucré, homogeneisé dont le lait* GLORIA *est le représentant le plus connu en France.*

Ce recueil présente un intérêt scientifique indéniable par l'importance des témoignages autorisés qu'il contient. ...

Nous ne pouvons faire mieux que de reproduire la préface.

PREFACE

Le lait de vache est le meilleur remplaçant du lait maternel. C'est aussi pour l'adulte un aliment complet très précieux, parce qu'il corrige au moins en partie bien des erreurs de régime.

Un problème toujours actuel est celui de sa distribution hygiénique et de sa digestibilité : deux problèmes connexes.

Liquide essentiellement fermentescible, le lait devient, s'il est traité sans plus de précautions que nos autres aliments, un terrible propagateur de maladies infectieuses. Une seule méthode de distribution du lait répond complètement aux exigences de l'hygiène : c'est celle qui le présente au consommateur dans un récipient hermétique où il a été, aussitôt après sa récolte, enfermé et stérilisé.

A quoi bon essayer de le garder dans un état de fraîcheur apparente et menteuse, pour ne le faire bouillir qu'au moment de l'emploi, après qu'il a pu fermenter à loisir et subir diverses contaminations vingt-quatre heures ou davantage après la traite ? Le véritable lait frais, est-ce celui qui n'a pas été chauffé, ou celui qui n'a jamais fermenté ?

Le lait concentré non sucré se présente avant tout comme un lait pur et propre, privé de tout germe, gardé depuis sa récolte à l'abri de toute contamination et de toute fraude, et qui n'a jamais fermenté. C'est le véritable lait frais.

Bien qu'il se conserve parfaitement et indéfiniment dans sa boîte close, il ne représente pas avant tout une conserve — c'est-à-dire un aliment qu'on peut consommer à contre-saison et loin de son pays de production — mais beaucoup plus simplement la seule forme pratique sous laquelle un lait véritablement propre et sain puisse être distribué commodément et à peu de frais.

La stérilisation ne change rien à la valeur nutritive du lait. Elle

laisse le lait riche en toutes les vitamines dont il peut être une source régulière et suffisante. Elle augmente sa digestibilité.

Ce sont là des truismes pour tous ceux qui ont eu le loisir de se documenter sur ces questions éminemment actuelles.

On n'a pu garder le lait stérilisé dans un récipient qu'à partir du moment où on a su l'homogéneiser, c'est-à-dire le rendre inécrémable. Jusque-là on n'y avait réussi qu'à la faveur d'une addition de sucre, suivie d'un épaississement par concentration qui rendait impossible la montée de la crème, mais par contre limitait les emplois du lait.

Le premier lait homogénéisé a été produit industriellement par les Etablissements LEPELLETIER, à Carentan (Manche). L'homogénéisation augmente beaucoup la digestibilité du lait, favorise et rend plus complète son assimilation. Elle fait du lait concentré non sucré un aliment irremplaçable pour les nourrissons débiles ou dystrophiques, et pour le bébé normal un aliment de toute sécurité, aussi proche que possible du lait maternel. Digestions faciles, selles optimes, croissance régulière, tels sont les effets de sa substitution au lait ordinaire. Il atténue jusqu'à faire disparaître les effets de la dyspepsie du lait de vache.

Comme il n'est rien que du lait pur concentré à un peu moins de la moitié de son volume, il est essentiellement maniable et commode entre les mains du puériculteur dont un des actes principaux consiste à établir pour chaque enfant la meilleure ration « équilibrée », c'est-à-dire à diluer et à « sucrer » le lait suivant les besoins et suivant l'âge. En dehors du lait humain, il ne peut y avoir de formule « omnibus » et toute faite.

Le lait concentré non sucré se prsente au médecin comme un lait propre et sain, digestible, assimilable, non allergique. Mais il lui laisse toute liberté, et toute commodité d'emploi. Avec lui on fait ce qu'on veut : on dilue et on sucre à volonté, et avec l'hydrate de carbone qu'on préfère.

Tous ceux qui l'ont pratiqué, surtout en Amérique, où, comme l'a constaté M. le Dr Blechmann, il « tient la première place après le lait maternel », savent ces choses et les disent.

NOUVELLE

Congrès des Brucelloses

Oran - 3, 4 et 5 avril 1939

La Fédération des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord, a mis à l'ordre du jour de son prochain Congrès l'étude des Brucelloses en Afrique duNord. Ce Congrès tiendra ses assises à Oran les 3, 4 et Avril 1939, sous la Présidence du Docteur Jasseron. Huit rapports ont été prévus :

1°) *Epidémiologie des Brucelloses.*

a) En général : Pr Lisbonne (Montpellier).

b) En Algérie : Mr Mercier (Oran).

c) En Tunisie : Mrs Burnet et Balozet (Tunis).

d) Au Maroc : Mrs Vélu (Casablanca) et Faure (Armée).

(2°) *Identification bactériologique des Brucella* : Pr Lisbonne (Montpellier).

3°) *Diagnostic bactériologique des Brucelloses* : Mr Duffau (Oran).

4°) *Formes cliniques des Brucelloses* : Mrs Parienté et Méchali (Oran).

5°) *Complications des Brucelloses* :

a) Médicales : Pr Gillot (Alger).

b) Chirurgicales : Pr Costantini et Mr Raynal (Alger).

6°) *Traitement des Brucelloses* :

a) Biothérapique : Pr Lebon (Alger).

b) Chimiothérapique : Mr Anduze (Oran).

7°) *Brucelloses animales* : Mrs Vélu et Zottner (Casablanca).

8°) *Prophylaxie des Brucelloses* :

a) En Tunisie : Mr Burnet.

b) Au Maroc : Mrs Vélu et Faure.

c) En Algérie : Mr Jarry (Armée).

Chacun de ces rapports sera suivi d'une discussion et de communication.

Chacun de ces rapports sera suivi d'une discussion et de communications.

Des conférences seront faites par des Maîtres de la Métropole.

A l'occasion du Congrès, de nombreux voyages touristiques sont organisés, les uns ferroviaires vers le Maroc et l'Algérie, les autres au-

tomobiles vers le Sud Oranais, enfin deux voyages aériens sont prévus, l'un autour du Grand Erg Occidental, l'autre vers le Hoggar avec séjour à Tamanrasset.

Renseignements : Secrétaire général : Dr René Solal, 16 Bd. Joffre Oran.

A 18 Kms de Nice
" Le Collet " Sclos de Contes
Maison de régime et de repos

Le Collet, à 350 m. au-dessus du niveau de la mer, dont l'influence adoucie se fait sentir jusqu'à lui, entouré de montagnes et de forêts, permet, grâce à sa situation analogue à celle de Vence, une cure de repos idéale et un séjour incomparable de convalescence. La maison offre tout le confort moderne dans un cadre agréable et intime; de grandes terrasses permettent les cures solaires, dans les cinq hectares du domaine on peut faire des promenades variées et proches.

La ferme de l'établissement fournit les légumes, les fruits, les laitages, les volailles et les œufs d'une fraîcheur et d'une saveur irréprochables. La maison est sous la direction constante d'une infirmière diplômée, tous les régimes médicaux peuvent être strictement suivis; Carton, Bircher (de Zurich), régime végétarien, cure uvale, régime d'amaigrissement et d'engraissement.

La maison est ouverte à tous les médecins.

Prix de pension depuis 70 francs par jour et variant d'après la chambre et les soins nécessaires.

Les honoraires médicaux se payent à part.

Auto de la maison à la disposition des clients à des conditions spéciales. — Service régulier de cars pour Nice. — On parle anglais, allemand, italien.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas da Phono-Cardiographie clinique

par A. Calo, assistant étranger à la Faculté de Médecine de Paris. — Préface du professeur A. Clerc. — Un volume de 104 pages, avec 150 figures, 60 fr.

L'inscription des bruits du cœur commence à peine à entrer dans la pratique courante, car l'imperfection, la fragilité et le coût des premiers appareils et la difficulté d'obtenir des tracés bien lisibles avaient réservé pendant plus de trente ans la phonocardiographie aux centres scientifiques pouvant disposer d'un important matériel et d'un personnel spécialisé.

Depuis environ dix ans l'on peut dire qu'il n'est presque pas de chapitre de la cardiologie ou la phonocardiopathie n'ait apporté des précisions utiles aux signes d'auscultation déjà connus ou découvert de nouveaux phénomènes sonores que la sensibilité limitée de notre oreille était incapable de déceler.

Afin de démontrer le caractère pratique de cette méthode et pour souligner les avantages qu'elle peut apporter à la clinique, l'auteur de ce livre a réuni un certain nombre de phonocardiogrammes enrégistrés chez des sujets normaux et chez des malades atteints de cardiopathies les plus diverses ; dans cet esprit il a fait précéder chaque tracé de l'histoire clinique du sujet et de son orthodiagramme, le tout venant ainsi constituer une étude complète de chaque cas.

L'exposition de la méthode, appareils et technique et la description des résultats que l'on peut en obtenir, constitue deux chapitres préliminaires nécessaires pour l'interprétation des tracés. L'ouvrage comprend également une bibliographie.

Études sur la Rage

par P. Remlinger, Directeur de l'Institut Pasteur de Tanger, et J Bailly, Chef de Service à l'Institut Pasteur de Tanger. — Masson et Cie., Editeurs. — Un volume de 174 pages. (Monographie de l'Institut Pasteur.). 40 fr.

Charles Nicolle dans ses leçons du Collège de France et dans ses «Responsabilités de la médecine», déclarait que «Les recherches sur la Rage de l'Institut Pasteur de Tanger faisaient de lui le centre d'études de

cette maladie le plus réputé du Monde». De fait, en vingt années, l'Institut de Tanger n'a pas consacré à la Rage moins de 200 communications aux Sociétés savantes, notes, mémoires, etc. Ce sont ces travaux se rapportant à toutes les questions relatives à l'étude de la maladie que MM. Remlinger et Baily ont résumé en une monographie, ce qui dispensera le cas échéant de fastidiuses recherches.

Les travaux les plus originaux ont trait à la diffusibilité du virus rabique et à sa présence dans les organes ; à l'unicité du virus de rue et à la pluralité des virus fixes ; à la rage au Sénégal et dans les pays tropicaux ; à la rage du cobaye, du coq et au comportement du virus dans l'encéphale dans la série animale ; à l'évolution du virus fixe en fonction des passages et aux conséquences que cette évolution doit entraîner pour la cure pasteurienne ; à la rage de laboratoire, aux accidents paralytiques du traitement antirabique, à l'immunisation des animaux par les vaccins éthérisés ou phéniqués, etc.

Il n'est guère de points de l'étude de la Rage qui ne se trouvent envisagés dans cette brochure, indispensable aux nombreuses personnes qui s'intéressent aujourd'hui à la question des maladies à virus filtrants en général et à celle de la Rage en particulier.

La Maladie d'Aujeszky

par P. Remlinger, Directeur de l'Institut Pasteur de Tanger, et J. Bailly, Chef de service à l'Institut Pasteur de Tanger. — Masson et Cie, Editeurs. — Un volume de 202 pages, 45 fr.

Cantonné pendant longtemps dans le bassin du Danube et dans quelques provinces brésiliennes, la Paralysie bulbaire infectieuse, pseudo Rage ou Maladie d'Aujeszky a essaimé ces dernières années loin de ses foyers d'origine. Sa présence a été signalée successivement aux Etats-Unis, en Hollande, en France, en Espagne, en Tunisie, au Danemarck, en Turquie, etc. Sans doute était-elle — et est-elle peut-être encore — plus méconnue que rare. Sans doute aussi sont-ce les travaux de l'Institut Pasteur de Tanger qui ont contribué à lui donner dans la nosologie la place qui lui revient. Un très grand nombre d'animaux : chiens, chats, chevaux, bovins, porcs, moutons, etc., sont réceptifs dans la nature et l'affection paraît même, quoique sous une forme bénigne, susceptible de se transmettre à l'homme. Ce qui constitue cependant son principal intérêt, c'est que son virus est un virus filtrant absolument typique et qu'a ce titre il doit, dans les cours et exercices pratiques, rem-

plir pour les organismes ultra-microscopiques le rôle que joue paur les microbes visibles la Bactéridie charbonneuse. En effet, le virus d'Aujeszky est — si on en excepte les animaux à sang froid — inoculable à tous les animaux de laboratoire et tous les procédés d'inoculation lui sont applicables. La richesse et la variété de la symptomatologie sont sans égales en médecine expérimentale, cependant que l'intensité et la rareté des manifestations frappent le sujet le moins observateur et le moins averti. La brièveté de l'incubation, la facilité de l'entretien, l'innocuité absolue ou presque absolue pour l'homme sont d'autres avantages très appréciables. La Maladie d'Aujeszky n'est donc pas une entité morbide banale. C'est essentiellement une maladie d'étude et de démonstration. La monographie de MM. Remlinger et Bailly — la seule qui existe sur la question — a ainsi sa place marquée non seulement chez les vétérinaires, mais encore dans les laboratoires, spécialement ceux où l'on étude les virus filtrants et ceux où est donné un enseignement.

Toute commande de livres doit être accompagnée de son montant augmenté de 10% pour la France et de 15% pour l'Etranger pour frais de port et d'emballage.

L'Allochrysine Lumière
L'or en combinaison sulfo-organique
par la voie intra-musculaire.

La Cryogénine Lumière
L'antithermique et l'analgésique de choix
sans contre-indication.

Le Tulle Gras Lumière
Le pansement indolore qui double
la vitesse de cicatrisation.

L'Emgé Lumière
Le médicament anti-choc
réalisant la désensibilisation humorale.

sont des produits des

Laboratoires Lumière

tous renseignements
littérature

S. A. Brevets LUMIÈRE, 45, Rue Villon - LYON

SÉDATIF – HYPNOTIQUE – ANTISPASMODIQUE

NEURINASE

LE MEILLEUR SOMMEIL AUX PLUS FAIBLES DOSES
Sans accoutumance.
Sans effets toxiques, ni pénibles.

Laboratoire A. GÉNÉVRIER, 2, Rue du Débarcadère – PARIS

A base de
Valériane fraîche
et de
Véronal soluble
(0gr.15 par cuillerée à café)
Odeur et saveur agréables

DOSE :
1/2 à 4 cuillerées à café
en 24 heures.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Représentant-Dépositaire : **H. BONAN** 34, Rue de Marseille — TUNIS

1162 F.

SEPTOPLIX

paramino phényl sulfamide

STREPTOCOCCIES
MENINGOCOCCIES
GONOCOCCIES
INFECTIONS URINAIRES

98, Rue de Sèvres, 98
PARIS (7e) – Ségur 13-10

THÉRAPLIX

HÉPATOGÈNES

PILULES TOUTES AFFECTIONS DU FOIE 2 aux repas

ECHOS ET NOUVELLES

Congrès des Brucelloses

Oran 3, 4 et 5 Avril 1939

Les Brucelloses sont à l'ordre du jour du prochain Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord. Cette question sera étudiée sous ses différents aspects : clinique, épidémiologique, bactériologique, prophylactique et thérapeutique. La liste des rapports et celle des rapporteurs ont déjà été publiées.

Rappelons que chaque rapport sera suivi d'une discussion et de communications.

Les conférences seront faites par : Mr le Professeur Lenormand, Mr le Professeur agrégé Heitz Boyer, Mr Azerad médecin des hôpitaux de Paris et Delort de Paris, Mr le Professeur Laffont d'Alger et Mr Abadie d'Oran.

Les congressistes bénéficieront des réductions suivantes :

10% sur la Cie Air France,

30% sur les Cies françaises de navigation.

40% sur les chemins de fer français et nord africains.

Des voyages touristiques ont été organisés :

L'un combiné train et auto vers le Maroc avec visite de Fez, Rabat, Marrakech, Taroudant, Agadir, Mogador, Safi et Casablanca.

Un autre également combiné train et auto vers les départements d'Alger et de Constantine.

Un voyage automobile : le tour du grand Erg par Colomb Béchar, Taghèd, Beni Abbès, Timimoun, Gardaïa, Laghouat. — Le même voyage en avion et enfin en avion également Le Hoggar par Colomb Béchar, Beni Abbès, In Salah, Tamanrasset et retour par El Goléa.

Renseignements : Secrétaire Général : Docteur René Solal, 16, Boulevard Maréchal Joffre, Oran.

Banquet annuel de l'Union Fédérative Nationale des Médecins de réserve

Le banquet annuel de l'Union Fédérative nationale des Médecins de réserve, fondée en 1904, a eu lieu le 22 novembre, au Cercle Militaire sous la présidence d'honneur de Mr le Général Dosse, membre du Con-

seil supérieur de la Guerre, Inspecteur Général des Ecoles de Perfectionnement.

Mr le Professeur Lardennois, président de l'U.F.N.M.R. entouré des membres du Conseil d'administration, recevait une centaine des plus hautes personnalités de l'Armée, de la Médecine militaire et des Facultés de médecine ; et de nombreux médecins de réserve de Paris et de province.

Des discours ont été prononcés par Mr le professeur Lardennois, Mr le professeur Debeyre, de Lille, Mr le docteur Deffins, Mr Pierre Budin, Mr Lapointe, Mr le Général Dosse, montrant les lourds devoirs qui en cas de conflit armé, incomberaient aux médecins de réserve.

Congrès de la Diurèse

VITTEL

27 - 28 et 29 Mai 1939

(Fêtes de la Pentecôte)

La Société de Médecine de Vittel organise, sous les auspices de l'Institut d'Hydrologie de la Faculté de Médecine de Nancy et avec le concours de la Société d'Hydrologie et de Climatologie de l'Est, un Congrès de la Diurèse, qui aura lieu à Vittel les 27, 28 et 29 Mai 1939 (vacances de la Pentecôte).

Ce Congrès s'ouvrira sous la Présidence de Monsieur le Professeur F Rathery, de l'Académie de Médecine. Les rapports suivants y seront présentés par leurs auteurs en séance plénière :

Professeur Tiffeneau (de Paris) : Les Diurétiques Chimiques.

Pr Mauriac et Dr Sariac (de Bordeaux) : Les Facteurs Tissulaires de la Rétention de l'eau.

Prs Cornil et Malmejac (de Marseille) : Diurèse et Système Nerveux.

Pr Agr. H. Bernard et Dr F. P. Merklen (de Paris) : La secretion de l'eau au niveau des reins.

Pr Brull (de Liège) : Diurèse et glandes endocrines.

Pr Castaigne (de Clermond-Ferrand et Dr Jules Cottet d'Evian) : Les méthodes d'exploration rénale fondées sur la fonction aqueuse.

Pr Dalous (de Toulouse) : Les polyuries.

Pr Pierre Duval, Pr Agr. Gatellier et Dr Goiffon (de Paris) : Les modifications post-opératoires de la Diurèse.

Pr Noel Fiessinger (de Paris) : La traversée digestive de l'eau.

Pr Agr. Fontaine (de Strasbourg) : Diurèse et énervation rénale.

Pr Paul Govaerts (de Bruxelles) : Diurèse et débit cardiaque.

Pr Laubry (de Paris) : La diurèse des cardiaques.

Pr Mercier (de Marseille) : Les phytodiurétiques.

Pr Prosper Merklen et A. Schwartz (de Strasbourg) : Recherches sur la diurèse azoturique.

Pr M. Perrin (de Nancy) : Les cures de Diurèse.

Prs Agr. Pasteur Vallery Radot et Justin Besançon (de Paris) : Le rôle du rein dans la retentition de l'eau.

Prs M. Patel et Léon Thévenot (de Lyon) : Le traitement chirurgical des oliguries et anuries infectieuses et toxiques.

Pr Polonovski (de Paris) : Le rôle du rein dans le maintien de l'equilibre acido-basique.

Drs Rangier et de Traverse (de Paris) : Les pigments urinaires normaux et pathologiques.

Prs Santenoise et Louis Merklen (de Nancy) : Diurèse et régulation neuro-humorale.

L'exposé des rapports sera suivi d'une discussion pour laquelle on devra s'inscrire à l'avance.

En dehors de ces rapports, seront reçues des *communications* se rapportant uniquement au sujet du Congrès et dont les titres devront être adressées aux Secrétaires-Généraux :
soit au Dr F.P. Merklen, Médecin des Hôpitaux, 3, Rue du Bac à Paris,
soit au Dr Boigey, à Vittel (Vosges) *avant le* 15 *Avril* 1939.

Leur texte, comportant au maximum cinq pages de vingt-sept lignes, de cinquante-quatre lettres, devra être remis au Secrétariat du Congrès, accompagné d'un résumé de 10 à 20 lignes, en dix exemplaires, destiné à la Presse.

La langue française est la seule langue officielle du Congrès.

PARTICIPATION AU CONGRES

Le Congrès de la Diurèse comprendra des membres *titulaires* et des membres *associés*. Sont admis comme membres titulaires les Docteurs en Médecine Français ou Etrangers, les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine français et étrangers en fin de scolarité. Ils recevront le compte-rendu in-extenso des travaux du Congrès.

Chaque congressiste a droit à l'inscription de membres associés (femmes et enfants non mariés).

COTISATIONS

La cotisation des membres titulaires est fixée à 200 Frs. Celle des membres associés est fixée à 100 Frs. Du 27 Mai au matin jusqu'au 29 Mai au soir, la Société Générale des Eaux Minérales de Vittel sera heureuse de considérer les membres du Congrès comme ses hôtes et de leur offrir gracieusement leur séjour à Vittel pendant ces trois jours.

VOYAGES

Les facilités habituelles seront accordées aux congressistes sur les grands réseaux français.

Adresser toute demande de renseignements concernant l'organisation matérielle du Congrès à Mr Frisch, Secrétaire Administratif à Vittel (Vosges).

Assemblée Générale Extraordinaire du Syndicat Général des Périodiques et Journaux Illustrés Français du 10 Novembre 1938

RESOLUTION

Les éditeurs et directeurs des publications périodiques inscrites aux groupements suivants :

Syndicat de la Presse Périodique,
Syndicat Général des Périodiques et Journaux Illustrés Français,
Syndicat des Directeurs de Journaux Sportifs,
Syndicat de la Presse Hebdomadaire Française,
Syndicat de la Presse Technique et Périodique,
Fédération Internationale de la Presse Technique et Périodique
Association de la Presse Médicale Française,

réunis le 10 Novembre 1938, à 15 heures, au Cercle de la Librairie 117, Bd. St Germain, à Paris,

tout en constatant que les hausses des salaires et, conséquemment des tarifs de vente, telles qu'elles ont été pratiquées depuis deux ans, par application de l'échelle mobile, n'ont eu d'autres résultat que l'augmentation du prix de la vie, la baisse des affaires, et l'accroissement du chômage.

estiment qu'ils n'ont pas à intervenir directement dans les pourparlers engagés entre l'Union Parisienne Patronale des Syndicats de l'Impri

merie et le Syndicat Général du Livre pour le renouvellement du contrat collectif,

tiennent toutefois à préciser qu'il leur serait impossible d'accepter de nouvelles hausses des tarifs d'impression sans mettre en danger l'existence même de leurs publications,

décident, en conséquence, de n'admettre, de la part de l'Union Parisienne Patronale des Syndicats de l'Imprimerie, aucune mesure générale tendant à leur appliquer une augmentation sur les prix qui leur sont facturés actuellement par leurs imprimeurs habituels,

et, désireux de permettre à l'Union Parisienne Patronale des Syndicats de l'Imprimerie de suivre en toute liberté d'action la négociation en cours, se déclarent résolus à accorder, le cas échéant, à leurs imprimeurs, les facilités de livraison qui leur deviendraient indispensables et à les dégager des conséquences des retards qui leur seraient imposés par une grève.

Amygdalite — Pharyngite — Laryngite

Les troubles des voies respiratoires accusent invariablement, au cours de la froide saison, une courbe ascendante.

Dans ces états, les praticiens qui emploient l'Antiphlogistine comme application classique, sont unanimes à reconnaître qu'elle réalise un des meilleurs modes de traitement qui soient, ainsi qu'un adjuvant indispensable à toute autre mesure thérapeutique courante.

Par son action thermique prolongée, l'Antiphlogistine est adoucissante et sédative. En outre, ses propriétés antiseptiques et bactériostatiques contribuent à combattre les phénomènes inflammatoires et à provoquer la résolution.

Pour qu'elle produise son maximum d'effet, l'Antiphlogistine doit être appliquée chaude, en une couche épaisse d'un demi-centimètre environ, (et non pas comme un onguent ou une pommade) puis recouvrir d'ouate et d'un bandage.

BIBLIOGRAPHIE

La Puberté
Etude Clinique et Physiopathologique

Par Guy Laroche, M. Boigey, E. Bombard, A. Desaux, R. Ducroquet, L. De Gennes, A. Hammel, T. Hernando, M. Hirsch, J.-A. Huet, H. Lagrange, E. Layani, P. Le Noir, C. Lian, G. Maranon, E. May, L. Meurs-Platters, CH. Richet, H. Simonnet, H. Welti. — Masson et Cie, Editeurs. — Un volume de 349 pages, 65 fr.

La puberté, période de transition qui conduit de l'enfance à l'âge adulte est une époque critique du développement de l'être humain.

Elle répond à l'entrée en scène des organes de la reproduction et sous ce seul rapport elle mérite déjà une étude approfondie : l'avenir sexuel d'un sujet dépend dans une large mesure de son développement pubertaire. La femme porte souvent sa vie durant, le souci d'une menstruation mal établie ; l'homme conserve la marque indélibile d'une maturation pubérale imparfaitement réalisée.

Mais l'évolution pubertaire correspond surtout à un ensemble de modifications qui portent sur l'organisme tout entier et qui permettent la métamorphose de l'enfant en un adulte.

Cette transformation profonde de l'être est la condition nécessaire de son adaptation au monde extérieur, elle coïncide avec un changement d'orientation radical de l'existence.

Toutes les ressources de l'enfant sont retenues pour sa croissance. Son univers se limite à sa personne ; ses aspirations se bornent à la découverte et à l'utilisation des éléments favorables à sa subsistance et à son accroissement.

A l'âge de la puberté, la différenciation sexuelle se précise mais aussi le monde extérieur prend une signification toute différente.

Le garçon comme la fille acquièrent la notion des forces de la nature. Ils apprennent à connaître leur semblables et à éprouver des sentiments intenses d'attirance ou d'aversion, de crainte ou de confiance, d'amour ou d'hostilité.

Ce rapide changement de cap qui s'inscrit dans le cours de chaque existence s'opère heureusement et sans heurt lorsque tous les organes se prêtent avec facilité à leur nouvelle condition de fonctionnement.

Mais bien souvent aussi le nouvel équilibre ne s'établit pas aisément, des anomalies, des dysharmonies, des affections même en décou-

lent. Elles portent avec prédilection sur les glandes à sécrétion interne, sur le système neuro-négétatif, ou sur l'état psychique, mais elles peuvent atteindre les principales fonctions de l'organisme.

Ainsi envisagé dans toute son envergure, le problème complexe de la crise pubertaire est étudié par M. Guy Laroche et ses collaborateurs en une vingtaine de chapitres consacrés :

— A l'évolution normale et pathologique de la puberté.

— Aux hormones sexuelles, aux états intersexuels et aux troubles psycho-névrotiques de la puberté.

— Aux troubles vaso-moteurs, cardio-vasculaires, digestifs et à la tuberculose de cette époque.

— Aux goitres, à l'insuffisance génitale masculine et au troubles menstruels de la période pubérale.

— A la maigreur, à l'obésité, à la cellulité pubertaire.

— Aux affections de l'appareil locomoteur, aux troubles oculaires et aux réactions cutanées de la puberté.

— Aux conditions les plus favorables d'alimentation et d'exercice physique à cette évolution pubertaire.

Le point de vue pratique et thérapeutique n'a pas été négligé. Chaque chapitre contient d'excellentes prescriptions d'hygiène et de diététique, et la recherche des meilleurs moyens médicamentaux physiothérapiques, ou chirurgicaux qu'il convient d'utiliser pour combattre efficacement les incidents légers ou les affections sérieuses de la période pubérale.

Le simple énoncé des auteurs qui ont participé à cet ouvrage révèle à lui seul l'esprit qui a présidé à sa rédaction.

Le lecteur n'éprouvera nulle surprise en constatant qu'une solide connaissance des opinions classiques voisine, heureusement avec des idées originales et des conceptions modernes et souvent très personnelles. A côté de notions nettement établies, il trouvera des aperçus ouverts sur le domaine de l'hypothèse, et parfois même un aveu d'ignorance ou d'incertitude, lorsqu'aucune interprétation satisfaisante ne peut être valablement avancée.

L'unité de cet ouvrage résulte de la commune pensée des auteurs. Ils ont voulu apporter au problème émouvant de la puberté une contribution substantielle, pondérée et profondément humaine.

Tel qu'il a été réalisé, ce livre mérite de prendre rang dans la bibliothèque du médecin. Sa place est toute désignée. Entre les traités de

pédiatrie et les précis de pathologie interne, il établira la filiation entre les maladies de l'enfance et celles de l'âge mûr. Les éducateurs, les pédagogues, les parents même y trouveront d'utiles enseignements. Ils y puiseront des sages conseils qui leur permettront de mieux diriger et de secourir les jeunes êtres dont ils ont la charge et qui supportent dans le silence les tourments d'une puberté incomprise pour laquelle ils ne sont trop souvent, ni préparés, ni efficacement secondés.

Toute commande de livres doit être accompagnée de son montant augmenté de 10% pour la France et de 15% pour l'Etranger pour frais de port et d'emballage.

Tuberculose et Médecine Sociale

par Etienne Bernard, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin de la Salpêtrière. — Préface du Professeur F. Bezançon. — Masson et Cie., Editeurs. — Un volume de 160 pages, avec 4 figures, 36 fr.

Existe-t-il un médecin, même non spécialisé en phtisiologie, qui puisse se dire indifférent au problème médico-social de la tuberculose ? La lutte antituberculeuse est devenue depuis vingt ans en France une grande œuvre nationale. Une maladie qui, malgré un recul déjà remarquable, cause encore chaque année la mort de 70 à 80.000 Français, jeunes pour la plupart, justifie tous les efforts.

L'auteur dresse le tableau de ce fléau social et montre comment la Médecine sociale, par son développement, peut faire bénéficier toutes les collectivités des bienfaits de l'assistance et des progrès de la science.

Mais malgré les ressources de la thérapeutique, le pronostic de la tuberculose pulmonaire reste encore fatal dans la moitié des cas. Aussi l'auteur donne-t-il une place prépondérante à tous les problèmes de la prophylaxie, notamment dans les collectivités d'enfants, chez les étudiants, chez les femmes jeunes, chez les transplantés.

La lutte doit s'orienter de plus en plus vers une prophylaxie de groupements systématiquement surveillés : Dépistage précoce des lésions insoupçonnées grâce aux examens radiologiques en série et son corollaire : le traitement précoce. Diagnostic de la primo-infection grâce aux cuti-réactions tuberculiniques largement répandues et fréquemment répétées et son corollaire : la convalescence de cette primo-infection, même si elle n'accompagne pas de phénomènes morbides flagrants.

L'auteur expose l'important développement de l'armement antituberculeux français groupé autour des dispensaires de prophylaxie. Il montre aussi dans quel sens doivent s'orienter les nouveaux efforts : d'une part, lutte contre l'ignorance, le taudis, la sous-alimentation ; d'autre part, envoi rapide des tuberculeux en stations de cure, accroissement des préventoriums de plaine et de montagne, réadaption au travail et assistance post-sanatoriale.

Une vive lumière est projetée sur tous ces problèmes abordés sous la double face de la clinique phtisiologique et de la maladie sociale.

Quel est l'avenir de la tuberculose ? Quel est dans cette destinée le rôle de la nature, celui de la Société, celui de la Médecine ? Tous ceux que préoccupent ces questions trouveront des réponses dans cet ouvrage.

Toute commande de livres doit être accompagnée de son montant augmenté de 10% pour la France et de 15% pour l'Etranger pour frais de port et d'emballage.

On peut tuer ton enfant

du Docteur Paul Chavanon. — Préface par le Docteur Pierre Coignet - Aux éditions Médicis, 7 Rue Alphonse Penaud, Paris, (1 volume : 15 fr.)

Une loi vient d'être promulguée, qui prétend rendre obligatoire la vaccination antidiphtérique pour les enfants entre 2 et 3 ans. Tous les écoliers de France de moins de 14 ans devront, d'ici un an, y être soumis, et faute d'y avoir passé, on se verra refuser l'accès des écoles, des lycées et de toutes institutions.

Au moment où la grave question des vaccins est remise en question (notamment en Allemagne depuis la catastrophe de Lübeck), l'obligation de soumettre les enfants à une vaccination faite en série a ému le public et même le Corps Médical, comme en fait foi un article paru dans le « Médecin de France » du 1er août 1938 (organe officiel des Syndicats médicaux français). De fait, trop d'accidents sont, hélas, à l'actif de cette vaccination.

— Y a-t-il eu réellement des cas de mort et diverses sortes d'accidents graves chez de jeunes enfants soumis à la vaccination antidiphtérique ?

—A-t-on constaté une diminution des cas de diphtérie chez les vaccinés ?

— Est-il exact que l'ensemble des vaccinations actuelles est susceptibles de créer un état prétuberculeux ou précancérinique ?

— En résumé, cette loi est-elle utile ou néfaste ?

Voilà ce que se demandent de nombreux parents, justement affolés à la pensée de livrer *obligatoirement* leurs enfants à un *danger nouveau*.

Le Docteur Chavanon, auteur bien connu pour ses écrits courageux et ses travaux scientifiques, répond à cette angoissante question dans un livre qui vient de paraître. Et sa réponse est nette, implacable ; elle est contenu dans le titre de son ouvrage : « ON PEUT TUER SON ENFANT ».

Le livre du Docteur Chavanon est un réquisitoire terrible, sobre et clair, sur ce danger national que représente le vaccin officiel contre la diphtérie. Les faits apportés à l'appui de cette thèse ne sont guère discutables et la tragédie qu'ils représentent est particulièrement émouvante.

Les pères et mères de famille qui ont déjà tant peiné, tant veillé, tant souffert pour leurs petits, doivent être informés du danger que courent leurs enfants ; ils ont le droit de connaître la vérité et, avant de les laisser vacciner, il faut qu'ils lisent le livre que le Docteur Chavanon a écrit pour les avertir et les éclairer ; c'est pour eux un devoir, c'en est un aussi pour tous les Français dont l'indifférence peut être criminelle.

La Ponction du Péricarde

en particulier par voie épigastrique sous-xiphoïdienne

par D.B. Marfan, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris. Membre de l'Académie de médecine. — Un volume de 76 pages, avec 3 figures (Collection Médecine et Chirurgie, Recherches et Applications, n° 11), 12 fr.

Le diagnostic des épanchements péricardiques est difficile ; pourquoi demande l'acteur ne sonde-t-on pas la cavité péricardique avec l'aiguille comme on fait pour la plèvre, les méninges, voire pour les séreuses articulaires ou le péritoine ? Cette ponction ne sert pas seulement au diagnostic : en évacuant l'épanchement elle peut décomprimer le cœur, soulager la dyspnée et la douleur, améliorer la circulation elle peut

supprimer ou affaiblir un foyer septique, elle peut en somme favoriser la guérison.

L'auteur en 1911 avait proposé un procédé nouveau de paracentèse du péricarde présentant dans un grand nombre de cas des avantages sur les anciens, ce procédé est exposé dans ce livre, il a été employé un assez grand nombre de fois pour qu'on puisse avouer qu'applicable à la plupart des épanchements péricardiques il peut en assurer la diagnostic, soulager le malade et en certains cas contribuer à sa guérison.

CRINO-TENSYL

Régulateur de la tension artérielle de la circulation et de la nutrition générale

Une thérapeutique MODERNE PRATIQUE EFFICACE

INDICATIONS

Hypertension artérielle - Artériosclérose et présclérose, troubles circulatoires et spasmes vasculaires - Pléthorisme, obésité, arthritisme, etc. Troubles de la ménopause et de la cinquantaine.

POSOLOGIE

Cure normale : 2 comprimés au début de chacun des trois repas, pendant trois semaines - Cure d'entretien : 1 comprimé au début de chacun des trois repas, 15 jours par mois.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES

7, Rue Biscornet -- PARIS (12e)

Le foie, organe central

Les fonctions du foie sont innombrables. On en découvre sans cesse de nouvelles — la biligénèse, l'activité glycopexique, antitoxique, hématopoïétique — et la liste n'est certainement pas close. Ménager le foie et le soutenir dans le travail considérable qu'il fournit constamment est donc une nécessité impérieuse toutes les fois qu'une maladie quelconque vient alourdir les tâches essentielles qui incombent à cet organe. C'est pourquoi, dans les circonstances les plus diverses, les HEPATOGENES CHARVOZ (2 pilules à chaque repas) rendent plus efficaces les thérapeutiques qu'exigent les poumons, l'appareil cardio-vasculaire, l'appareil urinaire, etc.

Table par noms d'auteurs

Bège 31-169
Bezançon 114
Biecheler 27
Bonan H. 70-218-228
Bouquet 300
Broc. 179-243-321-323-355-375
Brun 31-163-197-417
Calo 1-91-179
Cardis 1-91-179
Caruana .. 99-108-179-243-355
Cheyrou Lagrèze 12-112-204-281-335
Cohen Victor..... 62
Cohen-Boulakia 68
Coursières 31
Cuénod 48
Dana 154-371
Debrie 136-141
Demirleau ... 143-171-186-224
Dubos 28
Du Bourguet 211
Fleury J. .. 19-75-325-329-421
Garnier 307
Ghouila-Houri 28-154
Gilliard 38
Hayat 188
Jadfard 126
Jahan 32
Jaubert de Beaujeu..... 323
Lafourcade 27
Lehucher 32-315-349-352
Le Faucheur 57
Lévy M. 175
Maruani 29-231-362
Masselot 271
Moatti 147-175
Montefiore 434
Nataf 48
Ratte 136-224
Reymond de Gentile..... 68
Rollin 57
Scemla J. 163-169-417
Schnabele 238
Sevin 428
Sicart 234
Slim .. 70-187-218-321-323-375
Spezzafumo 117-356
Sureau 441
Tanguy 224
Triolo 291-344

Table

Accouchement par application de forceps chez une secondipare ayant subi un an auparavant une cesarienne segmentaire transversale pour présentation de l'épaule, par les Drs R. G. Brun et Jules Scemla 417

Anévrysme (Rupture d') de l'aorte abdominale, par les Drs Broc et Slim 321

Angiocholecystite et kyste hydatique suppuré du foie, par les Drs Broc et Slim 375

Appendicite (L') aigue est une maladie chirurgicale, par le Dr Brun 197

Asthme et Sinusite, par le Ds L. Moatti 147

Auguste Lumière (une heure avec), par le Dr Jacques Fleury. 75

Aviation (L') sanitaire et la station régulatrice, par le médecin capitaine Cheyrou Lagreze 12

Aviation (L') sanitaire en temps de guerre, par le médecin lieutenant Garnier 307

Bilharziose vesicale (Sur une forme de), par le Dr Marcel Caruana 108

Blennoragie masculine (Contribution à l'étude de l'action sur la) du para-aminopheniylsulfamide, par le Dr Henri Jadfard 126

Cancer (Etiologie du), par le Dr J. Fleury 329

Cancer (Sur l'étiologie du), par le Dr J. Fleury 421

Cancer du sein (A propos d'un cas particulier de), par le Dr Maruani 29

Cesarienne basse (Note préliminaire concernant une nouvelle technique de), par incision isthmique transversale, par les Drs Brun et Scemla 163

Chirurgie cervico-faciale (deux malades de), par les Drs Brun, Coursières et Bèje 31

Colpoperineorraphie (Au sujet de la technique de la) pour déchirure complète du perinée. Réfection de l'appareil sphinctérien par autoplastie. Lambeau emprunté aux releveurs, par les Drs Lehucher et Jahan 32

Décollement rétinien (Deux cas de) traités par la diathermo-coagulation, par les Drs S. Cohen-Boulakia et Reymond de Gentile 68
Dilatation idiopatihque de l'œsophage (Un cas de), par les Drs Broc et Caruana 355
Echinococcose généralisée. Echinococcose secondaire de la plèvre, par les Drs Broc, Jaubert de Beaujeu et Slim.... 323
Eléphantiasis (Contribution au traitement chirurgical de l'), par le Dr Montefiore 434
Endocardite végétante, par le Dr Slim 187
Entenoragie, Ictus, Hyperazotémie, par le Dr Hector Bonan. 228
Fractures multiples du maxillaire inférieur associées à une luxation temporo-maxillaire gauche. Traitement prothétique et chirurgical, par les Drs M. Lévy et L. Moatti 175
Gastrique (Syndrôme) et Dolichocolon, par le Dr R. Dana.... 371
Gliome du cervelet, Tumeur de la protubérance, Exposé clinique et présentation de pièces, par le Dr Marcel Caruana 99
Grossesse extra utérine péritonéale primitive (un cas de), par le Dr Lehucher 349
Hemoptysies catameniales, causes et traitement endocrinien, par le Dr H. Mamou 377
Hemostase (L') d'extrême urgence sur le champ de bataille, par le Dr Cheyrou Lagrèze 281
Hépato-biliaires (Les réactions) dans les colites, par le Dr René Schnæbele 238
Hernie unguinale étranglée chez un nourrisson, par les Drs R. Dana et Ghouila-Houri 154
Hypernephrome du rein droit, par le Dr Lehucher 315
Immunité (de l'identité de l') et de l'anaphylaxie, par le Dr Jacques Fleury 19
Index tuberculinique et fréquence de maladie chez la population italienne « d'âge scolaire » à Tunis, par le Dr Spezzafumo 117
Injections (Les) intratrachéales de médicaments dans le traitement des hémoptysies abondantes et incoercibles, par le Dr C. Spezzafumo 356
Invagination iléale consécutive à l'invagination d'un diverticule de Mekel, par les Drs Biecheler et Lafourcade (*de Sousse*) 27
Leucémie myeloïde et tuberculose, par les Drs Bonan et Slim... 218

Ligaments croisés du genou (Réfection des) par l'opération de Hey-Groves, par les Drs J. Demirleau et les médecins capitaines Ratte et Tanguy 224
Melitococcie (Considérations sur la période dite de convalescence de la), par le Dr Hayat 188
Mortalité (La) infantile juive du premier âge d'après une enquête sur 1.200 familles, par le Dr Victor Cohen 62
Myosite suppurée subaigue traitée par incision, excision et suture, par le médecin capitaine Du Bouguet 211
Narine (Réfection d'une) par le procédé d'Ombredane, par le Dr J. Demirleau 186
Navigation aérienne (Contrôle et précautions sanitaires pour la) par le Dr T. Sevin 428
Ostéomalacie (Un cas d') post-puerpérale, par les Drs Scemla et Bège 169
Osthéosynthèse pour fracture des os de l'avant-bras par trois procédés différents — Résultat d'une greffe pour pseudarthose, par le médecin commandant Debrie 141
Paludisme (Note sur le traitement préventif et curatif du) par le quinimax, par les Drs Le Faucheur et Rollin 57
Paludisme larvé — Paludisme à forme pseudo-tuberculeuse, par le Dr Sicart 234
Phtisiologie (L'heure de la décision en), par le Dr Félix Masselot 271
Physiopathologie pulmonaire (Acquisitions récentes en) — La réaction d'immobilisation, par les Drs F. Cardir et Gillard 38
Pnemo-thorax (Le) spontané en première insufflation du pnemothorax artificiel, par le Dr Triolo N. 291
Radiophysiologie (quelques principes directeurs de), par le Dr F. Maruani 362
Réglementation (Sur la) des toxiques stupéfiants, par J. Bouquet 300
Rupture traumatique de l'urèthre, par les Drs Ghouila-Houri et Dubos 28
Rythmes cardiaques à quatre temps (Etude phonocardiographique), par le Dr A. Calo 1
Sang (Conception nouvelle de la constitution du), par le Dr G. Triolo 334

Sigmoïdite et mésosigmoïdite à forme tumorale — Colectomie en 3 temps — Guérison, par le médecin commandant DEBRIE et capitaine RATTE..... 136
Sudation exagérée des mains et des pieds (A propos du traitement par la radiothérapie de la), par le Dr MARUANI.... 231
Symphyse du Péricarde; Sérite pleuro-pulmonaire — Opération — Méningite terminale, par les Drs BROC, DEMIRLEAU, A. CALO et M. CARUANA..... 179
Thoracoplasties (A propos de deux) pour tuberculose pulmonaire, par le Dr Jean DEMIRLEAU..... 143
Trachome (Recherches bactériologiques et expérimentales sur l'étiologie du), par les Drs CUÉNOD et R. NATAF..... 48
Traitement digitalique prolongé (Effets thérapeutiques et parfaite tolérance d'un), par le Dr Aldo CALO..... 91
Traumatismes tibio-tarsiens (Le traitement des), tarso-metatarsiens et des plaies contuses œdematiées, par le Dr CHEYROU LAGRÈZE..... 204
Tuberculose pulmonaire (Etude sur la) et la syphilis chez les indigènes musulmans tunisiens, par les Drs BROC et CARUANA 243
Tumeur du foie secondaire à une tumeur du pancréas, par les Drs Hector BONAN et SLIM..... 70
Typhus exanthématique (Traitement du) par la quinine, par le Dr J. Fleury..... 325
Uronéphrome par calcul « en clou » du fond du bassinet simulant un rein polykystique, par le Dr LEHUCHER..... 352
Vaccinations (Les) dans l'Armée, dans la Marine, dans les Troupes coloniales; Nécessité des vaccinations associées, par le médecin capitaine de réserve CHEYROU LAGRÈZE.. 387